



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 3 - SỐ 2
2017

TẬP 452

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG TRIỆT CĂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Huỳnh Thanh Long*, Vũ Huy Nùng**, Nguyễn Hoàng Bắc***

TÓM TẮT¹

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng được thực hiện đầu tiên trên thế giới năm 1991 bởi Jacob. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu gồm các bệnh nhân trên 15 tuổi được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của đại tràng và được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng từ 11/2011- 12/2015 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình 136.5 phút, có 1 trường hợp (0.97%) rách niệu quản trái, 8 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (7.8%), 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ (0.97%). Không có trường hợp nào xì, rò miệng nổi, thời gian có lại trung tiện và thời gian nằm viện trung bình lần lượt là 1.54 ngày và 7.45 ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư là an toàn, khả thi và hiệu quả.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, kết quả sớm.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOME OF LAPAROSCOPIC COLECTOMY FOR COLON CANCER

Background: Laparoscopic Colectomie was first performed in 1991. The aim of this study was to investigate the feasibility and safety of Laparoscopic Colectomie for Colon cancer. **Method:** Prospective study, we reviewed colon cancer patients who underwent laparoscopic colectomie at Nguyen Tri Phuong Hospital from 11/2011 to 12/2015. **Results:** The mean operating time was 136.5 minutes. There were 1 case of ureter injury (0.97%), 8 cases of wound infection (7.8%), one case of early bowel obstruction, no leakage or fistula, the median time for passage of flatus and hospitalization were 1.54 and 7.45 days respectively. **Conclusion:** Lymphadenectomy in Laparoscopic Colectomie for Colon cancer is safe, feasible and effective.

Keywords: Colon cancer, Laparoscopic Colectomie, short-term outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UTĐT là bệnh lý thường gặp ở các nước Âu Mỹ, hàng đầu trong các ung thư đường tiêu hóa, ít hơn ở các nước châu Á, châu Phi. Theo thống

kê của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (American Cancer Society - ACS) năm 2009, tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 2 ở nam giới, thứ 3 ở nữ giới. Ở Việt Nam, UTĐT đứng hàng thứ hai sau ung thư dạ dày trong các ung thư đường tiêu hóa.

Ứng dụng phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị UTĐT được thực hiện trên thế giới từ năm 1991. Gần đây, nhiều nghiên cứu y học chứng cứ mức độ III đã công nhận lợi ích của PTNS trong điều trị UTĐT ngoài ưu thế giảm chấn thương phẫu thuật, giảm biến chứng hậu phẫu, thời gian hồi phục nhanh, sẹo mổ nhỏ [4], mà tỷ lệ sống còn tương tự như các phẫu thuật mổ mở kinh điển đồng thời đạt được những kết quả tốt về mặt ung thư học, bảo đảm được các nguyên tắc trong điều trị ung thư như là phẫu thuật cách ly không chạm, buộc mạch máu tận gốc và nạo vét hạch hiệu quả an toàn.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm sau mổ của phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: gồm các bệnh nhân trên 15 tuổi vào bệnh viện Nguyễn Tri Phương được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của đại tràng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng từ 11/2011- 12/2015.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chuyển mổ mở. Có di căn xa trước phẫu thuật. Bệnh nhân được phẫu thuật từ bệnh viện khác chuyển tới. Bệnh nhân bị ung thư từ cơ quan khác di căn tới đại tràng. Bệnh nhân không đủ các chỉ tiêu nghiên cứu, không liên lạc được bệnh nhân. Sau phẫu thuật. Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh nhưng tổng trạng kém, nguy cơ phẫu thuật cao, bệnh lý nội khoa nặng không chịu được phẫu thuật.

Trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng tại BV Nguyễn Tri Phương, chúng tôi áp dụng kỹ thuật phẫu tích từ trong ra và nạo hạch mức D3, áp dụng kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME: complete mesocolic excision).

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án từ lúc mổ đến sau phẫu thuật 1 tháng, gọi điện thoại cho bệnh nhân. Số liệu được lưu trữ và thống kê bằng phần mềm IBM SPSS 20.0.

*Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

** Học viện Quân Y,

*** Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bshuynhlong@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 17/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 18/1/2017

Ngày duyệt bài: 27/1/2017

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi theo dõi được 103 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, trong đó tỷ lệ nam là 54.4%. Tuổi trung bình 59.61 ± 14.373 (18-85). U ở đại tràng phải có 29 trường hợp (28.2%), đại tràng ngang 7 trường hợp (6.8%), đại tràng trái 18 trường hợp (17.5%), đại tràng sigma 49 trường hợp (47.6%). Có 16 trường hợp u ở giai

đoạn T4 (15.5%), 32 trường hợp u ở giai đoạn T3 (31.1%), T2 có 47 trường hợp (45.6%), T1 có 8 trường hợp (7.8%). Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào diện cắt xa còn tế bào ung thư về đại thể cũng như vi thể, điều này cho thấy phẫu thuật nội soi đạt được tính triệt căn điều trị ung thư đại tràng.

3.1 Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.1. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số BN	Tỷ lệ (%)
Cắt 1/2 đại tràng phải	30	29.1
Cắt 1/2 đại tràng trái	19	18.4
Cắt đại tràng ngang	6	5.8
Cắt đại tràng sigma	48	46.6
Tổng cộng	103	100

Thời gian phẫu thuật: thời gian mổ ngắn nhất 80 phút, lâu nhất 220 phút, trung bình 136.5 ± 33.92 phút.

Bảng 3.2. Dẫn lưu xoang bụng

Dẫn lưu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có	79	76.7
Không	24	23,3
Tổng cộng	103	100,0

Biến chứng: Tai biến: có 1 trường hợp rách niệu quản trái khi bóc tách đại tràng sigma phải xử trí đặt sonde JJ và khâu lại niệu quản chiếm tỷ lệ 0.97%.

Biến chứng: có 8 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (7.8%), 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ (0,97%), trường hợp này mổ cấp cứu gỡ dính. Không có trường hợp nào xì, rò miệng nối trong nghiên cứu của chúng tôi.

Diễn tiến hậu phẫu: Thời gian hồi sức sau mổ: chúng tôi không có trường hợp nào thở máy lâu dài và nằm theo dõi tại khoa hồi sức tích cực, bệnh nhân sau mổ đến khi tỉnh hẳn chuyển ra khỏi phòng hồi sức sớm nhất là 2 giờ, chậm nhất 48 giờ.

Thời gian phục hồi chức năng đường tiêu hóa; thời gian từ lúc có trung tiện và ăn lại đường miệng sớm nhất 1 ngày, chậm nhất 5 ngày, trung bình thời gian có lại trung tiện 1.54 ± 0.638 ngày

Thời gian vận động trở lại: sớm nhất 1 ngày, chậm nhất 2 ngày

Thời gian rút ống dẫn lưu 3.77 ± 0.8 ngày.

Thời gian nằm điều trị ít nhất là 4 ngày, nhiều nhất là 16 ngày, trung bình 7.45 ngày, có 1 trường hợp nằm viện kéo dài là do bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ và viêm phổi).

Chất lượng cuộc sống sau mổ: chúng tôi có 103 bệnh nhân, chết 8 bệnh nhân, còn lại 95 bệnh nhân.

Bảng 3.3. Theo dõi tái khám sau mổ

	Chỉ tiêu theo dõi	Bệnh nhân	%
Cân nặng	Tăng cân	46	48
	Không tăng	34	36
	Sụt cân	15	16
Tình trạng ăn uống	Ngon miệng	54	57
	Ăn kém	28	29
	Chán ăn	13	14
Tình trạng đi cầu	Đễ	51	54
	Bón	31	33
	Rối loạn	13	14
Khả năng lao động	Lao động nhẹ	42	44
	Tự chăm sóc	46	48
	Không tự chăm sóc	7	8

Nhận xét: từ bảng 3.37 nhận thấy sau mổ có 46 bệnh nhân tăng cân(48%), Ăn uống ngon miệng có 54 bệnh nhân (57%). Đi cầu dễ có 51 bệnh nhân (54%), lao động trở lại có 42 bệnh nhân (44%).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thời gian hồi phục sau mổ: Chúng tôi đánh giá hồi phục sau mổ dựa vào thời gian hồi tỉnh sau mổ, mức độ đau, vận động sớm, thời gian trung tiện, thời gian ăn uống lại, thời gian điều trị sau mổ. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi, không có trường hợp nào phải thở máy và nằm theo dõi tại khoa hồi sức tích cực lâu, thời gian từ sau mổ đến khi chuyển về khoa lâu nhất 48 giờ, sớm nhất 2 giờ.

Để đánh giá mức độ đau sau mổ chúng tôi dựa vào thang điểm EVA, tuy nhiên có một số bệnh nhân được điều trị giảm đau bằng tê ngoài màng cứng và không có lô đối chứng. Tuy nhiên, đa số phẫu thuật viên đều nhận thấy PTNS là phẫu thuật ít xâm, ít gây sang chấn thành bụng, đường mổ lại nhỏ, nên sau mổ bệnh nhân ít đau hơn mổ mở. Vận động sớm sau mổ được tính từ khi bệnh nhân được chuyển từ phòng chăm sóc đặc biệt sang phòng thường, sớm nhất 1 ngày, chậm nhất 4 ngày.

Thời gian trung tiện: Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trung tiện được sau 1.54 ngày (1-3), xuất viện sau 7.45 ngày (4-16). Theo Nguyễn Hoàng Bắc [1], thời gian trung tiện: trung bình 3 ngày (2-5 ngày).

Trong phẫu thuật vùng bụng, nhất là khâu nối đường ống tiêu hóa nối riêng, việc cho bệnh nhân ăn lại đường miệng là vấn đề rất quan trọng, trước đây quan niệm sai lầm là ăn sớm dễ bị xì rò miệng nối. Tuy nhiên, qua theo dõi chúng tôi thấy cho bệnh nhân ăn sớm là an toàn, giúp cho hệ tiêu hóa hoạt động sớm, nhu động ruột trở lại sớm hơn, miệng nối dễ liền hơn. Trong lô nghiên cứu thời gian ăn lại sớm nhất là 2 ngày, chậm nhất là 4 ngày. Việc ăn uống sớm đường miệng không làm tăng biến chứng xì miệng nối mà giúp cho sự liền vết thương nhanh hơn.

Thời gian nằm viện: trung bình 6 ngày (2-12 ngày). Nghiên cứu COST [3] đưa ra thời gian nằm viện là 5 ngày (4-6).

Dẫn lưu xoang bụng: Nhằm mục đích dẫn lưu dịch ứ đọng sau phẫu thuật, ngoài ra còn giúp cho phẫu thuật viên phát hiện các biến chứng sớm sau mổ như chảy máu, xì bực miệng nối. Chỉ định đặt dẫn lưu xoang bụng tùy theo phẫu thuật viên, theo một số tác giả cho rằng dẫn lưu không có lợi khi cuộc mổ không có tai biến. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi có 71 trường hợp chiếm 84%, không có mối liên quan giữa yếu tố dẫn lưu xoang bụng và biến chứng sớm sau mổ.

Thời gian phẫu thuật: Thời gian mổ trung bình trong lô nghiên cứu của chúng tôi là 136.5

phút, trong đó thời gian mổ đại tràng phải là 143.64 phút, thời gian mổ đại tràng trái là 133.14 phút; trong đó thời gian mổ nhanh nhất là 80 phút, thời gian mổ dài nhất là 220 phút. Không có sự khác biệt về thời gian mổ giữa các loại phẫu thuật. Điều hiển nhiên là thời gian mổ sẽ rút ngắn khi phẫu thuật viên thực hành nhiều và có kinh nghiệm. So với một số tác giả trong nước, Nguyễn Hoàng Bắc [1] thời gian mổ trung bình là 155 phút (110-240), cũng theo tác giả này trong 1 nghiên cứu khác [2] sự khác biệt về thời gian mổ cũng như thời gian nằm viện giữa các loại phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê, thời gian mổ trung bình cho tất cả các loại phẫu thuật 142 ± 31 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 7.5 ngày. Tất cả bệnh nhân nằm viện hơn 8 ngày đều do có biến chứng sau mổ [2].

Biến chứng: Các yếu tố nguy cơ của tai biến và biến chứng sau mổ: tuổi, giới tính nam, suy dinh dưỡng, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, mất máu, truyền máu trong mổ, thời gian mổ, béo phì, tiền căn nhồi máu cơ tim, suy tim [6].

Tai biến trong mổ: Chúng tôi có 1 trường hợp tai biến trong mổ chiếm tỷ lệ 0,97%, bệnh nhân nam 42 tuổi u đại tràng sigma to dính vào thành bụng, bàng quang trong quá trình bóc tách làm rách niệu quản, khâu lại niệu quản qua nội soi, đặt dẫn lưu JJ, diễn biến hậu phẫu ổn định. Theo Sarli L [7], 100 ca dân số Ý, được PTNS cắt nửa đại tràng trái có 12% (12/100 ca) phải chuyển mổ mở, trong đó có 4% (4/100 ca) có biến chứng chảy máu trong mổ (2 ca không cầm được máu trong PTNS, 2 ca mất máu nhiều không thuận lợi tiếp tục nội soi phải mổ mở cầm máu), trong lúc phẫu tích có làm tổn thương các cơ quan khác như thủng ruột non 2 ca, các trường hợp còn lại là do khó khăn trong phẫu thuật, 3 ca dính vùng góc gan khó bóc tách, 1 ca khó khăn khi phẫu tích vùng trực tràng, 2 ca còn lại do tăng CO₂ máu quá mức. Nghiên cứu này ghi nhận khả năng xảy ra tai biến trong mổ cũng như tỷ lệ chuyển mổ mở phụ thuộc vào 2 yếu tố: Trọng lượng của bệnh nhân ($p=0.049$) và độ xâm lấn của khối u ($p=0.046$).

Chúng tôi thấy rằng tỷ lệ tai biến trong mổ này phù hợp với các nghiên cứu khác [6]. Thậm chí có nghiên cứu đưa ra tỷ lệ tai biến trong mổ là 4% và tỷ lệ biến chứng sau mổ là 19% [3].

Biến chứng sau mổ: Nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (7.8%), 1 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ (0,97%) đã được mổ gỡ dính, biến chứng thường gặp là nhiễm trùng vết mổ so với một số tác giả khác là 10-20%. Với những kết quả đạt

được như tai biến trong mổ thấp, không có trường hợp nào cần truyền máu trong mổ do phẫu tích tỉ mỉ, đúng lớp dưới sự phóng đại của kính soi, tỷ lệ biến chứng thấp (14,5%) cho thấy có thể thực hiện cắt đại tràng nội soi thường qui trong UTĐT. Hơn nữa, với PTNS, bệnh nhân ít đau hơn, thời gian hồi phục cũng như nằm viện ngắn, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp. Với kỹ thuật phẫu tích từ trong ra ngoài, chúng tôi nhận thấy có thể nạo vét hạch đến tận gốc các bó mạch chính dễ dàng, giảm thiểu lượng mô bị cầm nắm trong quá trình phẫu tích tìm cuống mạch, đạt được yêu cầu của nguyên tắc "cắt cách ly không chạm u". Phẫu tích từ trong ra ngoài thuận lợi hơn cho việc quan sát với kính soi đặt ở trocar rốn. Việc bóc tách và cắt mạc treo thuận lợi và rút ngắn thời gian hơn nếu sử dụng dao cắt đốt siêu âm. Nhờ sự chuẩn hóa về dụng cụ và kỹ thuật, chúng tôi nhận thấy việc bóc tách đại tràng và cắt mạc treo không quá khó, có thể hạ đại tràng gốc gan hay gốc lách nhằm di động đại tràng đủ để đưa ra ngoài thực hiện cắt nối.

V. KẾT LUẬN

Qua bước đầu nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư là an toàn và khả thi, với kinh nghiệm và kỹ năng ngày càng được cải thiện, hoàn thiện các

quy trình chẩn đoán trước mổ (chụp CT Scan bụng để đánh giá di căn hạch), kỹ thuật mổ (kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng: CME).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 Nguyễn Hoàng Bắc, Đỗ Minh Đại, Lê Quan Anh Tuấn, et al. (2003). Cắt đại tràng nội soi. *Y học TP Hồ Chí Minh*, 7(1), tr. 127-132.
- 2 Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh. (2008). Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư: Kinh nghiệm một phẫu thuật viên. *Y học TP Hồ Chí Minh, Tập 12* (phụ bản số 1), tr. 186-189.
- 3 COST Study Group. (2004). A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med* 350, p. 2050-2059.
- 4 Hana Alhomoud & Oscar Falcon. (2012). Laparoscopic assisted Vs Open Surgery for Colon Cancer. *World Journal of Laparoscopic Surgery*, 5(3), p. 128-130.
- 5 Masayuki Kojima., Fumio Konishi & Masaki Okada. (2004). Laparoscopic Colectomy Versus Open Colectomy for Colorectal Carcinoma: A Retrospective Analysis of Patients Followed Up for at Least 4 Years. *Surg Today*, 34, pp. 1020-1024.
- 6 Philipp Kirchhoff., Pierre-Alain Clavien., Dieter Hahnloser. (2010). Complications in colorectal surgery: risk factors and preventive strategies. *Patient Safety in Surgery* pp. 4-5
- 7 Sarli L., Lusco DR & Regina G. (2006). Predicting Conversion to Open Surgery in Laparoscopic Left Hemicolectomy. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 16(4), pp. 212-216.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH VÀ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO

Phạm Thái Dũng*, Nguyễn Tài Thu**

TÓM TẮT²

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên phim cắt lớp vi tính sọ não và tình trạng rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 65 bệnh nhân chấn thương sọ não có chỉ định phẫu thuật tại khoa hồi sức cấp cứu và khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện 103 từ 12/2014 đến 5/2016. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả theo dõi dọc. Tại thời điểm trước phẫu thuật chưa có can thiệp hô hấp, ghi nhận tần số

thở, SpO₂, rối loạn nhịp thở, co kéo cơ hô hấp, tím môi đầu chi, vã mồ hôi, khí máu động mạch. Chụp phim cắt lớp vi tính sọ não trước phẫu thuật. **Kết quả:** Rối loạn hô hấp gặp ở nhóm máu tụ ngoài màng cứng (89,66%), nhóm máu tụ dưới màng cứng (73,9%), và trong não (46,15%). Chủ yếu gặp tỉ lệ cao ở nhóm có máu tụ ở vùng chẩm (100%), máu tụ vùng đỉnh (86,66%), vùng trán (71,42%), vùng thái dương (69,7%). Thể tích khối máu tụ >60ml có rối loạn hô hấp (100%), máu tụ 30-60ml có rối loạn hô hấp 70%, máu tụ <30ml có rối loạn hô hấp 56,25%. **Kết luận:** Qua nghiên cứu 65 bệnh nhân chấn thương sọ não có chỉ định phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy hình ảnh tổn thương trên phim cắt lớp vi tính có liên quan mật thiết với tình trạng rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não. Mức độ rối loạn chức năng hô hấp phụ thuộc vào hình thái, vị trí và thể tích khối máu tụ.

Từ khóa: Rối loạn chức năng hô hấp, chụp cắt lớp vi tính, chấn thương sọ não.

* Bệnh viện Quân y 103

** Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thái Dũng

Email: dzungdoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 26/12/2016

Ngày duyệt bài: 16/1/2016

SUMMARY**STUDYING ON RELATION BETWEEN INJURY LEVEL ON COMPUTERIZED TOMOGRAPHY AND SITUATION OF RESPIRATORY DYSFUNCTION IN BRAIN TRAUMA PATIENTS**

Objective: To identify relation between injury level on computerized tomography and situation of respiratory dysfunction in brain trauma patients.

Subject and method: The study was carried out on 65 brain trauma cases having surgical indication at the departments of intensive care and neurosurgery in hospital 103 from December 2014 to May 2016. Study method was prospective longitudinal descriptive. At the time point before surgery without the respiratory intervention, respiratory rate, SpO₂, respiratory rhythm disorder, respiratory muscle contraction, cyanosis on lips and tip of limbs, sweating, arterial blood gas were recorded. Computerized tomography was made before surgery. **Results:** The respiratory disorder in the epidural hematoma, the subdural hematoma and the intracerebral hematoma groups were 89.66%, 73.9%, 46.15%, respectively. The respiratory disorder mainly occurred in the occipital hematoma (100%), the sinciput (86.66%), the forehead (71.42%), the temples (69.7%). The respiratory disorder in the > 60ml hematoma volume group, the 30 - 60 ml hematoma volume group, and the < 30 ml hematoma volume group were 100%, 70%, and 56.25%, respectively. **Conclusion:** Through studying on 65 brain trauma cases having surgical indication, we found that injury images on computerized tomography made closed relation with respiratory dysfunction situation in brain trauma patients. The level of respiratory dysfunction depended on form, position, and hematoma volume.

Keywords: Respiratory dysfunction, computerized tomography, brain trauma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) chiếm 25-30% tổng số bệnh nhân (BN) cấp cứu vào khoa hồi sức, trong đó 2/3 BN CTSN tử vong là do máu tụ nội sọ [4]. Trong những năm gần đây người ta nhận thấy rối loạn hô hấp ở nhiều BN CTSN nặng có liên quan mật thiết tới mức độ tổn thương não do chấn thương cũng như tỉ lệ tử vong [3]. Rối loạn hô hấp làm nặng và rộng thêm các tổn thương não và tác động ngược lại làm cho tình trạng hô hấp rối loạn thêm [5]. Theo các nghiên cứu, rối loạn hô hấp xảy ra từ

35-75% ở BN CTSN nặng [1], [2]. Tỉ lệ tử vong ở CTSN nặng còn cao (>50%) nếu có tụt huyết áp, thiếu oxy và thừa CO₂ máu [3]. Hiện nay, chụp sọ não cắt lớp vi tính (CLVT) khá phổ biến tại các bệnh viện lớn giúp ích rất nhiều cho chẩn đoán, tiên lượng BN CTSN nhưng mối liên quan giữa mức độ tổn thương sọ não trên phim chụp CLVT và tình trạng rối loạn hô hấp chưa được nghiên cứu đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Xác định mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên phim cắt lớp vi tính sọ não và tình trạng rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu ở BN CTSN có chỉ định phẫu thuật (PT) tại khoa hồi sức cấp cứu và khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện Quân Y103 từ tháng 12/2014 đến tháng 5/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: BN CTSN đơn thuần không kèm theo các chấn thương khác, có chỉ định can thiệp phẫu thuật mở sọ giải áp lấy máu tụ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: CTSN ở các BN có bệnh mãn tính từ trước. CTSN thứ phát sau đột quỵ. CTSN không có chỉ định phẫu thuật

2.2. phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả theo dõi dọc

2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu: Tại thời điểm trước mổ khi chưa có sự can thiệp hô hấp xác nhận:

- Tần số thở và SpO₂, rối loạn nhịp thở, co kéo cơ hô hấp phụ, nghẽn đường thở, môi đầu chi tím, vã mồ hôi. Tần số thở (chậm <12^{ck}/phút; nhanh >25^{ck}/phút).

- Xét nghiệm khí máu động mạch: PaO₂ bình thường ≥ 95mmHg; < 60mmHg; Suy hô hấp. PaCO₂: bình thường từ 35-45mmHg; ≥45mmHg; Suy hô hấp.

- Chụp phim cắt lớp vi tính sọ não trước phẫu thuật: đánh giá loại máu tụ, vị trí máu tụ, độ di lệch đường giữa, bể đáy, kích thước ổ máu tụ.

2.2.3. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 22.0; p<0,05 được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo hình thái máu tụ với các triệu chứng lâm sàng về hô hấp

Loại máu tụ		Ngoài màng cứng (n=29)		Dưới màng cứng (n=23)		Trong não (n=13)	
		Số BN	Tỉ lệ%	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
Chỉ tiêu	Tần số thở (ck/p)						
	<12	3	10,34	1	4,35	1	7,69
	12-25	2	6,9	5	21,74	4	30,77
	>25	24	82,76	17	73,91	8	61,54

Rối loạn nhịp thở	24	82,76	17	73,91	9	69,23
Co kéo cơ hô hấp	24	82,76	17	73,91	9	69,23
Nghẽn đường thở	21	72,41	16	69,57	8	61,54
Môi - đầu chi tím	27	93,10	20	86,96	9	69,23
Vã mồ hôi	21	72,41	16	69,57	8	61,54
SpO ₂ <85%	26	89,66	18	78,26	7	53,85

Tần số thở nhanh phổ biến ở cả 3 nhóm gặp cao nhất ở nhóm máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC) chiếm 82,76%. Tần số thở chậm chỉ gặp ở 5 BN, trong đó 3 BN MTNMC. Số BN có rối loạn nhịp thở, ùn tắc đờm rãi, vã mồ hôi, tím môi đầu chi cũng gặp phổ biến trong cả 3 nhóm, nhưng nhiều hơn cả là ở nhóm BN MTNMC, sau đó là nhóm máu tụ dưới màng cứng (MTDMC) và

máu tụ trong não (MTTN). Nhóm BN nghiên cứu lúc vào viện đa phần đều rối loạn ý thức nặng cho nên dễ ùn tắc đờm rãi, dị vật, máu chất nôn... gây suy thở chiếm tỉ lệ cao. Ùn tắc đường thở dẫn tới thở nhanh, vã mồ hôi, tím môi đầu chi... Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Nguyễn Nhật Đức (2015)[1] và Chowdhury T. et al. (2014)[3] khi nghiên cứu về CTSN.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo hình thái máu tụ nội sọ với chỉ số PaO₂ và PaCO₂

Hình thái máu tụ		Ngoài màng cứng (n=29)		Dưới màng cứng (n=23)		Trong não (n=13)	
		BN	Tỉ lệ %	BN	Tỉ lệ %	BN	Tỉ lệ %
PaO ₂ (mmHg)	> 90	1	3,55	4	17,4	5	38,46
	60 - 90	2	6,89	2	8,7	2	15,38
	< 60	26	89,66	17	73,9	6	46,15
PaCO ₂ (mmHg)	> 45	27	93,1	13	56,52	7	53,84
	35 - 45	0,0	0,0	6	26,09	3	23,08
	< 35	2	6,89	4	17,39	3	23,08

Tỉ lệ BN có PaO₂ <60 mmHg và PaCO₂ >45 mmHg gặp phổ biến ở cả 3 nhóm hình thái máu tụ. Nhóm BN MTNMC có PaO₂ <60 mmHg và PaCO₂ >45 mmHg chiếm tỉ lệ cao nhất (89,66% và 93,1%). Máu tụ ngoài màng cứng có đặc điểm tiến triển cấp tính gây đè ép mạnh nhu mô tổ chức não cho nên gây suy hô hấp sớm và trầm trọng hơn các nhóm còn lại. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Chowdhury T. et al. (2014)[3] và Nguyễn Nhật Đức (2015)[1].

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo vị trí máu tụ với các triệu chứng lâm sàng về hô hấp

Vị trí máu tụ		Thái dương (n=33)		Đỉnh (n=14)		Trán (n=15)		Chẩm (n=3)	
		BN	%	BN	%	BN	%	BN	%
Tần số thở (CK/p)	<12	4	12,12	0	0	1	6,67	0	0
	12-25	7	21,21	3	21,43	1	6,67	0	0
	>25	22	66,67	11	78,57	13	86,67	3	100
Rối loạn nhịp thở		22	66,67	11	78,57	14	93,33	3	100
Co kéo cơ hô hấp		22	66,67	11	78,57	14	93,33	3	100
Nghẽn đường thở		21	63,64	10	71,43	12	80	3	100
Môi - đầu chi tím		26	78,79	11	78,57	14	93,33	3	100
Vã mồ hôi		21	63,64	10	71,43	11	73,33	3	100
SpO ₂ < 85%		26	78,79	9	64,29	13	86,67	3	100

Rối loạn nhịp thở và tần số thở gặp phổ biến ở cả 4 nhóm vị trí máu tụ. Có thể thấy, phần lớn BN đều có rối loạn nhịp thở lúc vào viện, chủ yếu là tần số thở nhanh. BN có máu tụ nội sọ vùng chẩm chỉ có 3BN, nhưng cả 3BN đều có tình trạng rối loạn nhịp thở và tần số thở nhanh cũng như các triệu chứng lâm sàng về hô hấp (100%).

Nhóm BN có máu tụ nội sọ vùng thái dương gặp là chủ yếu nhất 33/65 (50,76%) nhưng tỉ lệ rối loạn hô hấp trong nhóm này lại thấp hơn các nhóm còn lại. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Chowdhury T. et al. (2014)[3] và Muyembe V. M., Suleman N. (1999)[4].

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo vị trí máu tụ với PaO₂ và PaCO₂

Vị trí máu tụ		Thái dương (n=33)		Trán (n=14)		Đỉnh (n=15)		Chẩm (n=3)	
		BN	%	BN	%	BN	%	BN	%
PaO ₂	> 90	7	21,21	2	14,29	1	6,67	0	0

(mmHg)	60 - 90	3	9,09	2	14,29	1	6,67	0	0
	< 60	23	69,7	10	71,42	13	86,66	3	100
PaCO ₂ (mmHg)	> 45	22	66,67	11	78,57	12	80	3	100
	35 - 45	5	15,15	2	14,29	2	13,33	0	0
	< 35	6	18,18	1	7,14	1	6,67	0	0

Tỉ lệ BN có PaO₂ < 60 mmHg hoặc PaCO₂ > 45mmHg gặp phổ biến ở cả 4 nhóm vị trí máu tụ nhưng nhiều nhất là ở nhóm BN có máu tụ vùng chẩm với tỉ lệ 100% ở cả hai chỉ số PaO₂ và PaCO₂. Như vậy nhóm BN MTNS vùng chẩm có tình trạng suy hô hấp khi vào viện cao hơn rõ rệt so với 3 nhóm còn lại. Trong nghiên cứu này thì toàn bộ số BN có MTNS vùng chẩm là có suy hô hấp và cần được hỗ trợ hô hấp. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Wang Y. C. et al. (2005)

Bảng 3.5. Phân bố bệnh nhân theo tình trạng lâm sàng hô hấp và cách hình ảnh gián tiếp trên phim cắt lớp vi tính sọ não

Hình ảnh Chỉ tiêu		Đập não (n=52)		Mờ bể đáy (n=21)		Đề đẩy đường giữa			
						<5mm (n=22)		>5mm (n=43)	
		BN	%	BN	%	BN	%	BN	%
Tần số thở ($\dot{V}_T$ /p)	<12	5	9,6	2	9,5	1	4,55	4	9,3
	12-25	9	17,3	3	14,3	4	18,18	7	16,28
	>25	38	73,1	16	76,2	17	77,27	32	74,42
Rối loạn nhịp thở		39	75	16	76,2	17	77,27	33	76,74
Co kéo cơ hô hấp		39	75	16	76,2	17	77,27	33	76,74
Nghẽn đường thở		39	75	17	81	12	54,55	33	76,74
Môi - đầu chi tím		43	82,7	18	85,7	18	81,82	36	83,72
Vã mồ hôi		36	69,2	17	81	13	59,09	32	74,42
SpO ₂ < 85%		40	76,9	18	85,7	17	77,27	34	79,07

Trên thực tế, đường giữa bị đề đẩy nhiều hơn thì não bộ sẽ bị chèn ép nhiều hơn. Tuy nhiên, tình trạng suy hô hấp còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác kèm theo như: đập não kết hợp, vị trí máu tụ, thể loại máu tụ... cho nên trong

nghiên cứu của chúng tôi, chưa hoàn toàn loại bỏ được các yếu tố gây nhiễu vì thể chưa khẳng định được tính liên quan giữa 2 yếu tố này trên lâm sàng. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Wang Y. C. et al. (2005)

Bảng 3.6. Phân bố bệnh nhân theo hình ảnh tổn thương gián tiếp với PaO₂ và PaCO₂

Hình ảnh Chỉ tiêu		Đập não (n=52)		Mờ bể đáy (n=21)		Đề đẩy đường giữa			
						< 5 mm (n=22)		≥ 5 mm (n=43)	
		Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
PaO ₂ (mmHg)	> 90	9	17,3	4	19,05	3	13,64	7	16,28
	60 - 90	5	9,6	0	0,0	4	18,18	2	4,65
	< 60	38	73,1	17	80,95	15	68,18	34	79,07
PaCO ₂ (mmHg)	> 45	38	73,1	12	57,14	18	81,81	29	67,44
	35 - 45	9	17,3	5	23,81	3	13,64	6	13,95
	< 35	5	9,6	4	19,05	1	4,55	8	18,61

Nhóm đập não bao gồm 52 BN, trong đó có 38/52 BN trong tình trạng suy hô hấp chiếm 73,1%. Nhóm mờ bể đáy có chỉ số PaO₂ < 60 mmHg là 80,95% chiếm tỉ lệ cao nhất so với các nhóm còn lại nhưng cũng là nhóm BN có chỉ số PaCO₂ < 45mmHg chiếm tỉ lệ thấp nhất (57,14%). Nhóm BN có đề đẩy đường giữa trên 5mm cũng

có chỉ số PaO₂ < 60mmHg chiếm tỉ lệ nhiều hơn nhóm còn lại (PaO₂ < 60mmHg là 79,07% so với 68,18%). Tuy nhiên tỉ lệ BN có tăng CO₂ máu lại thấp hơn ở nhóm đề đẩy đường giữa dưới 5mm (67,44% so với 81,81%). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của Nguyễn Khải Hoàn (2003) và Sobuwa S. et al. (2013).

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo thể tích khối máu tụ với chỉ số PaO₂ và PaCO₂

Thể tích máu tụ Chỉ tiêu		V < 30ml (n=16)		V = 30-60ml (n=30)		V > 60ml (n=19)	
		Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
PaO ₂ (mmHg)	>90	4	25	6	20	0	0
	60-90	3	18,75	3	10	0	0
	<60	9	56,25	21	70	19	100
PaCO ₂	>45	11	68,75	20	66,67	16	84,21

(mmHg)	<35	1	6,25	6	20	2	10,53
	35-45	4	25	4	13,33	1	5,26

Trong nghiên cứu này nhóm BN có thể tích MTNS trên 60ml có tỉ lệ rối loạn hô hấp cao hơn rõ rệt so với hai nhóm còn lại. Do đó, nhân viên y tế khi cấp cứu nhóm BN này cần khẩn trương tích cực sẵn sàng hỗ trợ hô hấp cho BN, tránh tình trạng thiếu oxy máu gây tổn thương thứ phát ảnh hưởng tới việc phục hồi tri giác của BN sau phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Nguyễn Nhật Đức (2015)[1] và Chowdhury T. et al. (2014)[3] khi nghiên cứu về CTSN.

IV. KẾT LUẬN

Tình trạng rối loạn hô hấp biểu hiện cả trên lâm sàng và xét nghiệm khí máu đều gặp ở 65 bệnh nhân chấn thương sọ não và có liên quan chặt chẽ tới hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não:

- Hình thái máu tụ: Tình trạng rối loạn hô hấp gặp ở nhóm máu tụ ngoài màng cứng (89,66%), nhóm máu tụ dưới màng cứng (73,9%), và trong não (46,15%).

- Vị trí máu tụ: Rối loạn hô hấp chủ yếu gặp tỉ lệ cao ở nhóm có máu tụ ở vùng chẩm (100%),

máu tụ vùng đỉnh (86,66%), vùng trán (71,42%), vùng thái dương (69,7%).

- Thể tích máu tụ: Thể tích khối máu tụ >60ml có rối loạn hô hấp (100%), máu tụ 30-60ml có rối loạn hô hấp 70%, máu tụ <30ml có rối loạn hô hấp 56,25%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Nhật Đức (2015), "Nghiên cứu tình trạng rối loạn chức năng hô hấp và hiệu quả của thông khí nhân tạo ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng" *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*
2. Nguyễn Khải Hoàn (2003), "Nghiên cứu tình trạng suy hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng", *Luận văn thạc sĩ y học*
3. Chowdhury T. et al. (2014), "Pre-hospital and initial management of head injury patients: An update", *Saudi J Anaesth*, 8(1), 114-20.
4. Muyembe V. M., Suleman N. (1999), "Head injuries at a provincial general hospital in Kenya", *East Afr Med J*, 76(4), 200-5.
5. Sobuwa S. et al. (2013), "Outcomes following prehospital airway management in severe traumatic brain injury", *S Afr Med J*, 103(9), 644-6.
6. Wang Y. C. et al. (2005), "Epidemiological study of head injuries in central Taiwan", *Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei)*, 55(1), 50-7.

ĐẶC ĐIỂM NHÂN KHẨU HỌC, BIỂU HIỆN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM THƯƠNG THANH MÔN CẤP Ở NGƯỜI LỚN

Phạm Thị Bích Đào*, Phạm Trần Anh*

TÓM TẮT³

Viêm thương thanh môn cấp ở người lớn là một trong những cấp cứu tai mũi họng. Tuy gặp không nhiều nhưng viêm thương thanh môn cấp có thể ảnh hưởng tới tính mạng người bệnh do gây chèn ép đường thở cấp tính. Nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân người lớn được chẩn đoán là viêm thương thanh môn cấp tại khoa cấp cứu Bệnh viện Tai mũi họng trung ương từ năm 1990 đến năm 2015. Kết quả: Tổng cộng có 288 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ viêm thương thanh môn cấp là 4,3 trên 100.000 bệnh nhân/năm. Nam/ nữ = 6,5/1. Tuổi trung bình là 50 ± 16 năm, và 77% là từ 30 đến 70 tuổi. 89,1% người bệnh đến bệnh viện ở ngày thứ 2 của bệnh. Triệu chứng nuốt đau (91,7%), đau họng (83,7%), ho (68,8%), tăng tiết nước bọt (63,5%), thở rít thì hít vào (46,7%), nôn (15,6%), giọng ngậm hạt thị

(15,9%). Nhiệt độ trên 37,5°C (72,2%), mạch trên 100 lần/phút (56,7%), thở nhanh (78,9%), niêm mạc họng đỏ (100%), phù nề sụn nắp thanh thiệt (92,3%), tổ chức thương thanh môn phù nề (100%). Kèm theo bệnh đái tháo đường (46,7%), viêm nhiễm vùng tiểu khung (17,2%), phối hợp cả hai bệnh trên (9,8%). 78,9% phải hỗ trợ hô hấp bằng thở oxy cao áp, 12,2% đặt ống nội khí quản và 8,9% mở khí quản trong 24 giờ đầu. Điều trị: Kháng sinh đơn thuần (Amoxicillin – clavulanate) 12,5%, Kháng sinh (Amoxicillin – clavulanate) + corticoid tiêm 67,8%, corticoid tiêm đơn thuần 17,2%, corticoid tiêm + khí dung adrenaline 2,5%.

Từ khóa: Viêm sụn thanh thiệt cấp, hỗ trợ hô hấp, mở khí quản.

SUMMARY

DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS, AND CLINICAL MANIFESTATIONS PSORIASIS TREATMENT RESULTS SHANGHAI LEVEL IN ADULT GLOTTIS

Supraglottitis in adults is one of the ENT emergency. Event haven't much but Supraglottitis can affect the lives of patients by causing acute airway compression. Retrospective study on adult patients

**Bộ môn Tai Mũi Họng – Đại học Y Hà Nội*
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào
 Email: daoent@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 14/12/2016
 Ngày phản biện khoa học: 2/1/2017
 Ngày duyệt bài: 20/1/2017

diagnosed as supraglottitis in the emergency department National ENT Hospital from 1990 to 2015. Results: A total of 288 patients were included in the study. Percentage supraglottitis is 4.3 per 100,000 patients / year. M / F = 6.5 / 1. Mean age was 50 ± 16 years, and 77% are between 30 and 70 years old. 89.1% of patients to hospitals in the 2nd day of illness. Sore throat (91.7%), dysphagia (83.7%), cough (68.8%), Inability to swallow secretions (63.5%) and stridor (46.7%), emesis (15.6%), muffled voice (15.9%) are the common symptoms. fever ($>37.5^\circ\text{C}$) 72.2%, tachycardia (100 bpm) 56.7%, tachypnoea 78.9%, pharyngitis 100%, swelling of the epiglottis 92.3%, swelling of supraglottic tissue 100%. Comorbidities were reported in of patients with medical conditions such as diabetes 46.7%. Genital tract infections 17.2% of patients, 9.8% had both conditions. 78.9% had respiratory support such as high-pressure oxygen, endotracheal intubation 12.2% and tracheostomy (8.9%) in the first 24 hours. Drug use: Antibiotic only (Amoxicillin – clavulanate) 12.5%, Antibiotic (Amoxicillin – clavulanate) + corticoid IM 67.8%, corticoid IM 17.2%, corticoid IM + inhaled with adrenaline 2.5%. Mortality was 0%.

Key words: Supraglottitis, respiratory support, tracheostomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thượng thanh môn cấp ở người lớn là một trong những cấp cứu tai mũi họng, tỷ lệ gặp thường gặp 0,5 – 1% [1]. Bệnh có thể tử vong do gây chèn ép đường thở cấp tính [2]. Chẩn đoán xác định dựa vào lâm sàng. Sốt cao nếu do nguyên nhân nhiễm trùng, trường hợp không phải do nhiễm trùng thì có thể có sốt nhẹ hoặc không sốt. Chủ yếu là đau họng và nuốt đau. Có thể có các triệu chứng: tăng tiết đờm dãi, có thở rít và tắc nghẽn đường hô hấp. 50% số bệnh nhân có giọng ngậm hột thị. Bệnh nhân thường ít khi ho. Khám hạ họng thanh quản thấy: phù nề vùng sụn nắp, nếp phễu thanh thiệt và sụn phễu. Sụn nắp có thể viêm nề nhiều tạo hình ảnh “mồm cá mè” [6]. Có thể có viêm loét hay viêm mũ thanh thiệt. Áp xe thanh thiệt cũng có thể gặp. Một số trường hợp phù nề bằng thanh thất [7]. Xét nghiệm máu: Bạch cầu đa nhân trung tính thường tăng cao, đồng thời tăng protein C phản ứng. Chụp phim Xquang cổ nghiêng: tiến hành khi bệnh nhân không có tình trạng khó thở cấp tính và có nhân viên y tế đi cùng. Tại phòng chụp cũng cần có các phương tiện cấp cứu được chuẩn bị sẵn sàng. Hình ảnh Xquang cổ nghiêng thấy hình ảnh dấu ấn “ngón tay”. Đa phần dây thanh và khí quản bình thường, chỉ một số ít trường hợp tổn thương viêm lan tới cả thanh môn và hạ thanh môn, tạo nên hình phễu trên phim Xquang thẳng. Siêu

âm: Trên siêu âm, viêm phù nề thanh thiệt cấp tính có hình ảnh giống chữ “P” khi siêu âm xuyên qua màng giáp móng.

Nguyên tắc điều trị: Kiểm soát đường thở, có thể mở khí quản hoặc đặt nội khí quản khi bệnh nhân có tình trạng khó thở từ độ II. Tiếp theo là điều trị nội khoa hay ngoại khoa tùy theo các nguyên nhân.

Diễn biến viêm thượng thanh môn cấp tiến triển theo hai xu hướng: (1) tiến triển nhanh tới tắc nghẽn đường thở gây tử vong nếu không được xử trí can thiệp kiểm soát đường thở, (2) tiến triển nhẹ dần đi nếu không có tắc nghẽn đường thở và các triệu chứng sẽ hết dần sau vài ngày. Nghiên cứu nhằm giúp các thầy thuốc chẩn đoán sớm viêm thượng thanh môn cấp và có thái độ xử trí đúng đắn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Được lựa chọn từ khoa cấp cứu Bệnh viện Tai mũi họng trung ương từ năm 1990 đến năm 2015 ở các bệnh nhân người lớn được chẩn đoán là viêm thượng thanh môn cấp. Thực tiễn có 288 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán viêm thượng thanh môn cấp với các triệu chứng: sốt, nuốt đau, nuốt vướng. Khám thấy niêm mạc vùng thượng thanh môn phù nề, xung huyết.

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả từng ca

2.1.1. Các bước tiến hành

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

- Thông số nghiên cứu: tuổi, giới, các triệu chứng: nhiệt độ, mạch, nuốt đau, nuốt vướng, thở rít, thay đổi giọng nói, niêm mạc vùng thượng thanh môn

2.1.2. Xử lý số liệu

thống kê bằng SPSS 16.0
2.2. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của các đối tượng tham gia. Không vi phạm các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học. Không gây ra các tác động không mong muốn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học:

- Nam/ nữ = 6,5/1.
- Tuổi trung bình là 50 ± 16 năm, và 77% là từ 30 đến 70 tuổi.
- 89,1% người bệnh đến bệnh viện ở ngày thứ 2 của bệnh.

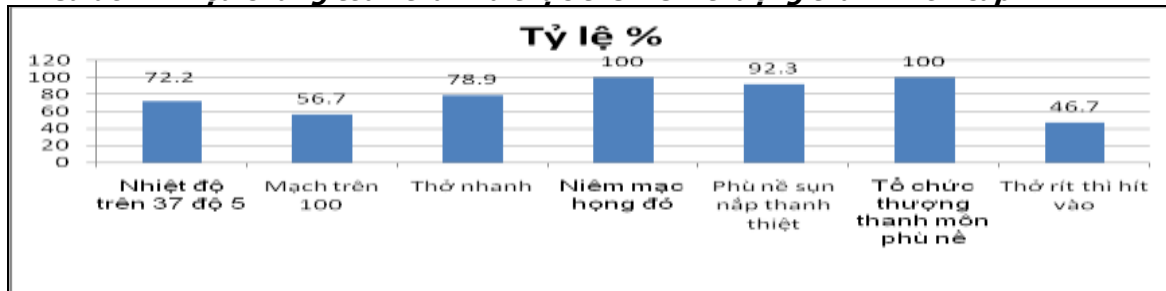
3.2. Triệu chứng cơ năng của viêm thượng thanh môn cấp

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng viêm thương thanh môn cấp

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau họng	241	83,7
Nuốt đau	264	91,7
Tăng tiết nước bọt	183	63,5
Thở rít	97	33,7
Nôn	45	15,6
Giọng ngậm hạt thị	46	15,9
Ho	198	68,8

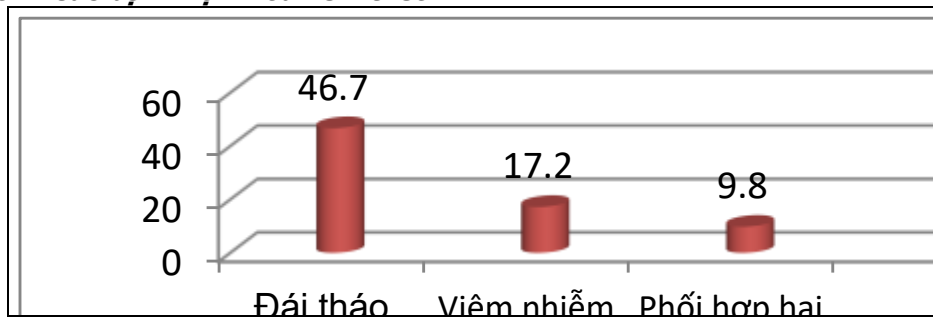
Nhận xét: Các triệu chứng cơ năng của viêm thương thanh môn cấp: đau họng (83,7%), nuốt đau (91,7%), tăng tiết nước bọt (63,5%), thở rít (33,7%), nôn (15,6%), giọng ngậm hạt thị (15,9%), ho (68,8%).

3.3. Triệu chứng thực thể và toàn thân của viêm thương thanh môn

Biểu đồ 1: Triệu chứng toàn thân và thực thể viêm thương thanh môn cấp

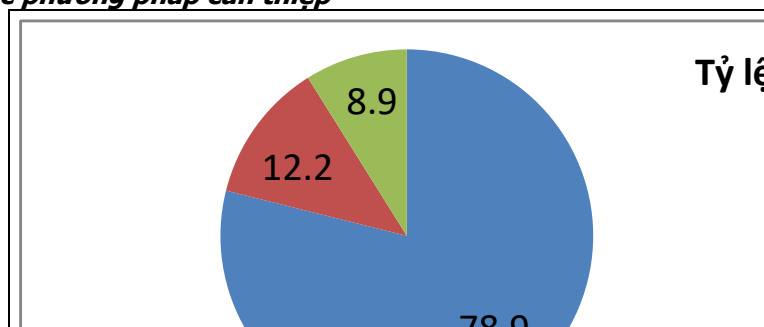
Nhận xét: Nhiệt độ bệnh nhân viêm thương thanh môn cấp trên 37,5°C (72,2%), mạch trên 100 lần/phút (56,7%), thở nhanh (78,9%), niêm mạc họng đỏ (100%), phù nề sụn nắp thanh thiệt (92,3%), tổ chức thượng thanh môn phù nề (100%), thở rít thì hít vào (46,7%).

3.4. Các bệnh nội khoa kèm theo

Biểu đồ 2. Các bệnh nội khoa kèm theo

Nhận xét: Bệnh viêm thương thanh môn cấp có kèm theo bệnh đái tháo đường (46,7%), viêm nhiễm vùng tiểu khung (17,2%), phổi hợp cả hai bệnh (9,8%).

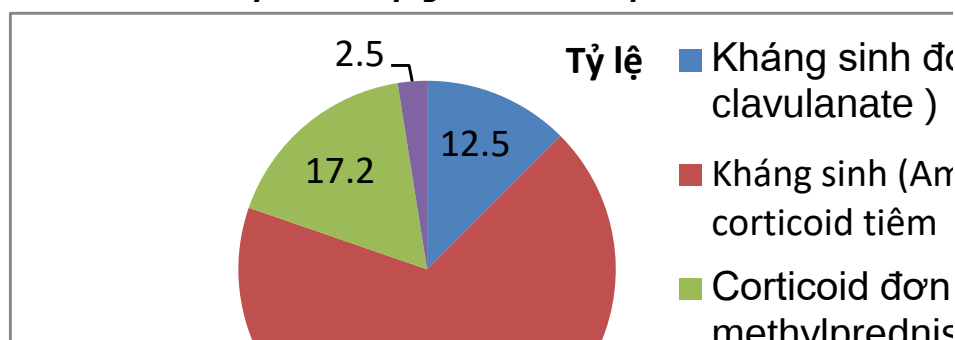
3.5. Các phương pháp can thiệp

Biểu đồ 3: Các phương pháp can thiệp

Nhận xét: 78,9% phải hỗ trợ hô hấp bằng thở oxy cao áp, 12,2% đặt ống nội khí quản và 8,9% mở khí quản trong 24 giờ đầu.

3.6. Phác đồ điều trị viêm thượng thanh môn cấp

Biểu đồ 4: Phác đồ điều trị viêm thượng thanh môn cấp



Nhận xét: Kháng sinh đơn thuần (Amoxicillin – clavulanate) 12,5%, Kháng sinh (Amoxicillin – clavulanate) + corticoid tiêm 67,8%, corticoid tiêm đơn thuần 17,2%, corticoid tiêm + khí dung adrenaline 2,5%.

IV. BÀN LUẬN

Trong 288 bệnh nhân viêm thượng thanh môn cấp, nam giới là chủ yếu, tỷ lệ Nam/ nữ = 6,5/1, Ames Wacho rằng, bên cạnh viêm nhiễm việc uống rượu bia là một yếu tố thuận lợi xuất hiện viêm thượng thanh môn [6]. Tuổi trung bình là 50 ± 16 năm, và 77% là từ 30 đến 70 tuổi, Hafidh MA trong nghiên cứu của mình cũng nhận thấy độ tuổi của bệnh nhân 81,2% từ 30 đến 70 tuổi, tác giả giải thích là ở nhóm tuổi này họ bị tác động bởi nhiều yếu tố chủ yếu liên quan đến dị ứng thức ăn hoặc đồ uống gây viêm thượng thanh môn cấp. 89,1% người bệnh đến bệnh viện ở ngày thứ 2 của bệnh, do ở ngày thứ 2 triệu chứng nuốt đau, nuốt vướng tăng lên đột ngột. Những bệnh nhân đến bệnh viện ngay ngày đầu chủ yếu là do khó thở và nhóm này thường phải mở khí quản hoặc đặt nội khí quản [2]. Andreassen UK cùng đồng nhận xét và cho rằng với những bệnh nhân phải nhập viện ngay ngày đầu xuất hiện triệu chứng thì giải pháp corticoid tiêm, khí dung adrenaline và thở oxy cao áp là phác đồ hiệu quả để không phải đặt nội khí quản hoặc mở khí quản [3].

Các triệu chứng cơ năng của viêm thượng thanh môn cấp hay gặp nhất là: nuốt đau (91,7%), đau họng (83,7%), ho (68,8%). Đây là ba triệu chứng gợi ý đến viêm thượng thanh môn cấp. Các triệu chứng này dễ nhầm với viêm họng, viêm amidan cấp nên nhiều khi việc chẩn đoán viêm thượng thanh môn bị chậm trễ. Nhiều tác giả đã cho rằng, đây là một trong những nguyên nhân gây tử vong ở những bệnh nhân viêm thượng thanh môn cấp [5]. Ngoài ra còn gặp triệu chứng tăng tiết nước bọt (63,5%), thở rít (33,7%), nôn (15,6%), giọng ngậm hạt thị (15,9%), là những triệu chứng cũng thường xuất hiện [6].

Nhiệt độ bệnh nhân viêm thượng thanh môn cấp trên $37,5^{\circ}\text{C}$ (72,2%) – như vậy viêm thượng thanh môn cấp thường do vi khuẩn. Đi kèm theo đó là các dấu hiệu phụ của khó thở, mạch trên 100 lần/phút (56,7%), thở nhanh (78,9%) [7]. Khi khám niêm mạc họng đỏ (100%), phù nề sụn nắp thanh thiệt (92,3%), tổ chức thượng thanh môn phù nề (100%), thở rít thì hít vào (46,7%). Các tác giả đều khẳng định đây là những dấu hiệu khẳng định người bệnh bị viêm thượng thanh môn cấp và quyết định cách thức điều trị.

Bệnh viêm thượng thanh môn cấp có kèm theo bệnh đái tháo đường (46,7%), Viêm nhiễm vùng tiểu khung (17,2%), phối hợp cả hai bệnh trên (9,8%). 78,9% phải hỗ trợ hô hấp bằng thở oxy cao áp, 12,2% đặt ống nội khí quản và 8,9% mở khí quản trong 24 giờ đầu.

Kháng sinh đơn thuần (Amoxicillin – clavulanate) 12,5%, kháng sinh (Amoxicillin – clavulanate) + corticoid tiêm 67,8%, corticoid tiêm đơn thuần 17,2%, corticoid tiêm + khí dung adrenaline 2,5%. Những bệnh nhân được điều trị theo những phác đồ trên đều có những chỉ định trên từng bệnh nhân cụ thể. Phác đồ kháng sinh (Amoxicillin – clavulanate) + corticoid tiêm được sử dụng nhiều nhất do đa phần các bệnh nhân viêm thượng thanh môn cấp đều do có tình trạng nhiễm trùng và phù nề cấp do dị ứng.

V. KẾT LUẬN

Viêm thượng thanh môn cấp có biểu hiện chủ yếu là đau họng, nuốt vướng và ho. Chẩn đoán xác định bằng soi hạ họng thanh quản thấy niêm mạc thượng thanh môn phù nề, xung huyết. Phác đồ điều trị chính là Kháng sinh (Amoxicillin – clavulanate) + corticoid tiêm có kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ames WA, Ward VM, Tranter RM et al 2000. Adult epiglottitis: an under-recognized, life-threatening condition. Br J Anaesth; 85:795.
2. Ng HL, Sin LM, Li MF, et al, 2008. Acute epiglottitis in adults: a retrospective review of 106 patients in Hong Kong. Emerg Med; 25:253.
3. Berger G, Landau T, Berger S, et al 2003. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. Am J Otolaryngol; 24:374.
4. Chang YL, Lo SH, Wang PC, Shu YH 2005. Adult acute epiglottitis: experiences in a Taiwanese setting. Otolaryngol Head Neck Surg; 132:689.
5. Guldred LA, Lyhne D, Becker BC 2008. Acute epiglottitis: epidemiology, clinical presentation, management and outcome. J Laryngol Otol; 122:818.
6. Shah RK, Stocks C, 2010. Epiglottitis in the United States: national trends, variances, prognosis, and management. Laryngoscope; 120:1256.
7. Katori H, Tsukuda M, 2005. Acute epiglottitis: analysis of factors associated with airway intervention. J Laryngol Otol; 119:967.

TEO VÀ HẸP TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM: KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 2

Trần Thanh Trí*, Hồ Phi Duy*, Lâm Thiên Kim*,
Bùi Hải Trung*, Lê Tấn Sơn**

TÓM TẮT⁴

Mở đầu: Phương pháp nối tá tràng - tá tràng (TT) bên-bên kiểu kim cương theo Kimura và xén màng ngăn trong điều trị teo và hẹp TT ở trẻ em chưa được nghiên cứu và áp dụng rộng tại Việt Nam. **Mục đích:** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật hở và nội soi trong teo hẹp TT ở trẻ em. **Đối tượng, phương pháp:** Hồi cứu mô tả 116 bệnh nhi (Nhóm I: 53 ca mổ nội soi; Nhóm II: 53 ca mổ hở; Nhóm III: 10 ca nội soi chuyển hở) được điều trị teo hẹp TT bằng phương pháp nối tá tràng bên-bên theo Kimura hoặc xén màng ngăn tại Bệnh viện Nhi đồng 2 từ 10/2010 đến 10/2015. **Kết quả:** Thời gian mổ trung vị của mổ nội soi là 145 phút, dài hơn so với mổ hở, 75 phút. Thời gian trung vị cần hỗ trợ hô hấp sau mổ nhóm I là 18 giờ, nhóm II là 22,1 giờ. Thời gian trung bình bắt đầu cho ăn và cho ăn hoàn toàn sau mổ ở nhóm I là 4,4±2,9 và 6±4,6 ngày, nhóm II là 8,3±3,8 và 12,9±7,2 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung vị và tổng thời gian nằm viện trung vị ở nhóm I là 14 và 18 ngày, ở nhóm II là 17 và 22 ngày. Tỷ lệ biến chứng nội khoa và ngoại khoa trong nhóm I lần lượt là 28,3% và 11,3%. Các tỷ lệ này ở nhóm II và III là 49,1%, 5,7% và 20%, 10%. Tỷ lệ biến chứng ngoại khoa chung là 8,6%. Tỷ lệ tử vong và nặng xin về trong nhóm bệnh nhi được mổ nội soi là 5,7% tương đương trong nhóm bệnh nhi được mổ hở và chuyển mổ hở là 5,7% và 10%, P= 0,706. Tỷ lệ tử vong và nặng xin về chung là 6,03%. **Kết luận:** Tỷ lệ biến chứng trong mổ hở, mổ nội soi hay nội soi chuyển hở là như nhau với tỷ lệ biến chứng ngoại khoa chung thấp. Tỷ lệ tử vong thấp. Điều trị phẫu thuật hở và nội soi teo và hẹp TT tại cơ sở của chúng tôi cho kết quả tốt.

* Bệnh viện Nhi đồng 2 TP HCM

**Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Trí

Email: tran_khon@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 22/12/2016

Ngày duyệt bài: 12/1/2017

SUMMARY

CONGENITAL DUODENAL ATRESIA AND STENOSIS (CDAS) REPAIR IN CHILDREN: SHORT-TERM OUTCOME

Background: In the last decade, diamond-shaped anastomosis and web resection for CDAS has been studied and performed at many centers worldwide. In Vietnam, the procedure was not well evaluated and not applied popularly. **Purpose:** To evaluate the short-term results of CDAS treatment. **Patients and Methods:** From 10/2010 to 10/2015, a hundred and sixteen patients with CDAS were treated at our center (Group I: 53 cases treated laparoscopically; Group II: 53 cases treated openly; Group III: 10 cases converted to open from endoscopy). A retrospective study was conducted to evaluate the treatment outcome. **Results:** The median operation time in laparoscopic repair was longer than open repair: 145 versus 75 ms. The median time for mechanical ventilation in group I and II were 18 and 22.1 hours. The median postoperative day to begin oral feeding and to full feeding in group I were 4.4±2.9 and 6±4.6 days (respectively), shorter than that of group II: 8.3±3.8 and 12.9±7.2 days. Stay time postoperative and total stay time in group I were 14 and 18 days. Those of group II were 17 and 22 days. In group I, non-surgical related and surgical related complications rate were 28.3% and 11.3%. These rates of group II were 49.1% and 5.7%, of group III were 20% and 10%, respectively. The overall surgical complication rate in 116 cases was 8.6%. Mortality rate in group I, II and III were 5.7%, 5.7% and 10%. The overall mortality rate was 6.03%. **Conclusion:** Complication and mortality rate of CDAS treatment at our center were low. Diamond-shaped anastomosis and web resection (laparoscopically or openly) was safe and gave good results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Teo và hẹp tá tràng (TT) là những tổn thương nội tại gây tắc TT, có suất độ 1/10.000 đến

1/5.000 trẻ sinh sống, là nguyên nhân đứng đầu gây tắc ruột bẩm sinh^{[1] [5]}. Ở Bệnh viện Nhi đồng 2, mỗi năm có khoảng 20 ca được điều trị, bệnh hiếm gặp.

Trong thập kỷ qua, phẫu thuật nội soi điều trị teo và hẹp tá TT đã được áp dụng ở nhiều nơi trên thế giới. Có nhiều công trình đánh giá phương pháp này ở nước ngoài nhưng cỡ mẫu còn nhỏ. Tại Việt Nam, việc nghiên cứu và áp dụng phương pháp trên càng hiếm. Bệnh viện Nhi đồng 2 là một trong những trung tâm đầu ngành về Ngoại nhi, nơi tiên phong áp dụng các kĩ thuật mới. Chúng tôi đã ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị teo và hẹp TT song song với phương pháp mổ hở truyền thống. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả điều trị teo và hẹp TT trong 5 năm, từ 10/2010 đến 10/2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồi cứu tất cả các trường hợp teo và hẹp TT trong 5 năm. Các hồ sơ này thỏa mãn:

1. Bệnh nhi có chẩn đoán teo hẹp TT, chưa từng điều trị phẫu thuật trước đó.

2. Hồ sơ đầy đủ

Thu thập số liệu bằng bệnh án mẫu. Nhập và xử lý số liệu bằng Stata 13.0. Kết quả điều trị được đánh giá ở các bệnh nhi mổ nội soi (53 ca), mổ hở (53 ca) và mổ nội soi chuyển hở (10 ca).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm tổng quát

1.1. Các đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật: So với những bệnh nhi được chọn để mổ nội soi (63 ca), các bệnh nhi trong nhóm mổ hở có tuổi thai nhỏ hơn, cân nặng lúc sinh nhẹ hơn, nhiều dị tật đường tiêu hoá kèm theo và nhiều bệnh nhi bị suy dinh dưỡng hơn. Trên thực tế, chính các đặc điểm lâm sàng trước mổ sẽ quyết định việc chọn ngả tiếp cận phẫu thuật. Điều này có thể được lý như sau: đã có sự chọn lựa bệnh nhất định từ phía phẫu thuật viên, và từ phía Bác sĩ gây mê. Những bệnh nhi có nhiều yếu tố nguy cơ hơn thường sẽ được mổ hở.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhi trước phẫu thuật

Đặc điểm	Phương pháp mổ		P
	Chọn nội soi từ đầu (63 ca)	Chọn mổ mở từ đầu (53 ca)	
Tuổi thai khi sinh (tuần)	38 ± 2,2	36 ± 3,2	<0,001
Cân nặng lúc sinh	2,7 ± 0,5	2,2 ± 0,6	<0,001
Dị tật đi kèm			
Down	11 (17,5%)	10 (18,9%)	0,845
Niệu dục	5 (7,5%)	3 (5,7%)	0,725
Tim	37 (58,7%)	24 (45,3%)	0,149
Chi	3 (4,8%)	2 (3,8%)	0,999
Tiêu hoá	11 (17,5%)	18 (34%)	0,041
Khác	2 (3,2%)	15 (28,3%)	<0,001
Các vấn đề nội khoa			
Rối loạn điện giải	52 (82,5%)	45 (84,9%)	0,732
Rối loạn đông máu	14 (22,2%)	12 (22,6%)	0,957
Nhiễm trùng	10 (15,9%)	4 (7,5%)	0,253
Vàng da	23 (36,5%)	17 (32,1%)	0,617
Xuất huyết não	0 (0%)	2 (3,8%)	0,207
Suy dinh dưỡng	11 (17,5%)	18 (34%)	0,041
Viêm phổi	6 (9,5%)	10 (18,9%)	0,146
Suy hô hấp	5 (7,9%)	7 (13,2%)	0,353

1.2. Đặc điểm thương tổn teo hẹp TT: Các đặc điểm về thương tổn tại TT như vị trí teo hẹp, loại teo hẹp khá tương tự nhau ở các nhóm. Loại 1 và 3 thường gặp nhất, vị trí ảnh hưởng thường là TT đoạn D2.

Bảng 2: Đặc điểm thương tổn teo hẹp TT

Loại thương tổn	Mổ nội soi (n=53)	Mổ hở (n=53)	Nội soi chuyển hở (n=10)	P
Vỡ gió	11 (20,8%)	11 (21,2%)	3 (30%)	0,224
Loại 1	26 (49,1%)	18 (34,6%)	3 (30%)	

Loại 2	2 (3,8%)	0 (0%)	1 (10%)	
Loại 3	14 (26,4%)	23 (44,2%)	3 (30%)	
Vị trí thương tổn trên TT				
D1	1 (1,9%)	1 (1,9%)	0 (0%)	0,273
D2	52 (98,1%)	51 (96,2%)	9 (90%)	
D3	0 (0%)	1 (1,9%)	1 (10%)	
Vị trí thương tổn so với bóng Vater				
Dưới	47 (88,7%)	41 (77,4%)	9 (90%)	0,246
Trên	6 (11,3%)	12 (22,6%)	1 (10%)	

2. Điều trị phẫu thuật

2.1. Thời gian phẫu thuật: Thời gian trung vị phẫu thuật nội soi là 145 phút (120-160 phút) dài hơn so với nhóm phẫu thuật hở là 75 phút (60-95 phút) với $P < 0,001$. Kết quả này tương tự trong các nghiên cứu của các tác giả có so sánh giữa nhóm tiếp cận nội soi trong khoảng 116-145 phút và nhóm tiếp cận bằng ngả hở trong khoảng 96-103 phút. Khác biệt có ý nghĩa.

Thời gian mổ nội soi theo các tác giả khá dao động. Chúng tôi làm miệng nối bằng mũi rời và vì thế làm thời gian mổ kéo dài hơn. Trong mổ hở, thời gian mổ của chúng tôi tương đương với các tác giả khác.

2.2. Thời gian thở máy sau mổ: Thời gian thở máy sau mổ của chúng tôi có ngắn hơn so với các tác giả khác.

Bảng 3: Thời gian thở máy sau mổ theo ngả tiếp cận của từng tác giả

Tác giả (năm)	Mổ hở	Mổ nội soi	P
Sarah Hill và cs ^[7] (2011)	4 ngày (0-9 ngày)	2 ngày (0-149 ngày)	P=0,05
Jenson A. R. và cs ^[3] (2013)	1 ngày (0-17 ngày)	1 ngày (0-6 ngày)	P=0,15
Chúng tôi (2015)	22,1 giờ (11,2-42,5 giờ)	18 giờ (9,7-31,8 giờ)	P=0,267

2.3. Thời gian bắt đầu cho ăn lại bằng đường miệng sau phẫu thuật

Thời gian bắt đầu cho ăn bằng đường miệng trong nghiên cứu này ngắn hơn so với kết quả của các tác giả khác (bảng 4). Ngoài ra, thời gian này ở nhóm bệnh nhi được mổ nội soi ngắn hơn so với nhóm bệnh nhi được mổ hở. Kết quả này tương tự như báo cáo của Spilde, Trần Ngọc Sơn.

Bảng 4: Thời gian cho ăn lại bằng đường miệng theo ngả tiếp cận phẫu thuật của các tác giả

Tác giả (năm)	Thời gian bắt đầu cho ăn sau mổ (ngày)		P
	Mổ hở	Mổ nội soi	
Spilde và cs ^[6] (2008)	11,3	5,4	P=0,002
Sarah Hill và cs ^[7] (2011)	9 (0-23)	7 (0-36)	P>0,05
Jenson A. R. và cs ^[3] (2013)	10 (4-44)	9 (4-33)	P=0,15
Trần Ngọc Sơn ^[5] (2015)	7 ± 4,6	4 ± 2,2	P<0,0001
Chúng tôi (2015)	6 ± 4,6	4,4 ± 2,9	P=0,042

Theo Kay và cs^[7], khi mổ nội soi, các phẫu thuật viên ít thao tác trên ruột non nên liệt ruột sau mổ xảy ra ít hơn, nhẹ nhàng hơn và từ đó có thể cho ăn đường miệng sớm hơn.

2.4. Thời gian cho ăn hoàn toàn bằng đường miệng sau phẫu thuật

Thời gian bắt đầu cho ăn bằng đường miệng ở 2 nhóm bệnh nhi của chúng tôi cũng khá tương đồng với các tác giả khác, thậm chí ngắn hơn. Trong nhóm bệnh nhi được mổ nội, thời gian cho ăn hoàn toàn ngắn hơn so với nhóm mổ hở. Kết quả này tương tự như báo cáo của Spilde và Trần Ngọc Sơn nhưng khác với kết quả của Jenson A. R. và cs (Bảng 5).

Bảng 5: Thời gian cho ăn hoàn toàn bằng đường miệng theo ngả tiếp cận phẫu thuật qua các nghiên cứu

Tác giả (năm)	Thời gian cho ăn hoàn toàn đường miệng sau mổ (ngày)		P
	Mổ hở	Mổ nội soi	
Spilde và cs ^[6] (2008)	16,9	9	P=0,007
Jenson A. R. và cs ^[3] (2013)	15 (9-126)	15 (6-72)	P=0,69
Chúng tôi (2015)	12,9 ± 7,2	8,3 ± 3,8	P<0,001

2.5. Thời gian nằm viện: Khác với kết quả trong nghiên cứu có so sánh của Sarah Hill và Jenson A. R. (thời gian nằm viện nói chung không có sự khác biệt giữa hai nhóm mổ hở và mổ nội soi), thời gian nằm viện của nhóm bệnh nhi được mổ nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với được mổ hở: 17 ngày so với 22 ngày. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung ngắn hơn các tác giả khác^{[3], [6]}.

Bảng 6: Thời gian nằm viện theo các tác giả

Tác giả (năm)	Thời gian nằm viện (ngày)		P
	Mổ hở	Mổ nội soi	
Sarah Hill và cs ^[7] (2011)	19 (6-79)	20 (4-149)	>0,05
Burgmeier C. ^[2] (2012)	-	21 (11-43)	
Jenson A. R. và cs ^[3] (2013)	30 (9-173)	20 (13-105)	0,27
Chúng tôi (2015)	22 (15-29)	17 (11-25)	0,011

2.6. Biến chứng: Có 10 trường hợp có biến chứng ngoại khoa, chiếm tỉ lệ 8,6% và 43 trường hợp có biến chứng nội khoa, chiếm tỉ lệ 37,1%. Phân tích từng loại biến chứng nội khoa, ngoại khoa theo từng nhóm bệnh được mổ hở, mổ nội soi và chuyển mổ hở theo bảng 7, bảng 8.

Bảng 7: Tỉ lệ biến chứng theo phương pháp phẫu thuật

Biến chứng ngoại	Số trường hợp có biến chứng (%)		
	Mổ hở	Mổ nội soi	Chuyển mổ hở
Có	3 (5,7)	6 (11,3)	1 (10)
Không	50 (94,3)	47 (88,7)	9 (90)
P=0,58			
Biến chứng nội	Số trường hợp có biến chứng (%)		
	Mổ hở	Mổ nội soi	Chuyển mổ hở
Có	26 (49,1)	15 (28,3)	2 (20)
Không	27 (50,9)	38 (71,7)	8 (80)
P=0,24			

Bảng 8: Loại biến chứng ngoại khoa theo ngã tiếp cận

Số trường hợp	Mổ hở	Mổ nội soi	Chuyển mổ hở
Nhiễm trùng vết mổ	3	0	0
Hẹp miệng nổi	0	0	1
Chậm hoạt động miệng nổi	0	1	0
Xì miệng nổi	0	1	0
Thủng hồi tràng	0	1	0
Bỏ sót teo hồng tràng loại I	0	1	0
Thoát vị lỗ trocar	0	2	0

Khi so sánh với các tác giả khác, tỉ lệ biến chứng ngoại khoa của chúng tôi ở các bệnh nhi mổ hở và nội soi là tương đương. Chỉ có tác giả Van de Zee trong nghiên cứu của mình báo cáo tỉ lệ biến chứng ngoại khoa khá cao.

2.7. Tử vong hoặc xin về: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7 trường hợp tử vong và xin về vì bệnh nặng, chiếm tỉ lệ 6% các trường hợp. Các trường hợp này do các nguyên nhân như: xì miệng nổi, thủng hồi tràng, viêm phổi nặng, nhiễm trùng huyết.

Bảng 9: Bảng so sánh tỉ lệ tử vong và nặng xin về theo ngã phẫu thuật.

Đặc điểm	Tử vong/Nặng xin về		
	Không <i>N=109; 94,0% n (%)</i>	Có <i>N=7; 6,0% n (%)</i>	p
Mổ hở	50 (94,3)	3 (5,7)	0,706
Mổ nội soi	50 (94,3)	3 (5,7)	
Nội soi chuyển hở	9 (90,0)	1 (10,0)	

IV. KẾT LUẬN

Thời gian thở máy, thời gian cho ăn lại, thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi từ ngắn hơn đến tương đương các tác giả khác. Tuy thời gian mổ lâu hơn nhưng các bệnh nhi được mổ nội soi có thể ăn lại bán phần và toàn phần sớm hơn và xuất viện sớm hơn. Tỉ lệ biến chứng trong mổ hở, mổ nội soi hay nội soi chuyển hở là như nhau với tỉ lệ biến chứng ngoại khoa ở mức dưới 10%. Tỉ lệ tử vong ở mức thấp. Phương pháp nối TT-TT theo Kimura và

xén màng ngăn qua mổ nội soi hay mổ hở tại trung tâm của chúng tôi đều cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bailey P. V. et al. (1993), "Congenital duodenal obstruction: a 32-year review", *Journal of Pediatric Surgery*, 28 (1), pp. 92-95.
2. Burgmeier C. et al. (2012), "The role of laparoscopy in the treatment of duodenal obstruction in term and preterm infants", *Pediatric Surgery International*, 28, pp. 997-1000.
3. Jensen A. R. et al. (2013), "Laparoscopic versus open treatment of congenital duodenal

- obstruction: multicenter short-term outcomes analysis", *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, Part A*, 23 (10), pp. 876-880.
4. Kay S. et al. (2009), "Laparoscopic duodenoduodenostomy in the neonate", *Journal of Pediatric Surgery*, 44 (906-908).
 5. Trần Ngọc Sơn et al. (2015), "Laparoscopic simple oblique duodenoduodenostomy in management of congenital duodenal obstruction in children", *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. Part A*, 25 (2), pp. 163-166.
 6. Spilde T. L. et al. (2008), "Open vs laparoscopic repair of congenital duodenal obstructions: a concurrent series", *Journal of Pediatric Surgery*, 43, pp. 1002-1005
 7. Sarah Hill et al. (2011), "Laparoscopic versus open repair of congenital duodenal obstruction in infants", *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques, Part A*, 21 (10), pp. 961-963.

TÌNH TRẠNG RĂNG TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN

Phạm Anh Vũ Thụy*

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định tình trạng răng của bệnh nhân mắc bệnh thận mạn và phân tích mối tương quan giữa sự suy giảm chức năng thận thể hiện qua độ thanh lọc (ĐTL) Creatinin với chỉ số sâu mất trám. Nghiên cứu thực hiện trên 111 người bệnh thận mạn (ĐTL Creatinin <60ml/ph/1,73m² da) và 109 người không bệnh thận mạn (ĐTL Creatinin >90ml/ph/1,73m² da); tuổi trung bình 49,8±15,7. Đặc điểm xã hội học, thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia và thói quen răng miệng thu thập qua bảng câu hỏi tự điền. Tình trạng bệnh kèm (đái tháo đường và tăng huyết áp) được ghi nhận chẩn đoán từ bệnh án. Tình trạng răng (răng sâu, răng mất, răng trám) của các đối tượng nghiên cứu được đánh giá dựa theo hướng dẫn của WHO, 2013. Phân tích hồi quy đa biến được dùng để đánh giá mức độ tương quan của bệnh lý thận lên chỉ số sâu mất trám. Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân bệnh thận mạn có số răng mất và chỉ số SMT cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không bệnh thận mạn (p<0,05). Tuy nhiên, số răng sâu và răng trám không khác biệt giữa hai nhóm. Độ thanh lọc (ĐTL) Creatinin có tương quan nghịch với chỉ số SMT (r=-0,24; p<0,001). Kết quả mô hình hồi quy đa biến cho thấy, khi ĐTL Creatinin giảm 1ml/ph thì chỉ số SMT cao hơn 0,02 răng (p<0,05). Bệnh nhân bệnh thận mạn có tình trạng sâu răng không khác biệt so với người không bệnh thận mạn. Chức năng thận càng giảm, chỉ số SMT của bệnh nhân càng có nguy cơ gia tăng.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, khô miệng, lưu lượng nước bọt, chỉ số SMT.

SUMMARY

DENTAL STATUS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS

The aims of this study were to determine dental status of chronic kidney disease (CKD) patients and analyze correlation between nephropathy with DMF

index. This study was conducted in 111 CKD patients (Creatinine Clearance <60ml/min/1,73m² skin) and 109 non-CKD patients (Creatinine Clearance >90ml/min/1,73m² skin). The sociological characteristics, smoking, drinking alcohol and oral caring habits were noted through self-completed questionnaire. Associated medical conditions (diabetes and hypertension) were taken from their medical record. Dental status (DT, MT, FT) were examined according to World Health Organization guidelines, 2013. The multivariate regression analysis was used to assess the correlation of kidney disease to DMF index. Chronic kidney disease patients had average number of missing teeth and DMF index were significantly higher non-CKD group (p<0,05). However, the number of decayed and filled teeth did not differ between two groups. Negative correlation was observed between Creatinine Clearance and DMF index (r=-0,24; p<0,001). Results of multivariate regression model showed that when Creatinine Clearance decreased 1ml/min, DMF index increased 0,02 teeth. The dental status of CKD patients is not different to non-CKD patients. The poor renal function is directly related with higher DMF index.

Key words: Chronic kidney disease, dry mouth, salivary flow, DMF index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là bệnh lý diễn tiến mạn tính, có thể hồi phục, với bệnh căn đa yếu tố. Tuy đã có nhiều tiến bộ trong y học về bệnh lý răng miệng, sâu răng vẫn tiếp tục là vấn đề y tế toàn cầu, ảnh hưởng tất cả mọi người ở mọi lứa tuổi. Trên bệnh nhân bệnh thận mạn có nhiều nguy cơ hình thành sâu răng do việc vệ sinh răng miệng kém và chế độ ăn giàu bột đường (điều này cần thiết để giảm tải cho thận), thêm vào đó là những tình trạng do bệnh thận mạn mang lại (như giảm lưu lượng nước bọt, thiếu sản men răng, sử dụng thuốc kéo dài). Đã có những nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ sâu răng cao trên bệnh nhân bệnh thận mạn [2,3].

Tại Việt Nam, trong bối cảnh bệnh nhân mắc bệnh thận mạn gặp phải trong thực hành răng hàm mặt ngày càng tăng bởi những tiến bộ

*Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Anh Vũ Thụy

Email: pavthuy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 14/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 9/1/2017

Ngày duyệt bài: 16/1/2016

trong kỹ thuật chăm sóc và điều trị y khoa cũng như sự kéo dài tuổi thọ con người nhưng vấn đề sức khỏe răng miệng trên những đối tượng này vẫn chưa được quan tâm đúng mức nên việc tìm hiểu thực trạng răng của bệnh nhân bệnh thận mạn càng trở nên cấp thiết. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu là so sánh trung bình số răng sâu, răng mất, răng trám, chỉ số SMT của bệnh nhân bệnh thận mạn và không bệnh thận mạn; và phân tích mối tương quan giữa độ thanh lọc Creatinin với chỉ số SMT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang thực hiện tại Khoa Nội Tiết-Thận và Khoa Lọc Máu Bệnh viện Nhân Dân Gia Định trên 220 đối tượng từ 18 tuổi trở lên đồng ý tham gia nghiên cứu. Trong đó 111 đối tượng được chẩn đoán và phân giai đoạn bệnh thận mạn theo tiêu chuẩn KDIGO (2012) với độ thanh lọc Creatinin $<60\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ da và 109 bệnh nhân không bệnh thận mạn với độ thanh lọc Creatinin $>90\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ da. Bệnh nhân đã ghép thận, phụ nữ mang thai, mắc bệnh nội khoa nặng, xạ trị ung thư vùng đầu cổ được loại khỏi nghiên cứu.

Thu thập dữ liệu nền: Thông qua bệnh án và bảng câu hỏi nghiên cứu, các dữ liệu nền của các đối tượng nghiên cứu được thu thập bao gồm: tuổi, trình độ học vấn, nơi cư trú, thói quen hút thuốc lá, uống rượu/bia, khám răng định kỳ, số lần chải răng, dùng nước súc miệng, tình trạng bệnh kèm.

Khám tình trạng răng: Một răng được ghi nhận sâu răng khi có ít nhất 1 lỗ sâu trên bất kỳ mặt nào của răng. Răng mất là những răng đã bị nhổ bỏ do nhiều nguyên nhân khác nhau. Theo WHO (2013), răng cối lớn thứ 3 không tính trong chỉ số răng mất. Trong nghiên cứu này, răng cối lớn thứ 3 (nếu có) được khám và tư vấn tình trạng răng cho bệnh nhân nhưng không tính vào số răng sâu, mất hay răng trám và tổng số răng vì hơn 2/3 đối tượng trong mẫu nghiên cứu không có răng cối lớn thứ 3. Răng trám là những răng sâu đã được điều trị và được trám phục hồi lại hình dáng, hiện tại không có biểu hiện sâu tái phát. Nếu một răng có cả 1 lỗ sâu và 1 miếng trám thì chỉ được ghi nhận là răng sâu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Mẫu nghiên cứu gồm 220 bệnh nhân (111 người bệnh thận mạn và 109 người không bệnh thận mạn), tuổi trung bình $49,81 \pm 15,7$, trong đó có 98 nam (44,5%) và 122 nữ (55,5%).

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm đối tượng về độ tuổi trung bình, giới tính cũng như một số đặc điểm khác (Bảng 1). Trong toàn bộ mẫu, số người có trình độ học vấn thấp chiếm tỉ lệ cao (43%). Vì trình độ học vấn thấp, tình trạng bệnh mạn tính và điều kiện kinh tế khó khăn, việc chăm sóc sức khỏe răng miệng vì thế cũng chịu ảnh hưởng không nhỏ. Chỉ khoảng 30% bệnh nhân thỉnh thoảng hoặc định kỳ có đi khám răng trong khi 85% bệnh nhân chỉ chải răng 1 lần/ngày hoặc thậm chí là không chải răng mà chỉ súc miệng vào mỗi buổi sáng. Điều này phần nào lý giải cho kết quả số răng được trám của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu rất thấp trong khi số răng mất chiếm phần lớn trong chỉ số SMT cả ở nhóm bệnh thận mạn lẫn nhóm không bệnh thận mạn.

Chúng tôi không chọn những người khỏe mạnh để đưa vào nhóm chứng như hầu hết các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chọn những bệnh nhân không mắc bệnh về thận, có độ thanh lọc Creatinin $>90\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ da, cùng được điều trị nội trú tại Khoa Nội Tiết - Thận Bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Điều này làm giảm đi những khác biệt về đặc điểm nhân khẩu, tình trạng sức khỏe toàn thân, điều kiện chăm sóc y tế... khi thực hiện so sánh tình trạng răng miệng giữa hai nhóm bệnh thận mạn và không bệnh thận mạn.

Nghiên cứu của chúng tôi xem xét những ảnh hưởng của tình trạng toàn thân (bệnh thận mạn) lên sức khỏe răng miệng nên không quan tâm nguyên nhân gây suy thận. Song chúng tôi có ghi nhận các tình trạng bệnh lý toàn thân khác ngoài bệnh thận mạn mà bệnh nhân mắc phải để có thể đánh giá toàn diện hơn những thay đổi sức khỏe răng miệng (nếu có) trên những đối tượng này. Trên cả nhóm bệnh thận mạn và nhóm không bệnh thận mạn, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân mắc nhiều loại bệnh lý khác kèm theo, trong đó, nổi bật là hai bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp. Trong tổng số 111 bệnh nhân bệnh thận mạn có hơn 50% (56,8 %) bệnh nhân đồng thời mắc ít nhất một trong hai bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường. Trong 109 bệnh nhân không bệnh thận mạn thuộc nhóm chứng, cũng có hơn 50% (55%) mắc đái tháo đường và hoặc tăng huyết áp.

Tình trạng răng: Kết quả của chúng tôi cho thấy trên toàn bộ mẫu nghiên cứu trung bình số răng sâu, răng mất, răng trám và chỉ số SMT lần lượt 1,70; 3,18; 0,53 và 5,38 răng. Kết quả này thấp hơn so với điều tra cộng đồng của Trần Văn Trường (2001) trên đối tượng >45 tuổi thuộc

vùng Đông Nam Bộ (2,11; 8,59, 0,36 và 11,05)[4]. Điều này có thể do sự khác nhau về nhóm tuổi, cỡ mẫu và đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $49,8 \pm 15,7$; trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 18 tuổi, và bệnh nhân lớn tuổi nhất là 87 tuổi trong khi kết

quả trên trong điều tra của Trần Văn Trường (2001) là của đối tượng độ tuổi >45 . Tuy vậy, kết quả của chúng tôi thống nhất với nhận xét trong nghiên cứu của Trần Văn Trường (2001) là: "răng mất chiếm hầu hết trong chỉ số SMT ở người lớn tuổi, số răng được trám chiếm rất ít trong số các răng sâu" [4].

Bảng 1. Một số đặc điểm mẫu nghiên cứu (n=220)

Biến số	BTM (+)	BTM (-)	Tổng số	p
	n=111	n=109	n=220	
Trình độ học vấn, n (%)				
< Trung học cơ sở	51 (45,9%)	43 (39,4%)	94 (42,7%)	0,33 ⁽²⁾
≥ Trung học cơ sở	60 (54,1%)	66 (60,6%)	126 (57,3%)	
Hút thuốc lá, n (%)				
Không hút	53 (47,7%)	54 (49,5%)	107 (48,6%)	0,79 ⁽²⁾
Đang hút hoặc đã từng hút	58 (52,3%)	55 (50,5%)	113 (51,4%)	
Uống rượu/bia, n (%)				
Không bao giờ	73 (65,8%)	76 (69,7%)	149 (67,7%)	0,53 ⁽²⁾
Thỉnh thoảng	38 (34,2%)	33 (30,3%)	71 (32,3%)	
Khám răng định kỳ, n (%)				
Không bao giờ, khi có vấn đề	75 (67,6%)	76 (69,7%)	151 (68,6%)	0,73 ⁽²⁾
Định kỳ, thỉnh thoảng	36 (32,4%)	33 (30,3%)	69 (31,4%)	
Số lần chải răng, n (%)				
≤1 lần/ngày	91 (82%)	95 (87,2%)	186 (84,5%)	0,54 ⁽²⁾
≥2 lần/ngày	20 (18%)	14 (12,8%)	34 (15,5%)	
Dùng nước súc miệng, n (%)				
Không	63 (56,8%)	50 (45,9%)	113 (51,4%)	0,11 ⁽²⁾
Có	48 (43,2%)	59 (54,1%)	107 (48,6%)	
Tình trạng bệnh kèm, n (%)				
ĐTĐ (-), THA (-)	48 (43,2%)	49 (45,0%)	97 (44,1%)	0,66 ⁽²⁾
ĐTĐ (+), THA (-)	19 (17,1%)	21 (19,3%)	40 (18,2%)	
ĐTĐ (-), THA (+)	21 (18,9%)	14 (12,8%)	35 (15,9%)	
ĐTĐ (+), THA (+)	23 (20,7%)	25 (22,9%)	48 (21,8%)	

⁽¹⁾ Kiểm định t; ⁽²⁾ Kiểm định Chi bình phương; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. (+): mắc bệnh; (-): không mắc bệnh.

Bảng 2: Tình trạng răng của người bệnh thận mạn và không bệnh thận mạn.

Biến số, TV (KTPV)	BTM (+) n=111	BTM (-) n=109	p	Tổng cộng (TB) N=220
Răng sâu	1 (0 – 3)	1 (0 – 2)	0,57	1,70
Răng mất	2 (1 – 4)	2 (0 – 3)	0,002	3,18
Răng trám	0 (0 – 1)	0 (0 – 1)	0,68	0,53
SMT	6 (3 – 8)	4 (3 – 6)	0,003	5,38

Kiểm định Mann - Whitney U; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Tuy nhiên, nghiên cứu của Tadakamadla & cs (2014) cho thấy số răng sâu, răng mất và chỉ số SMT nhóm bệnh thận mạn ít hơn nhóm chứng và tác giả này cho rằng nhờ tác dụng ức chế vi khuẩn của Urê trong nước bọt cũng như quá trình giải phóng NH_3^+ và CO_2 của Urê giúp pH nước bọt được nâng lên trên mức gây khử khoáng men răng [7]. Khi khảo sát cụ thể theo từng giai đoạn bệnh thận mạn (Bảng 2), chúng

tôi không thấy có sự khác biệt nào về tình trạng sâu răng giữa các giai đoạn ($p > 0,05$). Có nhiều nghiên cứu thực hiện mô tả tình trạng sức khỏe răng miệng trên bệnh nhân bệnh thận mạn, qua đó so sánh với những người khỏe mạnh. Tuy nhiên, có rất ít nghiên cứu đánh giá sự thay đổi tình trạng răng miệng theo các giai đoạn của bệnh thận mạn. Nghiên cứu của Tadakamadla & cs (2014) tại Úc là một trong số ít đó và kết quả

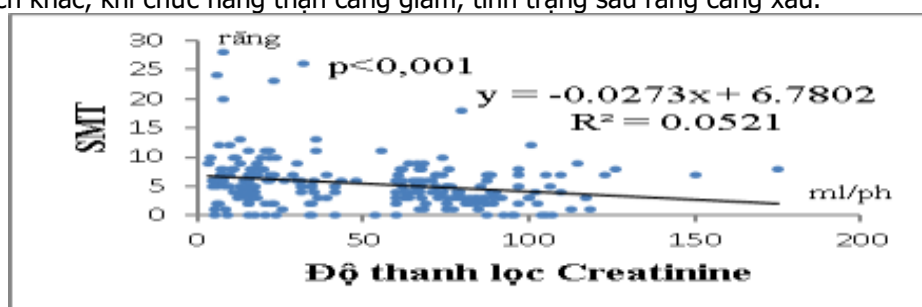
nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu này. Không có xu hướng rõ ràng về tình trạng sâu răng giữa các giai đoạn bệnh thận mạn vì SMT là một số đo phản ánh tình trạng

sâu răng suốt đời và bệnh thận có thể không có ảnh hưởng lên tình trạng sâu răng ở những bệnh nhân mới mắc bệnh gần đây [7].

Biến số, TV (KTPV)	Giai đoạn 3a-3b	Giai đoạn 4	Giai đoạn 5	p
	n=27	n=41	n=43	
R sâu	1 (0 - 2)	1 (0 - 3)	2 (0 - 3)	0,34
R mất	2 (0 - 4)	2 (0 - 4)	3 (1 - 6)	0,36
R trám	0 (0 - 1)	0 (0 - 1)	0 (0 - 1)	0,89
SMT	5 (2 - 6)	6 (2 - 8)	6 (4 - 9)	0,26

Kiểm định Kruskal Wallis; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Tương quan giữa độ thanh lọc Creatinin với chỉ số SMT: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân bệnh thận mạn được chẩn đoán và phân chia giai đoạn dựa vào độ thanh lọc Creatinin theo KDIGO (2012) nên độ thanh lọc Creatinin càng giảm thể hiện chức năng thận càng giảm. Kết quả cho thấy có mối tương quan nghịch yếu ($r = -0,24$; $p < 0,001$) giữa độ thanh lọc Creatinin với chỉ số SMT (Biểu đồ 1). Điều này có nghĩa khi độ thanh lọc Creatinin càng giảm thì chỉ số SMT càng tăng. Hay nói cách khác, khi chức năng thận càng giảm, tình trạng sâu răng càng xấu.



Biểu đồ 1: Tương quan giữa độ thanh lọc Creatinin với chỉ số SMT

Trong phân tích mô hình hồi quy đa biến từng bước với biến số phụ thuộc là chỉ số SMT, biến số độc lập có mức tương quan cao nhất với biến số phụ thuộc được lựa chọn đầu tiên (là biến số "tuổi"), biến số tiếp theo được xem xét là biến số làm gia tăng đáng kể hệ số R^2 mà mức p của mô hình vẫn có ý nghĩa thống kê. Cứ tiếp tục quá trình như vậy cho đến khi không còn biến số độc lập nào có thể làm gia tăng đáng kể hệ số R^2 .

Lúc đó ghi nhận hệ số hồi quy có ý nghĩa thống kê của các biến số đã chọn để thiết lập phương trình. Kết quả phân tích mô hình hồi quy đa biến này được trình bày ở Bảng 3. Sau khi kiểm soát các yếu tố như tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng bệnh kèm, các thói quen chăm sóc sức khỏe răng miệng và thói quen hút thuốc, uống rượu chúng tôi nhận thấy tuổi và độ thanh lọc Creatinin liên quan có ý nghĩa với chỉ số SMT.

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến chỉ số SMT

Biến độc lập	SMT				
	Hệ số hồi quy (B)	$p^{(1)}$	KTC 95%	R^2	$p^{(2)}$
Tuổi	0,08	$<0,001$	0,04 – 0,12	0,183	$<0,001$
ĐTL Creatinin	- 0,02	0,016	-0,035 – (-0,004)		

Phân tích hồi quy đa biến tuyến tính, sau khi kiểm soát các yếu tố giới tính, nơi ở, trình độ học vấn, tình trạng bệnh kèm, hút thuốc, uống rượu/bia, khám răng định kỳ, số lần chải răng, dùng nước súc miệng.

R^2 : Hệ số xác định, KTC: Khoảng tin cậy; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. ⁽¹⁾ Mức ý nghĩa của hệ số hồi quy; ⁽²⁾ Mức ý nghĩa của mô hình hồi quy.

SMT là chỉ số phản ánh tình trạng sâu răng theo diễn tiến thời gian và không hoàn nguyên, tức chỉ số này ở một người chỉ có tăng chứ

không có giảm. Theo Thorman & cs (2009) tình trạng răng xấu hơn khi có sự gia tăng của tuổi một cách độc lập với tình trạng bệnh thận mạn, kỹ thuật lọc máu, giới tính, thói quen hút thuốc và tình trạng đái tháo đường. Người lớn tuổi hơn (cả nhóm bệnh và nhóm chứng) có ít răng hơn người trẻ tuổi. Trung bình lớn hơn 2 tuổi thì ít hơn 1 răng [3]. Cũng trong nghiên cứu của Thorman & cs (2009), sau khi hiệu chỉnh về tuổi và các yếu tố gây nhiễu tiềm ẩn khác, trên toàn bộ mẫu chỉ số SMT tăng lên 0,7 răng khi bệnh

nhân tăng thêm 1 tuổi và SMT nhóm bệnh cao hơn SMT nhóm chứng 0,2 răng. Theo kết quả phân tích trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số SMT tăng lên 0,08 răng khi bệnh nhân tăng thêm 1 tuổi và tăng 0,02 răng khi độ thanh lọc Creatinin giảm 1ml/ph (chỉ số SMT tăng khi chức năng thận giảm). Như vậy, so với nghiên cứu của Thorman & cs (2009) kết quả của chúng tôi khá đồng nhất. Tuy nhiên, mô hình hồi quy đa biến của Thorman & cs (2009) cho thấy ảnh hưởng của các biến số giới tính, hút thuốc, tình trạng đái tháo đường lên chỉ số SMT đều có ý nghĩa thống kê, còn nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số SMT không tương quan với các biến số này. Ngoài ra, mô hình hồi quy trong nghiên cứu của Thorman & cs có khả năng dự báo tốt ($R^2=0,524$), trong khi mô hình hồi quy trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ giải thích được 18,3% ($R^2=0,183$) những thay đổi của chỉ số SMT. Điều này có thể do sự khác nhau về đặc điểm chủng tộc, địa lý cũng như tiêu chí chọn bệnh. Nghiên cứu của Thorman & cs (2009) thực hiện trên 93 bệnh nhân bệnh thận mạn thuộc chủng tộc da trắng tại Thụy Điển với tiêu chí chọn bệnh là độ thanh lọc iohexol (một loại thuốc cản quang không ion hóa) $<20\text{ml/ph}/1,73\text{m}^2$ da.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy trên bệnh nhân bệnh thận mạn thì số răng mất và chỉ số SMT cao hơn người không bệnh thận mạn. Tuy nhiên số răng sâu và răng trám không khác biệt giữa 2 nhóm

và tình trạng răng không khác biệt theo các giai đoạn bệnh thận mạn. Có mối tương quan nghịch yếu giữa độ thanh lọc Creatinin với chỉ số SMT, độ thanh lọc Creatinin giảm 1ml/ph thì chỉ số SMT cao hơn 0,02 răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Martins C, Siqueira WL, Oliveira ED, et al. (2006). Salivary analysis of patient with chronic renal failure undergoing hemodialysis. Spec Care Dentist, 26, pp. 205-208.
2. Kaushik A, Reddy SS, Umesh L, et al. (2013). Oral and salivary changes among renal patients undergoing hemodialysis: A cross - sectional study. Indian J Nephrol, 23(2), pp. 125-129.
3. Thorman R, Neovius M, Hylander B. (2009). Clinical findings in oral health during progression of chronic kidney disease to end-stage renal disease in a Swedish population. Scand J Urol Nephrol, 43(2), pp. 154-159.
4. Trần Văn Trường (2001). Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam 2001, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội.
5. Bots CP, Brand HS, Poorterman JH, et al. (2006). The oral health status of dentate patients with chronic renal failure undergoing dialysis therapy. Oral Dis, 12, pp. 176-180.
6. Bayraktar G, Kurtulus I, Kazancioglu R, et al. (2008). Oral health and inflammation in patients with end-stage renal failure. Perit Dial Int, 29, pp. 472-479.
7. Tadakamadla J, Kumar S, Mamatha GP. (2014). Comparative Evaluation of oral health status of chronic kidney disease (CKD) patients in various stages and healthy controls. Spec Care Dentist, 34, pp. 122-126.

KẾT QUẢ UNG THƯ HỌC CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Huỳnh Thanh Long*, Vũ Huy Nùng**, Nguyễn Hoàng Bắc***

TÓM TẮT⁶

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng được thực hiện đầu tiên trên thế giới năm 1991 bởi Jacob. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả về mặt ung thư học và sống còn sau 3 năm của phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:**

Nghiên cứu tiền cứu các bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của đại tràng và được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng từ 11/2011-12/2015 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Kết quả:** Tỷ lệ tái phát tại chỗ 8.7%, tỷ lệ di căn xa 9.7%, tỷ lệ sống chung và sống không bệnh tại thời điểm 36 tháng lần lượt là 91.3% và 91.6%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư là an toàn về mặt ung thư học, kết quả tốt về mặt sống còn.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng, tái phát tại chỗ, di căn xa, sống chung, sống không bệnh.

SUMMARY

ONCOLOGIC OUTCOME OF LAPAROSCOPIC COLECTOMY FOR COLON CANCER

Background: Laparoscopic Colectomy was first performed by Jacob in 1991. The aim of this study was to investigate lymph node metastasis

*Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

** Học viện Quân Y

*** Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thanh Long

Email: bshuynhlong@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 17/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 18/1/2017

Ngày duyệt bài: 27/1/2017

characteristics and the effectively of Lymphadenectomy in Laparoscopic Colectomie for Colon cancer. **Method:** Retrospective study, we reviewed colon cancer patients who underwent laparoscopic colectomie at Nguyen Tri Phuong Hospital from 11/2011 to 12/2015. **Results:** there were 103 patients, with median- follow up of 29.67 months, the local recurrence rate was 8.7%, the distant metastases was 9.7%. The 3 years overall survival (OS) and disease- free survival (DFS) were 91.38% and 91.6%, respectively. **Conclusions:** Laparoscopic TME with sphincter preservation for rectal cancer was effective and safe on oncologic outcome, good results on survival.

Keywords: Laparoscopic Colectomie, local recurrence, distant metastases, overall survival, disease- free survival.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) là bệnh lý ác tính thường gặp, đứng hàng thứ hai sau ung thư dạ dày trong số ung thư đường tiêu hóa. Điều trị UTĐT bằng đa mô thức. Trong đó, phẫu thuật triệt căn được xem là phương pháp điều trị có hiệu quả nhất. Điều trị UTĐT chủ yếu bằng phẫu thuật, ngoài ra còn có các phương pháp điều trị khác kết hợp trước hoặc sau mổ như: hóa trị, liệu pháp nhắm trúng đích... Tuy nhiên, cho đến nay phẫu thuật triệt căn vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả và là sự lựa chọn đầu tiên. Việc chẩn đoán độ xâm lấn của u và di căn xa không khó, nhưng chẩn đoán đặc điểm hạch và tình trạng di căn hạch không phải dễ. Do đó, kết quả điều trị thường bị hạn chế, tỷ lệ sống sau 5 năm thấp và chất lượng cuộc sống sau mổ không cao.

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng được thực hiện đầu tiên trên thế giới năm 1991 bởi Jacob, những nghiên cứu y học chứng cứ mức độ III đã công nhận lợi ích của phẫu thuật nội soi trong điều trị triệt căn ung thư đại tràng như giảm chấn thương phẫu thuật, giảm biến chứng hậu phẫu, thời gian hồi phục nhanh, sẹo mổ nhỏ, tỷ lệ sống còn tương tự như các phẫu thuật mổ mở kinh điển và đạt được những kết quả tốt về mặt ung thư học, bảo đảm được các nguyên tắc trong điều trị ung thư như là phẫu thuật cách ly không chạm, buộc mạch máu tận gốc, nạo vét hạch tương đương như các phẫu thuật mổ mở kinh điển... Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả về mặt ung thư học sau

3 năm của phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: gồm các bệnh nhân trên 15 tuổi vào bệnh viện Nguyễn Tri Phương được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến nguyên phát của đại tràng và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi cắt đại tràng từ 11/2011- 12/2015.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, không đối chứng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chuyển mổ mở. Có di căn xa trước phẫu thuật từ bệnh viện khác chuyển tới. Bệnh nhân bị ung thư từ cơ quan khác di căn tới đại tràng. Bệnh nhân không đủ các chỉ tiêu nghiên cứu, không liên lạc được bệnh nhân. Sau phẫu thuật. Bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh nhưng tổng trạng kém, nguy cơ phẫu thuật cao, bệnh lý nội khoa nặng không chịu được phẫu thuật.

Trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương, chúng tôi áp dụng kỹ thuật phẫu tích từ trong ra và nạo hạch mức D3, áp dụng kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (CME: complete mesocolic excision).

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án từ lúc mổ đến sau phẫu thuật 1 tháng, gọi điện thoại cho bệnh nhân. Số liệu được lưu trữ và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi theo dõi được 103 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, trong đó tỷ lệ nam là 54.4%. Tuổi trung bình 59.61 ± 14.373 (18-85). U ở đại tràng phải có 29 trường hợp (28.2%), đại tràng ngang 7 trường hợp (6.8%), đại tràng trái 18 trường hợp (17.5%), đại tràng sigma 49 trường hợp (47.6%). Có 16 trường hợp u ở giai đoạn T4 (15.5%), 32 trường hợp u ở giai đoạn T3 (31.1%), T2 có 47 trường hợp (45.6%), T1 có 8 trường hợp (7.8%). Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào diện cắt xa còn tế bào ung thư về đại thể cũng như vi thể, cho thấy phẫu thuật nội soi đảm bảo được tính triệt căn trong điều trị ung thư đại tràng.

Bảng 3.1. Tái phát tại chỗ

Tái phát tại chỗ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có	9	8.7
Không	94	91.3
Tổng	103	100.0

Nhận xét: từ bảng 3.37 có 9 bệnh nhân tái phát tại chỗ (8,7%). *Mối liên quan giữa tái phát tại chỗ và một số yếu tố:* sử dụng phép kiểm Khi bình phương, với trị số $P < 0.05$ tương đương với liên quan có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.2. Liên quan giữa tái phát tại chỗ và một số yếu tố

	Kích thước u	Mức độ xâm lấn	Di căn hạch	Giai đoạn theo TNM	Độ biệt hóa khối u	Giai đoạn theo T	Giai đoạn theo Dukes
Trị số P	<0.001	<0.001	0.002	0.021	<0.001	<0.001	<0.001

Di căn lỗ trocar: Trong lỗ nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào di căn lỗ trocar hay tại vết mổ nhỏ lấy bệnh phẩm

Di căn xa: Với thời gian theo dõi trung bình là 29.67 tháng, tỷ lệ di căn xa là 9.7%, không có trường hợp nào tái phát lỗ trocar hoặc tại vết mổ nhỏ lấy bệnh phẩm.

Bảng 3.3. Di căn xa

Di căn xa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Có	10	9.7
Không	93	90.3
Tổng	103	100.0

Nhận xét: từ bảng 3.39 có 10 bệnh nhân có di căn xa (9.7%).

Liên quan giữa di căn xa và một số yếu tố: sử dụng phép kiểm KJhi bình phương, với trị số $P < 0.05$ tương đương với liên quan có ý nghĩa thống kê

Bảng 3.4. Liên quan giữa di căn xa và một số yếu tố

	Kích thước u	Mức độ xâm lấn	Di căn hạch	Giai đoạn theo TNM	Độ biệt hóa khối u	Giai đoạn theo T	Giai đoạn theo Dukes
Trị số P	0.046	0.002	0.001	<0.001	<0.001	0.012	<0.001

Sống chung: Với thời gian theo dõi trung bình là 29.67 tháng, tỷ lệ sống chung tại thời điểm 36 tháng là 91.3% theo phân tích sống còn Kaplan-Meier. Nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ sống chung tại thời điểm 36 tháng theo phân tích sống còn Kaplan-Meier:

- Đối với giai đoạn Dukes A, B, C, D lần lượt là 95.6%, 100%, 92.8%, 0%. Khác biệt về thời gian sống chung giữa các giai đoạn có ý nghĩa thống kê với $P < 0.001$

- Đối với giai đoạn T1, T2, T3, T4 lần lượt là 93.6% 100%, 90.2%, 81.3, %, khác biệt về thời gian sống chung giữa các giai đoạn liên quan không có ý nghĩa thống kê với $P = 0.252$.

- Đối với giai đoạn 1, 2, 3, 4 lần lượt là 93.4%, 100%, 92.7%, 0% khác biệt về thời gian sống chung giữa các giai đoạn có ý nghĩa thống kê với $P < 0.001$.

Sống không bệnh: Với thời gian theo dõi trung bình là 29.67 tháng, tỷ lệ sống không bệnh tại thời điểm 36 tháng là 91,6% theo phân tích sống còn Kaplan-Meier. Nghiên cứu của chúng tôi: tỷ lệ sống không bệnh tại thời điểm 36 tháng theo phân tích sống còn Kaplan-Meier:

- Đối với giai đoạn Dukes A, B, C, D lần lượt là 95.6%, 100%, 92.9%, 0%. Khác biệt về thời gian sống không bệnh giữa các giai đoạn có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$ (phép kiểm Log-rank)

- Đối với giai đoạn 1, 2, 3, 4 lần lượt là 93.4%, 100%, 92.8%, 0%. Khác biệt về thời gian sống không bệnh giữa các giai đoạn có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$

- Đối với giai đoạn T1, T2, T3, T4 lần lượt là 93.5%, 100%, 91.5%, 81.3%. Khác biệt về thời gian sống không bệnh giữa các giai đoạn không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,209$

IV. BÀN LUẬN

Tái phát tại chỗ: Với thời gian theo dõi trung bình là 29.67 tháng, có 9 trường hợp tỷ lệ tái phát tại chỗ (8.7%), 3 trường hợp tái phát tại chỗ chết sau 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 6 trường hợp còn sống trong quá trình nghiên cứu, đa số các trường hợp tái phát thường u ở giai đoạn T4.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ tái phát tại chỗ có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ di căn hạch ($P = 0.002$). Trong một nghiên cứu ở Brazil [6] tỷ lệ tái phát tại chỗ có liên quan có ý nghĩa thống kê với di căn hạch ($P = 0,.$) trên phân tích đơn biến, nhưng khi phân tích lại không có sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($P = 0.397$).

Tác giả Tiago [6], trong nghiên cứu trên 21000 bệnh nhân, tỷ số tương quan giữa 2 nhóm sống không bệnh sau 3 năm và 5 năm là 0,89, theo dõi lâu hơn cũng không làm thay đổi tỷ lệ tái phát tại chỗ một cách có ý nghĩa, nên chúng tôi coi như tỷ lệ tái phát tại chỗ với thời gian theo dõi trung bình 24,8 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là chấp nhận được. Trong những năm gần đây, mặc dù có nhiều tiến bộ trong điều trị UTĐT như đánh giá giai đoạn trước mổ tối ưu, hóa trị hỗ trợ, kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng, phẫu thuật tại những trung tâm chuyên sâu về đại tràng, phối hợp điều trị nhiều chuyên khoa phẫu thuật tiêu hóa, nội tiêu hóa, ung thư học, hình ảnh học tỷ lệ tái phát tại chỗ sau phẫu thuật đã được cải thiện đáng kể. Nhiều nghiên cứu đề cập đến những yếu tố nguy cơ, có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tái phát tại chỗ, di căn xa và sống còn.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ tái phát tại chỗ với kích thước u trong mổ ($p < 0.001$), mức độ xâm lấn ($p < 0.001$), giai đoạn theo TNM ($p = 0.021$), di căn hạch ($p = 0.002$), độ biệt hóa của khối u ($p < 0.001$), giai đoạn T ($p < 0.001$), và giai đoạn theo Dukes ($p < 0.001$), khối u càng ở giai đoạn tiến triển, di căn hạch, xâm lấn sâu trong thành đại tràng thì có tỷ lệ tái phát tại chỗ càng cao, điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả như đã trình bày ở trên. Nghiên cứu mới đây vào tháng 8 năm 2016 [3] cho thấy tái phát tại chỗ có liên quan có ý nghĩa thống kê với lớn tuổi ($p = 0.046$), di căn hạch ($p = 0.003$), kích thước khối u ($p = 0.001$) và độ biệt hóa ($p = 0.026$).

Di căn lỗ trocar: Nhiều tác giả lo ngại vấn đề di căn lỗ trocar sau mổ nội soi cho bệnh lý ung thư, cơ chế di căn có thể do gieo rắc tế bào ung thư khi kéo bệnh phẩm qua một vết mổ nhỏ, do dụng cụ cầm nắm vào khối u, tế bào ung thư gieo rắc khi thoát khí ra ngoài. Trong lô nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào di căn lỗ trocar hay tại vết mổ nhỏ lấy bệnh phẩm, để tránh tế bào ung thư gieo rắc vào thành bụng khi lấy khối u ra ngoài, chúng tôi che chắn vết mổ bằng găng tay đã cắt bỏ phần các ngón, dùng cổ và bàn tay để che chắn vết mổ. Hiện tại, đã có nhiều hãng sản xuất ra dụng cụ chuyên biệt để che chắn vết mổ tuy nhiên giá thành khá cao.

Ung thư di căn ở lỗ trocar là điểm làm các tác giả chùn bước khi áp dụng kỹ thuật cắt đại tràng qua nội soi ổ bụng. Tuy nhiên, một số tác giả cho rằng hoàn chỉnh kỹ thuật có thể ngăn ngừa hiện tượng này. Kỹ thuật bao gồm tránh thay đổi dụng cụ mổ, cố định trocar không để di động, che chắn vết mổ hoặc bỏ bệnh phẩm vào bao bệnh phẩm trước khi lấy ra ngoài. 3 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên về di căn lỗ trocar báo cáo không phát hiện trường hợp nào [5].

Di căn xa: Với thời gian theo dõi 29.67 tháng, tỷ lệ di căn xa là 9.7% (10 trường hợp trong đó tất cả đều là di căn gan), so với các nghiên cứu khác tỷ lệ di căn xa của chúng tôi là tương đương, gan là tạng thường gặp di căn nhất, điều này cũng dễ hiểu do tế bào ung thư di căn theo đường máu vào TMMTTT, TMMTTD để về tĩnh mạch cửa và di căn đến gan. Nghiên cứu COST [1] cũng đưa ra tỷ lệ di căn xa là 8,5% và có 2 trường hợp di căn ổ bụng (3.4%). Tỷ lệ di căn xa có liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỷ lệ di căn hạch ($P = 0.013$). Phân tích gộp trên 1536 bệnh nhân [7] được mổ mở nội soi

và mổ mở, tỷ lệ di căn xa lần lượt là 9.3% và 9.7%, vừa tái phát tại chỗ vừa di căn xa là 1.4% và 1.1%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ di căn xa với kích thước u ($p = 0.046$), mức độ xâm lấn ($p = 0.002$), di căn hạch ($p = 0.001$), độ biệt hóa của khối u ($p < 0.001$), giai đoạn T ($p = 0.012$), và giai đoạn theo Dukes ($p < 0.001$), giai đoạn theo TNM ($p < 0.001$).

Thời gian sống chung: Thời gian sống sau mổ là tiêu chí đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi vì thời gian theo dõi chưa đủ 5 năm, nên chúng tôi so sánh và tính thời gian sống thêm theo phương pháp Kaplan Meier, sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0. Thời gian theo dõi ngắn nhất 11 tháng, dài nhất 58 tháng, thời gian theo dõi trung bình là 29,67 tháng. Tỷ lệ sống chung tích lũy tại thời điểm 36 tháng là 91.3%,

Thời gian sống không bệnh: Với thời gian theo dõi trung bình là 29.67 tháng, tỷ lệ sống không bệnh tại thời điểm 36 tháng là 91,6% theo phân tích sống còn Kaplan-Meier. Một phân tích gộp cho thấy tỷ lệ sống không bệnh sau 3 năm là 75,3% [7]. Nghiên cứu COST [1] năm 2004 cho thấy tỷ lệ sống không bệnh là tương đương giữa 2 nhóm mổ mở và mổ nội soi với thời gian theo dõi trung bình là 4,4 năm, tỉ lệ sống không bệnh sau 3 năm là 87.8%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư là an toàn về mặt ung thư học, kết quả tốt về mặt sống còn. Tuy nhiên, để có thể so sánh được với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài cần có các nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên có nhóm chứng, số lượng mẫu lớn hơn, nghiên cứu đa trung tâm, chuẩn hóa các quy trình chẩn đoán và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1 **COST Study Group. (2004).** A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med* 350, p. 2050-2059.
- 2 **Franklin ME., Rosenthal D., Abrego-Medina D. (1996).** Prospective comparison of open versus laparoscopic resection of the colon and rectum for cancer. *Dis Colon Rectum* 39, pp. 35-46.
- 3 **Jung W.B., Yu C.S., Lim S.B, Park I.J, Yoon YS & Kim J.C. (2016 Aug 1).** Anastomotic Recurrence After Curative Resection for Colorectal Cancer. *World J Surg*, Epub.
- 4 **Karl Y., Bilimoria., David J. Bentrem., Andrew K. Stewart & Nathaniel J. Soper. (2008).** Use and Outcomes of Laparoscopic-

- Assisted Colectomy for Cancer in the United States *Arch Surg*, 143(9), pp. 832-840.
- 5 **Lord SA & Larach SW. (1996).** Laparoscopic resections for colorectal carcinoma: a three years experience. *Dis Colon Rectum*(39), pp.148-154.
- 6 **Tiago L., Dedavid, E Silva & Daniel C. (2013).** Lymph node ratio predicts tumor recurrence in stage III colon Lymph node ratio predicts tumor recurrence in stage III colon cancer cancer cancer cancer cancer. *Rev. Col. Bras. Cir.* 2013, 40(6), pp. 463-469.
- 7 **Transatlantic Laparoscopically Assisted vs Open Colectomy Trials Study Group. (2007).** Laparoscopically Assisted vs Open Colectomy for Colon Cancer A Meta-analysis. *Arch Surg*, 142, pp. 298-303.

VỎ BẢO VỆ LASER CẢI TIẾN TRONG NỘI SOI MÈM NIỆU QUẢN NGƯỢC DÒNG TÁN SỎI SỎI ĐÀI THẬN

Phạm Ngọc Hùng*, Lê Đình Khánh**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Áp dụng vỏ bảo vệ laser cải tiến trong nội soi niệu quản ngược dòng bằng ống mềm tán sỏi thận với năng lượng Laser. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Vỏ bảo vệ laser được cải tiến từ vỏ của rọ lấy sỏi Dormia cỡ 2,4Fr. Bệnh nhân sỏi đài thận (78 trường hợp) được tán sỏi qua nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm với năng lượng tán Laser tại Bệnh viện Đại học Y Dược Huế và Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 10 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015. **Kết quả:** Trong 78 bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi: $49,31 \pm 11,45$ (26 – 77), kích thước sỏi: $17,78 \pm 7,21$ mm (8 – 45), sỏi đài dưới: 27 (34,6%). Sử dụng sheath niệu quản: 75 (91,6%), sử dụng vỏ bọc laser cải tiến cho 62 trường hợp (79,5%). Thành công chung ngay trong mổ: 56 (71,8%), sạch sỏi sau 3 tháng: 58 (74,4%). Việc sử dụng vỏ bảo vệ Laser cải tiến liên quan không có ý nghĩa thống kê đến kết quả ngay trong mổ ($p = 0,13$), rút ngắn thời gian mổ không có ý nghĩa với $p = 0,18$. Sau ứng dụng vỏ bảo vệ Laser, ống soi mềm của chúng tôi vẫn còn giữ được chất lượng gần như mới hoàn toàn. **Kết luận:** Vỏ bảo vệ laser cải tiến có thể sử dụng được trong nội soi niệu quản thận bằng ống soi mềm mà không gây trở ngại đáng kể cho các thao tác so với kỹ thuật thông thường và có thể kéo dài thời gian sử dụng của ống soi mềm.

Từ khóa: Nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm, vỏ bảo vệ Laser

SUMMARY

MODIFIED PROTECTIVE LASER SHEATH IN FLEXIBLE URETERENOSCOPY FOR MANAGEMENT RENAL STONE

Objective: Application of modified protective laser sheath in flexible ureterorenoscopy for management renal stone. **Materials and Methods:** Modified protective laser sheath made from sheath of Dormia size 2,4Fr. Patients who underwent flexible

ureterorenoscopy (F-URS) using laser lithotripsy for renal stones, at Hue Central Hospital and Hue University of Medicine and Pharmacology Hospital from 10/2010 to 12/2015. We evaluate result of treatment of renal calculi with F-URS using laser lithotripsy and ability to extend duration of ureterorenoscopy. **Results:** In 78 patients, age: $49,31 \pm 11,45$ (26 – 77), mean stone size $17,78 \pm 7,21$ mm (8 – 45), stone in lower pole 27 (34,6%), ureteral access sheath used 75 (91,6%), modified protective laser sheath used 62 (79,5%). Overall success rate perioperation 56 (71,8%), stone-free-rate after 3 month 58 (74,4%). The the higher success rate perioperation and stone-free-rate after 3 month was not different significant statistically in cases used modified protective laser sheath. **Conclusion:** Modified protective laser sheath can be used in flexible ureterorenoscopy using laser lithotripsy that is not difficult of techniques and help extending duration of ureterorenoscopy.

Keyword: Flexible ureterorenoscopy, protective laser sheath

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1917, nhà vật lý thiên tài người Đức là Albert Einstein đã phát minh ra hiện tượng phát xạ cưỡng bức (SER: Stimulated Emmission of Radiation). Ông được xem như là cha đẻ của laser [4]. Holmium: YAG (Ho: YAG) laser được ứng dụng nhiều trong tiết niệu. Nghiên cứu ứng dụng tán sỏi với Ho: YAG laser từ trước năm 1990 và sử dụng lâm sàng bắt đầu từ năm 1993 [3]. Hiện nay, các phương pháp điều trị xâm nhập tối thiểu sỏi đài thận ngày càng được áp dụng rộng rãi mang lại nhiều hiệu quả thiết thực. Trong đó nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm kết hợp laser tán sỏi là lựa chọn hợp lý, sau thời kỳ phát triển ồ ạt của tán sỏi ngoài cơ thể và hiện nay là lấy sỏi thận qua da.

Ở Việt nam, nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm kết hợp Laser tán sỏi đài thận được thực hiện đầu tiên ở bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh năm 2008 dưới sự hỗ trợ của chuyên gia Singapore, sau đó phương pháp này được áp dụng ở một số bệnh viện khác

*Bệnh viện TW Huế

**Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Hùng

Email: drhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 7/1/2017

Ngày duyệt bài: 23/1/2017

như Bình Dân, Trung ương Huế, Đại học Y Dược Huế... tuy nhiên cho đến nay vẫn còn rất ít cơ sở y tế áp dụng phương pháp này do đòi hỏi trang thiết bị và kỹ thuật [1].

Khó khăn của kỹ thuật nội soi niệu quản thận ngược dòng bằng ống mềm là ống soi dễ bị hỏng do nguồn năng lượng laser và do sự cọ sát của của sợi laser khi đưa vào - ra nhiều lần ở kênh thao tác. Cho nên một số tác giả đã áp dụng nhiều cách thức khác nhau trong đó có vỏ bảo vệ laser để có thể nâng số lần sử dụng của ống soi [3]. FlexGuard Sheath (LISA Laser Products, Katlenburg-Lindau, Germany) là vỏ bọc laser chính hãng được dùng để ngăn chặn sự hủy hoại của laser. Vỏ bọc tránh cho sợi laser cọ sát vào thành ống, cho phép luồn laser vào ống soi ngay khi đầu ống gặp. Tuy nhiên vỏ bọc này không ngăn chặn trực tiếp sự hủy hoại của năng lượng laser. Trong điều kiện hiện nay, chúng tôi không thể có được dụng cụ này cho nên tìm một dụng cụ tương tự thay thế là điều cần thiết. Sử dụng vỏ của thông Dormia hỏng để làm vỏ bảo vệ

laser đã giúp chúng tôi giải quyết được vấn đề này và cũng là mục tiêu của đề tài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 78 bệnh nhân sỏi đài thận được tán bằng laser qua ống soi mềm niệu quản thận ngược dòng từ tháng 10/2010 đến 12/2015 tại BV ĐHYD Huế và tại BV TW Huế. Vỏ bảo vệ laser cải tiến: Sử dụng thông Dormia 2,4Fr, tiến hành cắt bỏ phần nổi với tay cầm, rút bỏ phần dây bên trong, giữ lại phần vỏ. Ống soi niệu quản mềm Flex X và Flex X2 6,5 Fr của hãng Karl –Storz. Nguồn laser Potent 40W do Trung quốc sản xuất.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu đặc điểm bệnh lý: Ghi nhận đặc điểm sỏi thận, tiền sử điều trị...

- Đánh giá kết quả nội soi niệu quản bằng ống soi mềm: Ghi nhận

+ Thời gian phẫu thuật, thời gian sử dụng C-arm

+ Khả năng tiếp cận sỏi và tán sỏi.

+ Ghi nhận mức độ hư hỏng của ống soi mềm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Tuổi	49,31 ± 11,45 (26 – 77)
Tiền sử cùng bên (n=78)	
Chưa can thiệp	15 (19,2%)
MLS thận	27 (34,6%)
MLS niệu quản	8 (10,3%)
ESWL	19 (24,4%)
URS	27 (34,6%)

Có 4 trường hợp (5,1%) can thiệp NSM với thận độc nhất, trong đó 1 trường hợp thận độc nhất bẩm sinh, 1 trường hợp đã cắt thận đối diện do mất chức năng và 2 trường hợp thận đối diện mất chức năng.

Bảng 2: Đặc điểm sỏi thận và kết quả điều trị

Kích thước sỏi (mm)	17,78 ± 7,21 (8 - 45)
Số lượng sỏi (viên)	1,78 ± 1,04 (1 - 9)
Sỏi đài dưới	
Đài dưới đơn thuần (n)	27 (34,6%)
Đài dưới kết hợp vị trí khác (n)	31 (39,7%)
Độ ứ nước thận (n = 78)	
Không ứ nước	23 (29,5%)
Độ 1	33 (42,3%)
Độ 2	21 (26,9%)
Độ 3	1 (1,3%)
Kết quả ngay trong mổ	
Thành công	56 (71,8%)
Thất bại	22 (28,2%)
Sốt sau mổ	3 (3,8%)
Sốc nhiễm trùng sau mổ	1 (1,3%)
Sạch sỏi sau 1 tháng	28 (35,9%)
Sạch sỏi sau 3 tháng	58 (74,4%)

Có 31 trường hợp chỉ có 1 viên sỏi chiếm tỷ lệ 39,7%. Tổng số có 139 viên sỏi trong 78 trường hợp. Các trường hợp sỏi đài thận dưới kết hợp các vị trí khác trong thận hoặc niệu quản.

Bảng 3: Liên quan việc sử dụng vỏ bảo vệ Laser và kết quả ngay trong mổ

Kết quả ngay trong mổ		Vỏ bảo vệ Laser		Tổng
		Không	Có	
Thành công	TH	9	7	16
	%	16,1	31,8	20,5
Thất bại	TH	47	15	62
	%	83,9	68,2	79,5
Tổng	TH	56	22	78
	%	100,0	100,0	100,0

Việc sử dụng vỏ bảo vệ Laser cả tiền liên quan không có ý nghĩa thống kê đến kết quả ngay trong mổ ($p = 0,13$)

Bảng 4: Liên quan thời gian mổ với việc sử dụng vỏ bảo vệ Laser

Vỏ bảo vệ Laser	TH	Thời gian mổ trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Không	16	108,13	34,92	0,187
Có	62	94,35	37,34	
Tổng	78	97,18	37,06	

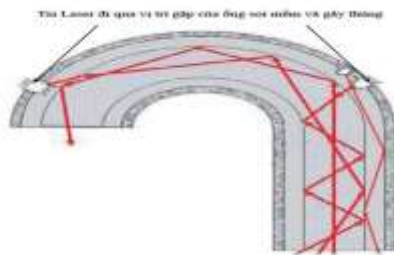
Thời gian mổ trung bình có ngắn hơn trong nhóm có sử dụng vỏ Laser cải tiến nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê so với nhóm không sử dụng dụng cụ này ($p = 0,187$).

Bảng 5: Kết quả sạch sỏi sau 1 tháng và sau 3 tháng riêng nhóm có sử dụng vỏ bảo vệ Laser

Sạch sỏi	Sạch sỏi sau 1 tháng		Sạch sỏi sau 3 tháng	
	TH	%	TH	%
Không	41	66,1	14	22,6
Có	21	33,9	48	77,4
Tổng	62	100	62	100

IV. BÀN LUẬN

Nội soi niệu quản thận bằng ống mềm ngày càng được sử dụng nhiều trong điều trị sỏi thận với kích thước nhỏ < 2cm cũng như sỏi niệu quản ở đoạn trên và phương pháp này ngày càng tỏ ra có nhiều ưu điểm. Tuy nhiên bên cạnh những ưu điểm thì phương pháp này cũng đã bộc lộ những bất lợi trong đó trang thiết bị là một vấn đề lớn. Ống soi mềm có giá khá cao, nhưng lại rất dễ hỏng. Nguyên nhân hỏng chủ yếu là do ống soi mềm bị dây laser đâm thủng hoặc bị năng lượng laser bắn thủng [3].

**Hình 4 A,B: Dây laser gây thủng ống soi mềm**

White và Moran (1998) báo cáo đầu tiên về các vấn đề hư hỏng của ống soi mềm sau thời gian sử dụng [7]. Afane và cộng sự (2000) chứng minh qua sử dụng 4 ống soi mềm trong kỹ thuật nội soi niệu quản thận ngược dòng, chỉ sau 6-15 sử dụng, tương ứng với 3-13 giờ sử dụng lâm sàng sẽ bị hư hại và cần thiết sửa chữa [2]. Monga và cộng sự (2006) thực hiện một nghiên cứu, ngẫu nhiên, đa trung tâm đánh giá độ bền của 7 ống soi mềm. Nghiên cứu này cho thấy độ bền ống soi mềm chỉ giới hạn 3,25-14,4 cases [6]. Chi phí sửa chữa và bảo dưỡng là vấn đề nhiều tác giả cũng quan tâm. Báo cáo của

hãng sửa chữa cho thấy khoảng 70% các trường hợp hư hỏng là do bị hỏng kênh thao tác vì dây laser. Cho nên một số tác giả đã tìm cách sử dụng một số dụng cụ hỗ trợ để làm giảm thương tổn ống soi như FlexGuard sheath.

Trong thực tế khi triển khai nội soi niệu quản ống mềm, chúng tôi đã hỏng 2 ống soi sau 22 trường hợp. Cho nên với các ống soi sau này chúng tôi đã cố gắng tìm cách để giảm bớt tình trạng hỏng bằng cách sử dụng vỏ bảo vệ. Trong điều kiện không thể có vỏ bảo vệ nguyên bản, chúng tôi đã tìm cách thay thế bằng vỏ của thông Dormia.

Bệnh nhân có sỏi đài dưới chiếm 74,3% (58 trường hợp). Thủ thuật đối với sỏi đài dưới bị ảnh hưởng bởi yếu tố giải phẫu hệ thống đài bể thận và niệu quản, đặc biệt là các yếu tố: góc cổ đài dưới bể thận, chiều dài đài dưới, độ rộng cổ đài và chiều cao cổ đài dưới. Các yếu tố này được nghiên cứu sâu bởi tác giả Elbahnasy[5]. Khi tán sỏi đài dưới qua kỹ thuật này làm cho đầu ống soi gấp, dây dẫn laser dễ gây hỏng kênh thao tác.

Đa số khi đã tiếp cận sỏi, chúng tôi giữ nguyên vị trí và luồn laser qua vỏ bọc để tán sỏi. Đây là lợi điểm đáng kể trong cải tiến kỹ thuật của chúng tôi, tiện lợi trong quá trình thao tác. Khi sử dụng vỏ bảo vệ, chúng tôi không bị lạc mất sỏi, không cần rút dây dẫn laser ra ngoài khi thao tác thay đổi vị trí của đầu ống soi để tìm sỏi. Mặc dù trong nghiên cứu của tác giả Durak, ông cũng chỉ ra rằng ống soi có kèm theo vỏ bảo vệ laser (FlexGuard) trong kênh thao tác thì nó làm hạn chế gấp của đầu ống soi khoảng 7 độ (từ 73 độ xuống 66 độ) và giảm tốc độ tưới rửa từ 0,55ml/giây xuống 0,02ml/giây[3]. Tuy nhiên, chúng tôi vẫn không thấy cản trở nhiều trong thao tác điều khiển đầu ống và chúng tôi tăng tốc độ tưới rửa bằng bơm nước theo như đề nghị của tác giả.

Qua thực tế sử dụng, chúng tôi nhận thấy vẫn còn giữ được chất lượng gần như mới hoàn toàn. Việc kéo dài tuổi thọ của ống soi mềm còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác kể cả kỹ năng sử dụng thành thạo máy. Tất nhiên đây chỉ mới là những kết quả bước đầu. Chúng tôi thiết nghĩ nếu với kết quả này, ống soi có thể tăng gấp đôi

hoặc 3 lần sử dụng so với bình thường, thì cũng là một thuận lợi và góp phần giảm chi phí sửa chữa đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Vỏ bảo vệ laser cải tiến có thể sử dụng được trong nội soi mềm niệu quản ngược dòng mà không gây trở ngại cho các thao tác so với kỹ thuật thông thường và có thể kéo dài thời gian sử dụng của ống soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Bảo (2016), "Đánh giá vai trò nội soi mềm trong điều trị sỏi thận", Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y Dược TP HCM.
2. Afane J. S., Olweny E. O., Bercowsky E., et al (2000), "Flexible Ureteroscopes: A Single Center Evaluation Of The Durability And Function Of The New Endoscopes Smaller Than 9f", *The Journal of Urology*, 164, 1164-1168.
3. Durak E., Hruby G., Mitchell R., et al (2008), "Evaluation of a Protective Laser Sheath for Application in Flexible Ureteroscopy", *Journal of Endourology*, 22(1), 57-59.
4. Einstein A. (1917), "Zur Quantentheorie der Strahlung", *Physikalische Zeitschrift*, 18, 121-128.
5. Elbahnasy A. M., Clayman R. V., Shalhav A. L., et al (1998), "Lower-Pole Caliceal Stone Clearance after Shockwave Lithotripsy, Percutaneous Nephrolithotomy, and Flexible Ureteroscopy Impact of Radiographic Spatial Anatomy", *Journal of Endourology*, 12(2), 113-119.
6. Monga M., Best S., Venkatesh R., et al (2006), "Durability of Flexible Ureteroscopes: A Randomized, Prospective Study", *The Journal of Urology*, 176, 137-141.
7. White M. D., Moran M. E. (1998), "Fatigability of the latest generation ureteropyeloscopes: Richard Wolf vs Karl Storz", *Journal Of Endourology*, 12(suppl), 182-186.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU CHUỖI HẠCH THẦN KINH GIAO CẢM NGỰC TRÊN XÁC ƯỚP VÀ TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC ĐIỀU TRỊ CHỨNG TĂNG TIẾT MỒ HÔI TAY NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Văn Nam*

TÓM TẮT^a

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi cắt TKGC ngực là phương pháp có hiệu quả để điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát. Nhưng có một số hậu quả không mong muốn xuất hiện sau mổ. Nghiên cứu

nhằm mô tả một số đặc điểm giải phẫu của chuỗi thần kinh giao cảm ngực trên và các dây TK kết nối với các dây TK ngực để cung cấp một số cơ sở giải phẫu ứng dụng trong phẫu thuật cắt, hủy TKGC ngực điều trị chứng ra nhiều mồ hôi tay nguyên phát khu trú.

Phương pháp: Tiến hành phẫu tích, đo đạc, mô tả chuỗi TKGC ngực ở 30 bên lồng ngực xác ướp người lớn; Mô tả trong phẫu thuật nội soi lồng ngực 276 chuỗi TKGC ngực của 138 bệnh nhân bị chứng tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát. **Kết quả:** XS nhìn thấy trên cùng khi chưa cắt lá thành màng phổi là xương sườn 2. Không thể xác định chính xác vị trí của các hạch TKGC ngực trên khi chưa bóc lá thành màng phổi ở 100% các trường hợp. Vị trí thấp nhất của hạch sao

* Bệnh viện 103 – Học viện Quân y.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Nam

Email: nam12103@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 9/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 6/1/2017

Ngày duyệt bài: 18/1/2017

hoặc hạch T1 có thể đến cung sau của xương sườn 2 với tỷ lệ 3,3% (1/30 bên). Hạch T2, T3, T4 có tỷ lệ cao nhất là nằm trong khoang liên sườn tương ứng. Nhánh thần kinh Kuntz, có tỷ lệ 56,7%.

Từ khóa: Chứng tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát, chuỗi TKGC, thần kinh Kuntz.

SUMMARY

STUDY ANATOMY OF THE UPPER THORACIC SYMPATHETIC CHAIN APPLIES ON CADAVERS AND IN THORACOSCOPIC SYMPATHOTOMY SURGERY FOR THE TREATMENT OF PRIMARY PALMAR HYPERHIDROSIS

Objective: Endoscopic thoracic sympathocotomy was effective for Primary palmar hyperhidrosis, but appear some side effects after sympathocotomy. The aim is to clearly delineate the upper thoracic sympathetic chains and neural connections between the chains and the thoracic nerves, and to provide an anatomical foundation for successful upper thoracic sympathicotomy for treating Primary palmar hyperhidrosis. **Methods:** 30 upper thoracic sympathetic chains of adult cadavers have been dissected, measured, and mapped; 276 upper thoracic sympathetic chains of 138 patients with Primary palmar hyperhidrosis have been investigated under the endoscope. **Results:** If the parietal pleura wasn't dissected yet, the uppermost observed rib to be the second rib and can't identify the exact anatomical locations of the sympathetic ganglia in all of cases. Lowermost location of the stellate ganglion or the first thoracic sympathetic ganglia was in the second rib with rate was 3,3%. The second to the fourth thoracic sympathetic ganglia were most commonly located in the corresponding intercostal spaces. The incidence of Kuntz nerve was 56,7%.

Key words: Primary palmar hyperhidrosis, Sympathetic chains, Kuntz nerve.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt, đốt hủy thần kinh giao cảm ngực trên đã trở thành phương pháp điều trị phổ biến cho chứng tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát ở rất nhiều nước trên thế giới. Mặc dù đạt hiệu quả cải thiện ra nhiều mồ hôi ở lòng bàn tay rất cao từ 80-100%. Nhưng có một số hậu quả không mong muốn xuất hiện sau mổ, như ra nhiều mồ hôi bù

quá mức, hội chứng Claude Bernard – Horner, ra nhiều mồ hôi tái phát hoặc khô lòng bàn tay quá mức, làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Nguyên nhân tai biến trong mổ, các hậu quả không mong muốn sau mổ được cho là có liên quan đến một số đặc điểm giải phẫu của chuỗi hạch thần kinh giao cảm (TKGC) ngực trên.

Trên thế giới, chưa có nhiều tác giả nghiên cứu về các đặc điểm giải phẫu của chuỗi hạch TKGC ngực trên, đặc biệt là mô tả đặc điểm giải phẫu của chuỗi hạch TKGC ngực ngay trong khi phẫu thuật nội soi lồng ngực. Trong nước, chưa có tác giả nào nghiên cứu về vấn đề này. Xuất phát từ những yêu cầu thực tiễn trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này, nhằm mục tiêu: *Đánh giá một số đặc điểm giải phẫu của chuỗi TKGC ngực trên xác ướp và trong phẫu thuật nội soi lồng ngực, có liên quan đến kết quả của phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nghiên cứu trên xác ướp: 30 bên lồng ngực của 20 xác ướp người lớn Việt Nam, gồm: 17 bên phải, 13 bên trái.

- 276 bên lồng ngực của 138 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực đốt hủy TKGC ngực trên điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

*Phương pháp nghiên cứu: Phẫu tích kinh điển.

*Quan sát, xác định, mô tả một số đặc điểm giải phẫu chuỗi TKGC ngực trên khi chưa bóc lá thành màng phổi.

*Đo và mô tả một số đặc điểm giải phẫu chuỗi TKGC ngực trên sau khi đã phẫu tích chi tiết.

- Trong mổ: Mô tả một số đặc điểm giải phẫu chuỗi hạch TKGC ngực trên trong mổ.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng chương trình xử lý số liệu SPSS 13.0 for Window.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Xác định cung sau các xương sườn trên khi chưa bóc lá thành màng phổi.

Bảng 3.1. Xác định cung sau các xương sườn trên

Cung sau các xương sườn		Đối tượng	
		Trên tiêu bản xác (n=30) (phải: 17, trái: 13)	Quan sát trong mổ (n=276) (phải: 138, trái: 138)
		Số lượng (tỷ lệ %)	Số lượng (tỷ lệ %)
Cung sau XS 1	Phải	0/17 (0,0%)	0 (0,0%)
	Trái	0/13 (0,0%)	0 (0,0%)
	Phải	17/17 (100,0%)	138/138 (100,0%)

Cung sau XS 2	Trái	13/13 (100,0%)	138/138 (100,0%)
Cung sau XS 3	Phải	17/17 (100,0%)	138/138 (100,0%)
	Trái	13/13 (100,0%)	138/138 (100,0%)
Cung sau XS 4	Phải	17/17 (100,0%)	138/138 (100,0%)
	Trái	13/13 (100,0%)	138/138 (100,0%)

Cung sau các xương sườn trên là mốc giải phẫu quan trọng nhất để xác định chuỗi hạch TKGC ngực trên và các thành phần của nó. Từ đó xác định được chính xác mức độ can thiệp vào chuỗi hạch TKGC ngực trên. Kết quả cho thấy không thể xác định được cung sau xương sườn 1 ở 100% các tiêu bản, cung sau XS 2 đến XS 4 đều xác định được ở 100% các tiêu bản. Không thể xác định được xương sườn 1 vì đây là XS đặc biệt, ngắn và cong nhất, nằm chệch, có 2 mặt trên và dưới, bờ trong mỏng khó xác định hơn mặt trong các XS khác.

Như vậy, Xương sườn nhìn thấy trên cùng khi chưa cắt lá thành màng phổi là xương sườn 2. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhận xét của Kopelman D. [4] theo tác giả này, có nhiều phẫu thuật viên không chú ý đến vấn đề này, họ cho rằng XS nhìn thấy trên cùng là XS 1, nếu như vậy sẽ xác định sai vị trí các thành phần của chuỗi hạch TKGC ngực trên, và mức độ can thiệp thực sự sẽ bị thấp hơn dự định của các phẫu thuật viên này một mức, khi đó sự so sánh giữa các tác giả về mức độ can thiệp không còn chính xác.

3.2. Xác định vị trí các hạch TKGC ngực trên khi chưa bóc lá thành màng phổi.

Bảng 3.2. Xác định rõ vị trí các hạch thần kinh giao cảm ngực trên

Hạch (bên)		Đối tượng	
		Trên tiêu bản xác (n=30) (phải: 17, trái: 13)	Quan sát trong mổ (n=276) (phải: 138, trái: 138)
		Số lượng (tỷ lệ %)	Số lượng (tỷ lệ %)
Hạch T1	Phải	0/17 (0,0)	0/138 (0,0)
	Trái	0/13 (0,0)	0/138 (0,0)
Hạch T2	Phải	0/17 (0,0)	0/138 (0,0)
	Trái	0/13 (0,0)	0/138 (0,0)
Hạch T3	Phải	0/17 (0,0)	0/138 (0,0)
	Trái	0/13 (0,0)	0/138 (0,0)
Hạch T4	Phải	0/17 (0,0)	0/138 (0,0)
	Trái	0/13 (0,0)	0/138 (0,0)

Theo kết quả của chúng tôi cho thấy, ở trên 100% các tiêu bản xác cũng như tất cả các bên lồng ngực quan sát trong mổ, đều không thể xác định chính xác vị trí các hạch TKGC.

Như vậy, trong PTNSLN với kỹ thuật chỉ cắt ngang TKGC trên các XS mà không cắt lá thành màng phổi và phẫu tích rõ ràng chuỗi hạch TKGC ngực, mặc dù có ống soi với độ phóng đại lớn và

có khả năng tiếp cận sát với chuỗi TKGC ngực trên thì cũng không thể xác định chính xác vị trí các hạch TKGC. Những tác giả cho rằng có thể xác định được vị trí hạch TKGC trong khi PTNSLN, theo chúng tôi, có lẽ vị trí mà họ xác định là hạch TKGC thì thực sự đó chỉ là vị trí mà chuỗi hạch TKGC chạy trên đầu sau các xương sườn trên, nên nhô cao hơn các đoạn khác.

3.3. Xác định vị trí các hạch TKGC ngực trên khi đã bóc lá thành màng phổi và phẫu tích chi tiết (trên xác)

Bảng 3.3. Vị trí hạch T1, T2, T3, T4 so với các XS trên và dưới tương ứng.

Hạch	Vị trí	Bờ dưới XS trên	Giữa KLS	Bờ trên XS dưới	Nằm đè lên XS dưới
T1		20,0% (6/30)	60,0% (18/30)	16,7% (5/30)	3,3% (1/30)
T2		10% (3/30)	76,7% (23/30)	10% (3/30)	3,3% (1/30)
T3		3,3% (1/30)	63,3% (19/30)	26,7% (8/30)	6,7% (2/30)
T4		3,3% (1/30)	50% (15/30)	33,3% (10/30)	13,4% (4/30)

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy:
- *Giới hạn thấp nhất của hạch sao hoặc hạch T1 là nằm trên XS 2.*

Một số tác giả cho rằng giới hạn cắt TKGC an toàn, tránh được hội chứng Horner sau mổ là không quá bờ trên xương sườn 2 [7]. Nhưng

trong nghiên cứu của chúng tôi và một số tác giả khác như Chung I. H. [2], Singh B. gặp một tỷ lệ hạch sao hoặc T1 nằm trên xương sườn 2, mặc dù chỉ là cực dưới chứ không phải phần hạch chính nhưng khi cắt hủy TKGC trên xương sườn 2 vẫn có nguy cơ xuất hiện hội chứng Horner

sau mổ do làm tổn thương hạch sao. Như vậy, giới hạn cắt an toàn không tổn thương hạch sao phải là trên XS 3.

- *Vị trí các hạch T2, T3, T4 thường nằm trong khoang liên sườn tương ứng*, với tỷ lệ tương ứng là 76,7% (23/30), 63,3% (19/30), và 50% (25/50). Các hạch này nằm đè lên xương sườn dưới với tỷ lệ tương ứng là 3,3% (1/30), 6,7% (2/30) và 13,4% (4/30). Không có hạch nào nằm trên các xương sườn tương ứng. Theo kết quả này, có thể thấy hạch ở vị trí cao hơn thì có tỷ lệ nằm trong khoang liên sườn tương ứng cao hơn, và tỷ lệ nằm đè lên xương sườn dưới thấp hơn hạch ở vị trí thấp hơn. Như vậy, có thể thấy sự dịch chuyển xuống dưới của các hạch so với các xương sườn tương ứng, kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả của Zhang B.

- *Khi cắt ngang TKGC ngực trên các xương sườn thì thành phần bị cắt, hủy chủ yếu là các thân TKGC chứ không phải là các hạch TKGC, chỉ*

gặp một tỷ lệ rất thấp là hạch TKGC nhưng cao hơn một mức.

Ra nhiều mỡ hồi bù quá mức là hậu quả không mong muốn sau mổ gây nhiều phiền toái nhất cho bệnh nhân sau cắt, đốt hủy TKGC ngực. Nguyên nhân của hậu quả này có liên quan chặt chẽ với các mức độ và phạm vi can thiệp vào chuỗi hạch TKGC ngực trên. Do vậy việc xác định chính xác vị trí các XS trên, vị trí các hạch TKGC, từ đó xác định chính xác mức độ, phạm vi can thiệp vào chuỗi hạch TKGC ngực trên có vai trò đặc biệt quan trọng để giảm tỷ lệ và mức độ ra nhiều mỡ hồi bù. Một số nghiên cứu lâm sàng gần đây, đã khẳng định khi đốt ngang TKGC trên XS 3 và XS 4, tức là giới hạn trên và dưới hạch T3 (căn cứ vào kết quả nghiên cứu về vị trí hạch T3 của chúng tôi) thì có kết quả khả quan nhất: Đạt hiệu quả giảm tiết mỡ hồi ở lòng bàn tay, đồng thời giảm được tỷ lệ các hậu quả không mong muốn.

3.4. Liên quan giữa chuỗi hạch TKGC ngực trên với các tĩnh mạch liên sườn trên.

Bảng 3.4. Vị trí chuỗi hạch TKGC ngực so với các tĩnh mạch liên sườn trên ở các xương sườn tương ứng.

Tĩnh mạch liên sườn trên Chuỗi hạch TKGC		Bên phải			Bên trái		
		Trên XS 2	Trên XS 3	Trên XS 4	Trên XS 2	Trên XS 3	Trên XS 4
Nằm trong	Trong mỡ	-	-	-	-	-	-
	Xác (n=30)	-	-	-	-	-	-
Nằm trước đề lên	Trong mỡ (n=138)	-	9(6,5%)	30(21,7%)	-	5(3,6%)	35(25,4%)
	Xác	-	-	5/17(29,4%)	-	-	3/13(23,1%)
Nằm ngoài	Trong mỡ (n=138)	-	99(71,7%)	103(74,6%)	-	57(41,3%)	66(47,8%)
	Xác (n=30)	17/17(100%)	17/17(100%)	12/17(70,6%)	13/13(100%)	13/13(100%)	10/13(76,9%)
Không rõ	Trong mỡ (n=138)	138(100%)	30 (21,7%)	5(3,6%)	138(100%)	76(55,1%)	37(26,8%)
	Xác (n=30)	-	-	-	-	-	-

Kết quả của chúng tôi nhận thấy: Từ mức xương sườn 2 đến xương sườn 4, Chuỗi hạch TKGC ngực có tỷ lệ nằm ngoài TMLS trên cao hơn ở xương sườn mức trên, tỷ lệ nằm trước đề lên TMLS trên cao hơn ở xương sườn mức dưới. Không có trường hợp nào nằm trong TMLS trên.

Khi thực hiện kỹ thuật cắt ngang TKGC trên các xương sườn, nếu trong trường hợp chuỗi hạch TKGC ngực trên nằm trước đề lên TMLS trên ở đoạn cần cắt, chúng tôi sử dụng kim phẫu

tích đầu cong (Kelly) kẹp ngang hoặc dùng móc (Hook) luồn dưới chuỗi hạch TKGC ở vị trí định cắt, hơi nhấc lên tách TKGC khỏi xương sườn để chắc chắn đã kẹp hoặc móc lên toàn bộ chiều dày của TKGC, kéo ra ngoài, hoặc vào trong để chuỗi hạch TKGC ngực tách khỏi TMLS trên, sau đó đốt điện làm đứt chuỗi hạch TKGC ngực trên.

3.5. Tỷ lệ nhánh thần kinh nội thêm trên XS 2 (thần kinh Kuntz) khi chưa bóc lá thành màng phổi.

Bảng 3.5. Nhánh thần kinh nội thêm trên XS 2

Đối tượng	Trên tiêu bản xác (n=30)	Quan sát trong mổ (n=276)	p
Bên Phải	15 (50%)	89 (32,2%)	0,051
Bên Trái	9 (30%)	71 (25,7%)	0,61

Kết quả của chúng tôi cho thấy: Trên tiêu bản xác, tỷ lệ gặp nhánh thần kinh Kuntz là 24/30 bên chiếm 80%. Quan sát trong mổ, tỷ lệ nhánh này bên phải là 89/276 bên chiếm 32,2% và bên trái là 71/276 bên chiếm 25,7%, tổng hai bên là 57,9%.

So sánh ở từng bên, tỷ lệ nhánh thần kinh này ở trên tiêu bản xác và quan sát trong mổ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.6. Đặc điểm nhánh thần kinh nổi thêm trên XS 2 (thần kinh Kuntz) khi đã bóc lá thành màng phổi (trên xác).

- Ở 17/30 bên (56,7%) có nhánh TK Kuntz, trong đó bên phải có 12/17 bên (70,6%) và bên trái có 5/13 bên (38,5%).

- Đường kính của nhánh TK Kuntz trung bình là $0,84 \pm 0,37\text{mm}$, nhỏ nhất là 0,5mm và lớn nhất là 1,5mm.

- Khoảng cách trung bình đến chuỗi hạch TKGC trên XS 2 là $10,35 \pm 4,95$, ngắn nhất là 2 mm và dài nhất là 18,5mm.

Do vậy, để đề phòng tăng tiết nhiều mồ hôi tái phát thì phải tìm và cắt nhánh TK Kuntz nằm trên cung sau xương sườn 2. Phạm vi tìm các nhánh này là trong khoảng 20 mm từ chuỗi hạch TKGC ra phía ngoài.

IV. KẾT LUẬN

- XS nhìn thấy trên cùng khi chưa cắt lá thành màng phổi là xương sườn 2.

- Không thể xác định chính xác vị trí của các hạch TKGC ngực trên khi chưa bóc lá thành màng phổi ở 100% các trường hợp.

- Vị trí thấp nhất của hạch sao hoặc hạch T1 có thể đến cung sau của xương sườn 2 với tỷ lệ 3,3% (1/30 bên).

- Hạch T2, T3, T4 có tỷ lệ cao nhất là nằm trong khoang liên sườn tương ứng, với tỷ lệ 76,7% (23/30 bên), 63,3% (19/30 bên), và 50% (25/50 bên).

- Chuỗi hạch TKGC ngực có tỷ lệ nằm ngoài TMLS trên cao hơn ở xương sườn mức trên, tỷ lệ nằm trước đề lên TMLS trên cao hơn ở xương sườn mức dưới. Không có trường hợp nào nằm trong TMLS trên.

- Nhánh thần kinh Kuntz:

+ Khi chưa cắt lá thành màng phổi: tỷ lệ gặp trên xác là 80% và trong mổ là 57,9%.

+ Khi đã cắt lá thành màng phổi: có tỷ lệ 56,7% (17/30 bên), trong đó bên phải có 12/17 bên (70,6%) và bên trái có 5/13 bên (38,5%). Phạm vi tìm các nhánh này là trong khoảng 20 mm từ chuỗi hạch TKGC ra phía ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Atkinson J. L., Feeley R. D. (2003), "Sympathectomy instead of sympathectomy for palmar hyperhidrosis: minimizing postoperative compensatory hyperhidrosis", *Mayo Clin Proc*, 78, pp. 167-172.
2. Chung I. H., Oh C. S., Koh K. S et al. (2002), "Anatomic variations of the T2 nerve root (including the nerve of Kuntz) and their implications for sympathectomy", *J Thorac Cardiovasc Surg*, 123, pp. 498-501.
3. Kim D. H., Hong Y. J., Hwang J. J., Kim K. D., Lee D. Y. (2008), "Topographical considerations under video-scope guidance in the T3,4 levels sympathetic surgery", *Eur J Cardiothorac Surg*, 33, pp. 786-789.
4. Kopelman D., Hashmonai M. (2008), "The Correlation Between the Method of Sympathetic Ablation for Palmar Hyperhidrosis and the Occurrence of Compensatory Hyperhidrosis: A Review", *World J Surg*, 32, pp. 2343-2356.
5. Kuntz A. (1927), "Distribution of the sympathetic rami to the brachial plexus: its relation to sympathectomy affecting the upper extremity" *Arch Surg*, 15, pp. 871-877.
6. Ramsaroop L., Singh B., Moodley J., Partab P., Satyapal K. S. (2004), "Anatomical basis for a successful upper limb sympathectomy in the thoracoscopic era", *Clin Anat*, 17, pp. 294-299.
7. Schmidt J., Bechara F. G., Altmeyer P. and Zirngibl H. (2006), "Endoscopic thoracic sympathectomy for severe hyperhidrosis: impact of restrictive denervation on compensatory sweating", *Ann Thorac Surg*, 81(3), pp. 1048-1055.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT ĐỤC THỂ THỦY TINH Ở TRẺ EM

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT⁹

**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:

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, can thiệp lâm sàng với 69 mắt của 56 bệnh nhi < 16 tuổi đã được phẫu thuật tại Khoa Nhãn nhi Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ 06/2014 - 06/2015. Tuổi trung bình $8,53 \pm 4,50$. Do bẩm sinh 32 mắt (46,4%), chấn thương 26 mắt (37,7%), bệnh lý 11 mắt (15,9%).

- Thị lực trước phẫu thuật: ST(+)-BBT 36,2%, thị lực ĐNT-<1/10 chiếm 27,5%, thị lực 1/10 - <3/10 chiếm 30,4%, thị lực 3/10-6/10 chiếm 5,8%. Kết quả thị lực (có chỉnh kính):

- Thị lực 1 tháng sau phẫu thuật: thị lực <1/10 có 15 mắt (21,7%), thị lực 1/10 – 2/10 có 10 mắt (14,5%), nhóm thị lực 3/10-6/10 có 28 mắt (40,5%) và thị lực >6/10 có 16 mắt (23,3%).

- Thị lực sau 3 tháng (68 mắt): thị lực <1/10 có 5 mắt (7,4%), thị lực 1/10 – 2/10 có 7 mắt (10,3%), nhóm thị lực 3/10-6/10 có 33 mắt (48,5%) và thị lực >6/10 có 23 mắt (33,8%).

So sánh thị lực trước và sau phẫu thuật 3 tháng trên bảng đo thị lực: tăng dưới 2 dòng có 6 mắt (8,9%), tăng 2 dòng có 9 mắt (13,4%), tăng 3- 5 dòng có 36 mắt (52,3%), thị lực tăng $\geq$ 6 dòng có 17 mắt (25,4%).

Từ khóa: Phục hồi thị lực, phẫu thuật đục thể thủy tinh ở trẻ em

SUMMARY

RESEARCH ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF CATARACT SURGERY IN CHILDREN

The research was conducted on 69 eyes of 56 patients aged under 16 who were treated and followed up at The pediatric ophthalmology department, DaNang Eye Hospital from Jun. 2014 to Jun. 2015. The mean age of the patients were 8.53 ± 4.50 in which 32 congenital cataract eyes (46.4%), 26 traumatic cataract eyes (37.7%), 11 others cataract eyes (15.9%). - Pre-operative visual acuities (VA): light perception (LP) – hand movement (HM) have 25 eyes (36.2%), VA counting finger – < 1/10 (27.5%). VA 1/10-2/10 (30.4%), VA 3/10 – 6/10 have 4 eyes (5.8%), VA > 6/10 no eyes.

- After surgery 1 week: VA <1/10 have 15 eyes (21.7%), VA 1/10-2/10 have 10 eyes (14.5%), VA 3/10-6/10 have 28 eyes (40.5%) and VA >6/10 have 16 eyes (23.3%).

- After surgery 3 months (68 eyes): VA <1/10 have 05 eyes (7.4%), VA 1/10-2/10 have 7 eyes (10.3%), VA 3/10-6/10 have 33 eyes (48.5%), VA >6/10 have 23 eyes (33.8%).

Comparing 3-month post-op with pre-op VA on the VA testing chart: Increased less than 2 lines have 6 eyes (8.9%), increased 2 lines 9 eyes (13.2%), increased 3-5 lines have 36 eyes (52.3%), increased $\geq$ 6 lines have 17 eyes (25%).

Key words: Visual acuity recovery, cataract surgery for children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh (TTT) là một trong những nguyên nhân gây mù hàng đầu. Đục TTT không chỉ xảy ra ở người lớn mà còn xảy ra ở trẻ em. Đục TTT trẻ em bao gồm: bẩm sinh, chấn thương và bệnh lý.

Đục TTT trẻ em gây ảnh hưởng xấu đến quá trình phát triển thị giác vì không những làm giảm thị lực mà còn cản trở sự phát triển bình thường của chức năng thị giác. Hầu hết trẻ em bị đục TTT một mắt đều bị nhược thị do bị ức chế,

những trẻ đã có rung giật nhãn cầu hoặc lác thì sự hồi phục thị lực sau phẫu thuật sẽ kém.

Điều trị và theo dõi đục TTT ở trẻ em rất phức tạp và khó khăn, đặc biệt là trẻ dưới 12 tháng tuổi.

Ngày nay, với sự phát triển về kỹ thuật phẫu thuật, hiểu biết hơn về sự phát triển của mắt trẻ em, cải tiến chất liệu kính nội nhãn và thiết bị nên việc đặt kính nội nhãn cho trẻ tiến bộ nhiều. Tuy nhiên đây vẫn còn là vấn đề thách thức lớn cho ngành Nhãn góp phần vào quá trình tích lũy kinh nghiệm trong lĩnh vực này, chúng tôi thực hiện đề tài "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật thể thủy tinh ở trẻ em*" nhằm mục tiêu:

1. *Đánh giá thị lực và các đặc điểm lâm sàng đục thể thủy tinh ở trẻ em.*

2. *Đánh giá các kết quả của việc điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 56 bệnh nhân, với 69 mắt, có độ tuổi < 16 tuổi với chẩn đoán đục thể thủy tinh được điều trị bằng phẫu thuật tại Khoa Nhãn nhi Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 06/2014 đến tháng 06/2015.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Đục thể thủy tinh bẩm sinh, đục thể thủy tinh trẻ em một hoặc hai mắt.

- Đục thể thủy tinh thứ phát: sau chấn thương, viêm màng bồ đào, do dùng thuốc và các bệnh lý khác.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không hợp tác nghiên cứu.
- Có kèm bệnh lý ở mắt: Sẹo giác mạc trung tâm lớn, bệnh đáy mắt... không có chỉ định phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Gồm những phương tiện chuyên dùng để khám và điều trị trẻ em tại Khoa Nhãn Nhi Bệnh viện Mắt Đà Nẵng: sinh hiển vi, máy phaco Infiniti, bảng thị lực trẻ em, kính Volk, hệ thống gây mê, đầu cắt dịch kính.

2.2.3. Cách tiến hành nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

- Phẫu thuật và theo dõi sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng

- Áp dụng phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ

Trong nghiên cứu này, bao gồm 5 hình thái chủ yếu: Đục hoàn toàn, Đục dạng màng, Đục

nhân, Đục cực trước hoặc sau, đục bao TTT với những đặc điểm khác nhau và kết quả phẫu thuật như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

- Tuổi trung bình của bệnh nhi trong nhóm nghiên cứu là 8,53 tuổi.

- Có 48 mắt của trẻ thuộc nhóm 6 - 15 tuổi, chiếm tỉ lệ cao nhất (69,5%), sự khác biệt giữa nhóm tuổi này so với 2 nhóm tuổi còn lại có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), nhóm 0-2 tuổi có 8 mắt (11,6%), nhóm 3-5 có 13 mắt (18,9 %).

- Trong 56 bệnh nhi có 36 nam, nhiều hơn nữ, tỉ lệ nam: nữ là 1,8:1

3.1.2. Bệnh của mẹ trong thai kỳ: Trong nghiên cứu, số mẹ không rõ bệnh lý trong thai kỳ có 26 người mẹ (46,4%), mẹ nhiễm siêu vi 3 tháng đầu (31,6%), sốt phát ban 3 tháng đầu (15,7%), mẹ đục TTT bẩm sinh (5,3%).

3.1.3. Nguyên nhân đục thể thủy tinh:

- Đục TTT bẩm sinh: 32 mắt chiếm tỉ lệ 46,4%.

- TTT bệnh lý có 11 mắt (15,9%), Đục TTT do chấn thương có 26 mắt (37,7%)

3.1.4. Phân bố mắt bị đục thể thủy tinh

- Đục thể thủy tinh hai mắt: Có 13/56 (23,2%) trẻ bị đục TTT hai mắt, đều là do nguyên nhân bẩm sinh, trong đó có 3 bệnh nhân dưới 2 tuổi và trong số này có 2 bệnh nhân có mẹ bị đục TTT bẩm sinh.

- Đục thể thủy tinh một mắt: bao gồm tất cả các nhóm nguyên nhân. Có 6 mắt do nguyên nhân bẩm sinh, trong đó 1 bệnh nhân 2 tháng tuổi.

3.1.5. Các bệnh kèm theo: Trong số 69 mắt ở nghiên cứu có 25 mắt có bệnh lý kèm theo chiếm tỉ lệ 36,3% và 44 mắt không có bệnh kèm theo tỉ lệ 63,7%. Có 6 mắt đục lệch TTT trong 4 trẻ, trong đó có 3 trẻ lệch TTT cả 2 mắt và 2 trẻ trong 3 trẻ này được phẫu thuật cả 2 mắt. Có 2 trẻ tim bẩm sinh chiếm 2,9% ($p > 0,05$), 2 trẻ có hội chứng Marfan kèm đục lệch TTT, câm điếc bẩm sinh có 1 trẻ.

3.1.6. Thị lực trước phẫu thuật

Bảng 1: Thị lực trước phẫu thuật

Thị lực	ST(+) - BBT	ĐNT - < 1/10	1/10 - 2/10	3/10 - 6/10	Tổng cộng
n	25	19	21	4	69
%	36,2%	27,5%	30,4%	5,8%	100%

- Thị lực trước phẫu thuật nhóm sáng tối (+) đến bóng bàn tay (ST(+)) - BBT có 25 trẻ chiếm 36,2% trong đó do bẩm sinh có 9 trẻ, do chấn thương và bệnh lý có 16 trẻ. Nhóm thị lực 1/10-2/10 cũng chiếm số lượng tương đương nhưng phân bố giữa nguyên nhân bẩm sinh và do chấn thương và bệnh lý xấp xỉ ngang nhau ($p > 0,05$). Thị lực > 3/10 có 4 mắt, trong đó có 1 bệnh nhân đục TTT bẩm sinh hai mắt, 2 bệnh nhân đục TTT do chấn thương đục đập.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

3.2.1. Phương pháp phẫu thuật đã áp dụng

- **Phẫu thuật phaco thông thường:** Kỹ thuật xé bao trước liên tục ở 55 mắt chiếm 79,7%, phối hợp cắt bằng kéo, kim cho 14 mắt khó chiếm 20,3%, sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- **Phẫu thuật phaco có cắt bao sau và dịch kính trước:** Ở nhóm trẻ ≤ 5 tuổi, hút sạch chất nhân kèm theo cắt dịch kính phía trước, khi phẫu thuật có thoát dịch kính hoặc có rách bao sau cũng cắt dịch kính chủ động.

- **Vị trí đặt kính:** Nhóm bẩm sinh, tỉ lệ đặt được kính vào trong bao là 85,7%. Nhóm chấn thương và bệnh lý tỉ lệ đặt được kính vào trong bao là 75,7%

3.2.2. Kết quả thị lực sau phẫu thuật: So sánh thị lực trước phẫu thuật, thị lực sau phẫu thuật 1 tuần, sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng kết quả tương đối khả quan, đa số thị lực tăng, một số ít không tăng thị lực hay tăng ít là do mắt trẻ bị nhược thị sâu (đã xuất hiện lè, rung giật nhãn cầu), tập nhược thị ít hoặc không có kết quả.

Bảng 2: Thị lực sau phẫu thuật khi ra viện (2-7 ngày sau phẫu thuật)

Thị lực	SL/%	ĐNT - < 1/10	1/10 - 2/10	3/10 - 6/10	> 6/10	Tổng cộng
- Bẩm sinh	n	9	6	13	4	32
	%	28,1%	18,7	40,7	12,5	100%
- Bệnh lý	n	6	4	15	12	37
	%	16,2	10,8	40,5	32,5	100%
Tổng cộng		15(21,7%)	10(14,5%)	28(40,5%)	16(23,3%)	69(100%)

- So với trước mổ: 25 mắt mù hoàn toàn ST(+) - BBT không còn nữa.

- Hầu hết bệnh nhi nhìn thấy, mắt phẫu thuật có thể đủ để trở lại sinh hoạt tập: đó là nhóm thị lực 3/10 đến 6/10, chiếm đa số (40,5%) trong khi trước phẫu thuật chỉ có 5,8%.

- Trong 6 mắt rung giật nhãn cầu: 2 mắt không tăng thị lực.

Bảng 3: Thị lực tại các thời kỳ sau phẫu thuật

Thị lực	SL/%	ĐNT - < 1/10	1/10 - 2/10	3/10 - 6/10	> 6/10	Tổng cộng
1 tháng	n	5	4	32	26	69
	%	7,2	5,8	46,3	37,7	100%
3 tháng	n	5	7	33	23	68
	%	7,4	10,3	48,5	33,8	100%
6 tháng	n	5	9	40	14	68
	%	7,4	13,2	58,8	20,6	100%

- Sau phẫu thuật 1 tháng: thị lực có tăng dần dần so với lúc xuất viện (bảng 1).

- Sau phẫu thuật 3 tháng: so với kết quả sau 1 tháng chúng tôi nhận thấy thị lực ổn định. Thời điểm này có 1 bệnh nhi đi vắng địa phương.

- Sau 6 tháng: nhóm có thị lực cao (> 6/10) bắt đầu giảm xuống, thị lực khá tăng lên.

3.2.3. Biến chứng phẫu thuật

- Biến chứng trong phẫu thuật

- Biến chứng rách bao trước chiếm tỉ lệ nhiều nhất 8,7% và gặp ở những mắt chấn thương có tổn thương bao trước kèm theo.

- Thoát dịch kính ở 6 mắt chiếm 8,7%, trong đó 5 mắt ở nhóm bẩm sinh, là những trường hợp đục lệch TTT và cắt bao sau chủ động, 1 mắt ở nhóm bệnh lý và đây là rách bao do lỗi kỹ thuật.

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật

- Phản ứng màng bồ đào: màng sắc tố tiết tố trên bề mặt kính nội nhãn, màng xuất tiết thường xuất hiện sớm vào ngày thứ nhất sau mổ với 7 mắt (10,4%)

- Viêm khĩa và phù giác mạc đều gặp trên mắt chấn thương có rách giác mạc kèm theo có 4 mắt (5,8%)

- Biến chứng muộn sau phẫu thuật

- Đục bao sau thứ phát vẫn là biến chứng chủ yếu, tuổi càng nhỏ thì tỉ lệ xảy ra đục bao sau càng cao: Sau 3 tháng có 19 mắt (27,5%). Sau 6 tháng có 28 mắt (40,5%). Trong số này hầu hết trẻ dưới 6 tuổi và nguyên nhân chấn thương.

- Những biến chứng khác ít gặp như: lệch TTT nhân tạo, đồng tử méo, sắc tố và tiết tố, màng fibrin, viêm màng bồ đào, capture mống mắt, tăng áp.

- Vị trí đặt kính liên quan tỉ lệ biến chứng trong phẫu thuật và hậu phẫu

- Đặt kính trong bao là một tiêu chuẩn của điều trị đục TTT có đặt kính nội nhãn, nếu kính nằm đúng vị trí giải phẫu của TTT thì thị lực tăng tối đa ở mắt đó.

- Tỉ lệ biến chứng nhóm trong bao 30,8%, nhóm đặt kính ngoài bao 51,3%.

- Xử trí biến chứng trong phẫu thuật và hậu phẫu

- Rách bao trước: chúng tôi gặp 6 mắt chấn thương: cắt bằng kéo.

- Rách bao sau, thoát dịch kính: hút/cắt sạch chất nhân và dịch kính bằng đầu cắt dịch kính.

- Viêm khĩa và phù giác mạc: Điều trị chống viêm chống phù tại chỗ.

- Màng xuất tiết ở diện đồng tử: sau phẫu thuật cần tra Atropin 1%.

- Xử trí biến chứng muộn: Mở bao sau bằng laser cho 16 mắt (23,2%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng:

4.1.1. Tuổi và giới:

- Khoa Nhãn nhi chịu trách nhiệm điều trị cho trẻ em từ 0 đến dưới 16 tuổi.

- Tỉ lệ tuổi 6-15 là tuổi học sinh tiểu học và phổ thông cơ sở nên hiểu động khó kiểm soát và kiểm chế chấn thương trong sinh hoạt vui chơi hàng ngày, điều này có thể giải thích là do trong nghiên cứu này mắt bị đục TTT chấn thương và bệnh lý có tỉ lệ cao 37/69 mắt.

4.1.2. Bệnh của mẹ trong thai kỳ: Thực sự người mẹ không nhớ rõ mình mắc bệnh gì trong thời kỳ mang thai, có đến 26 người mẹ khai không rõ hoặc đã quên. Chỉ rõ nhất là có đến 5,3% mẹ có đục thể thủy tinh và đều đã được phẫu thuật. Kết quả này thấp hơn các tác giả ở Mỹ (gần 9%) có lẽ họ xác định bệnh lý đục TTT bẩm sinh của người mẹ rất rõ khi còn trẻ, họ có hồ sơ lưu trữ. Còn bệnh nhân chúng tôi khi đã trưởng thành rồi mới đi khám và phẫu thuật nên 5,3% là con số khai thác tiền sử mà thôi.

4.1.3. Nguyên nhân gây đục thể thủy tinh:

- Đục TTT bẩm sinh: bao gồm cả đục tiến triển ở trẻ em, đây là dạng đục bẩm sinh nhưng tiến triển chậm nên phát hiện muộn hơn: 32 mắt chiếm tỉ lệ 46,4%.

- TTT thứ phát do các bệnh lý như viêm màng bồ đào, do dùng corticoid tại mắt kéo dài à các bệnh lý khác có 11 mắt (15,9%), Đục TTT do chấn thương có 26 mắt (37,7%).

- Các tác giả nước ngoài như Gillespie RL [4] đều cho thấy tỉ lệ đục TTT do chấn thương ít gặp ở trẻ nhỏ do được sự chăm sóc kỹ của người lớn, tỉ lệ trẻ 6-15 tuổi là 40,1%, số liệu này cũng phù hợp với chúng tôi.

4.1.4. Phân bố mắt bị đục thể thủy tinh

- Giống như tác giả Trivedi RH [5] các trường hợp đục TTT hai mắt hầu hết đều do nguyên nhân bẩm sinh như chúng tôi (23,2%), trong đó có 3 bệnh nhân dưới 2 tuổi và trong số này có 2 bệnh nhân có mẹ bị đục TTT bẩm sinh.

- Tất cả các nguyên nhân đều gặp trong đục TTT một mắt. Có 6 mắt do bẩm sinh, trong đó 1 bệnh nhân khám lúc 2 tháng tuổi. Đục TTT một mắt có thể do nguyên nhân bẩm sinh, chấn thương hoặc bệnh lý. Đục TTT bẩm sinh một mắt thường kèm theo lác, rung giật nhãn cầu nhược thị [1,7]

- Đục TTT một mắt làm mất này mất cơ hội hoàn chỉnh sinh lý thị giác, bệnh nhi đến thường qua khỏi cơ hội hồi phục nên có tiên lượng không tốt sau phẫu thuật.

4.1.5. Các bệnh lý kèm theo: Trong nghiên cứu này, có 44 mắt không có bệnh kèm ở mắt chiếm (63,7%). Các mắt có bệnh kèm chủ yếu là dị tật bẩm sinh phối hợp trong bào thai, do chấn thương vật nhọn, xảy ra trên giác mạc 18 mắt (26%). Bệnh lý kèm tại mắt đã làm giảm đi cơ hội hồi phục thị lực cho trẻ bằng phẫu thuật chấn thương nặng các bộ phận liên quan, do xử lý ban đầu ở tuyến dưới không tốt và đặc biệt là do bệnh nhi đến muộn, sự ít chú ý của bố mẹ và do hiểu biết về phòng bệnh chưa cao trong cộng đồng [1].

4.2. Thị lực và các biến chứng: Kết quả số liệu về thị lực bảng 1 và 2 cho thấy kỹ thuật phẫu thuật đục TTT ở mắt trẻ em đã mang lại kết quả tốt đẹp. Tỷ lệ cải thiện thị lực bình thường và gần bình thường (3/10 trở lên) sau 1 tháng chiếm tỉ lệ cao (84%) (bảng 2).

Các biến chứng phẫu thuật thường xảy ra những ngày đầu do khả năng phản ứng màng bồ đào của mắt trẻ em cao hơn người lớn. các biến chứng đều được khống chế tốt sau đó nhờ có kỹ

thuật cắt dịch kính và gây mê đi kèm trong hệ thống mổ thường quy cho trẻ em.

V. KẾT LUẬN

- Trong 3 nhóm đục TTT trẻ em thì nhóm chấn thương có tiên lượng xấu nhất, khó phẫu thuật nhất và nhiều biến chứng nhất.

- Tuổi 6-15 chiếm tỉ lệ mắc bệnh cao nhất.

- Kết quả điều trị khá khả quan, tỉ lệ thành công cao.

- Sau 3 tháng kết quả phẫu thuật và thị lực ổn định.

- Sau 6 tháng, số mắt có thị lực cao giảm đi là do đục bao sau và thay đổi khúc xạ. Nhưng vấn đề này được giải quyết rất đơn giản bằng cách mở bao sau bằng laser Nd:YAG và chỉnh kính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tôn Thị Kim Thanh (1993).** Bước đầu đặt thể thủy tinh nhân tạo ở mắt trẻ em. Kỷ yếu công trình ngành Mắt toàn quốc, Huế, 147, Bệnh viện Mắt TW, Hà Nội.
2. **Fine FI, Packer M. (2002).** New phacoemulsification technology. *J cataract Ractive Surgery* 28: 1054-1060.
3. **Osson RJ, Werner L. (2010).** New intraocular lens technology. *Am J Ophthalmol* 140: 709-616.
4. **Gillespie RL, O'Sullivan J, et al. (2014).** Personalized diagnosis and management of congenital cataract by next-generation sequencing. *Ophthalmology*. 121(11):2124-2137 e1-2.
5. **Trivedi RH, Wilson ME (2011).** Prediction error after pediatric cataract surgery with intraocular lens implantation: Contact versus immersion A-scan biometry. *J Cataract Refract Surg*;37(3):501-505.
6. **Trivedi RH, Wilson ME (2011).** Axial length measurements by contact and immersion techniques in pediatric eyes with cataract. *Ophthalmology*. 118(3):498-502.
7. **Bell CM, Hatch WV (2007).** Surgeon volumes and selected patient outcomes in cataract surgery: a population-based analysis. *Ophthalmology*. 114(3):405-410.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH 64 DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN CHẢY MÁU NÃO DO DỊ DẠNG MẠCH MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Xuân Hiền*, Nguyễn Văn Khải**

TÓM TẮT¹⁰

*

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Mục tiêu: Phân tích hình ảnh dị dạng mạch máu não có chảy máu não trên chụp cắt lớp vi tính 64 dây.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang 66 bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch não trên máy CLVT 64 dây tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 4/2016-6/2016. **Kết quả:** tuổi hay gặp nhất là từ 40-49. Nam nhiều hơn nữ với tỷ lệ nam/nữ là 1,06/1. Xuất huyết nhu mô não chiếm tỷ lệ cao 79,3% và xuất huyết thủy chiếm 72,4 %, xuất huyết trong sụn chỉ chiếm 27,6%. Vị trí ổ dị dạng chủ

yeu ở trên lều chiếm tỷ lệ 83,3%, Ổ dị dạng có kích thước nhỏ chiếm tỷ lệ cao 59,1%, ổ dị dạng được nuôi bởi các nhánh của động mạch não giữa chiếm 63,5%. Đa số ổ dị dạng được cấp máu bởi nhiều nhánh nuôi chiếm tỷ lệ 69,9%. Đa số ổ dị dạng được dẫn lưu bởi tĩnh mạch dẫn lưu nông chiếm 70,3%. Ổ dị dạng có một tĩnh mạch dẫn lưu chiếm tỷ lệ cao 54,7%. Các ổ dị dạng có một tĩnh mạch dẫn lưu có nguy cơ xuất huyết cao hơn so với ổ dị dạng có nhiều tĩnh mạch dẫn lưu. **Kết luận:** Chụp CLVT 64 dãy cho phép chẩn đoán và đưa ra chiến lược can thiệp điều trị dị dạng thông động tĩnh mạch não.

SUMMARY

STUDY THE CHARACTERISTICS IMAGE OF 64-SLICE MSCT SCANS IN DIAGNOSIS OF CEREBRAL VASCULAR MALFORMATIONS AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: study some characteristics of cerebral vascular malformation with hemorrhage by 64 slices CT scanner. **Method:** Cross-sectional descriptive study in 66 patients has been diagnosed with cerebral vascular malformation or arteriovenous vascular malformation (AVMs) by using 64-slice mSCT scans at Bach Mai hospital from 4/2016-6/2016. **Results:** common age is 40-49 years, male is more than female with ratio of 1.06/1. Parenchymal hemorrhage is accounted for 79.3% and lobe hemorrhage is accounted for 72.4%. Intraparenchymal hemorrhage only occupy 27.6%. The majority of AVMs locate at upper tentorium cerebelli with 83.3%. AVMs has small size reach high ratio (59.1%). 63.5% of AVMs to be fed by branch of middle cerebral artery. Most of AVMs to be fed by multiple tributaries (69.9%). Most of AVMs to be drained by superficial veins drain (70.3%). AVMs has a vein drain occupy high percent (54.7%). AVMs has a vein drain having potential bleeding higher than AVMs has many veins drain. **Conclusion:** MSCT 64 slices is very useful to detect AVM and can give a plan to interventional for radiologist.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị dạng mạch máu não bao gồm những bất thường bẩm sinh hệ thống mạch máu não, dị dạng động tĩnh mạch não và dị dạng tĩnh mạch kiểu hang là những dị dạng mạch máu não nguy hiểm, để lại nhiều biến chứng nhất.

Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy não, mạch máu não luôn là kỹ thuật được lựa chọn đầu tiên để phát hiện các dị dạng mạch máu não. Cho phép tái dựng hình mạch não, xóa cấu trúc não và quan sát hình ảnh mạch trên không gian ba chiều. Việc thực hiện chụp CLVT não, mạch não trên CLVT 64 dãy để xác định các dị dạng mạch máu não là một biện pháp quan trọng giúp bác sỹ can thiệp thần kinh thực hiện thành công can thiệp mạch não. Chính vì thế tôi nghiên cứu đề tài này "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh chụp cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán chảy máu não do dị dạng mạch máu não từ tháng 4/2016-6/2016 tại Bệnh viện Bạch Mai" với mục tiêu: Mô tả hình ảnh chảy máu não trong dị dạng mạch máu não trên cắt lớp vi tính 64 dãy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang 66 bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng động tĩnh mạch máu não sau khi chụp CLVT sọ não trên máy CLVT 64 dãy tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 4/2016-6/2016.

2.2 Các biến số cần lâm sàng và DDMMN cần thu thập.

- Vị trí DDMMN: ở thùy não của não trán, thái dương, đỉnh, chẩm, hố sau, một thùy hay nhiều thùy.

- Kích thước DDMMN: nhỏ dưới 3cm. Trung bình từ 3-6cm. Lớn hơn 6cm

Những động mạch não vào nuôi dị dạng

- Động mạch não giữa, não trước, não sau; tiểu não trước trên và sau dưới

Tĩnh mạch dẫn lưu: nông, sâu. Dị dạng kết hợp với phình mạch (phình, giả phình).

2.3. Xử lý số liệu. Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tuổi và giới.

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới

Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi						
Dưới 20	3	8,8	4	12,5	7	10,6
20-29	4	11,8	8	25	12	18,2
30-39	3	8,8	6	18,8	9	13,6
40-49	10	29,4	7	21,9	17	25,8
50-59	5	14,7	5	15,6	10	15,1
Trên 60	9	26,5	2	6,2	11	16,7
Tổng	34	51,5	32	48,5	66	100

Nhận xét: Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 40-49 chiếm 25,8%. Nhóm tuổi dưới 50 tuổi chiếm 83,3%. Tuổi TB 41,23 ±16,43. Tỷ lệ nam/nữ 1,06/1.

3.2. Đặc điểm hình ảnh học dị dạng mạch não trên cắt lớp vi tính 64 dãy

3.2.1. Hình ảnh xuất huyết não:**Bảng 3.2. các hình thái chảy máu não**

Thể xuất huyết		Số lượng	Tỷ lệ %	
Chảy máu nhu mô não	CMN đơn thuần	16	55,2	79,3
	CMN-tràn máu não thất	7	24,1	
Chảy máu dưới nhện và/chảy máu não thất		6	20,7	
Tổng		29	100	

Nhận xét: Thể chảy máu trong nhu mô não chiếm 79,3%. Chảy máu nhu mô đơn thuần chiếm 55,2%, thể chảy máu nhu mô kết hợp với tràn máu não thất chiếm 24,1%. Chảy máu dưới nhện và chảy máu não thất chỉ chiếm 20,7%.

3.2.2. Hình ảnh dị dạng thông động tĩnh mạch trước và sau tiêm cản quang**Bảng 3.3: Các biểu hiện khác trên phim chụp CLVT sọ trước và sau tiêm**

Các biểu hiện trên CLVT sọ não	Thể chưa vỡ		Thể vỡ	
	Tần suất	Tỷ lệ %	Tần suất	Tỷ lệ %
Đám tăng tỷ trọng tự nhiên hoặc vôi hoá	14	37,8	8	27,5
Giãn não thất	3	8,1	13	44,8
Teo não quanh ổ dị dạng	3	8,1	6	20,7
Động mạch, tĩnh mạch giãn rộng ngoằn ngoèo	13	35,1	5	17,2
Khuyết não theo dõi chảy máu cũ	5	13,5	1	3,4
Không có biểu hiện bất thường (ngoại trừ hình ảnh chảy máu).	12	32,4	8	27,5

Nhận xét: thể không xuất huyết có 37 trường hợp, có 14 trường hợp có biểu hiện tăng tỷ trọng tự nhiên hoặc vôi hóa chiếm tỷ lệ 37,8%. Động tĩnh mạch giãn rộng chiếm tỷ lệ 35,1%. Xuất huyết có 29 trường hợp, có biểu hiện tăng tỷ trọng tự nhiên hoặc vôi hóa có 8 trường hợp chiếm tỷ lệ 27,5%, giãn não thất chiếm tỷ lệ 44,8%.

Bảng 3.4. Hình ảnh DDMN trên máy CLVT 64 dãy

Vị trí		n	Tỷ lệ %
Trên lều	Thùy trán	16	24,2
	Thùy đỉnh	6	9,1
	Thùy chẩm	7	10,6
	Thùy thái dương	14	21,2
	Liên thùy	7	10,6
	Nhân xám trung ương, trong não thất	5	7,6
Dưới lều		11	16,7

Nhận xét: Ổ dị dạng trên lều chiếm 83,3%. Ổ dị dạng ở thùy trán chiếm tỷ lệ cao nhất 24,2%, ít gặp nhất là nhân xám trung ương. Các ổ dị dạng dưới lều chiếm tỷ lệ 16,7%.

3.2.3. Kích thước ổ dị dạng**Bảng 3.5. Kích thước ổ dị dạng.**

Kích thước	n	Tỷ lệ %
< 3cm	39	59,1
3cm-6cm	24	36,4
>6cm	3	4,5
Tổng số	66	100

Nhận xét: Ổ dị dạng có kích thước nhỏ dưới 3 cm chiếm 59,1%. Ổ dị dạng có kích thước lớn trên 6 cm chiếm 4,5%.

3.2.4. Tương quan kích thước ổ dị dạng và xuất huyết não**Bảng 3.6: Tương quan của kích thước ổ dị dạng với xuất huyết não**

Xuất huyết	Kích thước dị dạng			
	<3cm	3-6cm	>6cm	Tổng
Không	19	16	2	37
	48,7	66,7	66,7	56,1
Có	20	8	1	29
	51,3	33,3	33,3	43,9
Tổng	39	24	3	66
	100	100	100	100

Nhận xét: Tỷ lệ xuất huyết ở ổ dị dạng có kích thước nhỏ chiếm tỷ lệ 51,3%. Tỷ lệ xuất huyết ở ổ dị dạng có kích thước trung bình là 33,3%. Tỷ lệ xuất huyết ở ổ dị dạng có kích thước lớn chiếm tỷ lệ 33,3%. Tuy nhiên khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0.181, >0,05$).

3.2.5. Nguồn cấp máu, dẫn lưu cho ổ dị dạng

Bảng 3.7: Các động mạch chính nuôi ổ dị dạng

Động mạch	Tần suất	Tỷ lệ %
Não trước	11	17,5
Não giữa	40	63,5
Não sau	22	34,9
ĐM tiểu não trên	4	6,3
ĐM tiểu não sau dưới	5	7,9

Nhận xét: Ổ dị dạng được nuôi bởi động mạch não giữa chiếm 63,5%, não sau là 34,9%, não trước là 17,5%, động mạch tiểu não trên 6,3%, động mạch tiểu não sau dưới là 7,9%.

Bảng 3.8: Số lượng nhánh nuôi ổ dị dạng

Số lượng nhánh nuôi	N	Tỷ lệ %
Một nhánh	19	30,1
Nhiều Nhánh	Hai nhánh	42,9
	Ba nhánh	14,3
	Trên ba nhánh	12,7
Tổng	63	100

Nhận xét: Các ổ dị dạng được nuôi bằng 1 nhánh nuôi chiếm tỷ lệ 30,1%, nhiều nhánh chiếm tỷ lệ 69,9%. Các ổ dị dạng được nuôi bằng 2 nhánh chiếm 42,9%, ba nhánh chiếm tỷ lệ 14,3% và trên ba nhánh chiếm tỷ lệ 12,7%.

Bảng 3.9: Vị trí tĩnh mạch dẫn lưu

Thể bệnh	Thể vỡ DD	Chưa vỡ DD	Tỷ lệ %	Tổng
TMDL				
TMDL sâu	10	3	20,3	13
TMDL nông	17	28	70,3	45
Hỗn hợp	1	5	9,4	6

Nhận xét: Hầu hết các ổ dị dạng đều có nguồn TMDL nông chiếm tỷ lệ 70,3%. Ổ dị dạng có TMDL sâu đơn thuần có 13 trường hợp chiếm 20,3%. Ổ dị dạng có TMDL hỗn hợp có 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 9,4%.

3.2.6. Tương quan chảy máu não với vị trí, số lượng tĩnh mạch dẫn lưu

Bảng 3.10: Tương quan giữa vị trí tĩnh mạch dẫn lưu với xuất huyết não

TMDL	Không XH	Có XH	Tổng
TMDL nông	28 62,2	17 37,8	45 100
TMDL sâu	3 23,1	10 76,9	13 100

Nhận xét: Tỷ lệ xuất huyết của nhóm TMDL nông là 37,8%. Tỷ lệ xuất huyết của nhóm TMDL sâu là 76,9%. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,012<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới: Nghiên cứu của Phan Văn Đức, lứa tuổi hay gặp nhất từ 30-39 tuổi chiếm 28,34%, tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ 7,84%, tuổi dưới 60 chiếm 92,16% [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình lứa tuổi hay gặp nhất 10-30 chiếm 69,56% [1]. Như vậy kết quả nghiên cứu của tôi cũng như nhiều nghiên cứu đã công bố khác đều chỉ ra bệnh thường gặp ở độ tuổi lao động, tuy nhiên có sự khác biệt giữa nghiên cứu của chúng tôi so với các tác giả khác là tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ 18,18%, có thể là do thời gian nghiên cứu ngắn, cỡ mẫu 66 bệnh nhân là chưa đủ lớn.

Giới: Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,06/1. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình tỷ lệ nam 60,6%, tỷ lệ của nữ là 39,4% [1]. Theo Phan Văn Đức tỷ lệ nam là 64,71%: tỷ lệ nam/nữ là 1,83:1 [3].

4.2. Đặc điểm hình ảnh dị dạng mạch não trên chụp cắt lớp vi tính 64 dãy

4.2.1. Hình ảnh xuất huyết não: trong nghiên cứu của chúng tôi thấy chảy máu trong nhu mô não chiếm 79,3%. Chảy máu nhu mô đơn thuần chiếm 55,2%, thể chảy máu nhu mô kết hợp với tràn máu não thất chiếm 24,1%. Chảy máu dưới nhện và chảy máu não thất chỉ chiếm 20,7%. Theo Phan Văn Đức tỷ lệ chảy

máu não nhu mô đơn thuần chiếm tỷ lệ 47,37%, chảy máu nhu mô kết hợp tràn máu não thất chiếm 31,58%, chảy máu dưới nhện và trong não thất chiếm 21,05%. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình cũng chỉ ra rằng xuất huyết nhu mô não chiếm 32,6%, tiếp theo là xuất huyết nhu mô não và não thất chiếm 24,2%, xuất huyết trong não thất chỉ chiếm 12% [1]. Xuất huyết thùy chiếm 72,4%. Xuất huyết trong sừng chiếm 27,6%. Theo Phan Văn Đức thì xuất huyết thùy não chiếm đa số các trường hợp xuất huyết ở vị trí nông chiếm tỷ lệ 84,44%, xuất huyết trong sừng chiếm tỷ lệ 15,56% [2].

4.2.2 Đặc điểm hình ảnh dị dạng mạch não:

- Vị trí: theo nghiên cứu của Phan Văn Đức ổ dị dạng ở trên lều chiếm 97,06% và dưới lều chiếm 2,94%. Với vị trí trên lều phần lớn ở các thùy não: thùy thái dương chiếm tỷ lệ 25,45%, thùy trán chiếm 15,69% [3]. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả đã công bố của nhiều nghiên cứu khác chỉ ra rằng các ổ dị dạng trên lều chiếm đa số các trường hợp, và chủ yếu gặp ở các thùy não, hay gặp nhất là thùy trán và thùy thái dương.

- Kích thước: ổ dị dạng có kích thước TB trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 36,4%. Theo Phan Văn Đức ổ dị dạng có kích thước nhỏ 48,04%, ổ dị dạng có kích thước TB 44,12% và ổ dị dạng có kích thước trên 6 cm chỉ chiếm tỷ lệ 7,84% [3]. Theo Nguyễn Kim Chung, trong nghiên cứu có 62 trường hợp, ổ dị dạng có kích thước nhỏ chiếm 35,5%, ổ dị dạng có kích thước 3-6cm 62,9% và ổ dị dạng có kích thước lớn hơn 6cm chiếm 1,6% [2].

- Động mạch nuôi, số cuống nuôi: các mạch cấp máu cho ổ dị dạng có thể được cấp máu từ nhiều động mạch, có thể được cấp máu từ hệ cảnh trong hoặc hệ sống nền hoặc kết hợp cả hai. Nghiên cứu Phan Văn Đức cho thấy các động mạch nuôi trong đó ổ dị dạng được nuôi bởi động mạch não giữa chiếm tỷ lệ 67,35%, ổ dị dạng được nuôi bởi động mạch não trước chiếm 29,59%, ổ dị dạng được nuôi bởi động mạch được nuôi bởi động mạch não sau chiếm 42,86%. Theo Nguyễn Kim Chung DDĐTM được nuôi bởi động mạch não trước và não giữa chiếm 21% não sau chiếm 22,6%, não trước 17,7%. Cá biệt có DDĐTMN được nuôi bởi động mạch não trước và não sau chiếm tỷ lệ 1,6%. Theo Phan Văn Đức thì ổ dị dạng được cấp máu bởi một nhánh chiếm tỷ lệ 37,76%, 2 nhánh nuôi chiếm tỷ lệ 29,59%, 3 nhánh nuôi chiếm tỷ lệ 6,12%, trên 3 nhánh nuôi chiếm tỷ lệ 26,53% [3]. Như vậy các ổ dị dạng được cấp máu bởi 2-3 cuống nuôi chiếm tỷ lệ cao hơn so với 1 cuống nuôi duy nhất.

- Tĩnh mạch dẫn lưu: nhiều tác giả chỉ ra rằng ổ dị dạng được dẫn lưu bởi tĩnh mạch dẫn lưu sâu có nguy cơ xuất huyết cao hơn so với ổ dị dạng được dẫn lưu bởi tĩnh mạch dẫn lưu nông. Tĩnh mạch dẫn lưu nông và sâu có sự khác nhau về đặc điểm giải phẫu, các tĩnh mạch dẫn lưu sâu có ít vòng nối và đổ về tĩnh mạch não lớn Galen và xoang thẳng mặt khác các tĩnh mạch dẫn lưu nông lại có nhiều vòng nối đổ vào xoang tĩnh mạch dọc trên ở phía sau và các tĩnh mạch sylvian ở phía sau. Các tĩnh mạch dẫn lưu nông có khả năng thích ứng cao hơn so với sự biến đổi huyết động học tạo ra bởi sự hiện diện của ổ dị dạng [4][5].

4.2.3. Dị dạng kết hợp với phình mạch: Ổ dị dạng kết hợp với túi phình động mạch chiếm tỷ lệ 6,1%. Ổ dị dạng kết hợp với túi giả phình chiếm tỷ lệ 15,1%.

Nhiều tác giả cho rằng có sự liên quan giữa phình mạch với dị dạng động tĩnh mạch tuy nhiên vẫn chưa có những hiểu biết rõ ràng về sinh lý bệnh học, nhiều tác giả cho rằng phình mạch có thể gặp trong 10% các trường hợp dị dạng mạch não. Trong nghiên cứu của tôi phình mạch đi kèm với dị dạng động tĩnh mạch não có 4/66 trường hợp chiếm tỷ lệ 6,1%, ổ giả phình đi kèm có 10/66 trường hợp chiếm tỷ lệ 15,1%. Theo nghiên cứu của Phan Văn Đức tỷ lệ gặp phình mạch trên các bệnh nhân dị dạng động-tĩnh mạch não là 2,94%. Theo Nguyễn Kim Chung DDĐTM kết hợp túi phình chiếm tỷ lệ 16,1% (10/62 trường hợp). Kết quả nghiên cứu của tôi phù hợp với kết quả của tác giả Nguyễn Kim Chung.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi hay gặp nhất dị dạng mạch não vỡ: 40-49 tuổi.

- Xuất huyết nhu mô não 79,3%, xuất huyết não thất và xuất huyết dưới 20,6%.

- 83,3% ổ dị dạng ở trên lều; 59,1% dị dạng có kích thước nhỏ.

- 63,5% ổ dị dạng được nuôi bởi các nhánh của động mạch não giữa.

- 69,9% ổ dị dạng được cấp máu bởi nhiều nhánh nuôi.

- 70,3% ổ dị dạng được dẫn lưu bởi tĩnh mạch dẫn lưu nông

- Ổ dị dạng có một tĩnh mạch dẫn lưu chiếm tỷ lệ cao 54,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh bình, (2014). "Điều trị dị dạng động tĩnh mạch não bằng xạ phẫu gamma knife". Luận án tiến sĩ y học, Hội thần kinh học Việt Nam.

2. Nguyễn Kim Chung, (2012). "Nghiên cứu ứng dụng hệ thống định vị trong phẫu thuật dị dạng động tĩnh mạch não". Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, trang 14-28, 75-83.
3. Phan Văn Đức (2015). "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, siêu âm doppler xuyên sọ và hình ảnh chụp mạch máu não của dị dạng thông động-tĩnh mạch não". Luận án tiến sĩ y học, trang 15-22, 26-36, 37-42, 79-87.
4. Clare e. Miller et al, (2009). "economic Burden of Intracranial Vascular Malformations in Adults

- Prospective Population-Based Study".US National Library of MedicineNational Institutes of health, pp 1-4.
5. Frank h. Netter, Md, (2007) "Atlas giải phẫu người", Nhà xuất bản y học, hình 139, hình 140.
6. González. R. G. et al, 2012. "Acute Ischemic stroke: Imaging and Intervention", Ebook Collection (EBSCOhost), pp 59-61.
7. Neil M. Borden, (2007). "3d angiographic atlas of neurovascular anatomy and pathology", cambridge University Press, pp 26.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ TẠI 7 BỆNH VIỆN NĂM 2013

Võ Văn Thanh*, Nguyễn Lê Bảo Tiến**,
Đinh Ngọc Sơn**, Nguyễn Trần Bách*

TÓM TẮT¹¹

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các bệnh nhân chấn thương cột sống cổ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu được tiến hành trên 262 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống cổ điều trị từ tháng 1/2013 đến tháng 12/2013 tại khoa phẫu thuật thần kinh của 7 bệnh viện trên cả nước. Kết quả cho thấy: đau cổ (94,3%), tê liệt (71,4%) và rối loạn cảm giác (61,8%) là những dấu hiệu thường gặp nhất trong chấn thương cột sống cổ, ngoài ra người bệnh cũng phải chịu đựng một số tổn thương kèm theo mà tỷ lệ cao nhất là chấn thương sọ não (8%). Với các thử nghiệm cận lâm sàng, hầu hết bệnh nhân có chỉ định chụp X quang (99,2%), 88,2% trường hợp chụp CT và chiếm tỷ lệ thấp hơn cả là 22,9% bệnh nhân có chỉ định chụp MRI. **Kết luận:** Chấn thương cột sống cổ là một trong số những chấn thương nghiêm trọng nhất trong số các bệnh nhân chấn thương cột sống. Những thống kê về dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng sẽ giúp ích cho cán bộ y tế trong việc chuẩn bị hỗ trợ cũng như chẩn đoán ban đầu cho bệnh nhân.

Từ khóa: Chấn thương cột sống cổ, lâm sàng và cận lâm sàng, khoa phẫu thuật thần kinh

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING FEATURES OF CERVICAL SPINE INJURY SPINAL IN 7 HOSPITALS IN 2013

Objective: To describe the clinical and imaging features of patients with cervical spine injury. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Results:** The study was conducted on 262 patients diagnosed

cervical spine injuries were treated from January, 2013 – December, 2013 in the Department of Neurological Surgery of 7 hospitals across the country, the results showed: Neck pain (94.3%), paralyzed (71.4%) and sensory disturbances (61.8%) are the most common signs of cervical spine injury, in addition the patients also suffered some attached injuries which are the highest rate of traumatic brain injury (8%). In preclinical tests, most patients were indicated radiography (99.2%), CT scan (88.2%) and the lower proportion in the indicated patient is MRI (22.9%). **Conclusion:** Cervical spine injury is one of the most serious spinal injury. The statistics on clinical and preclinical findings will help medical staff in support preparation as well as the initial diagnosis of patients.

Keywords: cervical spine injury, clinical and imaging features, neurological surger

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống là một trong số những chấn thương nghiêm trọng và phức tạp nhất, thường do tai nạn giao thông và tai nạn nghề nghiệp. Mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ lâm sàng trong nghiên cứu các chấn thương cột sống nhưng vẫn gần như chưa có biện pháp điều trị triệt để. Theo nghiên cứu có 3500 người chết mỗi năm và 5000 người liệt hai chân tại Hoa Kỳ [1], [2]. Đối với các nước đang phát triển khác như Việt Nam, chấn thương cột sống cũng đang có xu hướng gia tăng do các tai nạn đường công cộng, công việc và cuộc sống hàng ngày. Nghiên cứu chỉ ra rằng rối loạn thần kinh xảy ra từ 60% đến 70% trường hợp và 50% liệt hai chân không hoàn toàn. Theo nghiên cứu của Vũ Hùng Liên, đã có 663 trường hợp chấn thương cột sống từ năm 1995 đến 2003 tại Bệnh viện Quân đội 103, trong đó 268 trường hợp suy giảm thần kinh, tương ứng với 40,4% [3]. Trong các loại chấn thương cột sống, chấn thương cột sống cổ là loại chấn thương thường có tỷ lệ tử vong rất cao và

*Đại học Y Hà Nội

**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:

di chứng nặng nề, khó hồi phục nhất. Cái nhìn sâu sắc và toàn diện về chấn thương cột sống cổ sẽ giúp định hướng và tránh các thiệt hại thứ cấp gây ra, tuy nhiên tại Việt Nam vẫn chưa có những nghiên cứu một cách hệ thống và chi tiết về các vấn đề này. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chấn thương cột sống cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 262 bệnh nhân nhập viện vì chấn thương cột sống trong các khoa phẫu thuật thần kinh của 7 bệnh viện: Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện đa khoa trung ương tỉnh Thái Nguyên, Bệnh viện Quân y 103,

Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện đa khoa 115. Các bệnh nhân đều có CTCSC bằng khám lâm sàng, chụp X quang thông thường, chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ 1/1/2013 đến 31/12/2013.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu sau khi được thu thập và làm sạch được thống kê và xử lý bằng phần mềm Microsoft Excel 2003 và SPSS

III. KẾT QUẢ

3.1. Dấu hiệu lâm sàng trên ĐTNC

Bảng 1: Dấu hiệu lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Đau cổ	247	94,3
Cứng gáy	55	21,0
Khó nuốt	9	3,4
Đau rễ thần kinh	1	0,4
Tê liệt	187	71,4
Rối loạn cảm giác	162	61,8
Rối loạn cơ vòng	73	27,9

Đau cổ (94,3%), tê liệt (71,4%) và rối loạn cảm giác (61,8%) là những dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất. 2 dấu hiệu rối loạn cơ vòng và cứng gáy chiếm tỷ lệ lần lượt là 27,9% và 21%. Ngoài ra, có rất ít trường hợp khó nuốt (3,4%) và đau rễ thần kinh (0,4%).

3.2. Thương tích kèm theo của ĐTNC

Bảng 2: Các thương tích kèm theo trên ĐTNC

Vết thương	n	%
Chấn thương sọ não	21	8
Gãy xương dài	17	6,5
Chấn thương ngực	10	3,8
Chấn thương bụng	9	3,4
Khác	16	6,1

Nghiên cứu này chỉ ra các chấn thương sọ não được ghi nhận là phổ biến nhất với 8%, kế tiếp là gãy xương dài (6,5%), chấn thương ngực (3,8%) và chấn thương bụng (3,4%).

3.3 Kiểm tra hình ảnh biểu diễn trên các ĐTNC

Bảng 3: Các kiểm tra hình ảnh

Thử nghiệm hình ảnh	n	%
X quang thông thường	260	99,2
CT scan	231	88,2
Chụp cộng hưởng từ	60	22,9

Đối với kiểm tra hình ảnh, hầu hết các trường hợp đều được thực hiện chụp X quang thông thường (99,2%). 88,2% thực hiện chụp CT scan và chỉ có 22,9% trường hợp kiểm tra với MRI.

Bảng 4: Các dấu hiệu tổn thương trên X quang thường

Dấu hiệu	n	%
Gãy xương đốt sống	107	40,8
Mất độ cong của cột sống	99	37,8
Biến dạng cột sống	14	5,3
Tụ máu trong các mô mềm	3	1,1
Khác	28	10,7

Trong số 262 bệnh nhân nghiên cứu, có 107 bệnh nhân có dấu hiệu tổn thương gãy xương đốt sống trên phim X quang, chiếm 40,8%, tiếp đến là dấu hiệu mất độ cong của cột sống chiếm 37,8%, còn lại số ít là biến dạng cột sống và tụ máu trong các mô mềm.

Bảng 5: Các dấu hiệu trong chụp CT Scanner

Dấu hiệu	n	%
Gãy xương đốt sống	132	50,4
Chèn ép tủy sống	84	32,1
Trật đĩa khớp	13	5,0
Khác	38	14,5

Hình ảnh được thấy nhiều nhất trên CT Scanner là gãy xương đốt sống, chiếm 50,4%, dấu hiệu chèn ép tủy sống 32,1% và trật đĩa khớp chiếm 5%.

Bảng 6: Các dấu hiệu trong chụp MRI

Dấu hiệu	n	%
Đụng dập tủy sống	30	11,5
Tụ máu tủy	16	3,8
Chèn ép tủy sống	23	8,8
Chấn thương dây chằng	21	8,0
Khác	13	5,0

Hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy tổn thương trên 96,7% các trường hợp, trong đó phát hiện được 11,5% có đụng dập tủy sống, 8,8% có chèn ép tủy sống, 8% có chấn thương dây chằng và tụ máu tủy là 3,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Dấu hiệu lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: Đau cổ (94,3%), tê liệt (71,4%) và rối loạn cảm giác (61,8%) là những dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất. 2 dấu hiệu rối loạn cơ vòng và cứng gáy chiếm tỷ lệ lần lượt là 27,9% và 21%. Ngoài ra, có rất ít trường hợp khó nuốt (3,4%) và đau rễ thần kinh (0,4%).

Nghiên cứu này chỉ ra 27,9% (n = 73) trường hợp bệnh nhân CTCSC có các thương tích kèm theo. Các chấn thương sọ não được ghi nhận là phổ biến nhất với 8%, kế tiếp là gãy xương dài (6,5%), chấn thương ngực (3,8%) và chấn thương bụng (3,4%). Kết quả của nghiên cứu này có sự thống nhất với nghiên cứu của Dương Đại Hà, Hà Kim Trung (2013) tại Bệnh viện Việt Đức, chấn thương sọ não là thương tổn kèm theo đầu tiên của chấn thương cột sống [4]. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy rằng chấn thương bạo lực liên quan đến cột sống thường kèm theo các thương tổn liên quan đến hộp sọ, ngực, bụng và một số phần khác [5]. Đó là những thương tổn làm trầm trọng thêm tình trạng của bệnh nhân, ngăn chặn sự phục hồi và kết quả điều trị.

4.2 X – quang: Trên X quang, gãy xương đốt sống và mất đường cong sinh lý của cột sống là những dấu hiệu tìm thấy thường xuyên nhất (40,8% và 37,8%). Dấu hiệu biến dạng cột sống và tụ máu trong các mô mềm có tỷ lệ nhỏ hơn lần lượt là 5,3% và 1,1%. Theo nghiên cứu trước của Romulus [6], số lượng các trường hợp

tiến hành chụp X quang thông thường phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng của bệnh nhân và gần như được thực hiện một cách hệ thống trong hầu hết trường hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng vậy, gần như (99,2%) các bệnh nhân đã có kiểm tra X quang, bởi đây cũng là một kiểm tra đơn giản, phát hiện sơ bộ tổn thương và không quá tốn kém.

4.3 CT – Scanner: CT cho phép phát hiện gãy xương đốt sống trên 50,4% trường hợp, thể hiện được sự chèn ép tủy sống ở 32,1% trường hợp và đĩa trật khớp ở 5,0% bệnh nhân. Chụp CT còn cho phép xác định các chấn đoán âm tính giả trên hình ảnh X quang và giữ lại một chấn đoán dương tính về chấn thương cột sống cổ [4], [7]. Với chất lượng hình ảnh thống nhất, tốc độ nhanh và độ nhạy cao (90-99%), chụp CT phù hợp trong những trường hợp khẩn cấp, và lý tưởng khi cho thấy tổn thương xương và mức độ hẹp ống sống. So sánh số trường hợp chụp CT với nghiên cứu của Romulus [9] là trên 97,7% trường hợp, thì trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ thấp hơn với 88,2%, có thể giải thích do điều kiện kinh tế Việt Nam còn hạn chế.

4.4 Cộng hưởng từ- MRI: Hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy tổn thương trên 96,7% các trường hợp, trong đó phát hiện được 11,5% có đụng dập tủy sống. Trong nghiên cứu này, chỉ có số ít 22,9% trường hợp thực hiện chụp MRI do nguyên nhân về tài chính và phương pháp này chỉ dùng khi đánh giá trường hợp tổn thương phần mềm và tủy sống gặp khó khăn hoặc

không thể hình dung ra hình ảnh của CT, đặc biệt trong chấn thương tủy sống mà không thấy bất thường phóng xạ [4], [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 262 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ tại 7 bệnh viện trên toàn quốc từ ngày 01/01/2013 đến ngày 31/12/2013. Kết quả cho thấy: Đối với các dấu hiệu lâm sàng: đau cổ (94,3%), tê liệt (71,4%) và rối loạn cảm giác (61,8%) là những dấu hiệu thường gặp nhất trong chấn thương cột sống cổ, ngoài ra người bệnh cũng phải chịu đựng một số tổn thương kèm theo mà tỷ lệ cao nhất là chấn thương sọ não (8%). Đối với các dấu hiệu cận lâm sàng, phương thức được thực hiện trên hầu hết các bệnh nhân là chụp X quang thông thường (99,2%), CT scan (88,2%) cũng được sử dụng với hiệu quả khá cao và nhạy. Chụp cộng hưởng từ MRI được ít người sử dụng nhất với tỷ lệ 22,9% do điều kiện kinh tế chưa cao và chưa thực sự cần thiết trong nhiều trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim DH, Ludwig SC, Vaccaro AR, Chang JC (2008). Atlas of Spine Trauma Adult and Pediatric. Saunders Elsevier, Philadelphia.
2. Nguyễn Văn Thạch, Vũ Hùng Liên (2006). Chấn thương cột sống, tủy sống ngực - thắt lưng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Võ Xuân Sơn, và cộng sự (1998). Áp dụng phương pháp Roy-Camille trong mổ cột sống lưng - thắt lưng tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 6/1994 - 6/1996. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 3: 6-8.
4. Dương Đại Hà, Hà Kim Trung (2013). Nghiên cứu chẩn đoán, kết quả điều trị chấn thương cột sống cổ tại Bệnh viện Việt - Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 497 : 25-29.
5. Engrand N (2005). Traumatismes vertébro-médullaires: prise en charge des 48 premières heures, D.U. 2005: Médecine d'Urgence.
6. Romulus M (2010). *Traumatisme du rachis cervical*. Université Mohammed Ben Abdellah, Fès.
7. Ulbrich EJ, Carrino JA, Sturzenegger M, Farshad M (2013). Imaging of Acute Cervical Spine Trauma: When to Obtain Which Modality. *Semin Musculoskelet Radiol*, 17: 380-388.

ĐÁNH GIÁ CÔNG TÁC CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN SAU MỔ KẾT HỢP XƯƠNG HÀM DƯỚI CÓ CỐ ĐỊNH KHỚP CĂN TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Xuân Thực*, Nguyễn Thị Mỹ Dung*

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu: đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng ở bệnh nhân sau mổ kết hợp xương hàm dưới có cố định khớp cắn tại khoa RHM bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và Phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân được điều trị phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới có cố định khớp cắn tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai từ 01/2010 đến tháng 06/2011. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn để đánh giá công tác chăm sóc hậu phẫu của điều dưỡng. **Kết quả:** Chế độ dùng thuốc: BN hài lòng về thực hiện thuốc đúng giờ chiếm 86,9%, về thái độ 90,2%, về kỹ năng 80,3%. Chăm sóc vết mổ: nhắc BN thay băng cắt chỉ kịp thời đạt 100%, tư vấn cho BN cách giữ gìn bảo vệ vết mổ chiếm 83,6%, phản ánh kịp thời diễn biến vết mổ với bác sỹ chiếm 63,9%. Chăm sóc vệ sinh răng miệng: BN được hướng dẫn VSRM chiếm 91,8%, VSRM có giám sát của điều dưỡng chiếm 50,8%. Chế độ dinh dưỡng: 100% BN được tư vấn dinh dưỡng, trong đó

được tư vấn và hướng dẫn đầy đủ chiếm 91,8%, khẩu phần ăn hợp lý chiếm 80,3%, cân nặng của BN ở thời điểm khi nhập viện và xuất viện không có sự thay đổi đáng kể với độ tin cậy 95%. **Kết luận:** Điều dưỡng viên đã thực hiện khá tốt công tác chăm sóc hậu phẫu các bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới có cố định khớp cắn. Tuy nhiên, cần nâng cao hơn nữa sự phối hợp với bác sỹ trong việc theo dõi vết mổ.

Từ khóa: vết mổ, cố định khớp cắn, vệ sinh răng miệng, chế độ dinh dưỡng

SUMMARY

EVALUATION OF NURSING CARE IN PATIENTS AFTER SURGERY COMBINED WITH OCCLUSION FIXING AT ODONTOSTOMATOLOGY DEPARTMENT BACHMAI HOSPITAL

Objectives: To evaluate of nursing care in patients after surgery combined with occlusion fixing at the Department of OdontoStomatology, Bachmai hospital. **Subjects and Methods:** Applying a cross-sectional study on 61 patients, were treated surgically combined with occlusion fixing at the Department of OdontoStomatology Bachmai hospital from 1/2010 - 6/2011. The patients were interviewed through a questionnaire to evaluate the postoperative care of nurses. **Results:** Drug regime: patients satisfaction on the implementation of drugs on time accounted for

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

86.9%, satisfied about the attitude 90.2%, about the skills 80.3%. Incisions care: reminding patients change bandages and take out stitches in time reached 100%, advising patients how to preserve and protect the incisions accounted for 83.6%, timely reporting the incision changes to the doctors accounted for 63.9%. Oral hygiene care: patients receiving oral hygiene instructions accounted for 91.8%, oral hygiene with supervision of nurses was 50.8%. Nutrition care: 100% of patients receiving advice on nutrition, among them, receiving advice and guidance sufficiently accounted for 91.8%, reasonable diet was 80.3%, the patients' weight at the time of admission and at the discharge time no significant changes with 95% reliability. **Conclusions:** Nurses have done quite well the postoperative care of mandibular surgical patients in combination with occlusion fixing. However, need to coordinate better with the doctors in monitoring incisions.

Key words: incision, occlusion fixing, oral hygiene, nutrition,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương gãy xương vùng hàm mặt là một cấp cứu thường gặp, cùng với sự phát triển của xã hội, loại loại hình cấp cứu này đang có xu hướng gia tăng. Gãy xương hàm dưới (GXHD) gặp khá phổ biến, chiếm tỷ lệ khoảng 50% trong các chấn thương gãy xương vùng hàm mặt. Theo báo cáo của Viện Răng Hàm Mặt Trung ương năm 2002 và theo thống kê của bệnh viện Việt Nam - Cuba năm 2005 con số này lần lượt là 51,4% và 50,3% [1], [2].

Điều trị gãy xương hàm dưới gồm các phương pháp nắn chỉnh không phẫu thuật và nắn chỉnh có can thiệp bằng phẫu thuật, nhằm mục đích phục hồi về giải phẫu, thẩm mỹ và chức năng ăn nhai. Hầu hết các bệnh nhân đều được cố định khớp cắn trong quá trình điều trị, nhằm đảm bảo phục hồi tối ưu khớp cắn và chức năng ăn nhai. Tuy nhiên điều này cũng gây cản trở không nhỏ trong việc vệ sinh răng miệng (VSRM) và hoạt động ăn uống của người bệnh. Như vậy việc điều trị GXHD không đơn thuần chỉ là nắn chỉnh cố định xương gãy, mà công tác điều dưỡng chăm sóc hậu phẫu cũng đóng một vai trò hết sức quan trọng. Tuy nhiên, hiện chưa có công trình nghiên cứu nào đánh giá về công tác chăm sóc hậu phẫu của điều dưỡng ở nhóm bệnh nhân này, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này

3.2. Đánh giá công tác chăm sóc hậu phẫu của điều dưỡng.

3.2.1. Chế độ dùng thuốc.

Bảng 3.1. Sự hài lòng về thái độ, kỹ năng của điều dưỡng khi thực hiện thuốc.

Chỉ số	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Hài lòng về thái độ	55	90,2
Hài lòng về kỹ năng	49	80,3
Hài lòng cả về thái độ và kỹ năng	48	78,7

nhằm đạt được mục tiêu: "đánh giá công tác chăm sóc của điều dưỡng ở bệnh nhân sau mổ kết hợp xương hàm dưới có cố định khớp cắn".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Gồm các bệnh nhân chấn thương GXHD được điều trị phẫu thuật kết hợp xương và có cố định khớp cắn tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai, trong thời gian từ tháng 01/2010 đến tháng 06/2011.

2.1.2. Số lượng bệnh nhân:

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, tự nguyện tham gia, trong khoảng thời gian nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân thu được trong nghiên cứu là 61 bệnh nhân [3].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi thiết kế sẵn để đánh giá công tác chăm sóc hậu phẫu của điều dưỡng bao gồm: chế độ thực hiện thuốc, chế độ chăm sóc vết mổ, chế độ chăm sóc vệ sinh răng miệng (VSRM), và chế độ chăm sóc dinh dưỡng.

2.3. Phân tích số liệu:

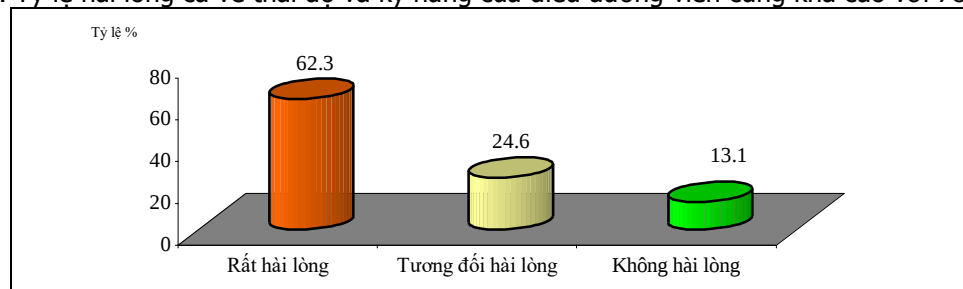
Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng bảng tần số, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 61 bệnh nhân. Tỷ lệ nam/nữ là 5,1. Đa số bệnh nhân ở lứa tuổi lao động chính (19-39 tuổi) chiếm tỷ lệ 82%. Tuổi trung bình là $25,3 \pm 7,2$ tuổi; tuổi thấp nhất là 16, tuổi cao nhất là 54. Nguyên nhân chủ yếu gây chấn thương GXHD là tai nạn giao thông chiếm tới 88,5%. Thời gian nằm điều trị nội trú của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là không dài, trung bình chỉ trong khoảng thời gian từ 7 đến 10 ngày. Thời gian tháo cố định khớp cắn trung bình là $3,4 \pm 1,7$ tuần.

Nhận xét: Số bệnh nhân hài lòng về thái độ của điều dưỡng khi thực hiện thuốc rất cao, chiếm tỷ lệ 90,2%. Tỷ lệ hài lòng cả về thái độ và kỹ năng của điều dưỡng viên cũng khá cao với 78,7%.



Biểu đồ 3.1. Sự hài lòng của bệnh nhân về chế độ thực hiện thuốc đúng giờ.

Nhận xét: Số bệnh nhân hài lòng về giờ giấc thực hiện thuốc của các điều dưỡng viên khá cao với 86,9%. Số lượng bệnh nhân không hài lòng chỉ chiếm 13,1%.

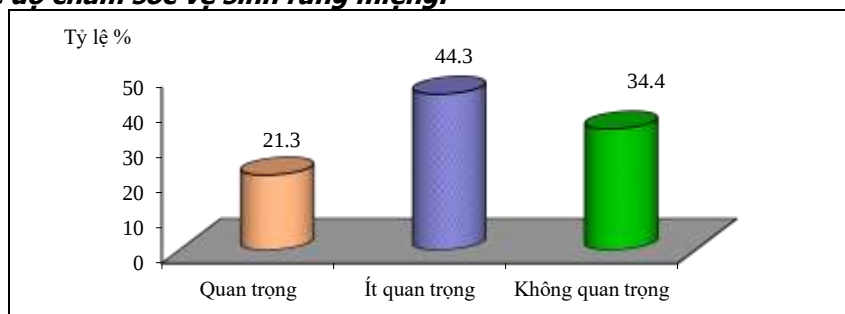
3.2.2. Chế độ chăm sóc vết mổ.

Bảng 3.2. Phối hợp với bác sỹ trong chăm sóc vết mổ

Chăm sóc vết mổ	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Có tư vấn người bệnh về cách giữ gìn bảo vệ vết mổ	51	83,6
Nhắc nhở người bệnh thay băng, cắt chỉ kịp thời	61	100
Phối hợp giám sát theo dõi vết mổ và có phản ánh kịp thời diễn biến với bác sỹ	39	63,9

Nhận xét: Việc tư vấn chăm sóc vết mổ và nhắc nhở thay băng cắt chỉ đúng thời gian đạt tỷ lệ cao. Tuy nhiên, việc phối hợp theo dõi vết mổ và có phản ánh kịp thời với bác sỹ điều trị còn hạn chế chỉ đạt 63,9%.

3.2.3. Chế độ chăm sóc vệ sinh răng miệng.



Biểu đồ 3.2. Đánh giá sự hiểu biết của bệnh nhân về sự cần thiết phải VSRM.

Nhận xét: Đa số bệnh nhân cho rằng VSRM trong giai đoạn hậu phẫu ít và không quan trọng chiếm 78,7%. Số người cho rằng VSRM trong giai đoạn này quan trọng chỉ chiếm 21,3%.

Bảng 3.3. Sự phối hợp giữa bệnh nhân và điều dưỡng viên trong công tác VSRM.

Chỉ số	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Được hướng dẫn qui trình VSRM và có giám sát thực hiện	31	50,8
Được hướng dẫn qui trình VSRM nhưng không giám sát	25	41,0
Không hướng dẫn qui trình VSRM và không giám sát	5	8,2

Nhận xét: Điều dưỡng viên có quan tâm và thực hiện nhiệm vụ tư vấn, hướng dẫn VSRM cho bệnh nhân. Tuy nhiên, sự phối hợp với bệnh nhân và đi sâu đi sát trong công tác chăm sóc VSRM cho bệnh nhân chưa được thực hiện triệt để. Còn khoảng 50% tổng số bệnh nhân chưa được giám sát thực hiện đúng và đủ quy trình VSRM.

3.2.4. Chế độ chăm sóc về dinh dưỡng.

Bảng 3.4. Đánh giá công tác tư vấn dinh dưỡng của điều dưỡng viên.

Tư vấn và hướng dẫn chế độ dinh dưỡng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Được tư vấn và hướng dẫn đầy đủ	56	91,8
Được tư vấn và hướng dẫn không đầy đủ	5	8,2
Không được tư vấn và hướng dẫn	0	0
Tổng	61	100

Nhận xét: Công tác tư vấn và hướng dẫn chế độ dinh dưỡng cho bệnh nhân được thực hiện tốt. Số bệnh nhân được tư vấn và hướng dẫn đầy đủ về chế độ dinh dưỡng chiếm 91,8%.

Bảng 3.5. Chế độ ăn của bệnh nhân sau phẫu thuật.

Chế độ ăn	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Chỉ ăn súp lỏng	10	16,4
Chỉ ăn sữa	2	3,3
Kết hợp ăn súp lỏng và sữa	49	80,3
Tổng	61	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân thực hiện tốt chế độ ăn, phối hợp đa dạng thực phẩm đảm bảo cung cấp đủ năng lượng cho cơ thể, tỷ lệ này chiếm 80,3%.

Bảng 3.6. Sự thay đổi cân nặng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Cân nặng	Trung bình	p
Khi nhập viện	55,3 ± 9,4	> 0,05
Khi xuất viện	54,6 ± 11,2	

Nhận xét: Thời gian nằm viện không quá dài, bệnh nhân lại được tư vấn và thực hiện khá tốt chế độ dinh dưỡng nên cân nặng không có sự thay đổi đáng kể ở thời điểm ra viện so với thời điểm mới nhập viện ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.2.1. Chế độ dùng thuốc: Đối với các bệnh nhân phẫu thuật hàm mặt nói chung và các bệnh nhân phẫu thuật KHX hàm dưới nói riêng thì việc dùng thuốc sau phẫu thuật đóng một vai trò khá quan trọng. Thuốc sau phẫu thuật chủ yếu bao gồm kháng sinh, giảm phù nề và giảm đau. Tuy nhiên, đặc điểm của các bệnh nhân phẫu thuật KHX hàm dưới thường là phải cố định khớp cắn, do đó việc dùng thuốc đường uống sẽ không thuận lợi, nên thường được dùng thuốc theo đường tiêm truyền.

Việc thực hiện thuốc đúng giờ cũng được khoa Răng Hàm Mặt Bạch Mai quán triệt bởi ngoài việc tạo ra sự thuận lợi cho bệnh nhân, việc dùng thuốc đúng giờ còn đảm bảo được nguyên tắc sử dụng thuốc, mang lại kết quả điều trị tốt nhất cho người bệnh. Theo kết quả nghiên cứu, việc thực hiện thuốc đúng giờ của các điều dưỡng khoa Răng Hàm Mặt là khá tốt với tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân chiếm 86,9%.

Trong những năm gần đây, ngành Y tế nói chung và bệnh viện Bạch Mai nói riêng liên tục phát động các phong trào thi đua nâng cao "Y đức" của người thầy thuốc, nâng cao tinh thần phục vụ và thái độ giao tiếp với người bệnh. Qua đó tinh thần và thái độ giao tiếp với đồng nghiệp và với bệnh nhân của nhân viên Y tế đã được nâng cao. Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân hài lòng với thái độ của điều dưỡng viên khi thực hiện thuốc chiếm 90,2%. Con số này có thể coi là một minh chứng có sức thuyết phục cho thấy thái độ phục vụ và kỹ năng giao tiếp của các điều dưỡng viên khoa Răng Hàm Mặt Bạch Mai đã được nâng cao đáng kể. Tuy nhiên tỷ lệ hài lòng về kỹ năng khi thực hiện thuốc lại thấp hơn

chỉ chiếm 80,3%. Con số này tuy không phải là thấp, nhưng cũng chưa thực sự thuyết phục và lại nó còn thấp hơn tỷ lệ hài lòng về thái độ phục vụ và giao tiếp. Điều này cho thấy các điều dưỡng viên cần phải nỗ lực bản thân, tự học hỏi, chau dồi kinh nghiệm, nâng cao tay nghề để đáp ứng nhu cầu ngày càng cao của người bệnh. Một người điều dưỡng viên giỏi cần phải "vừa hồng vừa chuyên".

4.2.2. Chế độ chăm sóc vết mổ: Chăm sóc vết mổ cũng là một trong những công việc thường nhật của các điều dưỡng. Để có được kết quả điều trị tốt thì ngoài việc phẫu thuật tốt thì công tác chăm sóc vết thương ở giai đoạn hậu phẫu cũng đóng một vai trò quan trọng [4], [5].

Một đặc tính của các vết mổ vùng hàm mặt là cần được thay băng và bỏ băng sớm để vết mổ khô thoáng, tạo điều kiện cho sự lành thương và liền sẹo đẹp. Bệnh nhân và người nhà thường rất thiếu kiến thức trong việc giữ gìn bảo vệ vết mổ, tránh nhiễm trùng bội nhiễm. Bên cạnh việc hướng dẫn của bác sĩ, sự tư vấn và giám sát của điều dưỡng viên đóng vai trò hết sức quan trọng, do người điều dưỡng cũng là người gần gũi và có thời gian tiếp xúc người bệnh nhiều nhất. Nghiên cứu cho thấy việc tư vấn chăm sóc vết mổ và nhắc nhở thay băng cắt chỉ đúng thời gian đạt tỷ lệ cao. Tuy nhiên, việc phối hợp theo dõi vết mổ và có phản ánh kịp thời với bác sĩ điều trị còn hạn chế chỉ đạt 63,9% (bảng 3.2).

Kết quả này cho thấy điều dưỡng viên cần phối hợp với các bác sĩ tốt hơn nữa, để thực hiện nhiệm vụ của mình, góp phần vào thành công của điều trị.

4.2.3. Chế độ chăm sóc VSRM: Chăm sóc VSRM ở bệnh nhân GXHD được điều trị phẫu thuật là một trong những nhiệm vụ chăm sóc

toàn diện của các điều dưỡng viên [4], [5]. Như trên đã trình bày, VSRM ở những đối tượng này có một vai trò hết sức đặc biệt. VSRM trong giai đoạn hậu phẫu của các bệnh nhân GXHD được phẫu thuật KHX có cố định khớp cắn không chỉ là để duy trì sức khoẻ răng miệng theo cách hiểu thông thường, mà nó còn có ý nghĩa hơn bởi việc ngăn ngừa nhiễm khuẩn vết mổ và ngăn ngừa biến chứng viêm xương.

Việc VSRM của đối tượng nghiên cứu gặp rất nhiều trở ngại do khớp cắn bị khoá không thể há miệng được, nên không thể chải răng mặt trong, đồng thời việc chải răng mặt ngoài cũng bị cản trở do có những nút chỉ thép buộc cố định răng và khớp cắn. Do đó để duy trì tốt VSRM, bệnh nhân hoặc/và người nhà bệnh nhân phải phối hợp nhiều cách vệ sinh bao gồm: chải răng, bơm rửa kẽ răng dưới áp lực và sử dụng các dung dịch súc miệng để hỗ trợ làm sạch.

Mặc dù VSRM trong giai đoạn hậu phẫu quan trọng như vậy, nhưng bệnh nhân thường không mấy quan tâm và không thực hiện tốt công việc này. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 78,7% số bệnh nhân cho rằng VSRM trong giai đoạn này là ít hoặc không quan trọng. Số lượng bệnh nhân được hướng dẫn và thực hiện tốt quy trình VSRM cũng chỉ chiếm 50,8% (bảng 3.3). Kết quả này được lý giải bởi những nguyên do sau: Thứ nhất: bệnh nhân chưa thực sự hiểu về tầm quan trọng của việc VSRM; Thứ hai: bệnh nhân vừa mới trải qua một chấn thương nặng và một cuộc phẫu thuật nên cơ thể còn mệt mỏi, kèm theo tâm lý sợ đau nên cũng lơ là việc chăm sóc VSRM; Thứ ba: các điều dưỡng viên vẫn chưa thực hiện tốt được nhiệm vụ này, sự phối hợp hướng dẫn, theo dõi, kiểm tra VSRM của bệnh nhân chưa thực hiện triệt để.

Như vậy cần phải đẩy mạnh sự quan tâm và việc phối hợp giữa điều dưỡng viên với bệnh nhân để thực hiện tốt nhiệm vụ chăm sóc VSRM ở đối tượng nghiên cứu.

4.2.4. Chăm sóc dinh dưỡng: Các bệnh nhân GXHD được phẫu thuật KHX có cố định khớp cắn sẽ gặp rất nhiều khó khăn trong việc ăn uống. Bệnh nhân không thể há ngậm miệng nên không thể thực hiện được động tác ăn nhai, bệnh nhân chỉ có thể ăn được những thức ăn chế biến dưới dạng chất lỏng để hút qua kẽ răng. Mặt khác, ở giai đoạn hậu phẫu, bệnh nhân lại cần rất nhiều năng lượng để hồi phục chấn thương và sức khoẻ. Như vậy nếu không cung cấp đủ năng lượng thì có thể kéo dài thời gian lành thương, gây nguy hại cho sức khoẻ người bệnh.

Nhiệm vụ của các điều dưỡng viên là phải tư vấn, hướng dẫn và theo dõi chế độ ăn của các bệnh nhân. Thực hiện tốt được nhiệm vụ này, các điều dưỡng cũng góp một phần không nhỏ vào thành công chung của điều trị [4], [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy các điều dưỡng đã làm khá tốt nhiệm vụ này. Qua bảng 3.4 cho thấy có tới 91,8% bệnh nhân được tư vấn và hướng dẫn đầy đủ về chế độ ăn. Khẩu phần ăn được cho là hợp lý và cân bằng bao gồm sự kết hợp của súp lỏng với sữa được thực hiện ở 80,3% số bệnh nhân. Tỷ lệ ăn được cho là thiếu và mất cân bằng chỉ gồm có sữa chiếm tỷ lệ thấp là 3,3% (bảng 3.5). Cũng chính từ việc thực hiện tốt chế độ dinh dưỡng, nên cân nặng trung bình của các bệnh nhân ở thời điểm ra viện so với thời điểm nhập viện không có sự thay đổi đáng kể với $p > 0,05$ (bảng 3.6).

Tóm lại chăm sóc dinh dưỡng cũng là một trong những nhiệm vụ hết sức cơ bản của chế độ chăm sóc bệnh nhân toàn diện [4]. Kết quả nghiên cứu cũng phần nào phản ánh được một thực tế hiện nay bệnh viện Bạch Mai nói chung và khoa Răng Hàm Mặt nói riêng đã và đang thực hiện khá tốt công tác dinh dưỡng cho các bệnh nhân nội trú.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu công tác điều dưỡng đối với 61 bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới có cố định khớp cắn tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Điều dưỡng viên đã thực hiện khá tốt công tác chăm sóc hậu phẫu các bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương hàm dưới có cố định khớp cắn. Tuy nhiên, cần nâng cao hơn nữa sự phối hợp với bác sỹ trong việc theo dõi vết mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng** (1988), "Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm từ (1988 - 1998) trên 2149 trường hợp", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 10, tr. 71 - 74.
2. **Vương Ngọc Thanh** (2005), "Nhận xét lâm sàng, x.quang và kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm dưới tại bệnh viện Việt Nam - Cuba năm 2004 - 2005", *Luận văn thạc sỹ Y học, trường ĐHY Hà Nội*.
3. **Dương Đình Thiện** (2001), "Dịch tễ học lâm sàng", *NXB Y học, Tập 1*, Tr. 17 - 56.
4. **Bộ Y tế (2011)**, "Thông tư 07: hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện".
5. **Bộ Y tế (2002)**, "Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh - tập I, II", *Nhà xuất bản Y học*.

KIẾN THỨC VỀ SỰ CỐ Y KHOA VÀ SỰ SẴN SÀNG BÁO CÁO SỰ CỐ CỦA ĐIỀU DƯỠNG, KỸ THUẬT VIÊN BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2015

Lê Thu Hòa*, Nguyễn Hữu Dự**, Nguyễn Thị Bạch Yến*

TÓM TẮT¹³

Nghiên cứu được thực hiện với 232 điều dưỡng, kỹ thuật viên (KTV) bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015. **Mục tiêu:** 1. *Mô tả kiến thức của điều dưỡng, KTV về sự cố y khoa.* 2. *Xác định sự sẵn sàng tham gia báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng, KTV bệnh viện Đại học Y Hà Nội.* **Kết quả:** Đã có 72.4% điều dưỡng, kỹ thuật viên nêu đúng một phần khái niệm về sự cố y khoa (SCYK), còn 27.6% điều dưỡng, KTV không nêu được khái niệm SCYK. Hiểu biết của điều dưỡng và KTV về nhóm SCYK còn hạn chế, nhóm SCYK được biết đến nhiều là: quy trình kỹ thuật, thủ thuật (61,6%); thực hành lâm sàng của bác sỹ và điều dưỡng (62,5%); sử dụng thuốc và dịch truyền (53,9%); hồ sơ, tài liệu (48,7%); hành vi của người bệnh (45,7%); thiết bị, dụng cụ (40,1%)... Điều dưỡng, KTV đồng ý rằng báo cáo sự cố y khoa là cần thiết và quan trọng (97,4%). Đa số điều dưỡng, KTV sẽ trung thực đánh giá trách nhiệm của cá nhân khi xảy ra sự cố, và sẵn sàng tham gia báo cáo sự cố y khoa (99,6%). **Kết luận:** Đa số điều dưỡng, kỹ thuật viên đã nhận thức được tầm quan trọng của báo cáo sự cố y khoa và sẵn sàng tham gia báo cáo cũng như đánh giá trách nhiệm cá nhân khi xảy ra sự cố. Cần đào tạo liên tục về An toàn người bệnh và sự cố y khoa cho toàn bộ nhân viên y tế đang công tác tại bệnh viện để nâng cao năng lực giám sát và báo cáo sự cố, phòng ngừa sự cố y khoa tái diễn.

SUMMARY

KNOWLEDGE OF MEDICAL ADVERSE EVENTS AND WILLINGNESS TO REPORT EVENTS OF NURSES, TECHNICIANS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

This study was conducted with 232 nurses and technicians at Hanoi Medical University Hospital in 2015. **Objectives:** 1. *To describe the knowledge of nurses and technicians about medical adverse events.* 2. *To determine willingness to participate reporting medical adverse events by nurses and technicians at Hanoi Medical University Hospital.* **Results:** There were 72.4% nurses and technicians had right answer a part of concept of medical adverse events (MAE), while 27.6% nurses and technicians could not have answer. They had limited knowledge of MAE's types

including technical procedures (61.6%); clinical practice of doctors and nurses (62.5%); use of drugs and infusions (53.9%); records and documents (48.7%); behaviors of the patients (45.7%); equipment and instruments (40.1%) ... Nurses and technicians agreed that reporting of MAE were necessary and important (97.4%). The majority of nurses and technicians will honestly assess personal responsibility when incidents occur, and willing to participate to report of medical adverse events (99.6%). **Conclusions:** Most of nurses and technicians were aware of the importance of reporting medical adverse events and willing to participate in reporting as well as evaluate personal responsibility when incidents occur. Ongoing training of patient safety and medical adverse events for all of health workers in hospitals in order to improve monitoring and reporting events and prevent medical adverse events from recurring.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Y học đã có nhiều tiến bộ nhờ những ứng dụng của các ngành khoa học khác; tuy nhiên một trong những thách thức lớn nhất hiện nay là quản lý tốt những sai sót, rủi ro, đồng thời cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe an toàn hơn trong môi trường phức tạp, đầy áp lực, đặc biệt trong khuôn khổ hoạt động của bệnh viện.

Sự cố y khoa đã trở thành vấn đề ở mọi quốc gia. "Sự cố y khoa (Medical Adverse Events) là những tổn thương làm cho người bệnh mất khả năng tạm thời hoặc vĩnh viễn, kéo dài ngày nằm viện hoặc tử vong. Nguyên nhân do công tác quản lý khám chữa bệnh hơn là do biến chứng bệnh của người bệnh. Sự cố y khoa có thể phòng ngừa được và không thể phòng ngừa được – WHO 2005" [1]

Bộ Y Tế đã có quy định các bệnh viện thành lập hệ thống báo cáo về các sự cố y khoa, tuy nhiên đến thời điểm hiện tại hệ thống báo cáo sự cố y khoa ở nhiều bệnh viện hoặc chưa được thiết lập hoặc hoạt động chưa hiệu quả. Để tìm hiểu tính khả thi của việc triển khai báo cáo sự cố y khoa tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội, nghiên cứu của chúng tôi được triển khai với hai mục tiêu: 1. *Mô tả kiến thức của điều dưỡng, KTV về sự cố y khoa.* 2. *Xác định sự sẵn sàng tham gia báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng, KTV bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Hòa

Email: lethuha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

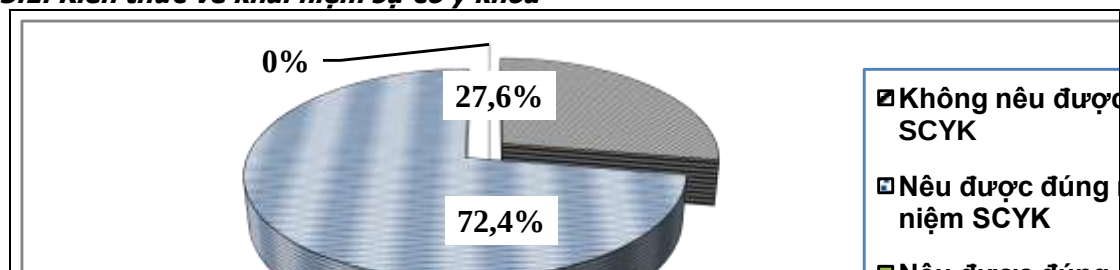
- 2.1. Đối tượng. Toàn bộ điều dưỡng, kỹ thuật viên đang làm việc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
- 2.2. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- 2.4. Công cụ: sử dụng bộ câu hỏi tự điền
- 2.5. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm Epidata và Stata

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia được giải thích về mục đích, nội dung, phương pháp nghiên cứu.... Thông tin cá nhân sẽ được mã hóa và chỉ sử dụng trong nghiên cứu. Đối tượng tự nguyện và ký vào bản cam kết trước khi tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã có 232 điều dưỡng, kỹ thuật viên tham gia.

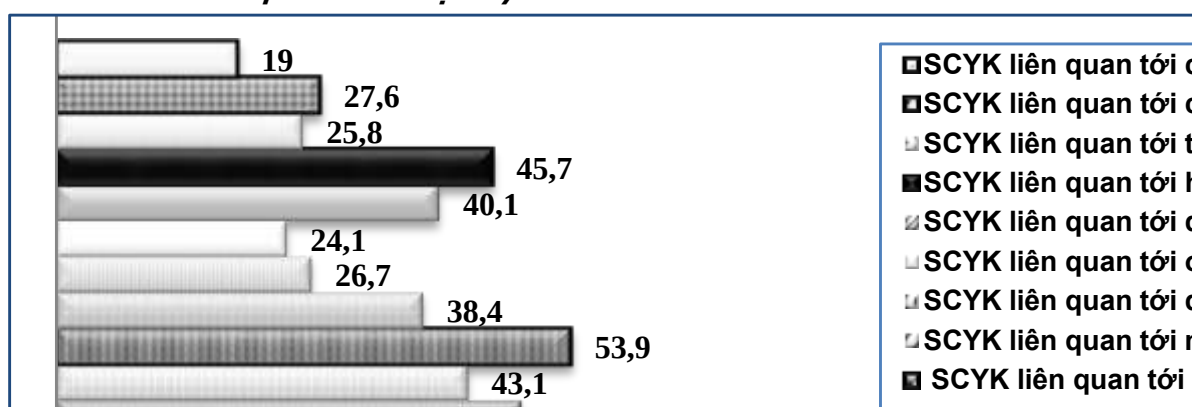
3.1. Kiến thức về khái niệm sự cố y khoa



Hình 1: Kiến thức chung của điều dưỡng, KTV về khái niệm SCYK

Nhận xét: Có 72,4% điều dưỡng, KTV nêu đúng một phần của khái niệm về SCYK. Còn 27,6% điều dưỡng, KTV không nêu được đúng khái niệm SCYK

3.2. Kiến thức về phân nhóm sự cố y khoa



Hình 2. Kiến thức của điều dưỡng, KTV về phân nhóm sự cố y khoa

Nhận xét: Hai nhóm sự cố liên quan tới các quy trình kỹ thuật thủ thuật (61,6%) và sự cố liên quan tới thực hành lâm sàng của bác sỹ và điều dưỡng (62,5%) là những nhóm SCYK được điều dưỡng và kỹ thuật viên biết đến nhiều nhất. Có một số điều dưỡng, KTV biết đến nhóm sự cố liên quan tới sử dụng thuốc và dịch truyền (53,9%); hồ sơ, tài liệu (48,7%); hành vi của nhân viên y tế và người bệnh (45,7%); nhiễm khuẩn bệnh viện (43,1%).

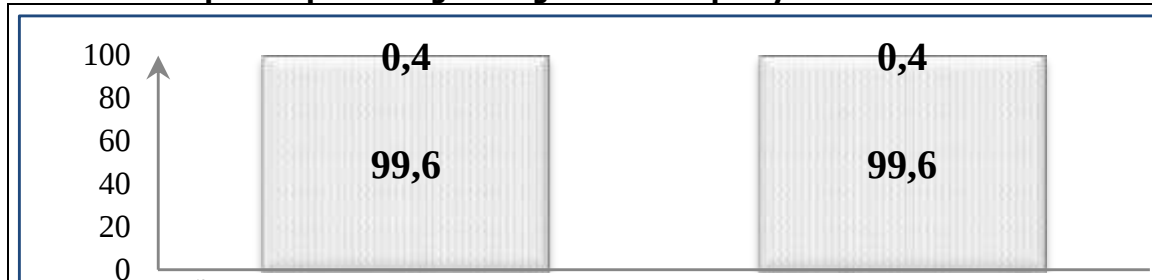
3.3. Sự cần thiết và tầm quan trọng của báo cáo sự cố y khoa



Hình 3. Sự cần thiết và tầm quan trọng của việc báo cáo sự cố y khoa theo ý kiến của điều dưỡng, kỹ thuật viên

Nhận xét: 98,3% điều dưỡng và kỹ thuật viên cho rằng việc báo cáo sự cố y khoa là cần thiết và 97,4% cho rằng việc báo cáo sự cố y khoa là quan trọng

3.4. Trách nhiệm và sự sẵn sàng tham gia báo cáo sự cố y khoa



Hình 4. Tính sẵn sàng và trách nhiệm báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng, kỹ thuật viên

Nhận xét: 99,6% điều dưỡng, kỹ thuật viên sẵn sàng tham gia báo cáo sự cố y khoa, 99,6% khẳng định cần trung thực đánh giá trách nhiệm của cá nhân khi xảy ra sự cố.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức về khái niệm sự cố y khoa

Kết quả từ nghiên cứu cho thấy hiểu biết về sự cố y khoa của điều dưỡng, KTV tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội còn khá hạn chế. Chỉ có 72,4% điều dưỡng, KTV nêu đúng một phần của khái niệm về SCYK. Còn 27,6% điều dưỡng, KTV không nêu được khái niệm SCYK.

Tổ Chức Y Tế thế giới (2005) đã định nghĩa rõ về sự cố y khoa như sau: "*Sự cố y khoa (Medical Adverse Events) là những tổn thương làm cho người bệnh mất khả năng tạm thời hoặc vĩnh viễn, kéo dài ngày nằm viện hoặc tử vong. Nguyên nhân do công tác quản lý khám chữa bệnh hơn là do biến chứng bệnh của người bệnh. Sự cố y khoa có thể phòng ngừa được và không thể phòng ngừa được*" [1]

Hiểu biết về sự cố y khoa không đầy đủ sẽ có thể dẫn đến các sai lầm như: không nhận thức đúng mức độ nguy hiểm của sự cố y khoa; không có kiến thức để xử trí các vấn đề liên quan đến sự cố, không có thái độ thích hợp với người bệnh khi sự cố xảy ra. Do vậy, đào tạo liên tục về an toàn người bệnh và sự cố y khoa cần được ưu tiên đối với các nhân viên y tế tại bệnh viện.

4.2. Kiến thức về phân nhóm sự cố y khoa

Sự cố y khoa trong chăm sóc sức khỏe được chia thành nhiều nhóm để thuận tiện cho hoạt động giám sát và báo cáo của nhân viên y tế. Theo phân loại của Tổ chức y tế Thế giới, có 13 nhóm sự cố liên quan đến: Thực hành lâm sàng; Thủ thuật và quy trình kỹ thuật; Tài liệu, hồ sơ, thủ tục hành chính; Nhiễm khuẩn bệnh viện; Sử dụng thuốc và dịch truyền; Sử dụng máu và chế phẩm của máu; Dinh dưỡng cho người bệnh; Khí và oxy; Dụng cụ và trang thiết bị kỹ thuật; Hành

vi của nhân viên và người bệnh; Tai nạn của người bệnh; Cơ sở hạ tầng; Tổ chức và quản lý [2]. Bộ Y tế cũng chia sự cố y khoa thành 7 nhóm: Do nhầm tên người bệnh; Do thông tin bàn giao của cán bộ y tế không đầy đủ; Do sai sót trong dùng thuốc, kê đơn; Do nhầm lẫn liên quan đến phẫu thuật; Do nhiễm khuẩn bệnh viện; Do người bệnh bị ngã trong quá trình điều trị tại cơ sở y tế; Do sử dụng trang, thiết bị y tế [3].

Hệ thống phân nhóm sự cố y khoa thể hiện rõ rằng sự cố có thể xảy ra tại bất kỳ hoạt động chăm sóc y khoa nào, và với bất kỳ ai, nhân viên y tế hoặc người bệnh. Trong thực hành chăm sóc luôn ẩn chứa rủi ro đối với người bệnh. Mặc dù chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ, nhưng những nguy cơ với sức khỏe của người bệnh là hiện hữu và rất cần được quan tâm. Bác sĩ luôn cần phải đánh giá lợi ích và nguy cơ của bất kỳ một loại thuốc nào trước khi kê đơn. Điều dưỡng cũng cần phải đánh giá lợi ích và nguy cơ của mỗi hoạt động chăm sóc trước khi thực hiện cho người bệnh. Để đảm bảo đánh giá đúng lợi ích – nguy cơ, thì bác sĩ, điều dưỡng phải học tập liên tục về chuyên môn và an toàn người bệnh.

4.3. Sự cần thiết và tầm quan trọng của báo cáo sự cố y khoa

Có 98,3% điều dưỡng, kỹ thuật viên đồng ý rằng việc báo cáo sự cố y khoa là cần thiết và 97,4% cho rằng việc báo cáo sự cố y khoa là rất quan trọng để học tập và phòng ngừa sự cố tái diễn trong tương lai. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới "Học tập từ sai sót để phòng ngừa sai sót tái diễn".

Trong nhiều hoạt động can thiệp nhằm giảm thiểu sự cố y khoa tại các cơ sở y tế, thì việc khuyến khích nhân viên y tế báo cáo về các sự

cố y khoa đã xảy ra là chiến lược quan trọng nhất được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo thực hiện tại các cơ sở y tế. Từ các sự cố đã xảy ra và được báo cáo, các chuyên gia cần thực hiện phân tích sự cố y khoa một cách hệ thống để tìm nguyên nhân và các yếu tố liên quan. Kết quả phân tích được công bố để toàn bộ nhân viên y tế cùng học tập rút kinh nghiệm và ngăn chặn, phòng ngừa không để xảy ra sự cố tương tự trong tương lai [4].

Theo Luật khám, chữa bệnh (2009) các cơ sở cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe, các Sở Y tế và Bộ Y tế cần xây dựng báo cáo hàng năm về chất lượng dịch vụ y tế, tình hình sự cố y khoa và các biện pháp đã thực hiện. Từng bước minh bạch thông tin về sự cố y khoa: Việc được biết thông tin về các tai biến, sự cố y khoa là quyền của người bệnh đã được đề cập trong Luật Khám bệnh, chữa bệnh [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số điều dưỡng, kỹ thuật viên đã nhận thức được sự cần thiết của báo cáo sự cố y khoa trong thực hành y học. Báo cáo sự cố để tiếp tục học tập từ sự cố và phòng ngừa sự cố xảy ra trong tương lai là một trong 11 chủ đề được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến nghị tới tất cả các cơ sở đào tạo và cơ sở y tế để đảm bảo An toàn người bệnh trong chăm sóc sức khỏe [6].

4.4. Trách nhiệm và sự sẵn sàng tham gia báo cáo sự cố y khoa

Thiết lập hệ thống báo cáo sự cố tại các bệnh viện là quy định của Bộ Y tế và theo khuyến cáo của Tổ chức Y tế Thế giới. Hệ thống báo cáo sự cố có thể gồm nhiều phương tiện như e-mail, fax, internet, thư tín, điện thoại, các mẫu báo cáo được thiết kế sẵn hoặc bản viết tay [1]. Hệ thống tiếp nhận báo cáo sự cố càng thuận tiện thì càng khuyến khích được nhân viên y tế tham gia.

Đánh giá trách nhiệm cá nhân của từng nhân viên khi có sự cố xảy ra là không đơn giản. Văn hóa chỉ trích cá nhân vẫn còn tồn tại ở nhiều nơi và làm hạn chế cơ hội học tập và cải thiện năng lực. Tổ chức y tế Thế giới đã khuyến cáo cần thay đổi văn hóa từ tiếp cận cá nhân sang tiếp cận hệ thống để tăng cường học tập từ sai sót và phòng ngừa sai sót tái diễn. Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một cơ sở y tế mới thành lập với đội ngũ điều dưỡng được đào tạo đầy đủ và có độ tuổi trung bình là 27.9. Với các khóa đào tạo liên tục được tổ chức định kỳ, điều dưỡng tại bệnh viện được tạo cơ hội phát triển năng lực một cách tốt nhất. Với tỷ lệ 99,6% điều dưỡng

và kỹ thuật viên đồng ý rằng nhân viên y tế cần trung thực tự đánh giá trách nhiệm cá nhân khi sự cố xảy ra, các điều dưỡng và kỹ thuật viên đã sẵn sàng tham gia giám sát, báo cáo sự cố y khoa tại bệnh viện.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Mỹ Linh thực hiện tại bệnh viện đa khoa huyện Cai Lậy khi khảo sát trên 89 điều dưỡng có 60 điều dưỡng sẵn sàng tham gia báo cáo về sự cố y khoa [7]. Bằng chứng từ nghiên cứu là có giá trị để thúc đẩy sự thay đổi trong văn hóa làm việc và minh bạch thông tin. Từ những sự cố y khoa được báo cáo, các nhân viên y tế sẽ có cơ hội được học tập, chia sẻ kinh nghiệm để phòng ngừa sự cố tái diễn trong tương lai. Báo cáo và phân tích sự cố y khoa còn là nền tảng cho các hoạt động can thiệp để giảm thiểu sự cố y khoa tại bệnh viện, tăng cường chất lượng hoạt động chăm sóc, điều trị người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu thực hiện với 232 điều dưỡng, kỹ thuật viên của bệnh viện Đại học Y Hà Nội có được kết quả sau: Điều dưỡng, KTV đã xác định được các sự cố y khoa theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới. Đa số điều dưỡng đã nhận thức được mức độ quan trọng của báo cáo sự cố và sẵn sàng tham gia báo cáo. Tuy nhiên, cần đào tạo liên tục để nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về An toàn người bệnh và báo cáo sự cố y khoa cho toàn bộ điều dưỡng của bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2005)** *Draft Guidelines for Adverse event Reporting and Learning System*.
2. **WHO (2009)**, Conceptual framework for the international classification for patient safety. Final technical report, January 2009, 154 pages
3. **Bộ Y Tế - Cục quản lý khám chữa bệnh (2014)**. *Tài liệu đào tạo liên tục an toàn người bệnh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **WHO (2011)** *Draft Guidelines for Adverse event Reporting and Learning System*.
5. **Quốc hội (2009)**. Luật khám bệnh, chữa bệnh, 40/2009/QH12
6. **WHO (2011)**. *Patient safety curriculum guide. Multi – professional Edition*, 2011, 96-97.
7. **Nguyễn Thị Mỹ Linh (2010)**. Khảo sát về sự cố y khoa không mong muốn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy 2008 – 2010. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 14 (4).

THỰC HÀNH PHÒNG NGỪA VÀ ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ MỸ THO NĂM 2013

Tạ Văn Trầm*, Phạm Thế Hiền**

TÓM TẮT¹⁴

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch ở các nước công nghiệp cũng như ở nước ta, đứng hàng đầu trong số 12 nguyên nhân gây tử vong ở người cao tuổi. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ thực hành đúng về phòng ngừa, điều trị bệnh THA ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang. **Phương pháp:** cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ thực hành đúng các yếu tố nguy cơ về phòng ngừa và điều trị THA là 24%. Đối với người có tiền sử THA tỷ lệ thực hành đúng trong dùng thuốc điều trị THA là 75,7%. Có sự liên quan giữa thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA với tuổi, trình độ văn hóa, kinh tế gia đình. Không tìm thấy liên quan giữa thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA với giới, nghề nghiệp. **Kết luận:** Đa số có kiến thức về điều trị và phòng ngừa THA ở người có tiền sử THA

Từ khóa: tăng huyết áp ở người cao tuổi, JNC

SUMMARY

PRACTICE PREVENTION AND TREATMENT OF HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN MYTHO CITY IN 2013

Background: Hypertension is a risk factor for cardiovascular disease in industrialized countries as well as in our country, a cause of death among 12 leading causes of death in the elderly. **Objectives:** Survey prevalence of right practice for prevention, treatment of hypertension in the elderly and related factors in My Tho, Tien Giang. **Method:** cross-sectional study, 200 Tien Giang people from 60 years of age. **Results:** A survey of 200 elderly people aged 60 or older in the wards and communes of My Tho city, Tien Giang province showed rates of non-smokers accounted for 76.5%, no alcohol accounted for 79%, no salt diet accounted for 71.5%, a physical activity is 82% and the right to practice (including 4 variables) in the prevention and treatment of hypertension is 24%. People with a history of hypertension right practice for treatment of hypertension is 75.7%. **Conclusion:** The rate of correct practice of risk factors for prevention and treatment for hypertension in the elderly is 24%. For people with a history of hypertension rate in practice the right medication for hypertension is

75.7%. The associations of practice proper prevention and treatment of hypertension with age, educational level, economics.

Key words: hypertension in the elderly, JNC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch ở các nước công nghiệp cũng như ở nước ta. Bệnh lý tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước công nghiệp lẫn các nước đang phát triển và đứng hàng đầu trong số 12 nguyên nhân gây tử vong ở người cao tuổi theo bảng phân loại ICD-10. Ngoài ra, THA còn là bệnh đứng hàng thứ 2 trong số 10 bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi.

Tỷ lệ phát hiện, ngăn ngừa, điều trị và kiểm soát THA phụ thuộc vào nhiều yếu tố: sự phát triển của mạng lưới y tế, các chương trình y tế của quốc gia, chương trình giáo dục sức khỏe, kinh tế xã hội, trình độ dân trí, thói quen sinh hoạt. Những vấn đề này tác động đến sự nhận biết, kiến thức, thái độ, thực hành và sự tuân thủ trong điều trị. Việc kiểm soát tốt huyết áp chỉ đạt được khi có sự phối hợp tốt trong điều trị dùng thuốc và thay đổi lối sống. Để có được sự phối hợp tốt này, bệnh nhân cần có kiến thức về bệnh tật của mình, có thái độ đúng và thực hành tốt các yêu cầu về thay đổi lối sống, nhận thức được các yếu tố nguy cơ gây bệnh để phòng bệnh, cũng như sự tuân thủ điều trị. Mục tiêu nghiên cứu: **Mục tiêu tổng quát:** Khảo sát tỷ lệ thực hành đúng về phòng ngừa, điều trị bệnh THA và mối liên quan giữa thực hành với tuổi, giới, trình độ văn hóa, kinh tế gia đình, dân tộc và nghề nghiệp ở người cao tuổi tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang. **Mục tiêu chuyên biệt:** Xác định tỷ lệ thực hành đúng về phòng ngừa, điều trị bệnh THA ở người cao tuổi. Xác định mối liên quan giữa thực hành và tuổi, giới, trình độ văn hóa, kinh tế gia đình, dân tộc và nghề nghiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Dân số mục tiêu: Dân số mục tiêu của nghiên cứu là những người dân từ 60 tuổi trở lên đang sinh sống tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang.

Dân số chọn mẫu: Dân số chọn mẫu là những người dân từ 60 tuổi trở lên đang sinh

* Bệnh viện đa khoa Tỉnh Tiền Giang

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

sống tại các xã, phường của thành phố Mỹ Tho từ tháng 9 đến tháng 10 năm 2013, được chọn với kỹ thuật mẫu cụm xác suất tỷ lệ theo cỡ dân số.

Cỡ mẫu: được tính theo công thức

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1-\alpha/2 \cdot P(1-P)}{d^2}$$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là trị số của phân phối chuẩn với độ tin cậy là 95%.

$P = 0,2$ là tỷ lệ có kiến thức đúng về phòng ngừa và điều trị bệnh THA ở người cao tuổi dựa vào một công trình nghiên cứu.

$d = 0,06$ là độ chính xác mong muốn.

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu này là:

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,2 \times 0,8}{0,06^2} = 170 \text{ người.}$$

Bởi vì sử dụng kỹ thuật chọn mẫu cụm nên cỡ mẫu tăng lên 1,2 lần: $170 \times 1,2 = 204$

Tiêu chí chọn mẫu:

- Tiêu chí đưa vào: Người dân ≥ 60 tuổi, thường trú tại thành phố Mỹ Tho.

- Tiêu chí loại trừ: Những đối tượng đang mắc các bệnh quá nặng không đi lại được. Những đối tượng nghe kém và không trả lời chính xác câu hỏi. Những đối tượng bị câm, điếc bẩm sinh. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thu thập dữ kiện

- Công cụ thu thập dữ liệu: Mẫu câu hỏi nghiên cứu soạn sẵn.

- Các phương pháp thu thập dữ kiện: Những dữ kiện về đặc tính cá nhân, thực hành về phòng ngừa và điều trị THA được thu thập bằng cách phỏng vấn theo mẫu câu hỏi.

Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS để nhập và phân tích các dữ liệu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc tính của mẫu nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm phân bố nhóm tuổi trong mẫu: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 200 đối tượng, trong đó: nhóm tuổi từ 60-69 có 81 người chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,5%, tuổi từ 70-79 có 76 người chiếm 38%, tuổi ≥ 80 có 43 người chiếm tỷ lệ thấp nhất 21,5%.

3.1.2 Đặc điểm phân bố giới tính trong mẫu: nam chiếm đa số hơn với 109 người (54,5%), nữ chỉ 91 người chiếm 45,5%. Như vậy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ. Điều này không phù hợp

với thực tế (theo thống kê chung thì giới nữ nhiều hơn nam, đặc biệt ở người cao tuổi). Sự khác biệt này là do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, phương pháp chọn mẫu không đại diện được hết cho cộng đồng. Vì thế, có thể sẽ có sai số khi chúng tôi so sánh tỷ lệ THA giữa nam và nữ.

3.1.3 Đặc điểm phân bố nghề nghiệp

trong mẫu: nội trợ cao nhất với 63 người chiếm 31,5%, nhóm người không có khả năng lao động với 57 người chiếm 28,5%, hưu trí/Cán bộ công chức với 33 người chiếm 16,5%, nông dân có 29 người chiếm tỷ lệ 14,5%, buôn bán thấp nhất với 18 người chiếm 9%. Như vậy nhóm người từ 60 tuổi trở lên tại Mỹ Tho thì nội trợ và không có khả năng lao động là đa số nông dân, buôn bán, hưu trí chiếm tỷ lệ ít hơn. Điều này phù hợp đặc điểm dân số và xã hội của thành phố Mỹ Tho.

3.1.4 Đặc điểm phân bố trình độ học vấn

trong mẫu: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 200 người, trong đó: cấp 1 cao nhất với 90 người chiếm 45%, cấp 2 với 48 người chiếm 24%, cấp 3 với 26 người chiếm 13%, mù chữ có 22 người chiếm 11%, đại học-cao đẳng-trung cấp chuyên nghiệp thấp nhất với 14 người chiếm 7%. Như vậy, nhóm tuổi trên 60 tại Mỹ Tho có trình độ từ trung cấp trở lên rất ít, đa phần là cấp 1 nhưng tỷ lệ mù chữ chỉ 11%. Điều này được lý giải do điều kiện kinh tế xã hội nước ta trước đây có nhiều khó khăn, chiến tranh nên người dân thường ít được đi học.

3.1.5 Đặc điểm phân bố thành phần kinh

tế trong mẫu: thành phần kinh tế gia đình loại trung bình cao nhất với 131 người chiếm 65,5% kế tiếp là thành phần gia đình khá với 48 người chiếm 24%, thành phần kinh tế nghèo chỉ 21 người chiếm 10,5%. Nhìn chung trong mẫu nghiên cứu ở Mỹ Tho đa số dân số trong mẫu nghiên cứu thuộc thành phần kinh tế trung bình (65,6%). Nếu so sánh với trước đây thì cuộc sống người dân được nâng cao, gia đình nghèo chiếm tỷ lệ ít (10,5%). Điều này phù hợp với đặc điểm kinh tế chung của cả nước. Tuy nhiên những con số tỷ lệ ở trên không chính xác hoàn toàn mà có tính tương đối, vì khi hỏi có thể bệnh nhân không nói đúng tình trạng kinh tế của mình.

3.2 Tỷ lệ thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA:

3.2.1 Tỷ lệ thực hành đúng các yếu tố nguy cơ về phòng ngừa và điều trị THA

Bảng 1: Thực hành các yếu tố nguy cơ về phòng ngừa tăng huyết áp.

Thực hành phòng ngừa tăng huyết áp	Có		Không	
	Tần số	%	Tần số	%
Hút thuốc lá	47	23,5	153	76,5
Uống rượu	42	21,0	158	79,0
An mặn	57	28,5	143	71,5

Hoạt động thể dục	164	82,0	36	18,0
Chung (đúng cả 4 biến)	48	24,0	152	76

Dân số không hút thuốc lá chiếm tỉ lệ 76,5%, không uống rượu chiếm 79%, không có thói quen ăn mặn chiếm 71,5%, có hoạt động thể lực là 82%. Dân số có thực hành đúng (cả 4 nội dung) trong phòng ngừa và điều trị THA là 24 %. Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 24 % trong thực hiện hành vi đúng trong phòng ngừa và điều trị THA. Tuy đa số bệnh nhân chỉ biết một vài phương pháp thay đổi lối sống nhưng đây cũng là dấu hiệu tích cực. Trong đó tỷ lệ thực hiện lối sống tốt như không hút thuốc 76,5%, không uống rượu 79%, không có thói quen ăn mặn 71,5%, có hoạt động thể lực là 82%.

3.2.2 Tỷ lệ thực hành uống thuốc đúng điều trị THA

Bảng 2. Thực hành điều trị THA.

Biến số	Có		Không	
	Tần số	%	Tần số	%
Uống thuốc trị THA liên tục, tái khám theo hẹn	56	75,7	18	24,3

Đối tượng có tiền sử THA thực hành đúng điều trị THA là 75,7%; có 24,3% số người không thực hiện uống thuốc điều trị đúng. Do đối tượng nghiên cứu là người cao tuổi nên phần lớn bệnh nhân điều được khám và tư vấn về bệnh THA nhiều lần, nên số lượng người có thực hành uống thuốc đúng chiếm tỷ lệ khá cao 75,5%. Tuy nhiên còn 24,3% bệnh nhân thực hành uống thuốc không đúng.

3.2.3 Tỷ lệ các biến số thực hành uống thuốc điều trị THA

Bảng 3: Tỷ lệ các biến số thực hành điều trị THA

Thực hành điều trị THA	Tần số	%
Uống thuốc liên tục, tái khám định kỳ theo lịch hẹn	56	75,7
Uống thuốc theo toa cũ hoặc tự ý mua thuốc	6	8,1
Uống thuốc khi HA lên	7	9,5
Không điều trị	5	6,8

Đối tượng điều trị THA thực hiện uống thuốc liên tục, tái khám định kỳ theo lịch hẹn chiếm tỉ lệ là 75,7%, có 8,1% uống thuốc theo toa cũ, có 9,5% uống thuốc khi HA lên và 6,8% không điều trị. Trong các biến số thực hành uống thuốc thì có 75,7% uống thuốc liên tục, tái khám định kỳ theo lịch hẹn, đây là dấu hiệu tích cực trong điều trị THA. Tuy nhiên vẫn còn tỷ lệ khá lớn thực hành uống thuốc không đúng, đặc biệt vẫn còn 6,8% không có uống thuốc.

3.3 Liên quan giữa thực hành phòng ngừa và điều trị THA với giới, nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, dân tộc:

3.3.1 Liên quan giữa thực hành các yếu tố nguy cơ và giới, nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, dân tộc

Bảng 4: Liên quan giữa thực hành đúng với giới, nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, dân tộc.

Biến số		Thực hành		P
		Đúng	Sai	
Tuổi	60-69	34	47	0,003
	70-79	14	62	
	≥ 80	10	33	
Giới	Nam	31	78	0,849
	Nữ	27	64	
Học vấn	Mù chữ	2	20	0,005
	Cấp 1	20	70	
	Cấp 2	17	31	
	Cấp 3	11	15	
	CĐ-ĐH	6	6	
Nghề nghiệp	Nông dân	8	21	0,245
	Buôn bán	4	14	
	Nội trợ	17	46	
	Không có khả năng LĐ	14	43	
	Hưu trí/ CBCC	15	18	
Kinh tế	Nghèo	4	17	0,030

	Trung bình	33	98	
	Khả	21	27	

Liên quan giữa giới và nghề nghiệp với thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Mỗi liên quan giữa các biến số tuổi, học vấn, kinh tế với thực hành phòng ngừa và điều trị THA có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Với học vấn người có trình độ đại học thực hành đúng cao nhất (50%), tiếp đến học cấp 3, cấp 2, cấp 1 tỷ lệ thực hành đúng lần lượt là 42,3%; 35,4%; 22,2%. Qua đó cho thấy người có trình độ học vấn càng cao thì tỷ lệ thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA càng

nhieu. Kinh tế làm thay đổi thực hành phòng ngừa và điều trị THA người có kinh tế khá thực hành tốt hơn người có kinh tế trung bình, người có kinh tế trung bình thực hành tốt hơn người có kinh tế nghèo. Người có điều kiện kinh tế tốt hơn họ có điều kiện đi khám bệnh nhiều hơn. Đối với tuổi 60-69 thực hành đúng cao nhất 41,97%, tiếp đến là nhóm ≥ 80 tuổi (23,3%) và nhóm 70-79 tuổi 18,4%.

3.3.2 Liên quan giữa thực hành uống thuốc đúng và giới, nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, dân tộc

Bảng 5: Liên quan giữa thực hành uống thuốc đúng và giới, nhóm tuổi, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, dân tộc

Biến số		Thực hành		P
		Đúng	Sai	
Tuổi	60-69	10	17	0,431
	70-79	7	25	
	≥ 80	4	11	
Giới	Nam	13	28	0,479
	Nữ	8	25	
Học vấn	Mù chữ	2	5	0,128
	Cấp 1	4	23	
	Cấp 2	11	14	
	Cấp 3	1	7	
	CĐ-ĐH	3	4	
Nghề nghiệp	Nông dân	3	8	0,626
	Buôn bán	1	4	
	Nội trợ	5	17	
	Không có khả năng LĐ	6	17	
	Hưu trí/ CBCC	6	7	
Kinh tế	Nghèo	9	9	0,155
	Trung bình	41	41	
	Khả	14	24	
Dân tộc	Kinh	21	53	

Liên quan giữa thực hành uống thuốc đúng với các yếu tố tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp, kinh tế, dân tộc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Do nhóm người có tiền sử THA trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đã được khám và được tư vấn điều trị bệnh (93,2%) cho nên sự khác biệt về kiến thức thực hành uống thuốc điều trị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi, giới, kinh tế, nghề nghiệp, dân tộc, học vấn.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA: Tỷ lệ thực hành đúng các yếu tố nguy cơ về phòng ngừa và điều trị THA là 24%. Đối với người có tiền sử THA tỷ lệ thực hành đúng trong dùng thuốc điều trị THA là 75,7%.

- Mỗi liên quan giữa thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA với các đặc điểm của mẫu: Có sự liên quan giữa thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA với tuổi, trình độ học vấn, kinh tế gia đình ($p<0,05$). Không tìm thấy liên quan giữa thực hành đúng về phòng ngừa và điều trị THA với *giới, nghề nghiệp* ($p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2004). Thông tư 02/2004/TT-BYT, Hà Nội, ngày 20/01/2004, tr 1-15.
2. Hội Tim mạch Việt Nam (2008). Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá. Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, tr. 1-26, 235-294.
3. Nguyễn Văn Hoàng (2010). Nghiên cứu bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi và một số yếu tố liên quan tại tỉnh Long An. Luận án tiến sĩ y học, chuyên ngành Lão khoa, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

4. **Phạm Khuê (2000).** Bệnh học tuổi già. Nhà xuất bản Y học, in lần thứ năm, Hà Nội, tr. 8-79
5. **Phan Thị Kim (1998).** Chế độ ăn trong một số bệnh mạn tính. Dinh dưỡng hợp lý và sức khỏe. Nhà xuất bản Y học, tr. 294-337.
6. **Kaplan NM. (2002).** Hypertension in the elderly. Martin Dunitz Ltd, Second Edition, London, UK, pp. 1-15, 61-84.
7. **Kaplan NM. (2006).** Treatment of hypertension: Drug therapy. Kaplan'S Clinical Hypertension, 9th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, USA, pp. 13, 416-608.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH VIỆC LÀM SAU TỐT NGHIỆP CỦA HỌC SINH, SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ TIỀN GIANG NĂM 2015

Ngô Thanh Phương*

TÓM TẮT¹⁵

Đặt vấn đề: Cùng với xu hướng chung, Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang với nhiệm vụ đào tạo ra những cán bộ y tế có chuyên môn về y dược cũng đang đứng trước bài toán khó khăn về việc làm cho học sinh – sinh viên sau khi ra trường. **Mục tiêu:** Khảo sát tình hình việc làm sau tốt nghiệp của học sinh, sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang năm 2015. **Phương pháp:** cắt ngang mô tả. **Kết quả:** 40,9% HSSV tìm được việc làm và 59,1% HSSV chưa tìm được việc làm sau tốt nghiệp. 25,5% HSSV tìm được việc phù hợp với chuyên ngành đã học; có 15,4% HSSV tìm được việc làm nhưng không phù hợp chuyên môn; đặc biệt có 7,7% HSSV được khảo sát làm công nhân ở các xí nghiệp và 6,7% phải làm nhân viên bán hàng. Yếu tố liên quan đến khả năng tìm được việc làm của HSSV: nam dễ tìm được việc làm hơn nữ; kết quả xếp loại rèn luyện; trình độ tiếng anh. **Kết luận:** khả năng tìm được việc làm sau tốt nghiệp của học sinh, sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang năm 2015 còn thấp

Từ khóa: việc làm, tốt nghiệp

English level. **Conclusion:** ability to find work after graduation of Tien Giang Medical College's students in 2015 was low

Keywords: employment, graduation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu khảo sát của Trung tâm phát triển nguồn nhân lực Tp.Hồ Chí Minh, khoảng 50% HSSV ra trường làm trái ngành, 75% HSSV ra trường khó tìm việc, 20% HSSV chọn sai ngành học, tốt nghiệp đi làm mới phát hiện công việc không phù hợp nên bỏ việc hoặc làm trái nghề. Qua khảo sát cũng cho thấy, năm 2010 nguồn cung nhân lực diễn biến nghịch lý. Trong khi nguồn lao động phổ thông thiếu thì nguồn lao động có trình độ từ trung cấp, cao đẳng, đại học ở các ngành nghề vẫn thừa lao động có trình độ nhưng chưa đáp ứng yêu cầu của doanh nghiệp. Hằng năm tại TP.HCM có khoảng 60.000 sinh viên các trường đại học, cao đẳng tốt nghiệp, trong đó các ngành nghề chuyên môn quản lý – nghiệp vụ chiếm 60% và các ngành nghề chuyên môn kỹ thuật chiếm 40% tổng số ngành nghề được đào tạo. Phần lớn sinh viên ra trường vẫn gặp nhiều khó khăn trong tìm kiếm việc làm phù hợp và ổn định. Số liệu điều tra khác của Sở Lao động-Thương binh-Xã hội TP.HCM, 30% HSSV tốt nghiệp có ý định làm việc lâu dài, 30% muốn tìm việc làm khác vì không phù hợp với khả năng, nguyện vọng và 40% chưa xác định mục tiêu nghề nghiệp. Hiện tại cả nước cũng chỉ có hơn 20 trường đại học đạt tỷ lệ 60% sinh viên sau khi ra trường có việc làm đúng ngành đào tạo. Các con số cho thấy thực trạng sinh viên ra trường làm trái nghề là rất lớn. Cùng với xu hướng chung đó, Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang với nhiệm vụ đào tạo ra những cán bộ y tế có chuyên môn về y dược cũng đang đứng trước bài toán khó khăn về việc làm cho HSSV sau khi ra trường. Để đánh giá chính xác tình hình việc làm sau tốt nghiệp của HSSV nhà trường sau tốt nghiệp, đồng thời tìm ra các giải pháp cho vấn đề này, chúng tôi thực hiện đề tài "Khảo sát tình hình việc làm sau tốt

SUMMARY

SURVEY ON THE EMPLOYMENT AFTER GRADUATION OF TIEN GIANG MEDICAL COLLEGE' STUDENTS IN 2015

Background: Along with the general trend, Tien Giang Medical College with the task of training the medical staff is facing difficult problems of employment for students after the school. **Objective:** Survey on employment after graduation of Tien Giang Medical College' students in 2015. **Study design:** cross-sectional description. **Results:** 40.9% students find jobs and 59.1% students to not find work after graduation. 25.5% students find jobs matching subjects learned; 15.4% students find jobs but not appropriate expertise; especially with 7.7% students make workers and 6.7% do salespeople. Factors related to the ability of students to find jobs: easy to find a job male than female; results graded exercise;

**Trường cao đẳng y tế tỉnh Tiền Giang*

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Phương

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

ng nghiệp của học sinh, sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang năm 2015"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả học sinh – sinh viên chính quy Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang tốt nghiệp ra trường năm 2014.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2015 đến tháng 07 năm 2015

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: lấy trọn (Tất cả học sinh – sinh viên chính quy Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang tốt nghiệp ra trường năm 2014), khoảng 1200 HSSV

Phương pháp thu thập số liệu: HSSV tốt nghiệp ra trường đến nhận bằng tốt nghiệp sẽ được phát phiếu phỏng vấn soạn sẵn

Phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n=494)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	126	25,5
	Nữ	368	74,5
Hộ khẩu	Nông thôn	416	84,2
	Thành thị	78	15,8
Trình độ tiếng anh	Chứng chỉ A	29	5,9
	Chứng chỉ B	267	54,0
	Chứng chỉ C	2	0,4
	Không có	196	39,7
Trình độ tin học	Chứng chỉ A	95	19,2
	Chứng chỉ B	266	53,8
	Không	133	27
Ngành tốt nghiệp	Điều dưỡng cao đẳng	143	28,9
	Điều dưỡng trung cấp	98	19,8
	Dược sĩ trung cấp	116	23,5
	Y sĩ	125	25,3
	Hộ sinh trung cấp	12	2,4
Xếp loại tốt nghiệp	Giỏi	80	16,2
	Khá	293	59,3
	Trung bình – Khá	113	22,9
	Trung bình	8	1,6
Xếp loại rèn luyện	Xuất sắc	1	0,2
	Tốt	31	6,3
	Khá	284	57,5
	Trung bình – Khá	173	35,0
	Trung bình	5	1,0

Tỉ lệ nam/nữ là 1:3, cho thấy nữ chiếm đa số, đặc điểm này cũng phù hợp với sự phân bố giới tính trong các trường y tế, phù hợp với các nghiên cứu khác: trong nghiên cứu Tạ Văn Trầm⁽⁷⁾, tỉ lệ nam nữ lần lượt là 80% và 20%, trong nghiên cứu của Châu Ngọc Thủy⁽⁵⁾ tỉ lệ này là 86,71% và 13,29%. Phân bố HSSV theo địa chỉ: nông thôn chiếm 84,2%, cao hơn nhiều so với thành thị chỉ chiếm 15,8%. Tương tự như nghiên cứu của Châu Ngọc Thủy⁽⁵⁾ với tỉ lệ nông thôn và thành thị là 84,81%; 15,19% và trong nghiên cứu của Trần Thanh Hải⁽²⁾ tỉ lệ này lần lượt là 82,1% và 17,9%. Đây cũng là đặc điểm xã hội của vùng Đồng bằng Sông Cửu Long, đa số người dân sống ở nông thôn. Trình độ tiếng anh, có 61,3% HSSV có chứng chỉ tiếng anh (trong đó cao nhất là chứng chỉ B 54,0%, tiếp theo là chứng chỉ A 19,2%, thấp nhất là chứng chỉ C 0,4%) và có 39,7% HSSV không có chứng

chỉ ngoại ngữ. Như vậy có thể thấy rằng HSSV đã có ý thức rèn luyện tiếng anh khi còn đang học chuyên môn tại trường. Tuy nhiên so với xu hướng chung hiện tại thì HSSV nhà trường chưa tiếp cận được tốt với các trình độ ngoại ngữ cao hơn, đặc biệt là năng lực ngoại ngữ theo tam chiều Châu Âu hiện hành. Về trình độ tin học, có 53,8% HSSV có chứng chỉ B tin học, 19,2% HSSV có chứng chỉ A và còn lại 27% HSSV không có chứng chỉ tin học. Cho thấy trình độ tin học của HSSV là khá tốt, ngoài việc được học tin học trong chương trình chính khóa, HSSV còn có ý thức học thêm nhằm nâng cao khả năng tin học, điều này sẽ rất thuận lợi cho công việc sau này dù có công tác ở bất kỳ lĩnh vực nào.

Qua kết quả xếp loại tốt nghiệp của HSSV cho thấy đa số HSSV tốt nghiệp loại khá (59,3%), tiếp theo là trung bình- khá 22,9%, HSSV tốt nghiệp loại giỏi chỉ chiếm 16,2%. Kết quả này

cũng phù hợp với nghiên cứu của Trần Thanh Hải⁽²⁾ cho thấy HSSV có học lực khá chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%), loại giỏi chiếm 19%. Như vậy có thể thấy, đa số HSSV được khảo sát có học lực khá và cũng phù hợp với đặc thù của HSSV ngành y là rất khó để đạt điểm giỏi và xuất sắc. Kết quả xếp loại rèn luyện khi tốt nghiệp của HSSV cho thấy loại khá chiếm cao nhất với

57,5%; đứng thứ 2 là trung bình-khá 35%, có 0,2% HSSV được xếp loại rèn luyện xuất sắc và 6,3% được xếp loại tốt. Trong nghiên cứu của Trần Thanh Hải⁽²⁾, kết quả rèn luyện của HSSV cho thấy cao nhất là loại khá chiếm 64%; tiếp theo là loại tốt chiếm 28%, xếp loại xuất sắc chiếm 4%; loại trung bình khá chiếm 3,7%.

3.2. Tình hình việc làm sau khi tốt nghiệp của HSSV

Bảng 2. Tình hình việc làm sau khi tốt nghiệp của HSSV

Đặc điểm		Tần số (n=494)	Tỷ lệ (%)
Tình hình việc làm của HSSV	Đã có việc làm	202	40,9
	Chưa có việc làm	292	59,1
Công việc HSSV đang làm sau tốt nghiệp	Không có việc làm	292	59,1
	Công tác Dược	45	9,1
	Điều dưỡng	39	7,9
	Y sĩ	19	3,8
	Công nhân	38	7,7
	Nhân viên bán hàng	33	6,7
	Y tế học đường	16	3,2
	Dân số xã	12	2,4
Thời gian tìm được việc làm của HSSV sau tốt nghiệp	Không có việc làm	292	59,1
	< 3 tháng	87	17,6
	3-6 tháng	89	18,0
	6 tháng – 1 năm	11	2,2
	> 1 năm	15	3,0
Sự phù hợp giữa công việc hiện tại với chuyên ngành tốt nghiệp	Không việc làm	292	59,1
	Phù hợp	126	25,5
	Không phù hợp	76	15,4

Kết quả khảo sát trên 494 HSSV tốt nghiệp ra trường ghi nhận có 40,9% HSSV tìm được việc làm và còn 59,1% HSSV chưa tìm được việc làm sau tốt nghiệp. Tuy nhiên kết quả cũng ghi nhận chỉ 25,5% HSSV tìm được việc phù hợp với chuyên ngành đã học; có 15,4% HSSV tìm được việc làm nhưng không phù hợp chuyên môn; đặc biệt có 7,7% HSSV được khảo sát làm công nhân ở các xí nghiệp và 6,7% phải làm nhân viên bán hàng. Kết quả khảo sát cũng ghi nhận 17,6% HSSV tìm được việc làm trước 3 tháng sau khi tốt nghiệp; 18% HSSV tìm được việc làm sau 3- 6 tháng; 5,2% HSSV tìm được việc làm sau 6 tháng.

Kết quả điều tra tình hình HSSV có việc làm sau tốt nghiệp ra trường của chúng tôi thấp hơn

báo cáo của Đại học Hồng Đức (Thanh Hóa)⁽¹⁾ năm 2013, ghi nhận có 66,9% HSSV tìm được việc làm sau tốt nghiệp, trong đó có 50,9% HSSV tìm được việc làm đúng ngành. Theo thống kê của Bộ Lao động – Thương binh – Xã hội tỷ lệ HSSV ra trường làm trái ngành chiếm 60%. Một nghiên cứu tại Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh⁽⁴⁾ ghi nhận tỷ lệ này là 32,4%. Khảo sát tại Đà Nẵng ghi nhận tỷ lệ sinh viên có việc làm đúng ngành đào tạo sau 6 tháng tốt nghiệp: Trường CĐ Công nghệ chiếm 77,5%; Trường CĐ Công nghệ Thông tin có 64,1%. Về tỷ lệ sinh viên có việc làm đúng ngành đào tạo sau 12 tháng tốt nghiệp: Trường CĐ Công nghệ: 91,1% và Trường CĐ Công nghệ thông tin: 70,0%.

3.3. Yếu tố liên quan đến khả năng tìm được việc làm của HSSV

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến khả năng tìm được việc làm của HSSV

Đặc điểm		Tình hình việc làm của HSSV sau tốt nghiệp		P
		Có (n, %)	Không (n, %)	
Giới	Nam	67 (53,2%)	59 (46,8%)	0,001
	Nữ	135 (36,7%)	233 (63,3%)	
Hộ khẩu	Nông thôn	172 (41,3%)	244 (58,7%)	0,69
	Thành thị	30 (38,5%)	48 (61,5%)	
Ngành tốt nghiệp	Điều dưỡng cao đẳng	56 (39,2%)	87 (60,8%)	0,075
	Điều dưỡng trung cấp	32 (32,7%)	66 (67,3%)	

	Được sĩ trung cấp	56 (48,3%)	60 (51,7%)	
	Y sĩ	50 (40,3%)	74 (59,7%)	
	Hộ sinh	6 (50%)	6 (50%)	
Xếp loại tốt nghiệp	Giỏi	38 (47,5%)	42 (52,5%)	0,41
	Khá	119 (40,6%)	174 (59,4%)	
	Trung bình - Khá	40 (35,4%)	73 (64,6%)	
	Trung bình	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
Xếp loại rèn luyện	Xuất sắc	1 (100%)	0 (0%)	0,003
	Tốt	21 (67,7%)	10 (32,3%)	
	Khá	116 (40,8%)	168 (59,2%)	
	Trung bình - Khá	62 (35,8%)	111 (64,2%)	
	Trung bình	0(0%)	5 (100%)	
Trình độ tiếng anh	Chứng chỉ A	14 (48,3%)	15 (51,7%)	0,045
	Chứng chỉ B	111 (41,6%)	156 (58,4%)	
	Chứng chỉ C	0 (0%)	2 (100%)	
	Không có chứng chỉ	75 (38,3%)	121 (61,7%)	
Trình độ tin học	Chứng chỉ A	38 (40%)	57 (60%)	0,149
	Chứng chỉ B	117 (44%)	149 (56%)	
	Không có chứng chỉ	45 (33,8%)	88 (66,2%)	

Kết quả ghi nhận:

- Nam dễ tìm được việc làm hơn nữ, với tỷ lệ tìm được việc làm của nam là 67/126 (53,2%), trong khi tỷ lệ nữ tìm được việc làm là 135/368 (36,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,001$)

- Tỷ lệ tìm được việc làm của HSSV ở nông thôn và thành thị không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, cho thấy hộ khẩu không ảnh hưởng đến khả năng tìm được việc làm của HSSV

- Khả năng tìm được việc làm cao nhất là ngành hộ sinh (50%), đứng thứ 2 là được sĩ trung cấp (48,3%), tiếp theo là y sĩ (40,3%), điều dưỡng cao đẳng (39,2%) và thấp nhất là điều dưỡng trung cấp (32,7%)

- Khả năng tìm được việc làm của HSSV thay đổi theo kết quả xếp loại tốt nghiệp, HSSV tốt nghiệp loại giỏi có khả năng tìm được việc làm cao nhất (47,5%), tiếp theo là tốt nghiệp loại khá (40,6%). Đáng lưu ý có 52,5% HSSV tốt nghiệp loại giỏi và 59,4% HSSV tốt nghiệp loại khá chưa tìm được việc làm. Kết quả phân tích thống kê cũng ghi nhận kết quả xếp loại tốt nghiệp không có liên quan đến khả năng tìm được việc làm của HSSV với $p=0,41$

- Khả năng tìm được việc làm của HSSV giảm dần theo kết quả xếp loại rèn luyện, cao nhất là loại xuất sắc (100% HSSV tìm được việc làm), đứng thứ 2 là loại tốt (67,7% HSSV tìm được việc làm), tiếp theo là loại khá, trung bình – khá với tỷ lệ tìm được việc làm lần lượt là 40,8% và 35,8%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,003$

- HSSV có chứng chỉ tiếng anh dễ tìm được việc làm hơn so với HSSV không có chứng chỉ

tiếng anh (41,9% so với 38,3%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,045$

- HSSV có chứng chỉ A, B tin học có khả năng tìm được việc làm tốt hơn HSSV không có chứng chỉ tin học. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,149$)

Qua thống kê 327 SV tại Đại học Kinh tế TP.HCM ghi nhận các yếu tố: kết quả học tập, kỹ năng cứng, kỹ năng mềm, kinh nghiệm công việc, mối quan hệ và trình độ ngoại ngữ ít nhiều đều ảnh hưởng đến quá trình xin việc. Mỗi yếu tố có ảnh hưởng nhất định đến mỗi một ngành nghề. Đặc biệt là trình độ ngoại ngữ, vì cho dù có làm bất cứ ngành gì trong xã hội hiện nay, có thể công việc không liên quan nhiều đến ngoại ngữ nhưng trình độ ngoại ngữ sẽ có cơ hội cao trong xin việc⁽⁴⁾. Ngoài ra kỹ năng mềm cũng đóng vai trò vô cùng quan trọng trong khả năng tìm được việc làm của HSSV⁽³⁾

IV. KẾT LUẬN

- 40,9% HSSV tìm được việc làm và 59,1% HSSV chưa tìm được việc làm sau tốt nghiệp.

- 25,5% HSSV tìm được việc phù hợp với chuyên ngành đã học; có 15,4% HSSV tìm được việc làm nhưng không phù hợp chuyên môn; đặc biệt có 7,7% HSSV được khảo sát làm công nhân ở các xí nghiệp và 6,7% phải làm nhân viên bán hàng.

- Yếu tố liên quan đến khả năng tìm được việc làm của HSSV

+ Nam dễ tìm được việc làm hơn nữ

+ Khả năng tìm được việc làm của HSSV giảm dần theo kết quả xếp loại rèn luyện

+ HSSV có chứng chỉ tiếng anh để tìm được việc làm hơn so với HSSV không có chứng chỉ tiếng anh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đại học Hồng Đức (2013)**, Báo cáo kết quả điều tra tình hình việc làm và thu nhập của sinh viên chính qui tốt nghiệp năm 2012 sau 6 tháng
2. **Trần Thanh Hải (2012)**, Đánh giá môn học sức khỏe trẻ em của học sinh Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang, Kỷ yếu Hội nghị khoa học công nghệ Quân dân Y Đồng bằng Sông Cửu Long lần thứ IX
3. **Trần Thanh Hải (2011)**, Kiến thức, thái độ đối với kỹ năng mềm của HSSV Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 15, số 4, trang 183 – 188

4. **Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh (2012)**, Thực trạng việc làm và khảo sát việc làm sinh viên sau tốt nghiệp của sinh viên Đại học Kinh tế TP. Hồ Chí Minh.
5. **Châu Ngọc Thủy (2012)**, Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định chọn nơi làm việc của học sinh-sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang, Kỷ yếu Hội nghị khoa học công nghệ Quân dân Y Đồng bằng Sông Cửu Long lần thứ IX
6. **Lê Minh Thuận (2005)**, Mối quan hệ giữa tính cách và nhu cầu thành đạt của sinh viên Khoa Y tế Công cộng Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 9, phụ bản số 1, tr 76 - 80
7. **Tạ Văn Trâm (2012)**, Thái độ đối với nghề nghiệp của học sinh điều dưỡng Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang, Kỷ yếu Hội nghị khoa học công nghệ Quân dân Y Đồng bằng Sông Cửu Long lần thứ IX

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ GÂY SUY HÔ HẤP BỆNH NHÂN BỊ RẮN CẠP NIA CẮN TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đinh Quang Kiên¹, Ngô Đức Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT¹⁶

Đặt vấn đề: Suy hô hấp cấp là nguyên nhân đầu tiên và trực tiếp gây tử vong cho nạn nhân rắn cắn nia cắn. Nghiên cứu về đặc điểm và yếu tố gây suy hô hấp có ý nghĩa quan trọng định hướng điều trị cứu sống bệnh nhân rắn cắn nia cắn. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố thuận lợi gây suy hô hấp ở bệnh nhân bị rắn cắn nia cắn tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả phân tích trên những bệnh nhân suy hô hấp cấp do rắn cắn nia cắn tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 83,6% suy hô hấp nặng, 44,5% suy hô hấp typ 2 (giảm O₂ máu và tăng CO₂), có mối liên quan giữa thể tích khí lưu thông với mức độ liệt cơ gấp cổ ($r=0,8$; $p<0,01$). Các biến chứng sớm: viêm phổi sắc 31,8%, xẹp phổi 19,7%, ngừng tuần hoàn trước viện 9%. Ngừng tuần hoàn trước viện gặp ở bệnh nhân vận chuyển không đặt nội khí quản. Thời gian suy hô hấp trung bình là $223,6 \pm 155,8$ giờ ($9,8 \pm 6,9$ ngày). Yếu tố có giá trị trong tiên lượng suy hô hấp kéo dài là: khởi phát suy hô hấp sớm (< 6 giờ), liệt cơ gấp cổ mức độ nặng và có biến chứng sớm. **Kết luận:** 5 yếu tố liên quan đến suy hô hấp kéo dài: điểm PSS nặng, khởi phát suy hô hấp sớm, biến chứng sớm, rối loạn thần kinh thực vật và cơ lực cơ gấp cổ $\leq 2/5$. 3 yếu tố có giá trị tiên đoán độc lập: khởi phát suy hô hấp sớm, cơ lực cơ gấp cổ $\leq$

2/5 và có biến chứng sớm. Rất cần thiết đặt ống nội khí quản khi vận chuyển bệnh nhân rắn cắn nia cắn.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF RESPIRATORY FAILURE IN PATIENTS BITTEN BY BUNGARUS FASCIATUS IN POISON CONTROL CENTER BACH MAI HOSPITAL

Objective: To study the clinical features and a number of risk factors cause respiratory failure in patients with bungarus fasciatus bite in poison control center at Bach Mai Hospital. **Method:** Describe the analysis in patients with acute respiratory failure due to snake bite fork scorpion poison control center at Bach Mai Hospital. **Results:** Proportion of respiratory failure due to bungarus fasciatus bite was 89.3, 44.5% type II respiratory failure (reduced blood oxygenation and increased CO₂), mainly severe respiratory failure and critical (83, 6%) are related to snakebite severity on PSS scale. Respiratory failure due to respiratory muscle paralysis, respiratory paralysis severer the more severe respiratory failure, there was a correlation between the volume of flowing gas with muscular paralysis level ($r = 0.8$; $p < 0.01$). Early complications commonly: 31.8% inhale pneumonia, 19.7% atelectasis, pre-hospital circulation stop of 9%. There is a correlation between pre-hospital cardiac arrest and non endotracheal intubation on the patient showed signs of neurotoxicity to protect the airway, respiratory support when transport. Average respiratory distress time is 223.6 ± 155.8 hours (9.8 ± 6.9 days). Factors have prognostic value in prolonged respiratory failure were: respiratory failure early onset (< 6 hours), neck fold paralysis and early complications. **Conclusion:** We found that there are 3 factors independently predictive value: early onset of respiratory failure, muscle neck flexor force $\leq 2/5$ and early complications.

¹Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn HSCC, Trường Đại học Y Hà Nội

³Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn cạp nia là một loại rắn độc nhất trên thế giới, có thể gây tử vong nhanh chóng do suy hô hấp cấp [1]. Hàng năm ở châu Á có khoảng 4.000.000 người bị rắn độc cắn, trong đó 30.000 người chết (0,75%), số người chết do rắn độc cắn ở các nước châu Á hàng năm cao hơn các châu lục khác khoảng 100.000 người [2]. Ở Việt Nam chưa có con số chính thức nhưng số nạn nhân do rắn độc cắn có thể lên tới 30.000 người mỗi năm. Theo thống kê của trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch Mai, rắn độc cắn đứng thứ 5 trong các trường hợp ngộ độc cấp tới trung tâm [3]. Tỷ lệ tử vong do rắn cạp nia cắn khoảng 7% [3], [4]. Tình trạng suy hô hấp là nguyên nhân chính làm tăng nguy cơ tử vong và di chứng nặng nề, đặc biệt là tổn thương não không hồi phục nếu không được xử trí kịp thời [3], [4], [6], [7]. Suy hô hấp là dấu hiệu thường gặp do gặp rắn độc cắn, đặc biệt bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn do bị nhiễm độc thần kinh gây liệt cơ hô hấp. Tỷ lệ suy hô hấp do rắn cạp nia cắn cần đặt nội khí quản - thông khí nhân tạo là 85 - 87% [5], [6], [7]. Thời gian thông khí nhân tạo phụ thuộc chủ yếu vào thời gian hồi phục liệt cơ hô hấp, thời gian hồi phục liệt cơ hô hấp thường trung bình là 9,5 ngày do đó đòi hỏi thông khí nhân tạo dài ngày [3], [4], [6]. Do đó, việc nhận diện sớm nguy cơ suy hô hấp và có biện pháp xử trí kịp thời suy hô hấp trên những bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn là vấn đề then chốt để cứu sống nạn nhân. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố thuận lợi gây suy hô hấp ở bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn tại trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai."*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán rắn cạp nia cắn có suy hô hấp cần thông khí nhân tạo trên 2 ngày tại Trung tâm chống độc Bạch Mai từ tháng 01/2012 đến tháng 10/2013.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn ở những bệnh nhân có tiền sử bệnh lý hô hấp: COPD, hen, xơ phổi, viêm phổi kẽ...

2.2 Các biến số nghiên cứu: thời gian bị rắn cắn tới khi đến viện, loại hỗ trợ hô hấp trên đường vận chuyển, mức độ suy hô hấp, PaO₂, PaCO₂, thể tích khí lưu thông (Vt), mức độ liệt cơ gấp cổ, tình trạng viêm phổi, ngừng tuần hoàn, thời điểm khởi phát suy hô hấp, thời gian phục hồi cơ hô hấp...

2.3 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp với tiền cứu. Cỡ mẫu thuận tiện. Mức ý nghĩa $\alpha=0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 75 bệnh nhân được chẩn đoán rắn cạp nia cắn nhập Trung tâm Chống độc – Bệnh viện Bạch mai, có 67 bệnh nhân (89,3%) bị suy hô hấp. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $33,5 \pm 12,9$ tuổi thấp nhất là 15 tuổi cao nhất là 71 tuổi. Đa số bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn nhập viện trong tình trạng nặng (PSS=3) chiếm tỷ lệ 79,1%, có 1 bệnh nhân tử vong trước viện (PSS=4) chiếm tỷ lệ 1,5%. PSS=1 có 10 bệnh nhân (13,4%) PSS mức độ trung bình (PSS=2) và 5 bệnh nhân (6 %) mức độ nhẹ (PSS=1). Có 30 bệnh nhân của chúng tôi có biến chứng sớm là: viêm phổi 21 bệnh nhân, xẹp phổi 12 bệnh nhân, ARDS 2 bệnh nhân, hôn mê Glasgow < 11 điểm 8 bệnh nhân, ngừng tuần hoàn trước viện có 6 bệnh nhân, tử vong ngoại viện 1 bệnh nhân.

Bảng 1. Thời điểm xuất hiện và kết thúc suy hô hấp

Suy hô hấp	Thời điểm bắt đầu (h)	Thời điểm kết thúc (h)
PSS		
Nhe	$15,4 \pm 7,2$	$50,1 \pm 29,2$
Trung bình	$6,1 \pm 3,5$	$100,8 \pm 67,4$
Nặng	$3,3 \pm 2,4$	$245,1 \pm 160,8$
Nhóm chung	$6,2 \pm 5,8$	$223,6 \pm 155,8$
P	$< 0,01$	$< 0,01$

Nhận xét: Thời điểm xuất hiện suy hô hấp là $6,21 \pm 5,82$ giờ. PSS càng nhẹ thời điểm xuất hiện suy hô hấp càng muộn, thời gian suy hô hấp ngắn. PSS càng nặng thời điểm xuất hiện suy hô hấp càng sớm, suy hô hấp càng kéo dài. Sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 2. Liên quan giữa cơ lực cơ gấp cổ và Vt

thể tích khí lưu thông	Cơ lực cơ gấp cổ			
	1/5	2/5	3/5	4/5
Vt (ml/kg)	0	$3,89 \pm 0,93$	$6,8 \pm 1,07$	$10,6 \pm 3,35$
	$r = 0.8, p < 0.01$			

Nhận xét: suy hô hấp ở bệnh nhân bị răn cạo nia cần là do liệt cơ hô hấp, liệt cơ hô hấp càng nặng thì suy hô hấp càng nặng. Có mối tương quan chặt chẽ giữa cơ lực cơ gấp cổ và thể tích khí lưu thông (Vt) của bệnh nhân với $r = 0,8$ ($r^2 = 0,64$) với $p < 0,01$.

Bảng 3. Liên quan giữa suy hô hấp và thời gian đến viện

Suy hô hấp	n	Thời gian nhập viện (h)
Nhẹ	11	$6,5 \pm 3,3$ (4-17)
Nặng	50	$5,4 \pm 2,2$ (2-12)
Nguy kịch	6	$4,2 \pm 2,1$ (1-9)
Nhóm chung	67	$5,5 \pm 3,2$ (1-17)
P		$> 0,05$

Nhận xét: Thời gian kể từ lúc bệnh nhân bị răn cạo nia cần đến khi nhập viện là $5,5 \pm 3,2$ giờ. Không có sự khác biệt giữa các mức độ suy hô hấp và thời gian đến viện.

Bảng 4. Liên quan giữa mức độ SHH theo phân loại của Vũ Văn Đình và độ nặng theo PSS

SHH	Nhẹ	Nặng	Nguy kịch	Tổng
PSS 1-2	5	8	0	13 (19,4%)
PSS 3-4	6	42	6	54 (80,6%)
Tổng	11 (16,4%)	50 (74,6%)	6 (9%)	67 (100)

Bảng 5. Liên quan giữa suy hô hấp (không được đặt nội khí quản khi vận chuyển) và biến chứng ngừng tuần hoàn trước viện

Đặt nội khí quản khi vận chuyển	Ngừng tuần hoàn		Tổng
	Có	Không	
Có	1 (4,5%)	21 (95,5%)	22 (56,7%)
Không	5 (33,3%)	10 (66,7%)	15 (43,3%)
Tổng	6 (16,2%)	31 (83,8%)	37 (100%)

Nhận xét: Có 37 bệnh nhân (55,2%) được chuyển từ tuyến dưới lên. Trong đó có 16 bệnh nhân (43,3%) không được đặt nội khí quản bảo vệ đường thở và hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển thì ngừng tuần hoàn xảy ra đến ở 5/16 bệnh nhân (31,3%). Có 21 bệnh nhân (56,7%) được đặt khi vận chuyển thì ngừng tuần hoàn chỉ xảy ra đến ở 1/21 (4,8%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$.

Bảng 6: Các yếu tố tiên lượng SHH kéo dài

	Đơn biến OR (95%CI)	p	Đa biến OR (95%CI)	p
Khởi phát SHH sớm (< 6h)	8,8 (2,5 – 30,5)	0,001	6,5 (1,3 – 31,3)	0,02
Biến chứng sớm	9,7 (2,5 – 23,8)	$< 0,0001$	6,6 (1,3 – 28,7)	0,01
Liệt cơ nâng cổ $\leq 2/5$	23,2 (7,6-124,3)	$< 0,002$	9,1 (1,4 – 75,7)	0,03

Nhận xét: 3 yếu tố có giá trị tiên đoán độc lập: khởi phát SHH sớm, cơ lực cơ gấp cổ $\leq 2/5$ và có biến chứng sớm.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tình trạng suy hô hấp: 54 bệnh nhân (80,6%) vào viện đều ở mức độ nặng (PSS 3-4), nhẹ 13 (19,4%). Có tới 67 bệnh nhân suy hô hấp cần phải đặt nội khí quản-thông khí nhân tạo (89,3%), suy hô hấp nặng và nguy kịch (83,6%). Có 83,6% bệnh nhân suy hô hấp ở mức độ nặng và nguy kịch gặp chủ yếu ở nhóm bệnh nhân nặng (PSS 3-4), bệnh nhân nhiễm độc ở mức độ nhẹ (PSS 1-2) không suy hô hấp nguy kịch. Nhận xét này cũng giống như nhận xét trong các nghiên cứu của Hà Trần Hưng [3], Warrell [1], Ahmed [4]. Có lẽ mức độ nặng theo PSS tỷ lệ thuận với lượng nọc độc được tiêm vào cơ thể, bệnh nhân bị tiêm càng nhiều mức độ liệt cơ càng nặng, suy hô hấp càng nặng Warrell [1]. Những bệnh nhân PSS=1. Thường xuất hiện suy hô hấp muộn ($15,43 \pm 7,24$ giờ) và kết thúc sớm

($50,09 \pm 29,22$ giờ). Trong khi đó PSS=2 là ($6,13 \pm 3,45$ giờ) và kết thúc cũng muộn hơn ($98,66 \pm 67,36$ giờ). Với PSS 3-4 suy hô hấp rất nhanh ($3,25 \pm 2,43$ giờ) và kéo dài ($237,12 \pm 160,82$ giờ). Như vậy, nếu bệnh nhân răn cạo nia cần đến viện chưa có suy hô hấp cũng cần theo dõi ít nhất là 24 tiếng, nhiều trường hợp suy hô hấp xuất hiện muộn gây nguy hiểm cho bệnh nhân nếu về nhà. Thời gian trung bình xuất hiện suy hô hấp khoảng 6 giờ nên cần phải nhanh chóng vận chuyển bệnh nhân đến cơ sở cấp cứu gần nhất có khả năng hỗ trợ hô hấp.

4.2 Liên quan giữa cơ lực cơ gấp cổ và Vt: Thời gian hồi phục hoàn toàn cơ nâng cổ trên lâm sàng là $223,6 \pm 155,8$ giờ. Có mối liên quan đồng biến giữa thể tích khí lưu thông (Vt) với cơ lực cơ gấp cổ trên lâm sàng với $r = 0,8$; $p < 0,01$. Giống với nhận định của của Kularatne

[5]. Như vậy khi bệnh nhân có khả năng nâng được cổ lên khỏi mặt giường là một dấu hiệu tiên lượng tốt giúp thôi thở máy và rút ống nội khí quản thành công.

4.3 Liên quan suy hô hấp và ngừng tuần hoàn ngoại viện: Đi sâu vào phân tích chúng tôi thấy bệnh nhân không được đặt nội khí quản khi đã có dấu hiệu nhiễm độc thần kinh (sụp mí là dấu hiệu sớm) là yếu tố làm tăng nguy cơ ngừng tuần hoàn cao gấp 24,8 lần (với $p = 0,027$; 95% CI = 1,75 – 42,6) so với những bệnh nhân đã được đặt ống nội khí quản khi vận chuyển. Phân tích các trường hợp ngừng tuần hoàn trước viện chúng tôi thấy cả 6 trường hợp đều không được đặt ống nội khí quản, trong đó có 4 trường hợp tử tuyến dưới chuyển lên được cấp cứu thành công sau đó chuyển lên Trung tâm chống độc. *Vì vậy khuyến cáo bắt buộc phải đặt ống nội khí quản cho bệnh nhân chẩn đoán xác định bị rắn cắn nia cắn trước khi vận chuyển đường dài.* Các biến chứng sớm gây xẹp phổi, nhiễm trùng, hôn mê nặng làm nặng thêm tình trạng suy hô hấp của bệnh nhân. Phân tích hồi quy đa biến chúng tôi thấy có 3 yếu tố có giá trị tiên đoán độc lập: khởi phát SHH sớm, cơ lực cơ gấp cổ $\leq 2/5$ và có biến chứng sớm

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy hô hấp do rắn cắn nia cắn là 89,3%, 44,5% suy hô hấp typ 2, chủ yếu là suy hô hấp nặng và nguy kịch (83,6%) có liên quan đến độ nặng rắn cắn theo PSS. Có mối liên quan giữa thể tích khí lưu thông với mức độ liệt cơ gấp cổ ($r=0,8$; $p<0,01$). Các biến chứng sớm là thường

gặp: viêm phổi 31,8%, xẹp phổi 19,7%, ngừng tuần hoàn trước viện là 9%. Thời gian suy hô hấp trung bình là $223,6 \pm 155,8$ giờ ($9,8 \pm 6,9$ ngày). Các yếu tố có giá trị trong tiên lượng suy hô hấp kéo dài là: khởi phát suy hô hấp sớm (< 6 giờ), liệt cơ gấp cổ mức độ nặng và có biến chứng sớm. Rất cần theo dõi và xử trí suy hô hấp sớm tránh những tai biến đáng tiếc xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Warrell, D.A. (2010). Guidelines for the management of snake-bites. *Guidelines for the management of snake-bites*.
2. Warrell, D., J. Meier, and J. White (1995). Clinical toxicology of snakebite in Asia. *Handbook of clinical toxicology of animal venoms and poisons*. CRC Press, Boca Raton,.
3. Hung, H.T., J. Hojer, and N.T. Du (2009). Clinical features of 60 consecutive ICU-treated patients envenomed by Bungarus multicinctus. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*,. **40(3)**: p. 518-24.
4. Ahmed, S.M., et al. (2012). Retrospective analysis of snake victims in Northern India admitted in a tertiary level institute. *Journal of anaesthesiology, clinical pharmacology*,. **28(1)**: p. 45.
5. Kularatne, S.A. (2002). Common krait (Bungarus caeruleus) bite in Anuradhapura, Sri Lanka: a prospective clinical study, 1996-98. *Postgrad Med J*,. **78(919)**: p. 276-80.
6. Nguyễn Kim Sơn, Vũ Văn Đỉnh (2008). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị một số rắn độc trên cạn cắn thuộc họ rắn hổ (elapidae) ở miền Bắc Việt Nam, *Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội*.
7. Nguyễn Kim Sơn, Vũ Văn Đỉnh (1998). Nhận xét về tình hình rắn độc cắn tại Phòng khám cấp cứu và Khoa A9 Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 - 10/1998. *Kỷ yếu công trình Khoa học BV. Bạch Mai 1998*.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ KHÍA CẠNH CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN SAU CHẤN THƯƠNG TỦY SỐNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2016

Đỗ Đào Vũ¹, Nguyễn Văn Tú²

TÓM TẮT¹⁷

Mục tiêu: Đánh giá một số khía cạnh chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống tại bệnh viện Bạch Mai năm 2016; **Đối tượng và**

phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang 65 bệnh nhân; **Kết quả:** Khả năng độc lập trong chăm sóc bản thân 10,5/20 điểm; kiểm soát chức năng hô hấp, đại tiểu tiện và khả năng độc lập trong đi về sinh 19,8/40 điểm; di chuyển trong phòng, di chuyển ra bồn cầu 6,4/10 điểm; di chuyển ra môi trường bên ngoài 6,4/30 điểm; biến chứng đau thần kinh chủ yếu mức độ nhẹ và trung bình chiếm 98,5%. **Kết luận:** Chất lượng sống được đánh giá theo hai khía cạnh khả năng di chuyển, chăm sóc bản thân và mức độ đau cho thấy 76,9% bệnh nhân sau CTTS có chất lượng cuộc sống không tốt.

Từ khóa: tổn thương tủy sống, chất lượng sống

¹ Bệnh viện Bạch Mai

² Cao đẳng Y Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**EVALUATION OF LIFE QUALITY OF INDIVIDUALS AFTER SPINAL CORD INJURIES AT BACH MAI HOSPITAL IN 2016**

Objectives: To evaluate a number of aspects related to quality of life of patients with spinal cord injuries at Bach Mai hospital in 2016; **Subjects and methodology:** a cross-sectional study on 65 patients; **Results:** Independence in personal care 10.5/20 points; control of respiration and continence, independence in excretion 19.8/40 points; moving inside the room, going to the toilet 6.4/10 points; moving outdoors 6.4/30 points; neurogenic pains from light to medium level 98.5%. **Conclusion:** According to Spinal Cord Independence Measure (SCIM) and VAS pain scale, 76.9% patients with spinal cord injuries do not have high life quality.

Key words: spinal cord injury, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương tủy sống tác động đến hàng nghìn người mỗi năm, gây ảnh hưởng tới sức khỏe, mất chức năng vận động, rối loạn cảm giác và các cơ quan khác như bàng quang, đường ruột, hô hấp, tim mạch và loét do tỳ đè dẫn đến giảm CLCS [4]. Nghiêm trọng hơn, CTTS làm BN mất cơ hội việc làm, mất khả năng độc lập trong cuộc sống và thay đổi tâm lý sức khỏe nặng nề [6]. Chất lượng cuộc sống của BN sau CTTS phụ thuộc nhiều vào việc chăm sóc, phục hồi chức năng, định hướng nghề nghiệp và tái hội nhập cộng đồng. Ngày nay, có nhiều Trung tâm PHCN cho BN CTTS ra đời ở các nước phát triển. Điều này giúp cho BN có nhiều cơ hội được PHCN, giảm các thương tật thứ cấp, độc lập trong sinh hoạt và hội nhập xã hội, từng bước cải thiện chất lượng sống. Tỷ lệ chấn thương tủy sống không ngừng gia tăng, tuy nhiên chất lượng sống của nhóm bệnh nhân này ở Việt Nam chưa thực sự được quan tâm, đánh giá đúng mức. Theo khảo sát của chúng tôi, chưa có những bài báo được công bố về chủ đề. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá một số khía cạnh chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống tại bệnh viện Bạch Mai năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: (1) Tuổi từ 18-75 tuổi; (2) Bệnh nhân CTTS sau khi kết thúc quá trình điều trị ngoại khoa được chuyển về điều trị tiếp tại Trung tâm phục hồi chức năng; (3) Bệnh nhân giao tiếp được; (4) Bệnh nhân tự nguyện, đồng ý hợp tác tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu: (1) Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu; (2) Bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo: tai biến mạch máu não, bệnh cơ xương khớp, bệnh hệ tiết niệu, tâm thần (3) Những người bệnh tử vong hoặc xin về trong quá trình nghiên cứu; (4) Những BN đã điều trị và lần này tái nhập viện để phục hồi chức năng tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Xác định cỡ mẫu, cách chọn mẫu:

Chọn toàn bộ số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn đang được điều trị tại Trung tâm phục hồi chức năng với tổng số 65 bệnh nhân.

2.2.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ 01/11/2015 đến 02/06/2016.

2.2.4. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai

2.2.5. Phương pháp và công cụ thu thập

thông tin: Dựa vào bệnh án tác giả thu thập các thông tin chung của BN (tuổi, giới; mức độ tổn thương tủy sống theo thang điểm đánh giá ASIA (*American Spinal Injury Association*); Công cụ thu thập số liệu theo thang điểm SCIM (*Spinal Cord Independence Measure*); Công cụ thu thập số liệu mức độ đau VAS (*Visual Analogue Scale*)

2.3. Các tiêu chuẩn đánh giá [7]

+ Chất lượng cuộc sống tốt: khi VAS ≤ 5 và SCIM > 60 .

+ Chất lượng cuộc sống không tốt: khi VAS > 5 hoặc SCIM ≤ 60 .

2.4. Xác định chỉ số, biến số nghiên cứu:

Biến số về đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: giới tính, tuổi, tình trạng hôn nhân, trình độ học vấn, nghề nghiệp, điều kiện kinh tế, mức độ tổn thương theo ASIA, vị trí tổn thương, nguyên nhân, thời gian bị bệnh. Biến số về khả năng độc lập của bệnh nhân chấn thương tủy sống (SCIM): ăn, tắm, mặc quần áo, vệ sinh vùng đầu mặt, hô hấp, cơ thắt bàng quang, cơ thắt hậu môn, đi vệ sinh, di chuyển trên giường và hoạt động để tránh loét tỳ đè, dịch chuyển từ giường ra xe lăn và ngược lại, dịch chuyển từ xe lăn ra bồn cầu, bồn tắm, di chuyển trong nhà, di chuyển khoảng cách vừa phải, di chuyển bên ngoài (hơn 100m), đi thang bộ, dịch chuyển từ xe lăn ra xe hơi/xe máy. Các biến số về mức độ đau theo thang điểm nhìn VAS: không đau, đau nhẹ, đau trung bình, đau rất nhiều.

2.5. Phân tích số liệu: phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 11.0, phân mô tả tỷ lệ phần trăm với biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn với biến định lượng. Với $P < 0,05$ xác định là mức có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu là $42,0 \pm 15,8$ tuổi, nhóm < 60 chiếm 86,15%, thời gian bị bệnh trung bình là $8,1 \pm 2,2$ tuần; nam

cao gấp 2 lần nữ. Liệt tủy hoàn toàn chiếm 1/3 (33,8%) số BN trong nhóm nghiên cứu. Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, liệt tứ chi do chấn thương tủy sống cao chiếm tỷ lệ không nhỏ 30,8%.

3.2. Chất lượng sống của bệnh nhân chấn thương tủy sống

Bảng 3.1. Phân bố mức độ đau của bệnh nhân theo thang điểm VAS

Chức năng hô hấp và cơ tròn	Tổng số (n=65)	Tỷ lệ %
Không đau	1	1,5
Đau nhẹ	60	92,3
Đau trung bình	4	6,2
Đau nhiều	0	0

Phần lớn bệnh nhân có mức độ đau nhẹ với 92,3%, không có ai đau nhiều.

Bảng 3.2. Phân bố mức độ độc lập theo thang điểm SCIM

Chức năng chăm sóc bản thân	TB $\pm$ SD	Tối đa
Ăn uống	$2,8 \pm 1,6$	4
Tắm thân trên	$1,2 \pm 1,1$	3
Tắm thân dưới	$1,0 \pm 0,9$	3
Mặc áo	$1,8 \pm 1,1$	3
Mặc quần	$1,2 \pm 1,0$	3
Vệ sinh vùng đầu mặt	$2,6 \pm 1,7$	4
Tổng điểm chức năng	$10,5 \pm 6,4$	20
Chức năng hô hấp và cơ trong		
Khả năng hô hấp	10	10
Chức năng cơ thắt bàng quang (tiểu tiện tự chủ)	$6,5 \pm 6,4$	15
Chức năng cơ thắt hậu môn (đại tiện tự chủ)	$2,3 \pm 3,3$	10
Mức độ độc lập trong việc đi vệ sinh	$0,95 \pm 0,98$	5
Tổng điểm chức năng	$19,8 \pm 9,0$	40
Khả năng di chuyển trong phòng, bồn cầu		
Khả năng di chuyển trên giường và các hoạt động để tránh loét tỳ đè	$4,1 \pm 2,2$	6
Khả năng dịch chuyển từ giường ra xe lăn	$1,2 \pm 0,9$	2
Khả năng dịch chuyển từ xe lăn ra bồn cầu-bồn tắm	$1,1 \pm 0,9$	2
Tổng điểm chức năng	$6,4 \pm 3,9$	10
Khả năng di chuyển trong nhà và bên ngoài		
Khả năng di chuyển trong nhà	$2,2 \pm 1,8$	8
Khả năng dịch chuyển với khoảng cách vừa phải (10-100m)	$1,9 \pm 1,7$	8
Khả năng dịch chuyển bên ngoài nhà (khoảng cách trên 100m)	$1,2 \pm 1,3$	8
Khả năng đi lên cầu thang bộ	$0,1 \pm 0,2$	3
Khả năng dịch chuyển từ xe lăn –xe ô tô (mô tô)	$0,9 \pm 1,3$	3
Tổng điểm chức năng	$6,4 \pm 5,3$	30

Tổng điểm các chức năng đánh giá mức độ độc lập ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu thấp hơn nhiều so với mức điểm độc lập tối đa của người bình thường.

Bảng 3.3. Phân bố chất lượng cuộc sống bệnh nhân chấn thương tủy sống theo đánh giá mức độ đau VAS và mức độ độc lập SCIM

Chất lượng cuộc sống	n=65	Tỷ lệ %
Tốt	15	23,1
Không tốt	50	76,9

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân chấn thương tủy sống có chất lượng cuộc sống tốt chiếm tỷ lệ không cao 23,1%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 42,0 ± 15,8 (bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 20, cao tuổi nhất 74 tuổi). Tỷ lệ bệnh nhân nam (64,6) cao hơn gấp 2 lần so với nữ (35,4) (với $p < 0,05$, p của χ^2 test). Liệt tủy hoàn toàn ASIA –A chiếm 33,8%, còn lại 66,2% là liệt không hoàn toàn ASIA-B-D. Vị trí tổn thương trên và dưới mức D1, đây là ranh giới chẩn đoán liệt tứ chi hay liệt hai chân. Nghiên cứu của chúng tôi liệt tứ chi chiếm tỷ lệ (30,8%) thấp hơn liệt hai chân (69,2%). Một kết quả nghiên cứu của chúng tôi năm (2006) cho thấy mức độ tổn thương càng nặng ASIA-A, vị trí càng cao thì mức độ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân càng nhiều; đặc biệt đánh giá khía cạnh khả năng di chuyển và tự chăm sóc bản thân[1].

Chất lượng cuộc sống bệnh nhân sau chấn thương tủy sống được phản ánh ở nhiều khía cạnh khác nhau như khả năng di chuyển, khả năng tái hội nhập xã hội, định hướng nghề nghiệp, biến chứng đau thần kinh, rối loạn chức năng bàng quang, đường ruột tác động đến chất lượng sống người bệnh... Tuy nhiên, trong phạm vi nghiên cứu chúng tôi tập trung đánh giá hai khía cạnh chính làm ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống là khả năng độc lập trong sinh học thông qua thang điểm SCIM và mức độ đau thần kinh do biến chứng CTTS thông qua thang điểm nhìn VAS [3],[5]. Thang điểm SCIM đánh giá được mức độ độc lập của người bệnh thông qua các chức năng sinh hoạt như: chức năng chăm sóc bản thân; chức năng hô hấp và cơ tròn; chức năng di chuyển trong nhà, vào bồn cầu; chức năng di chuyển trong nhà, di chuyển bên ngoài. Chức năng chăm sóc bản thân tổng điểm là 10,5 ± 6,4. So sánh với điểm tối đa nhóm chức năng này theo thang điểm SCIM chúng tôi nhận thấy, mức tổng điểm đạt khoảng 10/20 điểm mức độ bước đầu độc lập. Chức năng hô hấp và cơ tròn chúng tôi nhận thấy tổng điểm ghi nhận được là 19,8 ± 9,0 (điểm tối ưu là 40 điểm). Ở Việt Nam chưa có mô hình điều trị phục hồi tiền cộng đồng giai đoạn chuẩn bị cho hòa nhập, do đó cũng lý giải cho kết quả số điểm độc lập trong di chuyển trong môi trường bên ngoài bệnh viện là thấp.

Đánh giá tác động đau đến chất lượng sống của BN sau CTTS. Đau thần kinh là biến chứng thường gặp ở BN sau chấn thương tủy sống. Đau gặp ở tất cả mức độ và vị trí TTTS. Đau thần kinh có thể dẫn đến trầm cảm, ảnh hưởng đến mọi hoạt động và sinh hoạt của BN. Vì vậy đau là khía cạnh quan trọng ảnh hưởng đến chất lượng sống của BN sau CTTS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn BN đau ở mức độ nhẹ chiếm 92,3% chỉ có 6,2% mức độ đau bình thường, không có trường hợp nào đau nhiều như đã được mô tả về cường độ đau thần kinh. Điều này được lý giải là do BN trong nhóm nghiên cứu đang ở giai đoạn đầu, trong khi đau thần kinh lại xuất hiện sau 6 tháng đến 1 năm. Kết quả này tương đồng với nhận xét của Nguyễn Văn Chương (2006) biến chứng đau thần kinh chủ yếu xuất hiện sau CTTS 3 tháng đến 1 năm, thậm chí có nhiều trường hợp xuất hiện đau thần kinh xuất hiện nhiều năm sau chấn thương [2].

V. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá mức độ ảnh hưởng đến chất lượng sống theo thang điểm đánh giá mức độ độc lập SCIM và thang điểm đánh giá mức độ đau VAS thì chiếm một tỉ lệ tương đối cao 76,9% bệnh nhân sau CTTS có chất lượng cuộc sống không tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Đào Vũ và Cao Minh Châu**, *Bước đầu đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng cho bệnh nhân liệt tứ chi sau chấn thương cột sống cổ*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học Y Hà Nội, 2006.
2. **Nguyễn Văn Chương**, *Đau thần kinh*, Thực hành lâm sàng thần kinh học, Nhà xuất bản Y học, 2006; (2) tr 223-230.
3. **Collens SL, et al.** "The visual analogue pain intensity scale: what is moderate pain in ilimeters", *Pain*, 1997; 72(1-2), pp. 95-97.
4. **Duggan, C. H, and Dijkers.** "MQuality of life after spinal cord injury: A qualitative study", *Rehabilitation Psychology*, 2001; 46, pp. 3-27.
5. **Fekete1 C, et al** "Development and validation of a self-report version of the Spinal Cord Independence Measure (SCIM III)", *Spinal Cord*, 2013; 51, pp. 40-47.
6. **Krause, J. S.** "Life satisfaction after spinal cord injury: A descriptive study", *Rehabilitation Psychology*, 1992; 37, pp. 61-69.
7. **WHO.** "Measuring quality of life", *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*; 1997.

ĐẶC ĐIỂM ĐIỆN THỂ KÍCH THÍCH THỊ GIÁC Ở BỆNH NHÂN VIÊM THỊ THẦN KINH HẬU NHÃN CẦU

Nguyễn Đức Quỳnh¹, Lê Đình Tùng²

TÓM TẮT¹⁸

Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu là bệnh lý do nhiều nguyên nhân gây nên tình trạng viêm khu trú ở bó hoàng điểm gây mất myelin phần dây thần kinh thị giác từ sau vị trí động mạch trung tâm võng mạc chui vào dây thần kinh thị. Ghi điện thể kích thích thị giác (VEP) có thể phát hiện được sự thay đổi chức năng trong giai đoạn sớm của bệnh. Để góp phần tìm hiểu giá trị và hạn chế của phương pháp ghi VEP trong chẩn đoán bệnh lý viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm các sóng điện thể kích thích thị giác trên bệnh nhân viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu*. Kết quả nghiên cứu trên 46 bệnh nhân viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu, tuổi từ 18 đến 60, trung bình $37,3 \pm 12,2$ tuổi cho thấy: Tần suất xuất hiện các sóng N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅ ở chuyển đạo cùng bên và đối bên kích thích là 100%. Tần suất xuất hiện của sóng P₁₇₅ ở chuyển đạo cùng bên kích thích là 42%, đối bên là 43,5%; Mắt bị viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu có thời gian tiềm tàng của các sóng N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅; Thời gian liên đỉnh N₇₅ – P₁₀₀ kéo dài; Điện thế liên đỉnh BL – N₇₅, N₇₅ – P₁₀₀, P₁₀₀ – N₁₄₅ thấp rõ rệt so với mắt lành và mắt của người bình thường. Kết quả nghiên cứu cho thấy độ nhạy của kỹ thuật ghi Pr-VEP trong chẩn đoán viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu tương đương với kỹ thuật chụp MRI.

Từ khóa: Điện thể kích thích thị giác, viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF VISUAL EVOKED POTENTIALS IN RETROBULBAR NEURITIS PATIENTS

Retrobulbar neuritis is a form of optic neuritis in which the optic nerve at the back of the eye becomes inflamed. The inflamed area is between the back of the eye and the brain. Retrobulbar neuritis can be caused by a variety of conditions. Whereas, Visual evoked potentials obtained on pattern stimulation (PVEP) represent an averaged response of the visual cortex induced by repeated visual stimulations and as such reflecting optic nerve function such as its electrophysiologic conductivity of its axons. To identify the values and limitations of this method in early diagnose retrobulbar neuritis, we processed this study with objective describing the characteristic PVEP findings in Retrobulbar neuritis. The results indicate

that, in retrobulbar neuritis eye, the occurrent ratio of N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅ nearly 100 percent. N₇₅, N₁₀₀, P₁₄₅, interpeak latency of N₇₅-P₁₀₀ were significantly delayed. The amplitude of N₇₅, N₇₅-P₁₀₀, P₁₀₀ – N₁₄₅ drastically decreased in comparison with normal eye and normal people. And, the sensitivity of this method was similar with MRI findings.

Keywords: Retrobulbar neuritis, Pr-VEP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu là một thể của bệnh lý viêm dây thần kinh thị giác. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc bệnh vào khoảng 5 – 6,4/100000 [1] nhưng chưa có số liệu thống kê cụ thể ở Việt Nam. Bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra tình trạng viêm khu trú ở bó hoàng điểm phần dây thần kinh thị giác từ sau vị trí động mạch trung tâm võng mạc chui vào dây thần kinh thị, gây mất myelin ảnh hưởng tới sự dẫn truyền xung động thần kinh, làm giảm thị lực nhiều và nhanh chóng. Chẩn đoán bệnh hiện nay chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng, soi đáy mắt và chụp cộng hưởng từ sọ não.

Với bệnh viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu (VTTKHNC), ghi VEP có thể phát hiện được sự thay đổi chức năng trong giai đoạn sớm của bệnh [2], [3]. Ở Việt Nam, đã có một số công trình nghiên cứu ứng dụng VEP để chẩn đoán, theo dõi, đánh giá một số bệnh liên quan đến thị thần kinh. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào được thực hiện trên bệnh nhân VTTKHNC, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm các sóng điện thể kích thích thị giác trên bệnh nhân viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- *Phương pháp nghiên cứu:* mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, trên 46 đối tượng từ 18 đến 60 tuổi. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 pq}{d^2}$$
, trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu, $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số giới hạn tin cậy, chọn $\alpha = 0,05$, d: mức sai lệch mong muốn cho phép, chọn $d=0,09$; $p = 0,9$ (tỷ lệ bệnh nhân VTTKHNC có VEP bất thường theo nghiên cứu trước [2]).

- *Đối tượng nghiên cứu:* các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu tại Viện Mắt Trung ương.

¹Bệnh viện Nhiệt đới TW

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Tùng

Email: tung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

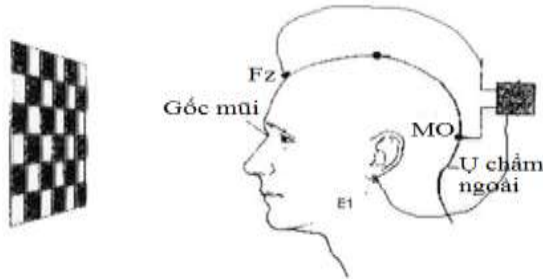
Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán: Giảm thị lực nhanh, đột ngột; đau nhức hốc mắt, đau tăng khi vận động hoặc ấn vào nhãn cầu; tổn thương đồng tử hướng tâm tương đối, có thể có rối loạn sắc giác; thị lực giảm sút ở nhiều mức độ; tổn thương thị trường dạng ám điểm trung tâm, cạnh trung tâm hay lan tỏa (đo bằng thị trường kế Humphrey); đáy mắt và nhãn áp bình thường; thị thần kinh tăng kích thước (> 5mm), tăng tín hiệu trên MRI.

- Tiêu chuẩn loại trừ: không phân biệt được sáng tối, mặc các bệnh lý khác gây giảm thị lực như tổn thương bán phần trước, đục thủy tinh thể, phù gai thị, lồi mắt, mù màu bẩm sinh, bệnh võng mạc do đái tháo đường, viêm võng mạc sắc tố, bong võng mạc cũ, tăng nhãn áp, đái tháo đường, tăng huyết áp, migraine, dùng các thuốc ảnh hưởng tới sắc giác (chloroquin, carbamazepin,...), không hợp tác để ghi VEP.

- Phương pháp thu thập số liệu: Đối tượng nghiên cứu được ghi VEP trong phòng tối, cường độ ánh sáng nền < 9 cd/m², nhiệt độ phòng 25 – 27°C. Điện cực ghi được đặt theo sơ đồ dưới đây.



Trước khi ghi, đối tượng giải thích rõ về mục đích, quy trình ghi Pr - VEP. Điện cực ghi được đặt trên da đầu theo tiêu chuẩn Queen Square. Vị trí MO cách u mắt ngoài 5cm về phía trước

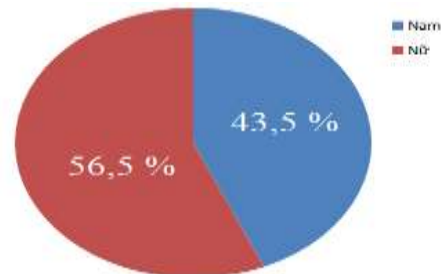
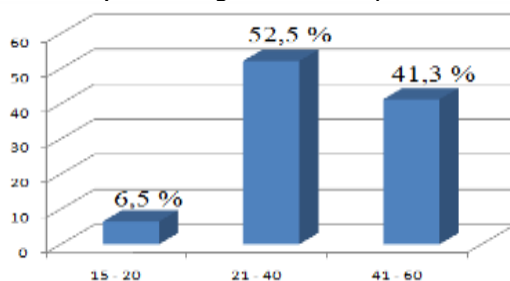
theo đường giữa. LO đối xứng với RO và cách MO 5cm về bên trái. Điện cực tham chiếu được đặt tại điểm Fz (MF) cách gốc mũi 12 cm trên đường nối giữa gốc mũi và u mắt ngoài. Kích thích thị giác bằng bảng màu gồm các ô vuông đen, trắng, xen kẽ, đều nhau, kích thước 16' trên màn hình có độ tương phản 50 - 80%. Tần số đổi màu của các ô: 1Hz; ghi 200 kích thích có đáp ứng, mỗi mắt ghi hai lần, trường hợp chưa xác định được chính xác đỉnh sóng: tăng kích thước ô vuông (check size) lên 8', 4' hoặc tăng tần số kích thích.

- Phân tích và xử lý số liệu: Sử dụng kiểm định Student T-test để so sánh giá trị trung bình của 2 nhóm. ANOVA – one way so sánh nhiều giá trị trung bình. Kiểm định χ^2 để so sánh các tỷ lệ. Cỡ mẫu nhỏ sử dụng kiểm định Mann-Whitney U test. Với $p < 0,05$ được cho là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Đạo đức nghiên cứu: Ghi VEP là kỹ thuật không xâm lấn, không gây đau, an toàn, không biến chứng. Đối tượng được giải thích kỹ trước khi thực hiện kỹ thuật, số liệu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu với sự đồng ý của đối tượng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: 46 đối tượng (20 nam chiếm 43,5% và 26 nữ, 56,5%) từ 18 đến 60 tuổi, được chẩn đoán VTTKHNC tại Khoa Đáy mắt – Viện Mắt Trung ương. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $37,3 \pm 12,2$. Trong số 46 bệnh nhân, có 21 bệnh nhân được chẩn đoán VTTKHNC hai mắt, 25 bệnh nhân được chẩn đoán VTTKHNC một mắt (biểu đồ 3.1).



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (trái) và giới tính (phải)

3.2. Kết quả ghi VEP trên bệnh nhân VTTKHNC

3.2.1. Tần suất xuất hiện các sóng: Tần suất xuất hiện các sóng VEP được tính bằng số lần xuất hiện sóng chia cho tổng số lần ghi.

Bảng 3.2. Tần suất xuất hiện các sóng trên các đường ghi VEP CB và ĐB

Sóng	Cùng bên		Đôi bên	
	n	Tần suất	n	Tần suất
N ₇₅ (L1)	193	100%	192	99,5%
P ₁₀₀ (L2)	193	100%	193	100%

N ₁₄₅ (L3)	193	100%	193	100%
P ₁₇₅ (L4)	81	42%	84	43,5%
Tổng số lần ghi	193		193	

Tần suất xuất hiện các sóng N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅ ở chuyển đạo cùng bên và đối bên kích thích là 100% trừ sóng N₇₅ xuất hiện với tần suất 99,5% ở chuyển đạo đối bên. Tần suất xuất hiện của sóng P₁₇₅ ở chuyển đạo cùng bên kích thích là 42%, đối bên là 43,5%.

3.2.2. Thời gian tiềm tàng, thời gian liên đỉnh, biên độ liên đỉnh của các sóng VEP cùng bên và đối bên khi kích thích mắt được chẩn đoán VTTKHNC và mắt lành

So sánh thời gian tiềm tàng, thời gian liên đỉnh, điện thế liên đỉnh của các sóng VEP ở đường ghi VEP cùng bên và đối bên với mắt viêm thị thần kinh được trình bày ở bảng 3.3.

Bảng 3.3. Kết quả ghi VEP cùng bên và đối bên khi kích thích mắt bị VTTKHNC

Chỉ số		CB (n = 67) $\bar{X} \pm SD$	ĐB (n = 67) $\bar{X} \pm SD$
TGTT (ms)	N ₇₅	97,2 ± 24,5	97,4 ± 25,2
	P ₁₀₀	131,3 ± 28,5	130,9 ± 29,9
	N ₁₄₅	166,7 ± 31,5	167,0 ± 32,8
TGLĐ (ms)	N ₇₅ – P ₁₀₀	34,0 ± 14,9	33,7 ± 14,5
	P ₁₀₀ – N ₁₄₅	35,5 ± 12,5	36,1 ± 13,9
ĐTLĐ (μV)	BL – N ₇₅	1,22 ± 1,15	1,24 ± 1,23
	N ₇₅ – P ₁₀₀	3,23 ± 2,83	3,15 ± 2,26
	P ₁₀₀ – N ₁₄₅	3,36 ± 3,10	3,40 ± 2,74
p		> 0,05	

Kết quả VEP thu được khi kích thích mắt bị VTTKHNC được trình bày ở bảng 3.3 cho thấy: không có sự khác biệt về TGTT của các sóng (N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅), TGLĐ (N₇₅ – P₁₀₀, P₁₀₀ – N₁₄₅), ĐTLĐ (BL – N₇₅, N₇₅ – P₁₀₀, P₁₀₀ – N₁₄₅) ghi được ở đường ghi cùng bên và đối bên (p > 0,05).

3.2.3. Thời gian tiềm tàng, thời gian liên đỉnh, biên độ liên đỉnh của các sóng VEP được ghi ở chuyển đạo cùng bên và đối bên với mắt lành ở bệnh nhân được chẩn đoán VTTKHNC

Mắt lành là mắt được kết luận là bình thường khi thăm khám trên lâm sàng và kết quả chụp MRI. So sánh TGTT, TGLĐ, ĐTLĐ của các sóng VEP trên đường ghi cùng bên và đối bên với mắt lành ở bệnh nhân VTTKHNC được trình bày ở bảng 3.4.

Bảng 3.4. Kết quả VEP cùng bên và đối bên khi kích thích mắt lành

Chỉ số		CB (n = 25) $\bar{X} \pm SD$	ĐB (n = 25) $\bar{X} \pm SD$
TGTT (ms)	N ₇₅	74,7 ± 14,1	73,7 ± 13
	P ₁₀₀	103,3 ± 19,5	102,1 ± 20,7
	N ₁₄₅	136 ± 24,8	135,2 ± 23,5
TGLĐ (ms)	N ₇₅ – P ₁₀₀	28,6 ± 8,1	28,4 ± 9,7
	P ₁₀₀ – N ₁₄₅	33,5 ± 12,7	34,1 ± 14,1
ĐTLĐ (μV)	BL – N ₇₅	1,20 ± 1,13	1,3 ± 1,06
	N ₇₅ – P ₁₀₀	5,72 ± 4,56	5,60 ± 4,58
	P ₁₀₀ – N ₁₄₅	6,37 ± 6,30	5,69 ± 5,03
p		> 0,05	

Kết quả VEP thu được khi kích thích mắt lành (n = 25) trình bày ở bảng 3.4 cho thấy: không có sự khác biệt về TGTT của các sóng (N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅), TGLĐ (N₇₅ – P₁₀₀, P₁₀₀ – N₁₄₅), ĐTLĐ (BL – N₇₅, N₇₅ – P₁₀₀, P₁₀₀ – N₁₄₅) ghi được ở đường ghi cùng bên và đối bên (p > 0,05).

3.2.4. Thời gian tiềm tàng, thời gian liên đỉnh, biên độ liên đỉnh của các sóng VEP khi kích thích mắt VTTKHNC và mắt lành

Khi kích thích mắt VTTKHNC và mắt lành, kết quả ghi VEP ở chuyển đạo cùng bên và đối bên

với mắt được kích thích không có sự khác biệt (p > 0,05), do đó chúng tôi lấy trung bình giữa chuyển đạo cùng bên và đối bên làm giá trị chung cho mắt được kích thích. So sánh thời gian tiềm tàng, thời gian liên đỉnh của các sóng VEP giữa mắt VTTKHNC và mắt lành ở bệnh nhân VTTKHNC, kết quả trình bày ở bảng 3.5 cho thấy: không có sự khác biệt về TGLĐ P₁₀₀ – N₁₄₅ và ĐTLĐ BL – N₇₅ (p > 0,05); khác biệt rõ rệt về TGTT (N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅), TGLĐ (N₇₅ – P₁₀₀), ĐTLĐ (N₇₅ – P₁₀₀, P₁₀₀ – N₁₄₅) (p < 0,05).

Bảng 3.5. Kết quả ghi VEP khi kích thích mắt bệnh và mắt lành

Chỉ số		MB (n = 67) $\bar{X} \pm SD$	ML (n = 25) $\bar{X} \pm SD$	p
TGTT (ms)	N ₇₅	97,2 ± 23,4	74,6 ± 14,6	< 0,001
	P ₁₀₀	132,1 ± 27,1	103,9 ± 19,5	< 0,001

	N ₁₄₅	167,6 ± 30,0	134,9 ± 25,7	< 0,001
TGLĐ (ms)	N ₇₅ – P ₁₀₀	34,7 ± 14,2	29,2 ± 7,6	< 0,05
	P ₁₀₀ – N ₁₄₅	35,8 ± 12,1	31,7 ± 10,0	> 0,05
ĐTLĐ (μV)	BL – N ₇₅	1,20 ± 1,19	1,28 ± 1,20	> 0,05
	N ₇₅ – P ₁₀₀	3,14 ± 2,68	5,50 ± 3,80	< 0,01
	P ₁₀₀ – N ₁₄₅	3,23 ± 2,99	5,81 ± 4,68	< 0,05

Như vậy, khi kích thích mắt VTTKHNC các sóng VEP có thời gian tiềm tàng kéo dài rõ rệt so với kích thích mắt lành ($p < 0,05$). Điện thế liên đỉnh của các sóng VEP khi kích thích mắt VTTKHNC có xu hướng thấp hơn so với khi kích thích mắt lành.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu và kỹ thuật ghi Pr-VEP: Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu trên lâm sàng (đáp ứng đầy đủ tiêu chí được đề cập đến trong phần đối tượng nghiên cứu). 46 bệnh nhân được chẩn đoán VTTKHNC với 67 mắt bị bệnh. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 18, lớn nhất là 60 tuổi, trung bình là $37,3 \pm 12,2$ tuổi. Theo Hiệp hội Điện sinh lý Nhãn khoa Quốc tế (ISCEV): người bình thường từ 6 đến 60 tuổi điện thế kích thích thị giác đã tương đối ổn định và ít thay đổi [4]. Về kỹ thuật ghi Pr-VEP, trong nghiên cứu này chúng tôi thực hiện ghi VEP theo các tiêu chuẩn được thống nhất tại Hội nghị Điện sinh lý Nhãn khoa quốc tế ở Hoa Kỳ năm 1984 và 1992 [5] và hiện đang được thực hiện ở hầu hết các labo Điện sinh lý trong và ngoài nước.

4.2. Kết quả ghi VEP ở mắt lành và mắt được chẩn đoán VTTKHNC

Nghiên cứu về VEP trên người bình thường, Leslie Huszar và cs nhận thấy ở những người dưới 60 tuổi thì giới hạn trên của TGGT sóng P₁₀₀ là 115 ms, giá trị này tăng rõ rệt ở những người trên 60 tuổi (trên 120 ms đối với nữ, 125 ms đối với nam) [6]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán VEP bất thường của Hiệp hội Sinh lý thần kinh Lâm sàng Hoa Kỳ 2008 [7], ISCEV năm 2009, số liệu tham chiếu VEP trên người bình thường lứa tuổi 20 – 50 của labo Điện sinh lý Trường Đại học Y Hà Nội. Kết quả thu được từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy VEP bất thường gặp ở 40/46 bệnh nhân được chẩn đoán VTTKHNC chiếm 87%. Độ nhạy của kỹ thuật ghi VEP là 86,6% tương đương với độ nhạy của phương pháp chụp MRI sọ não theo nghiên cứu của tác giả Lê Minh Thông (83,9%) [2]. Kết quả trên cho thấy VEP là một kỹ thuật có hiệu quả cao trong chẩn đoán bệnh lý VTTKHNC.

4.3. Không có sự khác biệt về thời gian tiềm tàng, thời gian liên đỉnh, điện thế liên đỉnh của các sóng VEP ở chuyển đạo cùng bên và đối bên khi kích thích mắt VTTKHNC và khi kích thích mắt lành

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian tiềm tàng, thời gian liên đỉnh và điện thế liên đỉnh của các sóng VEP giữa chuyển đạo cùng bên và đối bên ở mắt VTTKHNC cũng như ở mắt lành không có sự khác biệt ($p > 0,05$) (bảng 3.3, 3.4, 3.5). Leslie Huszar và Di – Rusocho rằng VEP có nguồn gốc từ đường dẫn truyền thị giác nên khi kích thích một bên mắt, tín hiệu sẽ được truyền theo dây thần kinh thị đi qua chéo thị đến vỏ não vùng chẩm ở cả 2 bên bán cầu nên điện thế do kích thích thị giác xuất hiện ở cả chuyển đạo cùng bên và đối bên [6]. Ở mắt VTTKHNC, chúng tôi cho rằng thần kinh thị bị viêm khu trú từ sau nhãn cầu cho tới trước giao thoa thị giác, tổn thương viêm chủ yếu là mất myelin hơn là tổn thương sợi trục. Vì vậy, nếu có tổn thương trước giao thoa thị giác, sau khi qua chéo thị sẽ ảnh hưởng tới đường dẫn truyền thị giác của cả hai bên, do đó VEP bất thường như nhau cả ở chuyển đạo cùng bên và đối bên.

V. KẾT LUẬN

1. Tần suất xuất hiện các sóng N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅ ở chuyển đạo cùng bên và đối bên kích thích là 100%. Tần suất xuất hiện của sóng P₁₇₅ ở chuyển đạo cùng bên kích thích là 42%, đối bên là 43,5%.

2. Mắt bị VTTKHNC có thời gian tiềm tàng của các sóng N₇₅, P₁₀₀, N₁₄₅; Thời gian liên đỉnh N₇₅ – P₁₀₀ kéo dài; Điện thế liên đỉnh BL – N₇₅, N₇₅ – P₁₀₀, P₁₀₀ – N₁₄₅ thấp rõ rệt so với mắt lành và mắt của người bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brigell M., Kaufmann D.L., Bobak P., et al. (1994). The pattern visual evoked potential - A multicenter study using standardized tech. *Ophthalmology*. 65-79.
2. Lê Minh Thông, Dương Quang Huỳnh Nga (2010). *Đánh giá chẩn đoán và kết quả điều trị viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu*, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.
3. Sreng Huong (2013). *Nghiên cứu tác dụng của truyền Solumedrol trong điều trị viêm thị thần kinh*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

4. J. Vernon Odom, Michael Bach, Mitchell Brigell, et al. (2009). ISCEV standard for clinical visual evoked potentials. *Doc Ophthalmol*.120, 111-119
5. Gastone G., Celesia, Ivan Bodis-Woller, Graham F.A. Harding (1993). Recommended standards for electroretinograms and Visual Evoked Potentials. Report of an IFCN committee. *Electroencephalography and neurophysiology. Elsevier scientific publisher Ireland*.421-436.
6. Leslie Huszar MD, Andrew S. Blum MD, Matthew J. Baker (2002). Clinical utility of evoked potentials. *Instant access to the minds of medicine*.1-17.
7. American Clinical Neurophysiology Society (2008). Guidelines on Visual Evoked Potentials. *Guideline 9.9B*, 5-9.

LIỆU PHÁP THAY THẾ NỘI TIẾT TỔ SINH DỤC NAM TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TUYẾN SINH DỤC NAM GIỚI

Phạm Quang Vinh*, Nguyễn Phương Hồng**

TÓM TẮT¹⁹

Đặt vấn đề: Mặc dù lợi ích của liệu pháp thay thế nội tiết tố sinh dục nam (TT NTTSDN) là không thể chối cãi, song liệu pháp còn có chống chỉ định và các tác dụng phụ, được bàn luận rất nhiều trong các hội nghị khoa học chuyên ngành trong thời gian gần đây. Mục đích của bài viết là thông qua các công trình nghiên cứu để nêu lên chỉ định, chống chỉ định và cách theo dõi đánh giá liệu pháp trong quá trình điều trị. **Phương pháp:** Tham khảo các công trình nghiên cứu, liên quan đến điều trị suy tuyến sinh dục nam giới, được công bố trong thời gian gần đây. **Kết quả:** Chỉ định liệu pháp cho tất cả các bệnh nhân, có triệu chứng thiếu hụt nội tiết tố sinh dục nam (NTT SDN) và testosterone máu thấp. Chống chỉ định tuyệt đối là ung thư tuyến vú và ung thư tuyến tiền liệt. Triệu chứng ngưng thở khi đang ngủ, triệu chứng đường tiểu dưới của tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, bệnh đa hồng cầu và rối loạn đông máu chỉ là chống chỉ định tương đối. Phải theo dõi đánh giá liệu pháp theo phác đồ vào tháng thứ 3, thứ 6 và hàng năm, kể từ khi điều trị. **Kết luận:** Liệu pháp TT NTTSDN được chỉ định cho tất cả nam giới bị suy tuyến sinh dục, nhưng liệu pháp còn có các chống chỉ định tuyệt đối và tương đối, cần phải tuân thủ. Hơn nữa, phải theo dõi đánh giá liệu pháp trong suốt quá trình điều trị.

SUMMARY

MALE SEX HORMONES ALTERNATIVE THERAPY IN TREATMENT OF ANDROPAUSE

Purpose: Although benefits of male sex hormones alternative therapy are clear, it remains contraindications and side effects which have been discussed a lot in specialized scientific conferences recently. The purpose of this article is through studies to address indications, contraindications and ways to monitor and evaluate the therapy during treatment.

*Học viện Quân Y

** Phòng khám Đa khoa Âu Việt

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Quang Vinh

Email: vinh2002hanoi@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Method: To refer recently published studies relating to the treatment of the andropause. **Results:** To apply the therapy for all patients with symptoms of a gradual drop in male sex hormones and testosterone. Absolute contraindication for breast cancer and prostate cancer. Relative contraindication for Obstructive Sleep Apnea Syndrome, lower urinary tract symptoms of Benign prostatic hyperplasia, polycythemia and coagulopathy. It must monitor and evaluate the therapy in the 3rd, 6th months and every year during treatment. **Conclusion:** The male sex hormones alternative therapy is indicated for all men suffering from the andropause but there remains absolute and relative contraindication to be strictly followed. Moreover, the therapy should be monitored and evaluated during treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệu pháp TT NTTSDN được chỉ định để điều trị suy tuyến sinh dục nam bẩm sinh cũng như suy tuyến sinh dục nam mắc phải. Sử dụng, sử dụng sai hay lạm dụng liệu pháp đã được tranh luận rất nhiều trong thời gian gần đây. Mặc dù liệu pháp đã cải thiện các triệu chứng lâm sàng và góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, nhưng liệu pháp còn có các chống chỉ định, đòi hỏi phải được biết đến và đánh giá lại để tối ưu hóa các ưu điểm và hạn chế tối đa các tác dụng phụ của liệu pháp. Mục đích của bài viết là thông qua các công trình nghiên cứu được công bố trong thời gian gần đây để nêu lên các chỉ định, chống chỉ định và theo dõi đánh giá liệu pháp trong quá trình điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiếu hụt NTTSDN dù là do bệnh lý bẩm sinh (ngừng phát triển tinh hoàn, bệnh di truyền kiểu nhân, ...) hay do bệnh lý mắc phải (sau viêm tinh hoàn do virus quai bị, mẫn dục nam, ...), dù là do bệnh lý tiên phát (gây ra bởi tổn thương của tinh hoàn) hay do bệnh lý thứ phát (gây ra bởi tổn thương của vùng dưới đồi-tuyến yên), chúng

thường gây ra các triệu chứng không điển hình, nhưng ảnh hưởng rất nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Các triệu chứng này là biểu hiện các mức độ nặng nhẹ khác nhau của hội chứng suy tuyến sinh dục, như:

*Các rối loạn ham muốn tình dục, hệ lông rụng nhiều và còn lại ít, ...

*Các rối loạn chức năng tình dục, như rối loạn cương dương, rối loạn xuất tinh, rối loạn cực khoái, ...

*Các rối loạn về cách thức xử sự, như buồn nản, suy nhược, dễ cáu gắt, ...

*Loãng xương với gãy xương, ...

*Các thay đổi về chuyển hóa: không dung nạp đường, giảm khối lượng cơ bắp, tăng khối lượng mỡ, ...

* Có cơn ngưng thở khi đang ngủ.

III. CHỈ ĐỊNH, CHỐNG CHỈ ĐỊNH VÀ PHƯƠNG THỨC ĐIỀU TRỊ

3.1. Chỉ định: Chỉ định liệu pháp TT NTTSDN dựa vào sự phối hợp:

*Các triệu chứng lâm sàng gợi ra sự thiếu hụt NTTSDN (xem mục 2).

*Tỷ lệ testosterone toàn bộ trong huyết thanh (lấy máu 2 lần vào 8 giờ và 10 giờ sáng) và testosterone khả dụng sinh học (được làm thêm đối với người thừa cân, béo phì, tiểu đường, nếu có phương tiện), đều thấp hơn mức tham chiếu tối thiểu của nam giới khỏe mạnh, bình thường.

3.2. Chống chỉ định

*Ung thư vú là chống chỉ định tuyệt đối.

*Ung thư tuyến tiền liệt là chống chỉ định kinh điển của liệu pháp, nhưng liệu pháp không tạo điều kiện thuận lợi để ung thư xuất hiện. Trước khi tiến hành liệu pháp, phải thăm trực tràng và đo tỷ lệ PSA trong huyết thanh. Khi kết quả thăm trực tràng bất thường hoặc PSA toàn bộ > 10 ng/ml, hoặc PSA tự do/PSA toàn bộ < 18%, phải sinh thiết tuyến tiền liệt để xác định chẩn đoán.

*Triệu chứng tăng hồng cầu (hematocrit > 52%), thường kết hợp với tăng nguy cơ bị các bệnh tim mạch, nhất là ở các bệnh nhân bị suy tim. Khi điều trị cho bệnh nhân bị hội chứng thiếu hụt NTT SDN, chỉ kết hợp với một trong hai bệnh đa hồng cầu hoặc các bệnh tim mạch, liệu pháp TT NTTSDN không làm tăng nguy cơ của các bệnh tim mạch.

*Có triệu chứng ngưng thở khi đang ngủ hoặc có các triệu chứng đường tiểu dưới (tiểu khó, tiểu rất, tiểu gấp, tiểu không hết bãi), được xác định nguyên nhân là do tăng sản lành tính tuyến tiền liệt, đều không phải là chống chỉ định tuyệt

đối của liệu pháp. Nhưng khi có các triệu chứng đó, nên cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ của liệu pháp trước khi chỉ định điều trị hội chứng thiếu hụt NTTSDN. Đối với các trường hợp này, bệnh nặng lên do sử dụng liệu pháp không được ghi nhận một cách rõ ràng trong y văn.

*Các thay đổi chuyển hóa, sinh ra do sử dụng liệu pháp, có thể làm rối loạn thăng bằng các chất chống đông. Vì vậy, cần phải theo dõi các chỉ số về chuyển hóa (*xét nghiệm máu: đường, Hba1c nếu đang điều trị tiểu đường; Triglycerid, LDH, HDL, Cholesterol toàn bộ; GOT, GPT, gamma GT, Bilirubin toàn bộ*) ngay từ khi bắt đầu và trong quá trình điều trị.

3.3. Phương thức điều trị

*Đường tiêm bắp: do tác dụng của thuốc kéo dài, một số người thích sử dụng đường tiêm bắp. Thời gian giữa 2 lần tiêm có thể thay đổi từ 2 – 4 tuần. Thời gian giữa các đợt điều trị tùy thuộc vào sự tái phát của các triệu chứng và tỷ lệ testosterone trong huyết thanh. Liều lượng: testosterone enanthat (Androtardyl) 250 mg (ống tiêm). Tiêm bắp sâu, 3 – 4 tuần tiêm 1 ống. Phương pháp tiêm bắp sâu với testosterone có tác dụng kéo dài 10 – 14 tuần (Nebido) ít được sử dụng.

*Đường uống: để sử dụng, tác dụng của thuốc phụ thuộc vào tỷ lệ thuốc được hấp thu, liên quan đến lượng chất béo trong bữa ăn. Liều dùng: testosterone undecanoat (Andriol Testocap 40 mg x 3 viên/ngày) hoặc mesterolone (Provironum 25 mg x 3 viên/ngày).

*Kem bôi, miếng dán: Đối với các trường hợp có chống chỉ định dùng đường tiêm bắp (rối loạn đông máu, các bệnh về máu) hoặc có bệnh nhân lựa chọn. Liều lượng tùy vào cách sử dụng:

+ Testosterone (Androgel) 50 mg / 1 túi nhỏ. 1 ngày bôi 1 lần, 1 túi nhỏ vào buổi sáng, bôi vào da cánh tay, da bả vai hoặc da bụng (da phải khô và sạch).

+ Testosterone (Testopatch) 2,4 mg. 48 giờ dán 1 lần 2 miếng, dán vào da cánh tay, da đùi hoặc da lưng (da phải khô và sạch).

Phương pháp bôi hoặc dán cho phép hàm lượng testosterone trong máu ổn định kéo dài, nhưng thường gặp phản ứng da (10%), như nổi ban đỏ và ngứa.

3.4. Theo dõi và đánh giá hiệu quả của liệu pháp

Sau khi điều trị 3 tháng, 6 tháng và hàng năm, đánh giá liệu pháp về các mặt:

*Hiệu quả:

+ Lâm sàng: hết các triệu chứng về tinh thần và tình dục, sự cải thiện tình trạng toàn thân, ...

+ Xét nghiệm: sự khôi phục hàm lượng testosterone trong huyết thanh và khoảng cách giữa 2 đợt điều trị, nếu các triệu chứng tái phát.

*Dùng nạp thuốc thông qua việc theo dõi sự xuất hiện của các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

+Các triệu chứng đường tiểu dưới, bảng câu hỏi quốc tế về các triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS), thăm trực tràng hàng năm.

+Các rối loạn về cách xử sự; dễ cáu gắt, buồn nản, suy nhược, ...

+Sự nặng lên của cơn ngưng thở khi đang ngủ, huyết áp cao, tiểu đường loại 2, ...

+Xét nghiệm PSA huyết thanh, công thức máu với hematocrit, đường máu, chức năng gan và các chất chuyển hóa lipid.

Trong quá trình theo dõi, nếu các triệu chứng lâm sàng không được cải thiện hoặc xuất hiện các triệu chứng do tác dụng phụ của thuốc gây ra, nên ngừng sử dụng liệu pháp.

IV. KẾT LUẬN

Liệu pháp TT NTTSDN được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân có triệu chứng thiếu hụt NTTSDN và testosterone máu thấp. Ung thư vú và ung thư tuyến tiền liệt là các chống chỉ định tuyệt đối. Triệu chứng ngưng thở khi đang ngủ, rối loạn tiểu tiện do u lành tuyến tiền liệt, đa hồng cầu và rối loạn đông máu chỉ là các chống chỉ định tương đối. Cần phải theo dõi đánh giá liệu pháp trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cuzin B., Giuliano F., Jamin C. et al. (2003). Diagnostic, traitement et surveillance de l'hypogonadisme de survenue tardive chez l'homme. Recommandations officielles de l'International Society for the Study of the Aging Male (ISSAM) et commentaires. *Ann. Endocrinol.*; 64: 289 – 304.
2. Dohle G. R., Arver S., Bettocchi C. et al. (2012). Guidelines on male hypogonadism. *EAU Guidelines*; [ISBN 978-90-79754-70-0].
3. Gruenewald D. A., Matsumoto A. M. (2003). Testosterone supplementation therapy for older men: potential benefits and risks. *J. Am. Geriatr. Soc.*; 51: 101 – 115.
4. Shabsigh R., Crawford E. D., Nehra A. et al. (2009). Testosterone therapy in hypogonadal men and potential prostate cancer risk: a systematic review. *Int. J. Impot. Res.*; 21(1): 9 – 23.
5. Morgentaler A. (2009). Testosterone therapy in men with prostate cancer: scientific and ethical considerations. *J. Urol.*; 181(3): 972 – 979.
6. Vanderschueren D. (2008). Deficit partiel en androgènes de l'homme vieillissant (PADAM) et supplémentation en testostérone: utilisation, mauvais emploi ou abus ? *Traité d'andrologie à l'usage des cliniciens*. Springer; 551 – 554.
7. Wang C., Nieschlag E., Swerdloff R. et al. (2008). Investigation, treatment and monitoring of late-onset hypogonadism in males: ISA, ISSAM, EAU, EAA and ASA recommendations; *Eur. J. Endocrinol.*; 159(5): 507 – 514.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ THUỐC BEVACIZUMAD (AVASTIN) TRONG ĐIỀU TRỊ PHÙ HOÀNG ĐIỂM DO TẮC NHÁNH TĨNH MẠCH VỔNG MẠC

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT²⁰

Nghiên cứu đánh giá tác dụng của Avastin trong điều trị phù hoàng điểm do tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc. Đây là một bệnh lý võng mạc khó điều trị. Nhờ phát hiện ra yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu võng mạc trong bệnh lý này nên những chất ức chế yếu tố này bắt đầu được sử dụng tiêm nội nhãn. Nghiên cứu 32 mắt của 32 bệnh nhân, tuổi trung bình là $58,9 \pm 12,6$, trên 50 tuổi chiếm 81,3%; thấp nhất là nhóm 30-39 tuổi (6,2%). Nữ 56,8%, nam 43,2%. Trước điều trị 100% có thị lực kém và trung bình. Thị lực được cải thiện dần và tăng lên sau 1 tháng, 3 tháng tiêm Avastin. Sau 6 tháng nhóm có thị lực tốt chiếm 85,71%, nhóm thị lực trung bình còn 7,14%

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nhóm có thị lực kém giảm từ 31,2% trước điều trị xuống còn 6,2% sau 3 tháng và 7,14% sau 6 tháng. Độ dày võng mạc trung tâm trước điều trị là $467,31\mu\text{m} \pm 190,88\mu\text{m}$. Sau điều trị võng mạc có xu hướng mỏng dần: sau 1 tháng còn $225,37\mu\text{m} \pm 95,82\mu\text{m}$, sau 3 tháng còn $196,42\mu\text{m} \pm 80,12\mu\text{m}$. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$. Không có biến chứng toàn thân do tiêm Avastin vào buồng dịch kính.

Từ khóa: Bevacizumad, Avastin, tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc.

SUMMARY

RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS OF BEVACIZUMAD (AVASTIN) TO TREAT MACULAR EDEMA DUE TO BRANCH RETINAL VEIN OCCLUSION

The research on evaluating the effect of Avastin in treating macular edema due to the branch retinal vein occlusion. This is one of difficult retinopathies in management. Owing to the discovery of the vascular endothelial growth factor (VEGF) appeared in this retinopathy, the inhibitors have been used to inject to

*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:

the vitreous body. The study included 32 eyes of 32 patients, the mean age were 58.9 ± 12.6 . Over 50 years of age took 81.3%; the lowest was the group of 30 to 39 (6.2%). Female: 56.8%, Male: 43.2%. Before injection, all of eyes had moderate and low visual acuities (VA). The VA gradually improved and increased after the times of one month, three months. After 6 months, the group of the good VA took 85.71%, the moderate VA only took 7.41%. The difference was statistical significance with $p < 0.001$. The low VA group decreased from 31.2% to 6.2% after 3 months and to 7.14% after 6 months. Before treatment the central retinal thickness was $467.31\mu\text{m} \pm 190.88\mu\text{m}$. After treatment the retina has a tendency to gradually thin: one month $225.37\mu\text{m} \pm 95.82\mu\text{m}$, three months $196.42\mu\text{m} \pm 80.12\mu\text{m}$. The difference was statistical significance with $p < 0.001$. There was not any systemic complication form injecting Avastin.

Key words: Bevacizumad, Avastin, branch retinal vein occlusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc (BRVO: Branch retinal vein occlusion) là bệnh lý mạch máu võng mạc thường gặp với tần suất 2,14/1000/năm ở dân số trên 40 tuổi [1]. Bệnh có thể gây mất thị lực ngay tức thì do giảm tưới máu và hậu quả của thiếu oxy võng mạc. Đây là bệnh thường dẫn đến biến chứng phù hoàng điểm gây giảm thị lực. Vì vậy việc giảm thị lực ngoài nguyên nhân tổn hại võng mạc do thiếu máu nguyên phát còn có nguyên nhân phù hoàng điểm. Do đó điều trị phù hoàng điểm là mục tiêu rất quan trọng trong điều trị tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc.

Trước đây phù hoàng điểm được điều trị với Laser khu trú, gần đây với Triamcinolon tiêm nội nhãn, cả hai phương pháp này đều có những kết quả khá tốt nhưng vẫn còn một số hạn chế nhất định.

Người ta đã chứng minh yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu (VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor) trong buồng dịch kính tăng đáng kể sau tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc [3],[6]. Hiện nay người ta nghĩ rằng sự tăng yếu tố VEGF do thiếu máu đã gây nên sự lỏng lẻo của những mối liên kết mạch máu gây nên hiện tượng rò rỉ mạch gây phù. Vậy dùng các chất ức chế VEGF, gọi là Anti VEGF như Pegaptanib, Bevacizumab đã cải thiện đáng kể chất lượng điều trị.

Bevacizumab (Avastin) là kháng thể có tác dụng ức chế chọn lọc các tế bào nội mạc mạch

máu, do đó làm hạn chế quá trình sinh tân mạch và hậu quả của nó, cải thiện cấu trúc và chức năng thị giác. Điều này sẽ làm giảm phù nề võng mạc [4]. Sử dụng Avastin tiêm nội nhãn để điều trị tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc đã được triển khai tại khoa Đáy mắt của Bệnh viện Mắt Đà Nẵng năm 2008. Đây là một nghiên cứu cần thiết góp phần cho ngành mắt về một phương pháp điều trị mới, giúp bệnh nhân hồi phục thị lực nhanh chóng an toàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc có phù hoàng điểm, có ít nhất một lần tiêm Avastin tại khoa Đáy mắt Bệnh viện Mắt Đà Nẵng và không kết hợp với các phương pháp điều trị khác từ 02/2012- 01/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Chọn toàn bộ bệnh nhân (BN) được chẩn đoán tắc tĩnh mạch nhánh võng mạc.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh toàn thân nặng, bệnh kèm tại mắt như viêm loét giác mạc, bệnh nhân từ chối điều trị.

Tiêu chuẩn đánh giá: Đánh giá và phân loại

- *Thị lực* theo ba mức độ sau:

+ Kém: dưới đếm ngón tay (ĐNT) <3m (mét)

+ Trung bình: ĐNT 3m-3/10.

+ Tốt: > 3/10

- Đánh giá tỷ lệ cải thiện *độ dày võng mạc* sau tiêm Avastin

- Các *biến chứng* sau điều trị.

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phương pháp thống kê y học và phần mềm thống kê SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm của nhóm BN nghiên cứu

3.1.1 Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện theo giới

Thu thập được 32 mắt của 32 bệnh nhân, không có bệnh nhân mắc cả hai mắt. Tỷ lệ mắc bệnh ở nữ là 56,2%, nam là 43,8%.

3.1.2 Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện theo nhóm tuổi

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
30 - 39	2	6,2
40 - 49	4	12,4
50 - 59	14	43,8

60 - 69	6	18,8
≥ 70	6	18,8
Tổng cộng	32	100%
Trung bình ± SD	58,9 ± 12,6	

Nhận xét: Tuổi trung bình trong NC của chúng tôi là 58,9 ± 12,6; nhỏ nhất là 36 và lớn nhất là 86. Trên 50 tuổi có 26/32 chiếm 81,3%; thấp nhất là nhóm 30-39 tuổi (6,2%).

3.1.3 Đặc điểm các yếu tố nguy cơ

Bảng 2: Các yếu tố nguy cơ ở nhóm BN nghiên cứu

Huyết áp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tăng huyết áp (HA)	18	56,3
Đái tháo đường	6	18,75
Bệnh lý tim mạch	4	12,5
Không rõ nguyên nhân	4	12,5

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng HA có 18 BN (56,3%) cao hơn các nhóm khác.

3.2 Kết quả điều trị tiêm Avastin nội nhãn

3.2.1 Cải thiện thị lực của bệnh nhân trước và sau điều trị tiêm Avastin

Bảng 3: Cải thiện thị lực của bệnh nhân trước và sau tiêm Avastin

Phân loại thị lực		Trước tiêm	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng
Kém	Số bệnh nhân	10	2	2	2
	%	31,2	6,2	6,2	7,14
Trung bình	Số bệnh nhân	22	12	6	2
	%	68,8	37,5	18,75	7,14
Tốt	Số bệnh nhân	0	18	24	24
	%	0	56,3	75,0	85,71
Tổng số		32	32	32	28

Thị lực kém và trung bình trước điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 100%, thị lực này nói lên tính trầm trọng của bệnh lý. Tuy vậy, sau khi điều trị nhóm thị lực kém và trung bình đã giảm xuống theo thời gian. Thị lực được cải thiện dần và tăng lên sau 1 tháng, 3 tháng tiêm Avastin. Sau 6 tháng nhóm có thị lực tốt chiếm

85,71%, nhóm thị lực trung bình còn 7,14%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Nhóm có thị lực kém giảm từ 31,2% trước điều trị xuống còn 6,2% sau 3 tháng và còn 7,14% sau 6 tháng (tính trên số 28 bệnh nhân tái khám ở đợt sau cùng).

3.2.2 Thay đổi độ dày võng mạc của bệnh nhân trước và sau tiêm

Bảng 4. Độ dày võng mạc trước và sau tiêm Avastin trên hình chụp cắt lớp võng mạc OCT (đơn vị tính: μm)

STT	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng
Trung bình	467.31	227.25	196.42	180.5
SD	190,88	95,20	80,12	31,81

Độ dày võng mạc trung tâm trước điều trị là $467,31\mu\text{m} \pm 190,88\mu\text{m}$. Sau điều trị võng mạc có xu hướng mỏng dần: sau 1 tháng còn $225,37\mu\text{m} \pm 95,82\mu\text{m}$, sau 3 tháng còn $196,42\mu\text{m} \pm 80,12\mu\text{m}$. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

3.2.3 Biến chứng của phương pháp điều trị

- **Biến chứng toàn thân:** Trong suốt quá trình theo dõi của nghiên cứu chúng tôi không gặp những biến chứng toàn thân của thuốc.

- **Biến chứng tại mắt:** Qua thời gian theo dõi, chúng tôi thấy chỉ có 1 trường hợp bị xuất huyết kết mạc tại vùng tiêm và 01 trường hợp

xuất giác mạc nhẹ. Cả 2 trường hợp trên đều hoàn toàn trở lại bình thường ở lần tái khám tiếp theo và không để lại di chứng gì. Các BN này đều do kém hợp tác trong quá trình tiêm. Các biến chứng nặng như xuất huyết dịch kính, viêm mủ nội nhãn hay bong võng mạc chúng tôi đều không gặp trong suốt thời gian theo dõi.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân

4.1.1. Về tuổi và giới: Bệnh nhân trên 50 tuổi chiếm 81,3%, nữ 56,2%. Kết quả này cũng phù hợp với các tài liệu y văn là tỷ lệ tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc ở nam và nữ là như nhau.

Nghiên cứu của của Siegel RA và CS (2007-2010) trên 45 BN bị BRVO với điều trị tiêm Bevacizumab nội nhãn tại Trung tâm y khoa Rabin (Petach Tikva) cho thấy tuổi trung bình là 70,7 năm (SD 8.5) [3]. Điều này cho thấy, bệnh tắc tĩnh mạch võng mạc thường gặp ở người lớn tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với ý văn là BRVO 90% gặp ở người trên 50 tuổi) [4].

4.1.2. Yếu tố nguy cơ tắc tĩnh mạch nhánh võng mạc

Tăng huyết áp có 56,3%, tiếp đến là đái tháo đường 18,75%. Cho đến nay, nguyên nhân của BRVO vẫn chưa được biết một cách chính xác, tuy nhiên các nghiên cứu cho thấy tắc tĩnh mạch võng mạc thường có các bệnh toàn thân phối hợp như tăng HA, tiểu đường, rối loạn mỡ máu, bệnh tim, các bệnh về máu hoặc các bệnh lý tại mắt như glôcôm, viêm thành mạch.... Điều này có thể lý giải vì sao số BN tăng HA trong nghiên cứu chúng tôi gặp tỷ lệ cao

4.2. Kết quả điều trị bằng Avastin

4.2.1. Sự tiến triển của thị lực

Thị lực cải thiện rõ rệt (bảng 3) : Có hai trường hợp thị lực không cải thiện do đến muộn. Nghiên cứu của Juan Carlos Mesa Gutiérrez và CS (2008) tại Bệnh viện Universitari de Bellvitge (Barcelona, Spain) khi tiêm Bevacizumab (1.25mg) nội nhãn cho 6 mắt trên 6 BN bị BVRO kết quả: Thị lực được cải thiện rõ rệt, thị lực trung bình trước tiêm là $(0,132 \pm 0.024)$ tăng lên sau khi tiêm 6 tháng là $(0,8 \pm 0.15)$ với $p = 0.0003$ [5]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như của tác giả. Kết quả này cho thấy tiêm Avastin nội nhãn cải thiện rõ thị lực cho người bệnh BRVO.

4.2.2. Sự thuyên giảm độ dày võng mạc

Nghiên cứu của Preti RC và cộng sự trên 17 mắt (17 bệnh nhân) có phù hoàng điểm do tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc điều trị tại BV thực hành của Khoa Y, trường Đại học Sao Paulo (Brazil) với tiêm Bevacizumab nội nhãn; kết quả cho thấy: độ dày trung bình của võng mạc trước khi tiêm ($552\mu\text{m} \pm 150\mu\text{m}$) giảm đáng kể sau 1 tháng ($322\mu\text{m} \pm 127\mu\text{m}$, $p = 0.0001$) và sau 3 tháng ($439\mu\text{m} \pm 179\mu\text{m}$, $p = 0,01$) [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả. Theo Moschos năm 2008, việc tiêm Bevacizumab (Avastin) nội nhãn có thể phục hồi giải phẫu và chức năng của hoàng điểm ở những bệnh nhân có phù hoàng điểm do tắc tĩnh mạch trung tâm võng mạc [3].

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố liên quan đến tắc tĩnh mạch nhánh võng mạc chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường. Tuy nhiên không chủ quan trước những bệnh nhân trên 50 tuổi không có bệnh lý trên. Chích thuốc Avastin vào nội nhãn xuyên qua vùng võ mạc pars plana là một thủ thuật an toàn nhưng cần phải thực hiện tại các phòng mổ mắt và được theo dõi kỹ 24 giờ đầu. Tác dụng ức chế VEGF của Avastin rất tốt thể hiện rõ ở 2 tiêu chí đánh giá: thị lực tăng lên, võng mạc mỏng lại bình thường do giảm phù. Độ dày võng mạc càng giảm thì thị lực càng tăng lên. Tuy nhiên cần có lịch tái khám nhằm phát hiện tái phát.

KIẾN NGHỊ

1. Cần mở rộng ứng dụng tiêm Bevacizumab (Avastin) nội nhãn điều trị bệnh tắc tĩnh mạch võng mạc vừa có hiệu quả cao và ít biến chứng.
2. Cần tiến hành những nghiên cứu quy mô hơn với số lượng bệnh nhân và tăng thời gian theo dõi nhằm đánh giá hiệu quả lâu dài của thuốc.
3. Chụp cắt lớp võng mạc cho tất cả bệnh nhân trên 50 tuổi có tăng huyết áp và đái tháo đường nhằm xác định điều trị sớm qua theo dõi ngoại trú.

Lời cảm ơn: Tác giả xin cảm ơn các bác sĩ và điều dưỡng khoa Đáy Mắt và khoa Thăm dò chức năng đã hỗ trợ giúp đỡ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adamis AP, Shima DT (2005). *The role of vascular endothelial growth factor in ocular health and disease*. Retina 25:111-118.
2. Luke M, Warga M et al (2006). Effects of bevacizumab on retinal function in isolated vertebrate retina. *Br J Ophthalmol* 9:1178-1182
3. L Aiaas, N Plannas, S Prades et al (2008). Intravitreal bevacizumab (Avastin) for choroidal neovascularisation secondary to pathological myopia: 6-month results. *Br J Ophthalmol* 92:1035-1039
4. Manzano RP, Pegyman GA (2006). Testing intravitreal toxicity of bevacizumab (Avastin). *Retina* 26:257-261.
5. Preti RC, Ramirez LM et al (2012). Single intravitreal bevacizumab injection effects on contrast sensitivity in macular edema from branch retinal vein occlusion. *Arq Bras Oftalmol*. 2012 Jan Feb;75(1): 29-32.
6. Siegel RA, Dreznik A, Mimouni K et al (2012). Intravitreal Bevacizumab Treatment for Macular Edema due to Branch Retinal Vein Occlusion in a Clinical Setting. *Curr Eye Res*. 2012 Sep; 37(9):823-9. Epub 2012 Jun 5.

KẾT QUẢ XẠ HÌNH TƯỚI MÁU CƠ TIM TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT CÓ BLOCK NHÁNH TRÁI

Hà Quang Tạo*, Phạm Thái Giang**

TÓM TẮT²¹

Mục tiêu: Nhận xét kết quả xạ hình tưới máu cơ tim (XHTMCT) trong chẩn đoán bệnh động mạch vành (ĐMV) ở bệnh nhân tăng huyết áp (THA) nguyên phát có block nhánh trái. **Đối tượng và phương pháp:** 71 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có kết quả điện tim đồ block nhánh trái, nghi ngờ bệnh động mạch vành trên lâm sàng và/hoặc điện tim được lựa chọn vào nghiên cứu. Bệnh nhân được chụp XHTMCT để chẩn đoán bệnh động mạch vành. Dựa vào kết quả chụp động mạch vành được để tính toán độ nhạy, độ đặc hiệu của XHTMCT. **Kết quả:** Ở BN THA có block nhánh trái, tỷ lệ khuyết xạ có hồi phục là 60,6%, khuyết xạ không hồi phục là 25,4% và 11,3% khuyết xạ kết hợp. Khuyết xạ mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 33,8%; 31% và 33,8%. Diện khuyết xạ hẹp đến trung bình là 60,5%; diện rộng là 38%. Nhóm khuyết xạ mức độ vừa – nặng có 65,2% hẹp ĐMV $\geq$ 70%. Giá trị chẩn đoán của XHTMCT ở BN THA có block nhánh trái với độ nhạy cao là 89,2% tuy nhiên độ đặc hiệu thấp là 35,3%. **Kết luận:** XHTMCT ở BN THA có block nhánh trái có độ nhạy cao, tuy nhiên độ đặc hiệu thấp do có tỷ lệ dương tính giả cao.

Từ khóa: Xạ hình tưới máu cơ tim, tăng huyết áp, động mạch vành.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF MYOCARDIAL PERFUSION IMAGING IN DIAGNOSIS OF CORONARY ARTERY DISEASE IN PRIMARY HYPERTENSIVE PATIENTS WITH LEFT BUNDLE BRANCH BLOCK

Objective: To describe the characteristics of myocardial perfusion imaging (MPI) in diagnosis of CAD in primary hypertensive patients with left bundle branch block. **Subjects and methods:** 71 primary hypertensive patients with left bundle branch block with clinical and/or ECG evidences suggested coronary diseases were included into study. MPI performed to diagnose coronary artery before coronary angiography to calculate the sensitivity, specificity of the test. **Results:** In primary hypertensive patients with left bundle branch block, reversible defect was 60.6%, fixed defect was 25.4% and mixed defect was 11.3%. The mild, moderate and severe defect lesions were

33.8%; 31% and 33.8% respectively. The narrow and average defect lesions were 60.5% and the wide was 38%. 52.1% patients with severe defect lesion had coronary stenosis $\geq$ 70%. Diagnostic value of MPI in hypertensive patients with left bundle branch block was as high sensitivity (89.2%) and low specificity (35.3%). **Conclusion:** MPI in hypertensive patients with left bundle branch block had high sensitivity and low specificity.

Keywords: myocardial perfusion imaging, hypertension, coronary artery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ĐMV là bệnh thường gặp ở các nước phát triển và đang có xu hướng gia tăng tại các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Tại Mỹ hiện có hơn 13,2 triệu người mắc bệnh ĐMV. Mỗi năm khoảng 1,2 triệu ca tử vong do bệnh ĐMV hoặc mắc NMCT, trong đó có 700.000 ca là bị lần đầu và 500.000 tái phát. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh tim thiếu máu cục bộ là 3,42% năm 1994, 5% năm 1995, 6,5% năm 1996 và tăng lên 9,5% năm 1999 [2]. THA là một trong các yếu tố nguy cơ chính của bệnh ĐMV. Theo nhiều nghiên cứu THA làm tăng nguy cơ bệnh ĐMV lên 3 lần, khi phối hợp các yếu tố nguy cơ khác làm tăng theo cấp số nhân nguy cơ bệnh ĐMV. Việc chẩn đoán sớm bệnh ĐMV ở BN THA có ý nghĩa rất quan trọng. XHTMCT là phương pháp chẩn đoán bệnh ĐMV dựa trên những biến đổi có tính chất sinh lý của lưu lượng máu ĐMV. Ở BN THA các nghiên cứu cho thấy độ nhạy chẩn đoán của phương pháp này khá cao (67% – 100%), tuy nhiên độ đặc hiệu lại khác nhau ở nhiều nghiên cứu (36% – 94%) [6]. Có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến giá trị chẩn đoán của phương pháp này, trong đó có block nhánh trái. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Nhận xét kết quả XHTMCT trong chẩn đoán bệnh ĐMV ở bệnh nhân THA nguyên phát có block nhánh trái.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

71 BN được chẩn THA, có block nhánh trái trên điện tim đồ, có biểu hiện lâm sàng và/hoặc điện tim đồ khi nghỉ có dấu hiệu thiếu máu cục bộ cơ tim ở khoa nội tim mạch, bệnh viện Trung ương Quân đội 108. BN có tiền sử bệnh ĐMV (được chẩn đoán bằng phương pháp chụp động mạch vành) được loại khỏi nghiên cứu này. Chẩn

*TT tim mạch, Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

** Viện Tim mạch, Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính:

Email: haquangtao@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

đoán thiếu máu cơ tim cục bộ và block nhánh trái trên điện tim dựa theo tiêu chuẩn Minnesota. XHTMCT được thực hiện dựa trên hướng dẫn của của hội tim mạch hạt nhân hoa kỳ (2008). Được chất phóng xạ được sử dụng để chụp XHTMCT là Sestamibi gắn với Tc99m, ghi hình bằng máy SPECT gamma camera Infinia Hawkeye của

hang GE. Phân tích kết quả XHTMCT dựa trên hình ảnh chụp xạ hình cắt lớp cơ tim theo các lớp cắt trục ngắn (short-axis), trục dọc (vertical long-axis) và trục dài (horizontal long-axis) được chia thành 17 vùng theo hướng dẫn thực hành tim mạch hạt nhân của ACC, AHA và ASNC năm 2003.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu

		Số lượng (n = 71)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình		65,23 ± 9,36	
Lứa tuổi	< 65	32	45,1
	>65	39	54,9
Tổng		71	100
Giới	Nam	61	85,9
	Nữ	10	14,1

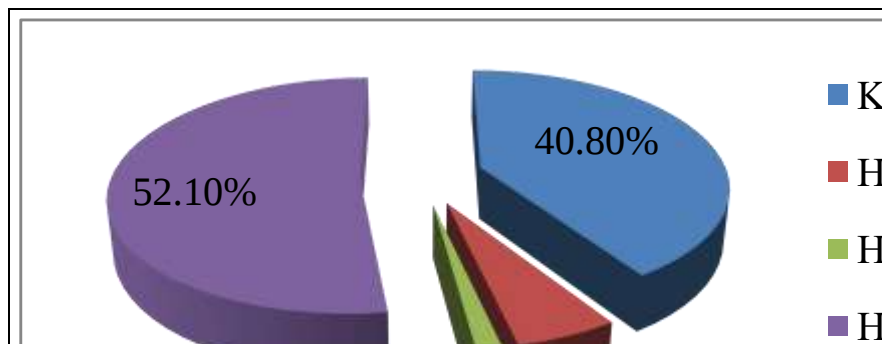
Nhận xét: tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 65,23 ± 9,36. Về đặc điểm lứa tuổi, bệnh nhân tuổi cao > 65 chiếm 54,9% tổng số. Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn gấp nhiều lần so với nữ giới (85,9% so với 14,1%).

Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh trên xạ hình tưới máu cơ tim

Đặc điểm khuyết xạ		Số BN (n = 71)	Tỷ lệ (%)
Khả năng hồi phục* (reversibility)	Khuyết xạ có hồi phục	43	60,6
	Khuyết xạ không hồi phục	18	25,4
	Khuyết xạ kết hợp	8	11,3
Mức độ khuyết xạ* (severity)	Không khuyết xạ	1	1,4
	Nhẹ	24	33,8
	Vừa	22	31,0
	Nặng	24	33,8
Độ rộng khuyết xạ* (Extent)	Không	1	1,4
	Hẹp	17	23,9
	Trung bình	26	36,6
	Rộng	27	38,0

*Mức độ khuyết xạ đánh giá theo tổn thương có mức độ nặng nhất trên BN

Trong tổng số 71 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu số BN có khuyết xạ hồi phục có tỷ lệ là 60,6%, cao hơn nhiều hơn so với 25,4% khuyết xạ cố định và 11,3% khuyết xạ kết hợp 13,2%. Diện tổn thương khuyết xạ trên XHTMCT gồm có diện rộng, diện trung bình và diện hẹp, trong đó diện trung bình và diện rộng là chủ yếu, chiếm 36,6% và 38,0% cao hơn so với khuyết xạ diện hẹp. Mức độ khuyết xạ nhẹ, vừa và nặng có tỷ lệ gần tương đương nhau 33,8%, 31% và 33,8%.



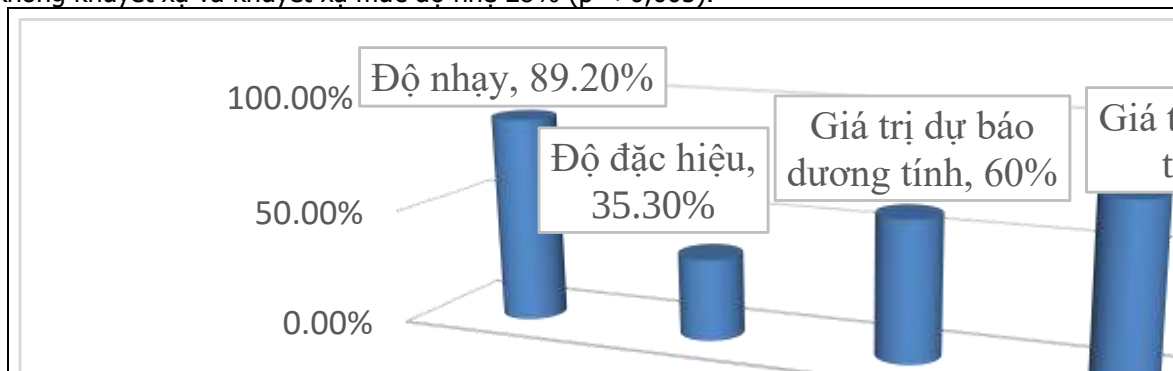
Biểu đồ 1. Kết quả chụp động mạch vành.

Bệnh nhân có hẹp ĐM ở mức $\geq 70\%$ có tỷ lệ cao nhất với 52,1% so với 40,8% bệnh nhân không có hẹp ĐMV và tỷ lệ hẹp ĐMV $< 50\%$ là 5,6% và hẹp từ 50% tới $< 70\%$ chỉ có 1,4%.

Bảng 3. So sánh kết quả chụp XHTMCT và kết quả chụp ĐMV

Mức độ hẹp ĐMV Mức độ khuyết xạ	Không KX - KX mức độ nhẹ		KX mức độ vừa – nặng		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
< 70%	18	72	16	34,8	0,005
≥ 70%	7	28	30	65,2	0,005
Tổng	25	100	46	100	

Tỷ lệ hẹp ĐMV ≥ 70% ở nhóm khuyết xạ mức độ vừa – nặng là 65,2% cao hơn so với nhóm không khuyết xạ và khuyết xạ mức độ nhẹ 28% ($p < 0,005$).

**Biểu đồ 2. Giá trị chẩn đoán XHTMCT với hẹp ĐMV ≥ 70%**

Giá trị của XHTMCT trong chẩn đoán hẹp ĐMV ≥ 70% với độ nhạy là 89,2% và độ đặc hiệu là 35,3 %, giá trị dự báo dương tính là 60 %, giá trị dự báo âm tính là 75%. Kết quả cho thấy có sự phù hợp giữa hẹp ĐMV và XHTMCT, hệ số Kappa = 0,25; $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $65,23 \pm 9,36$. Trong số đó có 54,9% số BN trên 65 tuổi; nam giới chiếm 85,9%. Tuổi cao là yếu tố nguy cơ chính bệnh ĐMV và nam giới cũng có nguy cơ mắc bệnh ĐMV cao hơn nữ. Chụp ĐMV cho kết quả tỷ lệ hẹp ĐMV ≥ 70% có tỷ lệ cao là 52,1%. THA là yếu tố nguy cơ chính bệnh ĐMV, Tại Mỹ, THA là thủ phạm gây nên 67% nhồi máu cơ tim [1]. Ở những BN block nhánh trái, tỷ lệ mắc bệnh ĐMV cũng khá cao, theo Seung Joon Lee [7], tỷ lệ mắc bệnh ĐMV ở BN block nhánh trái nói chung là 39,7%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khuyết xạ có hồi phục (60,6%), mức độ khuyết xạ nhẹ - vừa (64,8%) và độ rộng khuyết xạ hẹp - trung bình (60,5%) cao hơn khuyết xạ không hồi phục (25,4%), mức độ khuyết xạ nặng (33,8%), khuyết xạ diện rộng (38%), do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu sàng lọc chẩn đoán, do đó đã loại trừ các BN đã có tiền sử bệnh ĐMV do đó đã giảm tỷ lệ các BN có tổn thương cơ tim mức độ nặng, tương tự một số nghiên cứu sàng lọc chẩn đoán khác. Tỷ lệ BN có khuyết xạ vừa – nặng có hẹp ĐMV ≥ 70% là 65,2 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có khuyết xạ mức độ nhẹ là 28% ($p = 0,005$). Hình ảnh khuyết xạ trên XHTMCT thể hiện sự

suy giảm lưu lượng máu ĐMV do tổn thương ĐMV, do đó mức độ khuyết xạ cũng thể hiện mức độ tổn thương cơ tim. Tuy nhiên có 34,8% bệnh nhân khuyết xạ mức độ vừa – nặng khi chụp ĐMV không có hẹp ≥ 70%. Mặc dù BN block nhánh trái có tỷ lệ cao bị bệnh ĐMV, tuy nhiên cũng xảy ra ở các bệnh cơ tim không do thiếu máu cục bộ. Một số nghiên cứu cho thấy, những BN có block nhánh trái có kết quả chụp ĐMV cản quang bình thường khi làm XHTMCT thường có khuyết xạ ở vách, đặc biệt là khi làm gắng sức thể lực hoặc gắng sức dobutamin. Geleijnse ML (1999) [3] cho thấy ¾ trường hợp dương tính giả ở BN block nhánh trái là có khuyết xạ ở vách. Một số tác giả thấy rằng khuyết xạ tưới máu vùng vách hoặc trước vách trên XHTMCT gặp ở 73% BN có block nhánh trái, trong khi hẹp LAD có ý nghĩa chỉ có ở 42% BN. Giá trị chẩn đoán của XHTMCT trong nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy là 89,2%, độ đặc hiệu là 35,3%. Theo các nghiên cứu, chẩn đoán bệnh ĐMV bằng XTMCT ở bệnh nhân block nhánh trái có độ nhạy cao từ 68 – 100% và độ đặc hiệu thay đổi từ 10 – 98%, tùy thuộc vào phương pháp thực hiện và dược chất phóng xạ [5]. Tuy nhiên hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy rằng ở BN có block nhánh trái thì độ đặc hiệu của XHTMCT là thấp. Kei Tawarahara (1992) [4] cho thấy độ đặc hiệu trong chẩn đoán ở BN block

nhánh trái là 30%. Geleijnse ML (1999) [3] nghiên cứu 48 BN có block nhánh trái cho thấy, độ nhạy, độ đặc hiệu, là 100% và 15%. Các khuyết xạ dương tính giả không liên quan đến thiếu máu cục bộ đã làm giảm độ đặc hiệu ở BN có block nhánh trái, cơ chế là do sự hoạt động chậm và không đồng bộ của vách liên thất.

V. KẾT LUẬN

Ở BN THA có block nhánh trái, tỷ lệ khuyết xạ có hồi phục là 60,6%, khuyết xạ mức độ nhẹ, vừa và nặng là 33,8%; 31% và 33,8%. Diện khuyết xạ hẹp đến trung bình là 60,5% cao hơn diện rộng là 38%. Tỷ lệ hẹp ĐMV $\geq 70\%$ là 52,1%. Bệnh nhân khuyết xạ mức độ vừa – nặng có hẹp ĐMV $\geq 70\%$ là 65,2%.

Giá trị chẩn đoán của XHTMCT ở BN THA có block nhánh trái với độ nhạy là 89,2%, độ đặc hiệu là 35,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Duy An** (2007), "Tăng huyết áp thầm lặng như thế nào", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 47, pp. 453 - 61.
2. **Phạm Gia Khải, và cs.** (2008), "Khuyến cáo 2008 của Hội tim mạch học Việt Nam về xử trí bệnh tim

thiếu máu cục bộ mạn tính", *Khuyến cáo 2008 các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học*, pp. 329 - 50.

3. **Geleijnse ML, et al.** (1999), "Value of dobutamine-atropine stress technetium-99m perfusion imaging in symptomatic patients with left bundle branch block", *Dobutamine Stress Myocardial Function versus Nuclear Perfusion Imaging* pp. 77 - 88.
4. **Kei Tawarahara, et al.** (1992), "Exercise testing and thallium-201 emission computed tomography in patients with intraventricular conduction disturbances", *The American Journal of Cardiology* 69(1), pp. 97 - 102.
5. **Mauro Feola, Alberto Biggi, Flavio Ribichini, Gianfranco Camuzzin, Eugenio Uslegh** (2002), "The Diagnosis of Coronary Artery Disease in Hypertensive Patients with Chest Pain and Complete Left Bundle Branch Block", *Clinical Nuclear Medicine*. 27(7), pp. 510 -515.
6. **Paola Gargiulo, et al.** (2011), "Myocardial perfusion scintigraphy and echocardiography for detecting coronary artery disease in hypertensive patients: a meta-analysis", *Eur J Nucl Med Mol Imaging* 38, pp. 2040 - 2049.
7. **Seung Joon Lee, et al** (2003), "Isolated Bundle Branch Block and Left Ventricular Dysfunction", *Journal of Cardiac Failure* 9(2).

NGHIÊN CỨU TỔN THƯƠNG DẠ DÀY Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG THẬN HƯ NGUYÊN PHÁT SAU ĐIỀU TRỊ CORTICOID

Nguyễn Thị Bích Ngọc*, Nguyễn Xuân Hiền*

TÓM TẮT²²

Mục tiêu: 1. Nghiên cứu đặc điểm các biểu hiện tiêu hóa của bệnh nhân (BN) hội chứng thận hư (HCTH) nguyên phát sau điều trị Corticoid liều tấn công. 2. Mô tả hình ảnh tổn thương trên nội soi dạ dày, và hình ảnh mô bệnh học của tổn thương dạ dày ở bệnh nhân HCTH nguyên phát sau điều trị Corticoid liều tấn công. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tất cả các bệnh nhân được khám chẩn đoán HCTH có điều trị bằng corticoid và soi dạ dày sau 2 tháng điều trị, làm sinh thiết tổn thương dạ dày tại khoa Khám bệnh bệnh viện Bạch Mai từ 1/2014 đến 12/2014. **Kết quả:** tuổi trung bình: $35,2 \pm 12,5$, nam 40,7%, nữ 59,3%. Đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất (87%). Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương dạ dày 92,6% trong số các BN có triệu chứng tiêu hóa. Viêm teo, viêm loét phẳng, viêm loét ở hang vị với các tỷ lệ tương ứng là 2%, 10%, 2%. Viêm mạn nhẹ

94%, teo nhẹ 40%, viêm hoạt động nhẹ 68%. **Kết luận:** Viêm mạn nhẹ dạ dày gặp ở hầu hết các trường hợp có dùng corticoid sau 2 tháng điều trị, cần soi kiểm tra và có biện pháp phòng ngừa đối với những người phải điều trị corticoid kéo dài.

Từ khóa: hội chứng thận hư, corticoid, viêm dạ dày

SUMMARY

RECHERCHE THE STOMACH LESIONS IN NEPHROTIC SYNDROMA AFTER CORTICOID TREATMENT

Objectives: 1. Research the characteristics of gastrointestinal manifestations of patients with primary nephrotic syndrome after treatment with primary nephrotic syndrome bolus steroids. 2. Description of lesions on gastric endoscopy and histopathological images of gastric lesions in patients after treatment with primary nephrotic syndrome bolus steroids. **Methods:** cross-sectional descriptive study all patients were nephrotic syndrome treatment by steroids and gastroscopy after 2 months of treatment, biopsy gastric lesions. **Results:** mean age of patients: 35.2 ± 12.5 , male 40.7%, female 59.3%. Abdominal pain is the most common symptom (87%). The proportion of patients with gastric lesions 92.6%, gastric lesions were 94%. Atrophy, inflammatory flat slither, slither convex inflammation only in antrum

*

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

with the corresponding rate is 2%, 10%, 2%. Mild chronic inflammation 94%, mild atroph 40%, mild inflammatory activity 68%. **Conclusion:** Stomach lesion after corticoid treatment are common.

Keyword: Nephrotic syndrome, Corticoid, Gastritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HCTH thường gặp, gây nhiều biến chứng do bệnh hoặc do thuốc điều trị. Corticoid là thuốc thường dùng trong điều trị HCTH liều cao kéo dài, nên có thể có biến chứng. Một trong những biến chứng hay gặp là viêm loét dạ dày - tá tràng, do corticoid ức chế tổng hợp prostaglandin trên bề mặt dạ dày. Để giúp cho việc điều trị dự phòng biến chứng này có hiệu quả, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu tổn thương dạ dày ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát sau điều trị Corticoid" với mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm các biểu hiện tiêu hóa của bệnh nhân HCTH nguyên phát sau điều trị Corticoid liều tấn công.

2. Mô tả hình ảnh tổn thương trên nội soi dạ dày, và hình ảnh mô bệnh học của tổn thương

dạ dày ở bệnh nhân HCTH nguyên phát sau điều trị Corticoid liều tấn công

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn BN: BN đến khám tại khoa Khám bệnh – Bệnh viện Bạch Mai (BVBM) từ 1/2014 đến 12/2014 được chẩn đoán HCTH nguyên phát, sau điều trị Corticoid tấn công 2 tháng có triệu chứng tiêu hóa. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang. Thu thập các số liệu tuổi, giới, các triệu chứng đường tiêu hóa. Nội soi dạ dày thực hiện tại khoa Thăm dò chức năng – BVBM. Tiêu chuẩn đánh giá tổn thương dựa vào phân loại "Sydney system" năm 1990 và Sydney chỉnh lý 1994. Tiêu chuẩn đánh giá tổn thương mô bệnh học của viêm dạ dày theo tiêu chuẩn phân loại của Whitehead (1985). Xử lý số liệu: phương pháp thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 54 BN HCTH sau điều trị corticoid tấn công 2 tháng, có triệu chứng tiêu hóa, thu được kết quả:

3.1. Đặc điểm lâm sàng và tuổi, giới của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Bảng 3.1. Tuổi và giới bệnh nhân nghiên cứu

Giới	Nhóm tuổi	16 – 35		36-59		≥ 60		P	Tổng	
		N	%	N	%	N	%		n	%
	Nam	4	33,9	15	41,7	3	50	> 0.05	22	40,7
	Nữ	8	66,7	21	58,3	3	50		32	59,3
	P	> 0.05								
	Tổng	12	22,2	36	66,7	6	11,1		54	100,0

Nhận xét: Tuổi TB: 35,2 ± 12,5 (16 đến 71 tuổi). Nam 40,7%, nữ 59,3%.

Bảng 3.2: Biểu hiện triệu chứng tiêu hóa (n=54)

Biểu hiện lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đau bụng	47	87,0
Chướng bụng	20	37,0
Buồn nôn, nôn	18	33,3
Rối loạn tiêu hóa	8	14,8
Ợ hơi, ợ chua	45	83,3
Xuất huyết tiêu hóa	0	0

Nhận xét: Đau bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (87%)

3.2 Đặc điểm tổn thương dạ dày trên hình ảnh nội soi và mô bệnh học:

Bảng 3.3. Kết quả nội soi có tổn thương dạ dày tá tràng

Kết quả soi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Hình soi có tổn thương	50	92,6
Hình soi bình thường	4	7,4
Tổng	54	100

Nhận xét: Có 50 trường hợp có tổn thương trên soi dạ dày, chiếm tỷ lệ 92,6%

Bảng 3.4. Tỷ lệ và vị trí tổn thương dạ dày trên nội soi (n=50)

Tổn thương	Vị trí	Thân vị		Hang vị		Toàn bộ dạ dày	
		N	%	n	%	n	%
Viêm	Có	3	6	43	86	4	8
	Không	47	94	7	14	46	92

P		< 0,05					
Loét	Có	0	0	1	2	0	0
	Không	50	100	49	98	50	100

Nhận xét: 86% bệnh nhân có tổn thương viêm ở hang vị

Bảng 3.5. Các loại tổn thương và vị trí tổn thương dạ dày trên nội soi (n=50)

Tính chất viêm		Vị trí viêm		Thân vị		Hang vị		Toàn bộ dạ dày	
				N	%	n	%	n	%
Viêm phù nề XH	Không			48	96	13	26	46	92
	Có			2	4	37	74	4	8
p						0,041			
Viêm teo	Không			50	100	49	98	50	100
	Có			0	0	1	2	0	0
p						>0,05			
Viêm trợt phẳng	Không			50	100	45	90	50	100
	Có			0	0	5	10	0	0
p						>0,05			
Viêm trợt lõm	Không			50	100,0	49	98	50	100
	Có			0	0	1	2	0	0
p						>0,05			
Viêm phì đại	Không			50	100,0	50	100	50	100
	Có			0	0	0	0	0	0
Viêm xuất huyết	Không			50	100,0	50	100,0	50	100,0
	Có			0	0	0	0	0	0

Nhận xét: mức độ viêm phù nề xung huyết ở hang vị cao nhất (74%).

Bảng 3.6. Phân loại và mức độ tổn thương mô bệnh học niêm mạc dạ dày (n=50)

Tính chất viêm		Số bệnh nhân	n=50	Tỷ lệ (%)
Viêm mạn	Bình thường		3	6
	Nhẹ		37	74
	Vừa		10	20
	Nặng		0	0
Viêm teo	Bình thường		30	60
	Nhẹ		17	34
	Vừa		3	6
	Nặng		0	0
Viêm hoạt động	Không HĐ		15	30
	Nhẹ		30	60
	Vừa		4	8
	Nặng		1	2
Dị sản ruột	Bình thường		50	100
	Nhẹ		0	0
	Vừa		0	0
	Nặng		0	0
Loạn sản	Bình thường		50	100,0
	Nhẹ		0	0
	Vừa		0	0
	Nặng		0	0

Nhận xét: gặp hầu hết là viêm ở mức độ nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu:

4.1.1. Đặc điểm tuổi, giới: BN tuổi từ 36 - 59 tỷ lệ cao nhất (66,7%), tuổi trung bình (TB)

35,2 ± 12,5 tuổi. Theo Hà Phan Hải An (2004) lứa tuổi thường gặp từ 16 - 39 tuổi tỉ lệ 86,8% [1], theo Kuo-Wei Hsiang và cs (2010) tuổi TB mắc là 50 ± 20 [2]. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc ở nữ/nam là 32/22 gấp 1,45 lần, p>0,05.

Theo Hà Phan Hải An (2004) tỷ lệ này là 1,07 [1], nghiên cứu của Kuo-Wei Hsiang và cs (2010) tại Đài Bắc cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,22 lần [2].

4.1.2. Các triệu chứng về tiêu hóa: đau bụng triệu chứng thường gặp trong các triệu chứng tiêu hóa. BN có thể đau bụng thành cơn hay liên tục. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ BN đau bụng 87%. Nghiên cứu của Phạm Trung Dũng và Đào Thị Lý (2000) đau bụng 96,6% [3], nghiên cứu của Nguyễn Văn Ngoan (2004) đau bụng 95,8% [4], Vũ Văn Khiêm (2007): đau bụng từng cơn chiếm 70,2% [5]. Nôn, buồn nôn trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 33,3 %, rối loạn tiêu hóa 14,8%. Nghiên cứu của S. Sokleang (2009) nôn và buồn nôn 77,8%, rối loạn tiêu hóa 21,4% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ợ hơi, ợ chua 83,3%. Nghiên cứu của S. Sokleang tỷ lệ ợ hơi, ợ chua thấp hơn: 16,6% [6] do đây là nghiên cứu ở trẻ em. Nghiên cứu của Phạm Hữu Thành có tỷ lệ ợ hơi ợ chua thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (68,8%) [7].

4.2. Đặc điểm tổn thương niêm mạc dạ dày trên hình ảnh nội soi và mô bệnh học (MBH):

4.2.1. Đặc điểm tổn thương dạ dày trên hình ảnh nội soi: nghiên cứu của chúng tôi có 50/54 BN tổn thương niêm mạc dạ dày, chiếm 92,6%, trong đó tổn thương dạ dày đơn thuần 94%. Tổn thương ở hang vị chiếm đa số (86%) ($p < 0.05$). Hà Phan Hải An (2004) nghiên cứu đánh giá hiệu quả của một số phác đồ điều trị HCTH thấy 3,3% BN có viêm dạ dày tá tràng [1]. Viêm phù nề xung huyết là chủ yếu (84,1%). Trong đó hang vị là 74%, thân vị 4% ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của S. Sokleang: hang vị là nơi tổn thương hay gặp nhất (58,1%) [6], và nghiên cứu của Phạm Hữu Thành: phù nề xung huyết 89,1%, tổn thương ở hang vị 89,1% [7].

4.2.2. Đặc điểm tổn thương niêm mạc dạ dày trên MBH: tổn thương MBH tại hang vị 86%, thân vị 6% ($p < 0.05$). Theo Phạm Hữu Thành tổn thương vi thể ở hang vị 82,8% [7]. Theo S. Sokleang tổn thương vi thể ở hang vị 73,8% [6]. Viêm phù nề xuất huyết ở hang vị chiếm đa số ($p < 0,05$). Gặp chủ yếu viêm mức độ nhẹ và vừa. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Phạm Hữu Thành [7].

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và tuổi, giới ở bệnh nhân HCTH nguyên phát điều trị corticoid:

Tuổi TB: $35,2 \pm 12,5$. Tỷ lệ nam 40,7%, nữ 59,3%. Đau bụng thường gặp nhất (87%), đau thượng vị 91,5%, đau thành từng cơn 93,7%; Ợ hơi, ợ chua: 83,3; Chướng bụng: 37%; Buồn nôn và nôn: 33,3%; Rối loạn tiêu hóa: 14,8%,

2. Hình ảnh nội soi: tỷ lệ có tổn thương dạ dày qua nội soi 92,6%, tổn thương dạ dày đơn thuần 94%. Tổn thương viêm ở hang vị 86%, thân vị 6%, toàn bộ dạ dày 8% ($p < 0.05$). Viêm phù nề xung huyết ở hang vị 74%, thân vị 4%, toàn bộ dạ dày 8% ($p < 0,05$). Viêm teo, viêm trợt phẳng, viêm trợt lồi chỉ thấy ở hang vị với tỷ lệ tương ứng: 2%, 10%, 2%.

3. Hình ảnh MBH: viêm mạn tính mức độ nhẹ và vừa 94%, viêm teo mức độ nhẹ và vừa 40%, viêm hoạt động mức độ nhẹ và vừa 68%, không hoạt động 30% và viêm hoạt động thể nặng 2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Phan hải An (2004), "Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng và đánh giá hiệu quả của một phác đồ điều trị hội chứng thận hư nguyên phát ở người trưởng thành", Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Kuo-Wei Hsiang, Yee-Yung Ng, Ching-Liang Lu at all (2010), "Corticosteroids therapy and peptic ulcer disease in nephrotic syndrome patients", British Journal of Clinical Pharmacology, pp 756-761
3. Phạm Trung Dũng, Đào Thị Lý (2000), "Viêm loét dạ dày – tá tràng ở trẻ em, nhiễm HP qua nội soi và mô bệnh học", Tại bệnh viện Nhi Đông 1. Thành phố Hồ Chí Minh
4. Nguyễn Văn Ngoan (2004), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả điều trị viêm dạ dày mạn tính có nhiễm HP ở trẻ em" Luận văn tiến sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội.
5. Vũ Văn Khiêm (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh nội soi dạ dày tá tràng ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ", tạp chí Y học Việt Nam, số 2, 15 – 18.
6. Sam Reth. Sokleang (2009) "Nghiên cứu lâm sàng, nội soi dạ dày – tá tràng trong hội chứng thận hư tiên phát điều trị corticoid tại khoa Thận – Tiết niệu, Bệnh viện Nhi Trung ương", Luận văn Thạc sĩ Y học – Đại học Y Hà Nội.
7. Phạm Hữu Thành (2014) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học niêm mạc dạ dày ở bệnh nhân Hội chứng thận hư điều trị corticoid tại Thái Bình", Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Thái Bình.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA MỘT SỐ TẾ BÀO VIÊM VÀ CYTOKINE TRONG MÁU NGOẠI VI Ở TRẺ HEN PHẾ QUẢN

Lê Thị Thu Hương*, Nguyễn Thị Diệu Thuý**

TÓM TẮT²³

Viêm tại đường thở là đặc trưng cơ bản trong bệnh học hen phế quản (HPQ), ngay cả khi bệnh nhân không có các triệu chứng lâm sàng. Định lượng tế bào viêm và cytokine trong máu ngoại vi giúp tiên lượng tình trạng viêm của trẻ HPQ. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 127 bệnh nhân trong cơn hen cấp. Các trẻ được làm xét nghiệm công thức máu, định lượng TCD3, TCD4, TCD8, định lượng IL-4, IL-5, IL-13, GM-CSF, IL-12, IL-2, INF γ , TNF α máu bằng phương pháp flowcytometry-assisted immunoassay. **Kết quả:** Số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính trong máu ngoại vi phản ánh độ nặng cơn hen cấp. Số lượng tế bào TCD3 và TCD8 giảm ở bệnh nhân có cơn hen cấp nặng. Trong cơn hen cấp, nồng độ IL-4 giảm so với ngoài cơn, ngược lại nồng độ IL-5 trong cơn hen cấp cao hơn trẻ ngoài cơn hen cấp. Nồng độ IL-2 trong cơn hen cấp thấp hơn ngoài cơn hen cấp. **Kết luận:** Các cytokine như IL-4, IL-5, IL-2, bạch cầu trung tính và tế bào CD có vai trò quan trọng trong việc duy trì tình trạng viêm ở trẻ HPQ.

Từ khóa: Hen phế quản, cytokine

SUMMARY

STUDY ON THE ROLE OF INFLAMMATORY CELLS AND CYTOKINES IN UNSELECTED PERIPHERAL BLOOD OF CHILDREN WITH ASTHMA

Background: Chronic airway inflammation is a main feature of asthma, although patients have no clinical symptoms. Measurement of inflammatory cells and concentrations of cytokines in unselected peripheral blood helps to identify the inflammatory status of children with asthma. **Methods:** This was a prospective descriptive study on 127 children with acute asthma. The children were measured cell blood count; TCD3, TCD4, TCD8; and IL-4, IL-5, IL-13, GM-CSF, IL-12, IL-2, INF γ , TNF α , in peripheral blood by flowcytometry-assisted immunoassay. **Results:** The number of white blood cells and neutrophilia have reflected the severity of asthma. The number of TCD3 and TCD4 have decreased in children with severe acute asthma. The concentration of IL-4 was decreased in acute period in comparison with stable period. In contrast, the concentration of IL-5 was increased in acute period. In addition, the concentration of IL-2 was low in acute asthma. **Conclusions:** The neutrophilia, TCD and the cytokines such as IL-4, IL-

5, IL-2 play an important role in maintaining airway inflammation in children with asthma.

Keywords: Asthma, cytokine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh hô hấp có đặc điểm viêm mạn tính đường thở với sự tham gia của rất nhiều tế bào và các thành phần tế bào. Các nghiên cứu đã chỉ ra vai trò quan trọng của tế bào CD4 hoạt hoá là nhà sản xuất các cytokine của Th2 trong hen phế quản và các bệnh dị ứng. Cytokine là chất tiền viêm được tiết ra chủ yếu từ tế bào Th2, bạch cầu ái toan và có vai trò quan trọng trong việc duy trì tình trạng viêm tại đường thở, ngay cả khi bệnh nhân không có các triệu chứng lâm sàng. Các cytokine như IL-4 và IL-13 tương tác với tế bào tại phổi, bao gồm tế bào biểu mô đường thở, tế bào sợi xơ, và tế bào cơ trơn, để tạo ra các kiểu hình hen. IL-5 có vai trò trong việc trưởng thành, di chuyển và giải phóng bạch cầu ưa acid từ tủy xương, vận chuyển qua nội mạch và duy trì sự sống của bạch cầu ưa acid. Những cytokine này là nguyên nhân tạo ra các đặc điểm bệnh học của hen bao gồm viêm đường thở, tăng tiết đờm, tăng đáp ứng đường thở. Tuy nhiên gần đây một số nghiên cứu gợi ý rằng tế bào Th1 bài tiết IFN gamma có thể gây viêm đường thở nặng [1]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá sự thay đổi tế bào viêm và một số cytokine trong máu ngoại vi trong và sau cơn hen cấp để đánh giá tình trạng viêm của trẻ hen phế quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 127 trẻ nhập viện vì cơn hen phế quản cấp. Trẻ được chẩn đoán HPQ theo tiêu chuẩn GINA 2011. Mức độ nặng của cơn hen phế quản được đánh giá theo thang điểm Respiratory Score (Pediatrics Asthma Score).

Các trẻ được làm xét nghiệm công thức máu và các tế bào TCD3, TCD4, TCD8 tại thời điểm trẻ nhập viện. Định lượng cytokine IL-4, IL-5, IL-13, GM-CSF, IL-12, IL-2, INF γ , TNF α trong và sau cơn hen cấp. Xét nghiệm được tiến hành bằng công nghệ flowcytometry-assisted immunoassay với hệ thống Bio-Plex do Bio-Rad (Mỹ) chế tạo.

Kết quả nghiên cứu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0, với $p < 0,05$ là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

*Bệnh viện Nhi Trung ương

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thuý
Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

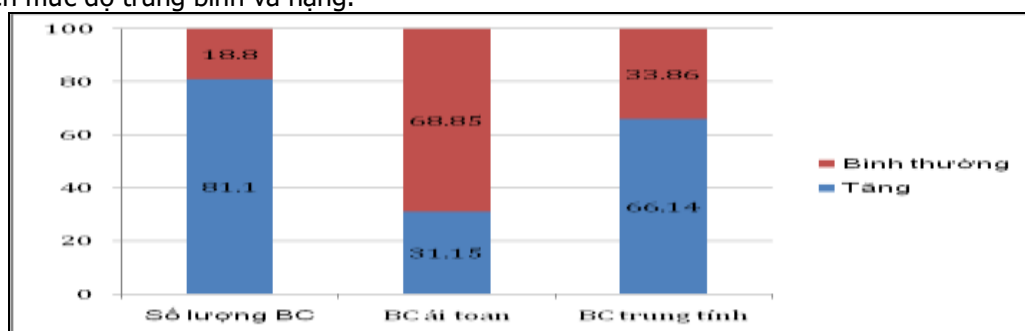
III. KẾT QUẢ

Có 127 trẻ HPQ đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung đối tượng tham gia nghiên cứu

Các đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi		n=127	100
	<2 tuổi	24	18,9
	2-5 tuổi	58	45,67
	>5 tuổi	45	35,43
Giới	Nam	83	65,35
	Nữ	44	34,65
Độ nặng cơn hen cấp	Nhẹ	12	9,45
	Trung bình	52	40,94
	Nặng	63	49,61

Nhận xét: Trẻ nhập viện chủ yếu là nhóm trẻ từ 2-5 tuổi, chiếm tỷ lệ 45,67%. Trên 90% trẻ có cơn hen mức độ trung bình và nặng.



Biểu đồ 3.1: Giá trị công thức bạch cầu ở trẻ HPQ

Nhận xét: Số lượng bạch cầu tăng gấp ở 81,1% bệnh nhân, trong đó tăng bạch cầu ưa acid là 31,15% và tăng bạch cầu trung tính là 66,14%.

Bảng 3.2. Môi trường quan giữa bạch cầu và độ nặng của cơn hen cấp

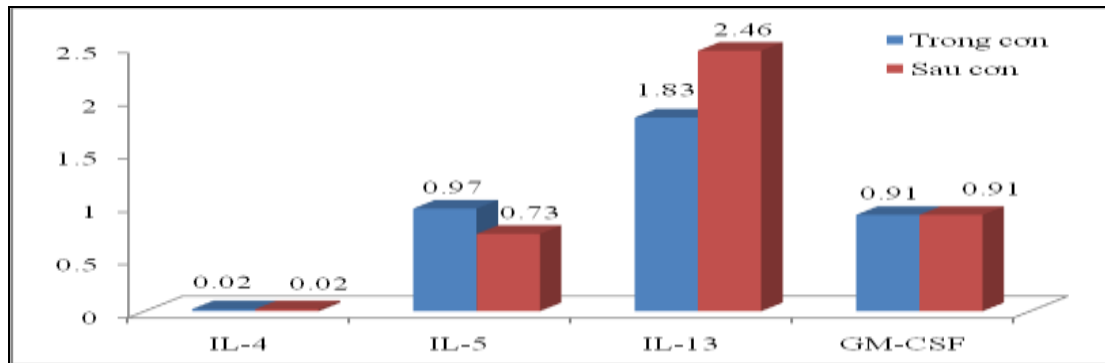
Loại bạch cầu (BC)		Độ nặng cơn hen cấp			Tổng n (%)	p
		Nhẹ n(%)	Trung bình n(%)	Nặng n (%)		
Số lượng BC BC ưa acid BC trung tính		n=12	n=52	n=63	n=127	
	Bình thường	4 (33,33)	12 (23,08)	8 (12,70)	24 (18,9)	0,149
	Tăng	8 (66,67)	40 (76,92)	55 (87,30)	103 (81,1)	
	Bình thường	7 (58,33)	35 (70,0)	42 (70,0)	84 (68,85)	0,709
	Tăng	5 (41,67)	15 (30,0)	18 (30,0)	38 (31,15)	
	Bình thường	7 (58,33)	21 (40,38)	15 (23,81)	43 (33,86)	0,030
	Tăng	5 (41,67)	31 (59,62)	48 (76,19)	84 (66,14)	

Nhận xét: Số lượng bạch cầu (BC) tăng tỷ lệ thuận với mức độ nặng của cơn hen cấp. Nhóm cơn hen cấp nhẹ có tỷ lệ bạch cầu máu tăng là 66,67%, cơn hen cấp trung bình là 76,92%, cơn hen cấp nặng là 81,1%. Số lượng BC trung tính phản ánh độ nặng của cơn hen cấp ($p=0,03$). Số lượng bạch cầu ưa acid không phản ánh độ nặng của cơn hen cấp ($p=0,709$).

Bảng 3.3. Môi trường quan giữa các tế bào CD và độ nặng của cơn hen cấp

Tế bào CD		PAS		Tổng n (%)	p
		Nhẹ + Trung bình n(%)	Nặng n(%)		
CD3		n=21	n=30	n=51	
	Bình thường	16 (76,19)	15 (50)	31 (60,78)	0,059
CD4	Giảm	5 (23,81)	15 (50)	20 (39,22)	
	Bình thường	13 (65,0)	14 (46,67)	27 (54,0)	0,203
	Giảm	7 (35)	16 (53,33)	23 (46,0)	
CD8	Bình thường	20 (95,24)	21 (72,41)	41 (82,0)	0,038
	Giảm	1 (4,76)	8 (27,59)	9 (18,0)	

Nhận xét: Tỷ lệ giảm số lượng tế bào TCD3 và TCD8 ở trẻ có cơn hen cấp nặng cao hơn trẻ có cơn hen cấp nhẹ và trung bình, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).



Biểu 3.2. Nồng độ các cytokine thuộc nhóm Th2 trong và sau cơn hen

Nhận xét: Nồng độ IL-4, IL-13 thấp ở trẻ trong cơn hen cấp so với sau cơn hen. Ngược lại, nồng độ IL-5 cao hơn ở trẻ trong cơn hen cấp.

Bảng 3.4. Nồng độ các cytokine thuộc nhóm Th1 trong và sau cơn hen

Loại tế bào		Bệnh nhi hen		p
		Trong cơn	Sau cơn	
IL-2	Trung vị	0,16	0,16	0,0003
	Giá trị nhỏ nhất	0,05	0,105	
	Giá trị lớn nhất	44,02	45,51	
IL12	Trung vị	0,01	0,01	0,7331
	Giá trị nhỏ nhất	0,01	0,01	
	Giá trị lớn nhất	11,98	9,15	
IFN γ	Trung vị	12,41	12,41	0,9376
	Giá trị nhỏ nhất	0,21	2,765	
	Giá trị lớn nhất	1056,32	895,51	
TNF α	Trung vị	0,43	0,43	0,8565
	Giá trị nhỏ nhất	0,21	0,22	
	Giá trị lớn nhất	249,91	95,03	

Nhận xét: Trung vị giá trị của IL-2 ở bệnh nhân trong cơn hen cấp là 0,16pg/ml, (0,05- 44,02 pg/ml). Sau cơn hen, nồng độ IL-2 tăng lên có ý nghĩa thống kê ($p=0,003$). Các cytokine khác thuộc tế bào Th1 không có sự khác biệt trong và sau cơn hen cấp.

VI. BÀN LUẬN

Bệnh học của hen phế quản cơ bản là nền viêm. Rất nhiều nghiên cứu gợi ý mức độ nặng của hen liên quan đến mức độ viêm. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 81,1% bệnh nhân có tăng bạch cầu trong cơn hen cấp, với 66,14% tăng bạch cầu đa nhân trung tính và 31,15% tăng bạch cầu ái toan. Kết quả nghiên cứu của Lê Thị Lệ Thảo trong cơn hen cấp có 62,33% bệnh nhân tăng bạch cầu trong máu. Trong đó tỷ lệ tăng bạch cầu đa nhân trung tính là 71,92%, tăng bạch cầu ưa acid là 29,5% [2]. Các nghiên cứu chỉ ra rằng bạch cầu đa nhân trung tính là tế bào chủ yếu bị kích hoạt trong giai đoạn cảm lạnh, hậu quả là làm tăng số lượng bạch cầu trung tính và các cytokine như IL-8 và leukotriene B₄ [3]. Nghiên cứu trên động vật cũng như trên người chỉ ra vai trò quan trọng của tế bào Th2 sản sinh ra IL-4, IL-5, IL-13 trong bệnh học hen dị ứng [4].

IL-4 là một cytokine quan trọng trong tiến triển viêm dị ứng. Nó liên quan đến việc chuyển lympho B sản xuất IgE và biệt hoá Th0 thành Th2 và các tế bào Th2 này có thể bài tiết ra IL-4, IL-5 và IL-13 [5]. IL-4 tăng trong máu và trong dịch rửa phế quản ở bệnh nhân hen dị ứng. IL-4 làm tăng đáp ứng đường thở ở bệnh nhân hen Theo Hoekstra, sự khác biệt IL-4 dường như phụ thuộc vào mức độ nặng của hen [6].

IL-5 là một cytokine của Th2 có thể kích thích biệt hoá giải phóng bạch cầu ưa acid từ tủy xương vào máu, hơn nữa cytokine này có khả năng hoá ứng động bạch cầu ưa acid, do đó nó cũng tăng ở bệnh nhân hen dị ứng. IL-13 là một cytokine khác của Th2 cũng được cho là chất trung tâm gây viêm trong hen. IL-13 gây ra cơ trơn, tăng tiết đờm. Berry và cộng sự nghiên cứu thấy IL-13 tăng ở bệnh nhân hen [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi IL-5 tăng trong cơn hen cấp so với sau cơn hen.

GM-CSF là một cytokine có vai trò làm thay đổi bệnh học của HPQ. GM-CSF kích thích sự trưởng thành của cả bạch cầu đa nhân trung tính và đại thực bào. GM-CSF tăng giả định cơn hen nặng kháng thuốc.

TNF- α do nhiều tế bào bài tiết. Tăng TNF- α quan sát thấy trong đờm, dịch rửa phế quản và mẫu sinh thiết phế quản ở bệnh nhân hen. TNF- α tác động trực tiếp lên cơ trơn đường dẫn khí gây tăng co thắt và do đó có thể đóng vai trò tăng đáp ứng đường dẫn khí ở bệnh nhân hen. Ở bệnh nhân trong cơn hen nặng phải thông khí hỗ trợ, dịch rửa phế quản có tăng bạch cầu trung tính và cytokine tiền viêm bao gồm TNF- α .

IFN- γ là cytokine được bài tiết bởi tế bào Th1 và thường giảm trong HPQ. Giảm IFN- γ làm giảm khả năng ức chế tổng hợp IgE và các phản ứng viêm dị ứng. IL-2 tăng trong dịch rửa phế quản ở bệnh nhân có triệu chứng hen, và tăng trong máu ở bệnh nhân có cơn hen cấp nặng. Trong nghiên cứu này, nồng độ IL-2 giảm trong cơn rõ rệt so với sau cơn.

V. KẾT LUẬN

Đáp ứng viêm trong HPQ là cơ chế phức tạp với sự tham gia của nhiều tế bào và thành phần

tế bào. Đáp ứng viêm duy trì cả trong cơn hen cấp và sau cơn hen cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Machura E, Mazu Br, Rusek-Zychma M et al (2010). Cytokine production by peripheral blood CD4⁺ and CD8⁺ T Cells in atopic childhood asthma". Clin Developl Immunol, 2010 (2010)
- 2- Lê Thị Lệ Thảo (2011) *Nghiên cứu vai trò của Rhinovirus trong khởi phát cơn hen cấp ở trẻ em*. Luận văn thạc sỹ y học trường ĐHY Hà Nội.
- 3- Gern JE, Calhoun W, Swenson C et al (1997), Rhinovirus infection preferentially increases lower airway responsiveness in allergic subjects. *Am J Respir Crit Care Med* 155:1872–1876.
- 4- Bogie M, Savic N, Tomi V et al (2004) Clinical significance of measurement of interleukin 4 and interleukin 5 serum concentrations in bronchial asthma. *Jugoslav Med Biochem*, 23: 51–54.
- 5- Jutel M, Pichler WJ, Skrbic D et al (1995). Bee venom immunotherapy results in decrease of IL-4 and IL-5 and increase of IFN- γ secretion in specific allergen-stimulated T cell cultures, *J Immunol*, 154:4187–4194.
- 6- Hoekstra MO, Hoekstra Y, De Reus D et al (1997) Interleukin-4, interferon-gamma and interleukin-5 in peripheral blood of children with moderate atopic asthma, *Clin Exp Allergy*. 27:1254–1260.
- 7- Berry MA, Parker D, Neale N et al. (2004), Sputum and bronchial submucosal IL-13 expression in asthma and eosinophilic bronchitis, *J Allergy Clin Immunol* 114: 1106–9.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NHỒI MÁU NÃO Ở BỆNH NHÂN TRÊN 60 TUỔI TẠI KHOA THẦN KINH- BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Anh Tuấn*

TÓM TẮT²⁴

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố nguy cơ của nhồi máu não ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại Khoa Thần Kinh - Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện với tổng cộng có 102 bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu. **Kết quả:** tuổi càng cao có nguy cơ mắc nhồi máu não càng cao; tỷ lệ nam mắc bệnh cao hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,32; Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và tăng huyết áp khi vào viện có tỷ lệ nhồi máu não cao. Ở các bệnh nhân có tăng đường huyết khi vào viện thì nguy cơ nhồi máu não ở nữ gấp 1,483 lần nam.

Từ khóa: nhồi máu não, cao tuổi

SUMMARY

RISK FACTORS OF CEREBRAL INFRACTION AMONG PATIENTS ABOVE 60 YEARS OLD AT NEUROLOGY DEPARTMENT – BACH MAI HOSPITAL

Objective: Describe the risk factors of cerebral infraction among patients above 60 years old at neurology department in Bach Mai Hospital. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with total of 102 patients were recruited into the study. **Results:** higher age increased the risk of suffering cerebral infraction; the prevalence of this disease among male were higher than among female with the ratio male/female being 1,32; the prevalence of cerebral infraction was higher among patients with hypertension during hospital admission or having history of hypertension than that among their counterpart. Among patients with hyperglycemia during hospital admission, female patients were 1,483 more likely to suffer cerebral infraction than male.

Keywords: cerebral infraction, elderly

* Bộ Môn Thần Kinh - Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Anh Tuấn
Email: atuanemi@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMN) là nhóm bệnh phổ biến và có xu hướng ngày càng gia tăng ở các nước trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Bệnh gây tử vong và tàn phế ở khắp nơi trên thế giới, là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau bệnh tim mạch, ung thư [1], thậm chí nó được coi là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ hai chỉ sau nhồi máu cơ tim [2], là nguyên nhân hàng đầu gây tàn tật nghiêm trọng ở người trưởng thành [1]. Những di chứng do TBMN có ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh cũng như người thân của họ. TBMN là một vấn đề thời sự trong y học và y tế. Bệnh có tần suất 0,2% trong cộng đồng, phần lớn ở người trên 65 tuổi với tỷ lệ 1%. Năm 2005, trên thế giới ước tính có khoảng 16 triệu người bị TBMN; 5,7 triệu người chết do TBMN [3] và con số này được dự đoán sẽ tăng lên 23 triệu người mắc; 7,3 triệu người tử vong vào năm 2030 [3].

Nhồi máu não (NMN) có thể gặp ở mọi lứa tuổi khác nhau, theo các tác giả như Lê Đức Hình [1], nhận thấy TBMN nói chung và NMN nói riêng tăng lên theo tuổi. Hiện nay đã có rất nhiều tiến bộ trong điều trị NMN như việc sử dụng thuốc tiêu sợi huyết, những tiến bộ trong hồi sức cấp cứu, trong phẫu thuật thần kinh song kết quả thu được vẫn còn hạn chế: Số lượng bệnh nhân NMN được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết chiếm tỷ lệ rất nhỏ ở một số trung tâm và bệnh viện lớn.

Chính vì vậy việc phát hiện và dự phòng các yếu tố nguy cơ đóng vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa bệnh xuất hiện. Đã có rất nhiều những nghiên cứu tìm hiểu về các yếu tố nguy cơ của TBMN cũng như NMN, song do chất lượng cuộc sống không ngừng được nâng cao nên các yếu tố nguy cơ cũng có nhiều biến đổi. Hơn thế nữa, việc chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi ngày càng được quan tâm, đặc biệt ở nhóm tuổi này khi bị bệnh dễ dẫn đến tàn tật hơn, đòi hỏi chế độ chăm sóc phức tạp hơn và làm gia tăng tỷ lệ tử vong.

Trên cơ sở đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ của

nhồi máu não ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại Khoa Thần Kinh- Bệnh viện Bạch Mai".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại Khoa Thần Kinh - Bệnh viện Bạch Mai, được chẩn đoán là NMN theo tiêu chuẩn về lâm sàng và hình ảnh học của Tổ chức Y tế Thế giới: Chụp cắt lớp vi tính hoặc chụp cộng hưởng từ sọ não có hình ảnh NMN.

Loại trừ: 1) Các trường hợp chẩn đoán hình ảnh học không rõ ràng. 2) Các NMN do ung thư di căn.

Thời gian nghiên cứu: 09/2015 – 06/2016

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Thần Kinh- Bệnh viện Bạch Mai.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ để ước tính cỡ mẫu nghiên cứu:

$$n = \frac{t^2 \left(\frac{p}{q} \right) \times p \times (1 - p)}{\delta^2}$$

- Với tỷ lệ mắc NMN trong số bệnh nhân TBMN theo các nghiên cứu trước đó là 77% [6].

- Độ tin cậy 95% (tương ứng mức xác suất thống kê $\alpha = 0,05$) có $t(\alpha/2) = 1,96$.

- Chọn $\delta = 10\%$.

Thay vào công thức ta tính được cỡ mẫu tối thiểu là 68 bệnh nhân. Qua điều tra tổng cộng có 102 bệnh nhân được tuyển chọn vào nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp TTSL: Hồi cứu bệnh án.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 102 bệnh nhân, trong đó nam giới có 58 (chiếm tỷ lệ 56,9%), nữ giới có 44 (chiếm tỷ lệ 43,1%). Bệnh nhân nam trong độ tuổi từ 60 - 70 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (28,4%) và giảm dần ở các nhóm tuổi 70-80 tuổi và trên 80 tuổi tương ứng (22% và 7%), trong khi bệnh nhân nữ có tỷ lệ gần như nhau ở các nhóm tuổi (lần lượt là 14%, 17% và 13%).

Bảng 1: Mối tương quan giữa tiền sử THA với NMN theo giới

Giới	NMN	THA khi vào viện		OR	95%CI	P
		Có	Không			
Nữ		32 (72,7%)	12 (27,3%)	1,029	0,085- 1,315	0,821
Nam		41 (70,7%)	17 (29,3%)	1		
Tổng		73 (71,6%)	29 (28,4%)			

Số bệnh nhân có tiền sử THA chiếm tỷ lệ khá cao (71,6%). Trong số các bệnh nhân có tiền sử THA thì tỷ lệ NMN ở nữ cao hơn ở nam, gấp 1,029 lần nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2: Môi tương quan giữa tình trạng THA khi vào viện với NMN theo giới

Giới	NMN	THA khi vào viện		OR	95%CI	P
		Có	Không			
Nữ		31 (70,5%)	13 (29,5%)	0,888	0,704-1,12	0,303
Nam		46 (79,3%)	12 (20,7%)	1		
Tổng		77 (75,5%)	25 (24,5%)			

Tỷ lệ bệnh nhân có THA tại thời điểm phát hiện TBMN là khá cao (75,5%). Trong số bệnh nhân có huyết áp cao khi vào viện thì nguy cơ bị NMN của nữ thấp hơn của nam (bằng 0,888 lần), nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3: Môi tương quan giữa tình trạng tăng đường huyết lúc vào viện với NMN theo giới

Giới	NMN	Tăng đường huyết khi vào viện		OR	95%CI	P
		Có	Không			
Nữ		27 (61,4%)	17 (38,6%)	1,483	1,008-2,181	0,046
Nam		24 (41,4%)	34 (58,6%)	1		
Tổng		51 (50%)	51 (50%)			

Bệnh nhân có tình trạng tăng đường huyết và không tăng đường huyết lúc vào viện có tỷ lệ ngang nhau. Trong số những bệnh nhân có tăng đường huyết đó thì nữ có nguy cơ bị NMN cao gấp 1,483 lần so với nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4: Môi tương quan giữa tình trạng rối loạn mỡ máu khi vào viện với NMN theo giới

Giới	NMN	Rối loạn mỡ máu		OR	95%CI	P
		Có	Không			
Nữ		31 (73,8%)	11 (26,2%)	1,048	0,806-1,362	0,729
Nam		39 (73,6%)	14 (26,4%)	1		
Tổng		70 (73,7%)	25 (26,3%)			

Trong số 95 bệnh nhân được làm xét nghiệm mỡ máu thì bệnh nhân có rối loạn mỡ máu chiếm tỷ lệ cao (73,7%). Trong số những bệnh nhân có rối loạn mỡ máu thì ở nữ có nguy cơ bị NMN cao gấp 1,048 lần ở nam, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 5: Môi tương quan giữa cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua với NMN theo giới

Giới	NMN	Cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua		OR	95%CI	P
		Có	Không			
Nữ		7 (15,9%)	37 (84,1%)	1,153	0,453-2,94	0,765
Nam		8 (13,8%)	50 (86,2%)	1		
Tổng		15 (14,7%)	87 (85,3%)			

Kết quả cũng cho thấy: Có 25 bệnh nhân nghiện rượu (24,5%), 21 bệnh nhân hút thuốc lá (20,6%) trong đó 100% bệnh nhân nghiện rượu và hút thuốc lá là nam giới.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm hiểu các yếu tố nguy cơ như tiền sử mắc TBMN của gia đình, tiền sử mắc TBMN của bệnh nhân, tiền sử đái tháo đường, tăng HbA1C, chỉ số khối cơ thể, bệnh tim mạch, hẹp động mạch cảnh với NMN theo giới tuy nhiên không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nhồi máu não có thể gặp ở mọi lứa tuổi khác nhau. Nhưng các tác giả như Lê Đức Hình [1], nhận thấy TBMN nói chung và NMN nói riêng tăng lên theo tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 60- 80 tuổi là 80,4%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng, ở lứa tuổi trên 50 thì tỷ lệ TBMN là trên 70%, Nguyễn Năng Tấn là trên 90% [4], trong

nghiên cứu của Nguyễn Đức Hoàng trên 55 tuổi là 71,8% [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gặp bệnh nhân trên 80 tuổi bị NMN chỉ chiếm 19,6%, phải chăng do đối tượng này vẫn chưa được xã hội quan tâm nhiều, mọi người nghĩ đây là triệu chứng của tuổi già nên không đưa người bệnh vào bệnh viện, đặc biệt là người dân nông thôn có điều kiện gia đình kinh tế khó khăn hoặc ở xa các cơ sở y tế hoặc các cơ sở chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi, hoặc khi được phát hiện thì tình trạng bệnh nhân đã nặng và vì thế họ đã tử vong trước khi nhập viện, hay tử vong sau một thời gian ngắn nằm điều trị tại bệnh viện.

Tỷ lệ nam (56,9%) mắc NMN nhiều hơn nữ (43,1%), tỷ lệ bệnh giữa hai giới nam: nữ là 1,32:1. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [6], [7]. Có thể lý giải điều này do ở nam giới thường có nhiều yếu tố nguy cơ hơn so với nữ như THA, hút thuốc lá, thuốc lá, lạm dụng rượu.

Tăng huyết áp với NMN: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy THA là nguy cơ hàng đầu của NMN. Tỷ lệ bệnh nhân bị TBMN có tiền sử THA và có trị số huyết áp cao khi vào viện chiếm một tỷ lệ rất cao, tỷ lệ này lần lượt là 71,6% và 75,5%. Kết quả của chúng tôi phù hợp tác giả Nguyễn Đức Hoàng là 78,13% [5]. Tan K.S và CS cũng thống nhất THA là yếu tố nguy cơ hàng đầu của TBMN với 65,7% [7].

Ngoài ra trong nhóm THA thì nguy cơ bị NMN của nữ chỉ bằng 0,888 lần của nam hay nguy cơ gặp NMN ở nam gấp 1,3 lần ở nữ, không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ về nguy cơ bị NMN khi có THA. Trong số các bệnh nhân vào viện có tình trạng THA thì có 83% là có tiền sử THA, 17% có THA nhưng không biết tình trạng huyết áp của bản thân trước đó và 100% bệnh nhân có tiền sử THA điều trị không đúng phác đồ, hoặc điều trị không uống thuốc thường xuyên, hoặc có uống thuốc thường xuyên nhưng không duy trì được huyết áp mục tiêu. Điều này chứng tỏ người bệnh cũng như những người thân của họ chưa quan tâm đúng mức về vấn đề kiểm soát huyết áp của người bệnh có THA, do vậy cần phải được tuyên truyền và hướng dẫn tốt hơn nữa.

Như vậy theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi và kết quả nghiên cứu của các tác giả trên, chúng tôi thấy huyết áp là yếu tố nguy cơ tác động mạnh nhất đối với TBMN nói chung cũng như NMN nói riêng. Có lẽ vì THA chiếm tỷ lệ cao và nó thường phối hợp với các yếu tố nguy cơ khác như rối loạn Lipid, đái tháo đường, xơ vữa động mạch, béo phì, hút thuốc lá, lạm dụng rượu. THA làm thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch, làm thành mạch dễ bị tổn thương nên mất sự tự điều hòa cung lượng máu não theo hiệu ứng Bayliss gây NMN.

Đái tháo đường với NMN: Có 51 bệnh nhân (50%) là có tình trạng tăng đường huyết khi vào viện. Trong nhóm có đường huyết cao khi vào viện có tới 80% số bệnh nhân chưa phát hiện đái tháo đường trước đó và nguy cơ bị NMN ở nữ cao gấp 1,483 lần ở nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể do đái tháo đường gây tổn thương vi mạch toàn thân trong đó có mạch máu não và nó còn phối hợp với nhiều yếu tố nguy cơ khác như rối loạn Lipid, xơ vữa động mạch, THA.

Rối loạn Lipid máu với NMN: Để đánh giá rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân chúng tôi căn cứ vào kết quả xét nghiệm định lượng Lipid máu thông qua các chỉ số Cholesterol toàn phần,

Triglycerid, LDL – Cholesterol, HDL – Cholesterol. Theo kết quả nghiên cứu, trong số 95 bệnh nhân được làm xét nghiệm mỡ máu thì bệnh nhân có rối loạn Lipid máu chiếm một tỷ lệ rất cao (73,7%). Trong đó tăng Cholesterol toàn phần là 46,1%; tăng Triglycerid là 33,3%; tăng LDL – Cholesterol là 40,2% và giảm HDL – Cholesterol máu là 17,6%. Theo Nguyễn Năng Tấn thì khi Cholesterol máu tăng $>5,2$ mmol/l tỷ lệ bị TBMN là 34,2% trong đó NMN là 60,7% và CMN là 29,3%; khi Triglycerid tăng $>1,88$ mmol/l tỷ lệ bị TBMN là 35,8% trong đó NMN chiếm 69,8% còn CMN là 30,2%; còn khi LDL- Cholesterol tăng $>3,4$ mmol/l thì tỷ lệ tương ứng là 23,3% - 71,1% - 28,6% [4]. Điều này có thể do trong những năm gần đây đời sống vật chất của người dân được nâng cao, các thói quen ăn uống đặc biệt là ăn mỡ động vật có thể là nguyên nhân gây ra tình trạng rối loạn Lipid máu và làm cho tỷ lệ rối loạn Lipid máu ở bệnh nhân NMN tăng lên.

Cơ thiếu máu não cục bộ thoáng qua với NMN: Tổ chức Y tế Thế giới đã khẳng định cơ thiếu máu não thoáng qua là yếu tố nguy cơ chắc chắn gây NMN và tỷ lệ dao động từ 0,2% đến 0,5% dân số. Trong nghiên cứu này chúng tôi có tỷ lệ 14,7% cơ thiếu máu cục bộ thoáng qua. Tỷ lệ này cao hơn số liệu của Churilov L và CS là 3,3% khi nghiên cứu ở NMN ở người trẻ tuổi [7]. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của Tổ chức Y tế thế giới là tỷ lệ cơ thiếu máu cục bộ thoáng qua tăng dần theo tuổi.

Lạm dụng rượu và hút thuốc lá: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu chiếm tỷ lệ 24,5% và hút thuốc lá (chúng tôi chỉ đề cập đến hút thuốc lá chủ động) là 20,6%, những bệnh nhân này 100% là nam giới và đa số là nông dân, không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi. Như vậy, mối liên quan giữa uống rượu và TBMN có những điểm có lợi và bất lợi, nhưng chỉ khi sử dụng nhiều rượu mới có nguy cơ cao với TBMN nói chung và NMN nói riêng.

Về tỷ lệ bệnh nhân nghiện thuốc lá, kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lê Đức Hình và CS với tỷ lệ TBMN có sử dụng thuốc lá là 20,89 – 46% [1]. Cũng theo tác giả, thuốc lá làm biến đổi nồng độ Lipid máu mà chủ yếu làm giảm yếu tố bảo vệ là HDL- Cholesterol, tăng Fibrinogen, tăng tính đông máu, tăng kết dính tiểu cầu [1]. Thuốc lá còn làm tăng quá trình xơ vữa mạch. Chính vì vậy, việc ngừng thuốc lá và rượu là biện pháp hiệu quả nhất góp phần làm giảm các yếu tố nguy cơ của NMN đặc biệt là những người trẻ tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tuổi càng cao có nguy cơ mắc NMN càng cao; tỷ lệ mắc bệnh nam cao hơn nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,32; BN có tiền sử THA và THA khi vào viện có tỷ lệ NMN càng cao; BN có rối loạn mỡ máu có tỷ lệ mắc NMN cao hơn; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Ở các bệnh nhân có tăng đường huyết khi vào viện thì nguy cơ nhồi máu não của nữ gấp 1,483 lần nam, có sự khác biệt giữa hai giới về tỷ lệ NMN ($p<0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Hình và nhóm chuyên gia (2008): *Tai biến mạch máu não*. Nhà xuất bản Y học, 29-47, 61-73, 84-105, 217-240, 274-292, 294-352.
2. Lozano R, M Naghavi, K Foreman, S Lim, K Shibuya, V Aboyans, J Abraham, T Adair, R Aggarwal, et al. (2003). Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2095- 2128.
3. Strong K, C Mathers and R Bonita (2007). Preventing stroke: saving lives around the world. *Lancet Neurol* 6: 182-187.
4. Nguyễn Năng Tấn (2003), *Nghiên cứu mối liên quan giữa tăng huyết áp với các thể của tai biến mạch máu não*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Đức Hoàng và cộng sự (2004), Khảo sát các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não, *Tạp chí tim mạch học*, số 38, tr 36-39.
6. Nguyễn Thị Minh Phượng (2013), *Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ thường gặp trên bệnh nhân tai biến mạch máu não từ 60 tuổi trở lên tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương*, Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ Đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Tan K.S, Tan C.T, Churilov. L, Mackay M.T, Donnan G.A (2010): "Ichaemic stroke in young adults: A comparative study between Malaysia and Australia". *Neurology Asia*; 15,1: 1-9.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH U NGUYÊN BÀO THẬN TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT THEO PHÁC ĐỒ SIOP

TÓM TẮT²⁵

Mục tiêu: nghiên cứu đặc điểm hình ảnh u nguyên bào thận trước và sau điều trị hóa chất trên chụp cắt lớp vi tính. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền 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:** có 61 bệnh nhân u nguyên bào thận (UNBT). Tỷ lệ nam/nữ UNBT~1,1. Khối u có đặc điểm bờ đều, ranh giới rõ, tỷ trọng không đồng nhất trong đó hoại tử hay gặp nhất. Sau điều trị hóa chất khối u giảm thể tích trung bình 21%, trong đó mức đáp ứng tốt theo tiêu chuẩn WHO 44,2%, theo tiêu chuẩn MASS 53,8%. Tuy nhiên tiến triển u theo tiêu chuẩn WHO cao hơn gấp 4 lần so với nghiên cứu của SIOP (5%) [3]. **Kết luận:** UNBT là khối u có kích thước lớn khi phát hiện ~ 9,4 cm (340mL), bờ đều, ranh giới rõ, tỷ trọng không đồng nhất, hay gặp nhất là hoại tử, vôi hóa ít gặp. Sau hóa chất khối u giảm kích thước trung bình 21%, trong đó đáp ứng tốt 44,2% phù hợp với các kết quả công bố của SIOP. Tuy nhiên tiến triển u sau hóa chất còn khá cao 19,3%, gần gấp 4 lần so với SIOP. Hình ảnh u

Lê Hồng Nhung*, Nguyễn Xuân Hiền**

thay đổi về kích thước và tỷ trọng trước và sau hóa chất được coi là yếu tố tiên lượng cho điều trị UNBT.

Từ khóa: u nguyên bào thận, u Wilms, SIOP

Chữ viết tắt: SIOP: *Société Internationale D'oncologie Pédiatrique*

Đáp ứng hóa chất theo WHO: CR: *complete response*; PR: *partial response*; SD: *stable disease*; PD: *progressive disease*; TTTBTHC: *tỷ trọng trung bình trước hóa chất*; TTTBSHC: *tỷ trọng trung bình sau hóa chất*.

SUMMARY

RESEARCH ON IMAGING CHARACTERISTICS OF NEPHROBLASTOMA (WILMS TUMOR) BY CTSCANNER BEFORE AND AFTER PREOPERATIVE CHEMOTHERAPY FOLLOWING SIOP PROCEDURE 2009-2016

Objective: This study aims to describe CT features of Wilms tumor before and after preoperative chemotherapy. **Methods:** consecutive patients suspected Wilms tumor on CT scanner and certified positively with biopsy 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. **Result:** the samples consisted of 61 patient Wilms tumor with the ratio male/female~1,1with median age 2 year. The most reason of administration is the mass symptom that the palpable mass touched accounted for 85,2%. Before chemotherapy, tumor size varied from 23,76ml

*

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

(4.3 cm) to 1228,5ml (16 cm) (with the mean density of 34.46 ± 3.52 precontrast and 59.09 ± 13.63 HU postcontrast). Wilms tumor appearance is well-defined with heterogeneous structure including 55,8% of necrosis, 41% of cystic changes, 16,4% of calcification, 1,6% of fat. After chemotherapy, the mean tumor size decrease 21% compare with before chemotherapy. WHO, MASS criteria were used to evaluate the size and density of tumor change after chemotherapy with 44,2% tumor are well-responed, 36,5% tumor are stable, 19,3% are progressive. **Conclusion:** Wilms tumor is well-defined, heterogeneous, decrease 21% volume after preoperative chemotherapy which being well responded to WHO criteria (44,2%), and to MASS criteria (53,8%).

Key word: Nephroblastoma, Wilms tumor, SIOP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thận (UNBT) hay u Wilms chiếm 90% u thận trẻ em [1]. Tuổi hay gặp từ 1-5 tuổi. Trước điều trị hóa chất, u Wilms có kích thước lớn, bờ đều, ranh giới rõ, tỷ trọng không đồng nhất. Sau điều trị hóa chất khối u đáp ứng tốt, với biểu hiện giảm kích thước hay xuất hiện vùng hoại tử sau hóa chất. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Nghiên cứu đặc điểm u nguyên bào thận trên CLVT trước và sau điều trị hóa chất.

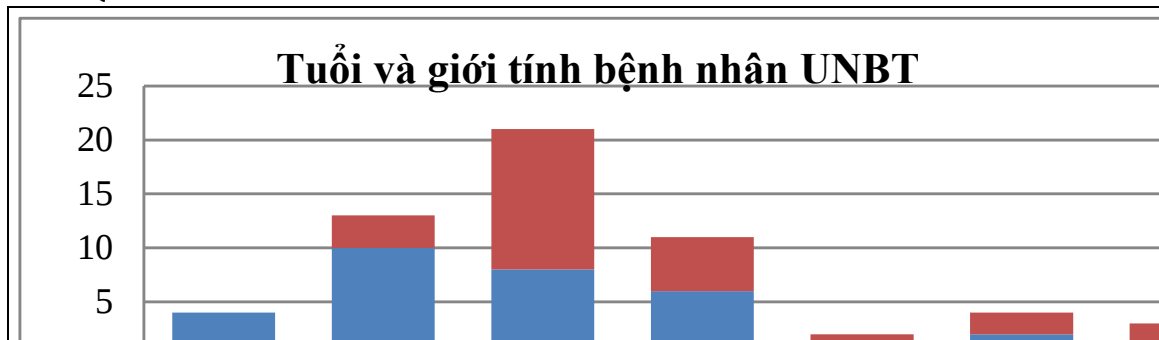
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu tất cả bệnh nhân nghi ngờ u thận được đánh giá giai đoạn từ 2009 đến 2016 tại bệnh viện Nhi trung ương. Tất cả bệnh nhân được quản lý theo phác đồ SIOP. 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 mức độ đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn 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: PD-PR; PD: tăng thể tích sau hóa chất $\geq 25\%$. Đánh giá theo tiêu chuẩn MASS dựa trên xuất hiện hoại tử sau hóa chất, trong đó đáp ứng thuận lợi: giảm tỷ trọng ≤ 40 HU sau hóa chất; đáp ứng không thuận lợi: xuất hiện tổ chức u sau hóa chất; đáp ứng ổn định: dao động từ thuận lợi đến không thuận lợi.

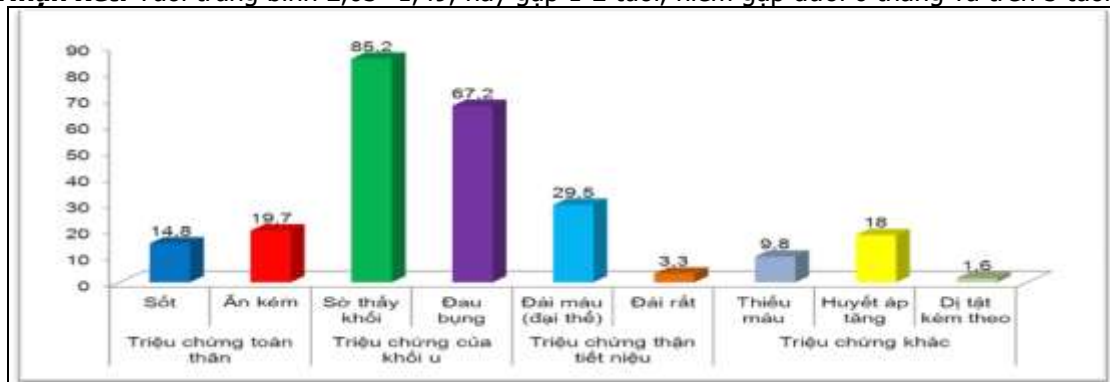
Thể tích khối u được tính theo công thức WHO: chiều dài x chiều sâu x chiều dày x 0,523. [1]

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



Biểu đồ 1: Phân bố tuổi và giới

Nhận xét: Tuổi trung bình $2,03 \pm 1,49$, hay gặp 1-2 tuổi, hiếm gặp dưới 6 tháng và trên 5 tuổi



Biểu đồ 2: Triệu chứng lâm sàng khi đến viện

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất khi đến viện là triệu chứng khối u, trong đó sờ thấy khối chiếm 85%, triệu chứng thận tiết niệu ít gặp 29%.

Bảng 1: Kích thước khối u trước điều trị hóa chất theo RECIST và WHO (n=52)

Phân loại	Mean	Sd	Median	Range
RECIST (cm)	9,48	2,49	9,60	4,3-16
WHO (ml/cm ³)	339,50	251,14	274,38	23,76-1228,50

Bảng 2 : Đặc điểm tỷ trọng u nguyên bào thận (n=61)

	Tỷ trọng trước tiêm thuốc			Tỷ trọng sau tiêm		
	Giảm tỷ trọng	Đồng	Tăng tỷ trọng	Ngấm thuốc kém	Ngấm thuốc trung bình	Ngấm thuốc mạnh
n	8	42	11	13	14	34
%	13.1	68.9	18	21.3	23	55.7
Điểm trung bình	34.46 ± 3.52			59.09 ± 13.63		

Nhận xét: trước tiêm 68,9% đồng tỷ trọng với nhu mô thận, sau tiêm ngấm thuốc mạnh chiếm 55,7%. Khối u có TTTBTT~ 34 HU, TTTBST ~59 HU

Bảng 3: Đặc điểm bờ, ranh giới, cấu trúc u theo phân loại mô bệnh học (n=61)

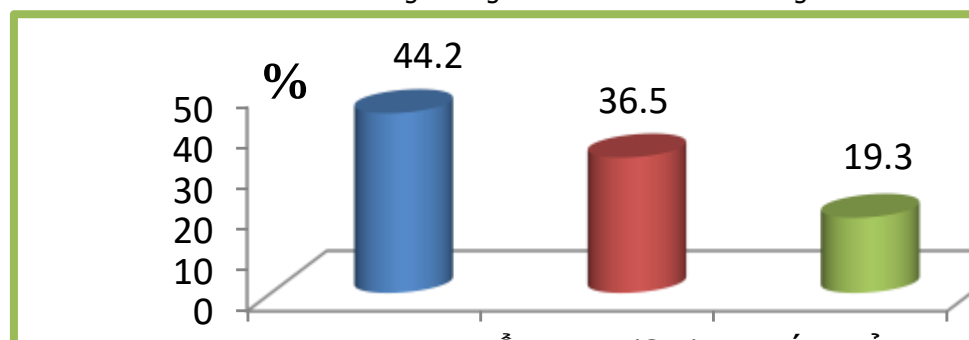
Phân loại nguy cơ	Ranh giới		Bờ		Nang	Hoại tử	Vôi hóa	Mỡ
	Rõ	Không rõ	Đều	Thùy múi				
Nguy cơ thấp	4	1	4	1	4	0	0	0
Nguy cơ trung bình	37	6	27	16	1	25	5	0
Nguy cơ cao	9	4	6	7	16	9	5	1
Tổng	50	11	37	24	21	34	10	1

Nhận xét: Bờ đều 37 trường hợp (60,6%), ranh giới rõ 50 trường hợp (82%). Hoại tử hay gặp nhất 34 trường hợp (55,7%), vôi hóa ít gặp 10 trường hợp (16,4%).

Bảng 4: Kích thước u sau điều trị hóa chất theo phân loại RECIST, WHO

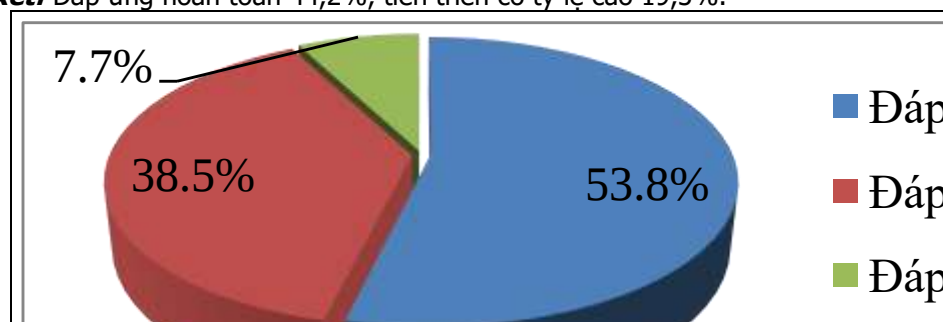
Phân loại	Mean	Sd	Median	Range
RECIST (cm)	7,78	3,94	7.15	1,1-20
WHO (ml/cm ³)	272,35	450,08	136.89	0,44-2250

Nhận xét: sau hóa chất kích thước trung bình giảm 21% từ 340mL xuống 272mL



Biểu đồ 2: Đáp ứng hóa chất của u theo WHO

Nhận xét: Đáp ứng hoàn toàn 44,2%, tiến triển có tỷ lệ cao 19,3%.



Biểu đồ: Đáp ứng hóa chất của u theo MASS (n=52)

Nhận xét: Đáp ứng thuận lợi (vùng hoại tử sau hóa chất) là 53,8%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng: U Wilms có tuổi trung bình khoảng 2 tuổi, tỷ lệ hay gặp nhất ở nhóm tuổi từ 6 tháng đến 3 tuổi, trên 3 tuổi hiếm gặp. Tỷ lệ nam/nữ ~1,1 tương đương tỷ lệ của các nghiên cứu trước đó của Trần Đức Hậu 2013 [2]. Triệu chứng lâm sàng hay gặp là triệu chứng khối u trong đó sờ thấy khối chiếm 85%, triệu chứng thận tiết niệu ít gặp trong đó đái máu 29%, phù hợp với nghiên cứu của Trần Đức Hậu [2].

2. Đặc điểm u nguyên bào thận trước hóa chất: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số UNBT có bờ đều chiếm tỷ lệ 60,6%, còn lại 39,4% là bờ thùy múi. Khối u có ranh giới rõ chiếm tỷ lệ lớn 82%, còn lại 18% là ranh giới không rõ. Rất hiếm gặp bờ thùy múi và ranh giới không rõ trong nhóm nguy cơ thấp, chỉ có 1 trường hợp (1,6%). Như vậy khối UNBT có bờ đều và ranh giới rõ hay gặp nhất, phù hợp với nghiên cứu của Richard E. Lowe, M.D với tỷ lệ 67% [3].

UNBT có tỷ trọng không đồng nhất, chiếm tỷ lệ 78,7%, hoại tử trong u chiếm 57%, xuất hiện nhiều ở nhóm NCTB, phù hợp nghiên cứu của Brisse H và cs [4]. Trên CLVT, vấn đề quan trọng là phân biệt vùng hoại tử đã xuất hiện ngay từ đầu và vùng hoại tử xuất hiện sau hóa chất. Để đánh giá chính xác không khó vì trong quá trình phân tích hình ảnh vùng hoại tử sau hóa chất chỉ xuất hiện trên nền tổ chức u tồn tại trước đó, đo bằng phương pháp định lượng và định tính. Với việc xác định vùng hoại tử thì chẩn đoán hình ảnh sẽ ưu thế hơn Giải phẫu bệnh khi không nhầm lẫn giữa vùng hoại tử do hóa chất và đặc điểm hoại tử xuất hiện trước đó. Vô hóa trong UNBT chỉ chiếm ~16,4%, phù hợp với nghiên cứu của Hartman và cs 2005 [5]. Vô hóa là đặc điểm hay gặp ở u nguyên bào thận kinh, nếu gặp ở UNBT thường biểu hiện dạng chấm và xuất hiện rải rác [5].

Đa số khối UNBT đồng tỷ trọng với nhu mô thận thì không tiêm thuốc chiếm tỷ lệ 68,9%, với tỷ trọng trung bình (TTTBTT) $34,46 \pm 3,52$, sau tiêm khối u ngấm thuốc mạnh với tỷ trọng trung bình sau tiêm (TTTBST) $59,09 \pm 13,63$. Như vậy, sau tiêm tỷ trọng của khối u tăng 43%, với $p=0,001$. Khối UNBT ngấm thuốc mạnh chiếm tỷ lệ 55,7%, không cao hơn nhiều so với ngấm thuốc trung bình và kém. Điều này khác với y văn khi đa số mô tả UNBT ngấm thuốc mạnh sau tiêm [5].

3. Đặc điểm khối u sau hóa chất: UNBT khi được phát hiện có KTTB là 9,4 cm (3,5cm-16cm), TTTB là 340ml (từ 19,5-1228,5mL). Sau

hóa chất KTTB 7,8cm (1,1-20), TTTB~266,5mL (0,8-2250), giảm 21% so với kích thước trước hóa chất. Kết quả này thấp hơn so với kết quả của tác giả Provenzi và cs 2015 là 569,1mL (70,6-2364,2mL) và 149mL (10-1,468mL), giảm 63% [6]. Đáp ứng hóa chất của UNBT được đánh giá theo tiêu chuẩn WHO và MASS. Trong đó tiêu chuẩn WHO: đáp ứng hoàn toàn 44,2%, đáp ứng ổn định 36,5%, tiến triển u 19,3%. Mức đáp ứng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu SIOP 93-01 là 41%, nhưng mức tiến triển cao hơn gấp 4 lần so với nghiên cứu SIOP. Tiêu chuẩn MASS là tiêu chuẩn mới trong đó dựa vào vùng hoại tử sau hóa chất hay giảm tỷ trọng 40 HU sau điều trị so với trước điều trị để đánh giá đáp ứng thuận lợi hay không, trong đó: đáp ứng thuận lợi 53,8%, đáp ứng ổn định 38,5%, đáp ứng không thuận lợi 7%. Các thử nghiệm SIOP với điều trị hóa chất trước phẫu thuật giảm nguy cơ cho phẫu thuật và giảm giai đoạn đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu [7]. Tuy nhiên việc đánh giá đặc điểm mô bệnh học trên mẫu bệnh thực sự khó khăn do bị thay đổi sau hóa chất và việc quyết định giai đoạn trở nên phức tạp khi tiên lượng giữa các khối u cùng giai đoạn nhưng không có tế bào u sống (hoại tử) và có tế bào sống sau hóa chất là khác nhau. Kết quả nghiên cứu của tác giả Vujanovic và cs, thực hiện trong 10 năm khi so sánh với thời gian sống toàn bộ (OS) và thời gian sống không bệnh (EFS) giữa 2 nhóm giai đoạn II sau hóa chất trước phẫu thuật là còn tế bào sống và không có tế bào sống vùng ranh giới giữa giai đoạn I và II (các khối u sau hóa chất ở giai đoạn II, xâm lấn vị trí bề thận hay lớp mỡ quanh thận trước hóa chất) nhưng sau hóa chất không có tế bào u sống sót (hoại tử) tại các vị trí này được tiên lượng như giai đoạn I. Điều này chứng tỏ rằng vùng hoại tử sau điều trị hóa chất là yếu tố tiên lượng điều trị đối với UNBT. Tiêu chuẩn MASS phù hợp với tiêu chuẩn SIOP revise 2002 trong đánh giá yếu tố tiên lượng tốt cho điều trị.

V. KẾT LUẬN

UNBT là khối u hay gặp trẻ em, tuổi trung bình 2 tuổi, tỷ lệ nam/nữ ~1,1, cao hơn nghiên cứu SIOP 93-01. Khối u điển hình có bờ đều, ranh giới rõ, không đồng nhất, tỷ trọng trung bình trước tiêm $34,46 \pm 3,52$, tỷ trọng trung bình sau tiêm $59,09 \pm 13,63$, ngấm thuốc mạnh ($p<0,05$). Tỷ trọng khối không đồng nhất trong đó hoại tử hay gặp 57%, vô hóa ít gặp. Sau hóa chất khối giảm 21% thể tích trung bình so với

trước hóa chất, trong đó mức đáp ứng tốt 44,2% phù hợp với nghiên cứu của SIOP. Nhưng mức tiến triển sau hóa chất 19,3%, cao hơn so với nghiên cứu của SIOP. Tiêu chuẩn MASS trong đánh giá đáp ứng tương đồng với quan điểm của SIOP revise 2002 trong đó coi vùng hoại tử xuất hiện sau hóa chất được coi là tiên lượng điều trị khối u tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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.
2. 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.

3. E. Richard, M. D. Lowe, M. D. et al (1994). Computed tomographic evaluation of Wilms tumor and neuroblastoma. Radiographics.
4. Brisse, H.J., et al., Imaging in unilateral Wilms tumour. Pediatr Radiol, 2008. 38(1): p. 18-29.
5. Hartman, D.J. and G.T. MacLennan, Wilms tumor. J Urol, 2005. 173(6): p. 2147.
6. Provenzi, V.O., et al., [Tumor size and prognosis in patients with Wilms tumor]. Rev Paul Pediatr, 2015. 33(1): p. 82-7.
7. A. D. Smith, S. N. Shah, B. I. Rini et al (2010). Morphology, Attenuation, Size, and Structure (MASS) criteria: assessing response and predicting clinical outcome in metastatic renal cell carcinoma on antiangiogenic targeted therapy. AJR Am J Roentgenol, 194 (6), 1470-1478.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC VÀ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ TẠI KHOA PHẪU THUẬT THẦN KINH CỦA 7 BỆNH VIỆN NĂM 2013

Nguyễn Trần Bách*, Nguyễn Lê Bảo Tiến**, Đinh Ngọc Sơn**

TÓM TẮT²⁶

Mục tiêu: Đánh giá kết quả chăm sóc và điều trị chấn thương cột sống cổ tại 7 bệnh viện năm 2013. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu được tiến hành trên 262 bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương cột sống cổ được điều trị từ tháng 1/2013 – 12/2013 tại Khoa Phẫu thuật thần kinh của 7 bệnh viện trên toàn quốc, kết quả cho thấy: Tỷ lệ nam/nữ là 3,6/1; 87,0% bệnh nhân từ 18 – 59 tuổi, tuổi trung bình $40,4 \pm 14,8$ tuổi; 81,7% bệnh nhân được sơ cấp cứu trước khi nhập viện, trong đó có 58,8% bệnh nhân được cố định cột sống cổ; 62,5% bệnh nhân được điều trị phẫu thuật; thời gian nằm viện trung bình $9,78 \pm 5,41$ ngày; tỷ lệ biến chứng là 29,8%, tỷ lệ tử vong 3,4%. **Kết luận:** Chấn thương cột sống cổ là một trong những chấn thương nghiêm trọng, chính vì vậy việc chăm sóc trước khi nhập viện và điều trị bệnh sớm sẽ góp phần làm giảm nguy cơ thương vong cho bệnh nhân.

Từ khóa: Chấn thương cột sống cổ, điều trị, khoa phẫu thuật thần kinh

SUMMARY

THE RESULTS OF CARE AND TREATMENT OF CERVICAL SPINE INJURY IN 7 HOSPITALS IN 2013

*Đại học Y Hà Nội

**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:

Objective: To evaluate the results of care and treatment of cervical spine injury in 7 hospitals in 2013. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Results:** The study was conducted on 262 patients diagnosed cervical spine injuries were treated from January, 2013 – December, 2013 in the Department of Neurological Surgery of 7 hospitals across the country, the results showed : percentage of male / female is 3.6 / 1; 87.0% of patients from 18-59 years old, the average age is 40.4 ± 14.8 years old; 81.7% of patients are given first aid before admission, while 58.8% of patients with cervical spine is fixed; 62.5% of patients were treated by surgery; The average length of hospital stay was 9.78 ± 5.41 days; complication rate was 29.8%, 3.4% mortality rate. **Conclusion:** Cervical spine injury is a serious injury, so the pre-hospital care and early treatment will help reduce the risk of injury to the patient.

Keywords: cervical spine injury, treatment, neurological surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các chấn thương cột sống (CTCS), đặc biệt là chấn thương cột sống cổ, là một trong những chấn thương nghiêm trọng nhất mà bệnh nhân có thể gặp phải. Ở Việt Nam, CTCS cổ có xu hướng gia tăng do các tai nạn giao thông, tai nạn lao động, hay do tai nạn sinh hoạt,... hệ quả phải gánh chịu là có đến 60% - 70% bệnh nhân bị rối loạn thần kinh, trong khi đó liệt hai chân chiếm khoảng 50%. Nghiên cứu của Đoàn Lê Dân và Nguyễn Văn Thạch cho thấy gãy xương cột sống thắt lưng – ngực chiếm 3% - 5% trường hợp nhập viện mỗi năm tại Bệnh viện hữu

ngiht Việt Đức[1]. Theo tác giả Vũ Hùng Liên, đã có 663 trường hợp CTCS từ năm 1995 đến năm 2003 tại Bệnh viện Quân đội 103, trong đó có 268 bệnh nhân bị suy giảm thần kinh, chiếm 40,4% [2]. Để làm giảm các hậu quả của tổn thương cũng như ngăn ngừa tổn thương cột sống thứ cấp, việc cố định cột sống cổ trong tất cả các trường hợp nghi ngờ CTCS là vấn đề tối quan trọng [3]. Tuy nhiên, ở Việt Nam vẫn chưa được nghiên cứu một cách có hệ thống hoặc hướng dẫn chi tiết về chăm sóc, điều trị bệnh nhân bị CTCS cổ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: “*đánh giá kết quả chăm sóc và điều trị chấn thương cột sống cổ tại 7 bệnh viện năm 2013*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Khoa Phẫu thuật thần kinh của 7 bệnh viện: Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Nguyên, Bệnh viện Quân Y 103, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Đa khoa 115.

3.2. Kết quả chăm sóc và điều trị chấn thương cột sống cổ:

Bảng 1: Chăm sóc trước khi nhập viện (n = 262)

Các phương pháp chăm sóc	n	Tỷ lệ %
Cố định cột sống cổ	154	58,8
Hỗ trợ thở ô-xy	20	7,6
Đặt nội khí quản	6	2,2
Các phương pháp khác	34	13,1
Không làm phương pháp gì	48	18,3
Tổng	262	100

Theo kết quả nghiên cứu, có 81,7% bệnh nhân đã được sơ cấp cứu trước khi nhập viện, trong đó tỷ lệ bệnh nhân được cố định cột sống cổ là 58,8%, tỷ lệ bệnh nhân được hỗ trợ thở ô-xy và được đặt nội khí quản lần lượt là 7,6% và 2,2%.

Bảng 2: Xử trí khi nhập viện (n = 262)

Phương pháp xử trí	n	Tỷ lệ %
Điều trị phẫu thuật	171	65,2
Điều trị bảo tồn	91	34,8
Thời gian nằm viện trung bình	9,78 ± 5,41 ngày	

Trong nghiên cứu các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật (chiếm 65,2%), còn lại 34,8% bệnh nhân được điều trị bảo tồn với thời gian nằm viện trung bình là 9,78 ± 5,41 ngày.

Bảng 3: Các biến chứng gặp phải khi trong khi điều trị (n = 262)

Biến chứng	n	%
Viêm phổi	47	17,9
Nhiễm trùng tiết niệu	39	14,9
Loét do tì đè	37	14,1
Huyết khối tĩnh mạch	16	6,1
Suy hô hấp	6	3,1

Có 78 trường hợp (29,8%) gặp phải biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi. Viêm phổi là biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 17,9% bệnh nhân, tiếp theo là nhiễm trùng tiết niệu và loét do tì đè có tỷ lệ tương đương nhau (14,9% và 14,1%). Có 6,1% bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch và 3,1% trường hợp gặp phải biến chứng suy hô hấp.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ 01/01 – 31/12/2013.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 262 bệnh nhân được chẩn đoán CTCS cổ đang được điều trị tại Khoa phẫu thuật thần kinh của 7 bệnh viện được kể trên.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm Microsoft Excel 2003 sau đó được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

- *Phân bố về giới:* Tỷ lệ nam/nữ = 3,6/1.

- *Phân bố về tuổi:* Tuổi trung bình của bệnh nhân là 40,4 ± 14,8; nhóm tuổi từ 18-59 chiếm tỷ lệ 87,0%.

- *Phân bố về nguyên nhân gây chấn thương:* Tai nạn giao thông là nguyên nhân lớn dẫn đến CTCS cổ (45,4%); tai nạn sinh hoạt và tai nạn lao động chiếm lần lượt 30,5% và 22,1%.

Bảng 4: Nguyên nhân tử vong (n=9)

Nguyên nhân tử vong	n	%
Suy hô hấp	3	33,3
Nhiễm trùng	4	44,4
Không rõ nguyên nhân	2	22,2

Có 9 trường hợp tử vong (3,4%), nguyên nhân chủ yếu là do suy hô hấp (33,3%) và nhiễm trùng (44,4%), không rõ nguyên nhân là 22,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết bệnh nhân đều là nam giới, độ tuổi tập trung trong nhóm tuổi từ 18-59 tuổi, nguyên nhân lớn nhất dẫn đến CTCS cổ là tai nạn giao thông. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Uche EO và cộng sự (2015), tỷ lệ nam/nữ = 3,15, độ tuổi trung bình là 32,6 tuổi [4]. Điều này có thể lý giải là do nam giới là lực lượng chính tham gia lao động và công việc của họ đối mặt với nguy cơ nhiều hơn nữ giới [5]. Hơn nữa, theo một nghiên cứu tại 19 quốc gia châu Âu cho biết, việc phụ nữ tham gia giao thông an toàn hơn nam giới cũng là nguyên nhân dẫn đến nam giới có tỷ lệ bị CTCS cổ cao hơn nữ giới. Nghiên cứu cũng chỉ ra nam giới <55 tuổi sẽ có những hành vi lái xe nguy hiểm nhất [6].

4.2. Kết quả chăm sóc và điều trị chấn thương cột sống cổ

Chăm sóc trước khi nhập viện: Theo kết quả nghiên cứu, có 81,7% bệnh nhân đã được sơ cấp cứu trước khi nhập viện, trong đó tỷ lệ bệnh nhân được cố định cột sống cổ là 58,8%, tỷ lệ bệnh nhân được hỗ trợ thở ô-xy và được đặt nội khí quản lần lượt là 7,6% và 2,2%. Hassid và cộng sự chỉ ra rằng, có 68% các trường hợp CTCS cổ cần phải đặt nội khí quản và nó là điều cần thiết để đánh giá suy hô hấp [7]. Điều này chỉ ra rằng công tác sơ cấp cứu ban đầu, đặc biệt đối với bệnh nhân CTCS cổ còn nhiều hạn chế, thiếu sót; dẫn đến tình trạng bệnh nhân khi sau khi nhập viện sẽ nặng nề hơn rất nhiều; xử trí và điều trị sẽ gặp nhiều khó khăn hơn.

Xử trí khi nhập viện: Hầu hết bệnh nhân được điều trị phẫu thuật (chiếm 65,2%), còn lại 34,8% bệnh nhân được điều trị bảo tồn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Dương Đại Hà và Hà Kim Chung (2013), 55,3% bệnh nhân điều trị phẫu thuật và 44,7% điều trị bảo tồn [5]. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là $9,78 \pm 5,41$ ngày, bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 8 tuần, ngắn nhất là 01 ngày.

Các biến chứng gặp phải khi trong khi điều trị:

Có 78 trường hợp (29,8%) gặp phải biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi. Viêm phổi là biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất với 17,9% bệnh nhân, tiếp theo là nhiễm trùng tiết niệu và loét do tỳ đè có tỷ lệ tương đương nhau (14,9% và 14,1%). Có 6,1% bệnh nhân bị huyết khối tĩnh mạch và 3,1% trường hợp gặp phải biến chứng suy hô hấp. Có 9 trường hợp tử vong (3,4%), nguyên nhân chủ yếu là do suy hô hấp (33,3%) và nhiễm trùng (44,4%). Tỷ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Uche và cộng sự (16%) [4]. Điều này có thể lý giải là do nghiên cứu của chúng tôi là trên phạm vi nhiều bệnh viện, việc thu thập kết quả còn nhiều hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nam/nữ là 3,6/1, 87,0% bệnh nhân từ 18 – 59 tuổi, tuổi trung bình $40,4 \pm 14,8$ tuổi; 81,7% bệnh nhân được sơ cấp cứu trước khi nhập viện, trong đó có 58,8% bệnh nhân được cố định cột sống cổ; 62,5% bệnh nhân được điều trị phẫu thuật; thời gian nằm viện trung bình $9,78 \pm 5,41$ ngày; tỷ lệ biến chứng là 29,8%, tỷ lệ tử vong 3,4%. Chấn thương cột sống cổ là một trong những chấn thương nghiêm trọng, chính vì vậy việc chăm sóc trước khi nhập viện và điều trị bệnh sớm sẽ góp phần làm giảm nguy cơ thương vong cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Việt Quân, Đoàn Lê Dân (2000).** Nhận xét về điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống lưng - thắt lưng với cố định bằng nẹp và vít qua cuống theo Roy-Camille. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 253: 7-13.
2. **Nguyễn Văn Thạch, Vũ Hùng Liên (2006).** Chấn thương cột sống, tủy sống ngực - thắt lưng. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Engrand N (2005).** Traumatismes vertébro-médullaires: prise en charge des 48 premières heures, D.U. 2005: Médecine d'Urgence.
4. **Uche EO, Nwankwo OE, Okorie E, Nnezianya I (2015).** Cervical spine injury: a ten-year multicenter analysis of evolution of care and risk factors for poor outcome in Southeast Nigeria. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 18: 203-208.
5. **Dương Đại Hà, Hà Kim Chung (2013).** Nghiên cứu chẩn đoán, kết quả điều trị chấn thương cột sống cổ tại Bệnh viện Việt - Đức. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 497: 25-29.

6. Golias I, Karlaftis MG (2002). An international comparative study of self-reported driver behavior. *Transp Res Part F Traffic Psychol Behav*, 4: 243-256.
7. Hassid VJ, Schinco MA, Tepas JJ, et al

(2008). Definitive establishment of airway control is critical for optimal outcome in lower cervical spinal cord injury. *J Trauma*, 65: 1328-32.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQUANG GỖ XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Xuân Thực*

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, x.quang gồ xương gò má cung tiếp (GMCT) được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và Phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 64 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị gãy xương GMCT tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai từ 1/2014 đến 6/2015. Đối tượng nghiên cứu được khai thác tiền sử, khám lâm sàng, chụp x.quang để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. **Kết quả:** Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình $27,4 \pm 8,5$ tuổi; tỷ lệ nam/nữ = 4,8; nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông với 85,9%. Về lâm sàng: Gãy xương GMCT gặp chủ yếu ở bên trái với tỷ lệ 76,6%. Dấu hiệu có điểm đau chói chiếm tỷ lệ cao nhất với 95,3%, tiếp đến là dấu hiệu bầm tím quanh hốc mắt và sưng nề phần mềm chiếm 90,6%, mắt liên tục bờ dưới ổ mắt chiếm 87,5%, lõm bẹt gò má chiếm 78,1%. Về X.quang: Các loại phim áp dụng chủ yếu là Blondeau, Hirtz, CT scanner. Hình ảnh x.quang gặp nhiều nhất là mắt liên tục xương và mờ xoang hàm chiếm tỷ lệ 78,1%, hình ảnh mắt liên tục xương hoặc mờ xoang hàm đơn thuần hiếm gặp hơn. Về phân loại gãy xương GMCT theo Knight - North: gãy xương cung tiếp đơn thuần chiếm 7,8%, gãy xương GMCT không di lệch chiếm 12,5%, gãy thân xương gò má không xoay chiếm 28,1%, gãy thân xương GM xoay ra ngoài chiếm 23,4%, gãy thân xương GM xoay vào trong chiếm 9,4%, gãy xương GMCT phức tạp chiếm 18,8%. **Kết luận:** Gãy xương GMCT chủ yếu gặp ở đối tượng nam giới tuổi trưởng thành với nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông. Gãy xương GMCT gặp chủ yếu ở bên trái. Dấu hiệu lâm sàng khá đa dạng, nhưng được phát hiện khá đầy đủ trên x.quang.

Từ khóa: gãy xương gò má cung tiếp, hình ảnh lâm sàng x.quang.

SUMMARY

CLINICAL AND RADIOGRAPHIC FEATURES OF ZYGOMATIC ARCH FRACTURES AT ODONTOSTOMATOLOGY DEPARTMENT 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 describe the clinical and radiographic features of zygomatic arch fracture patients diagnosed and treated at Department of Odontostomatology Bachmai hospital. **Subjects and Methods:** Applying a cross-sectional study on 64 patients suffering from zygomatic arch fractures, were treated at Department of Odontostomatology Bachmai hospital from 1/2014 - 6/2015. The patients were analysed medical history, clinical examination, and taken x.ray to recognize the study indicators. **Results:** The study subjects with an average age of 27.4 ± 8.5 years old; the proportion of male/female was 4.8; the main cause of traffic accidents accounted for 85.9%. Clinical features: zygomatic arch fractures were more common in the left with 76.6%. Signs of pain points when touching the bone fractures were the most common with 95.3%, followed by signs of bruising around the eye socket and swelling accounted for 90.6%, signs of loss of continuous orbital contour accounted for 87.5%, signs of flat concave zygoma arch accounted for 78.1%. Radiographic: mainly based on the film Blondeau, Hirtz, CT Scanner. Both loss continuous bone contour and fuzz maxillary sinus were mostly seen with 78.1%, only loss continuous bone contour or fuzz maxillary sinus was rare. Classification of zygomatic arch fractures by Knight - North: simple arch fractures accounted for 7.8%, non-strayed zygomatic arch fractures accounted for 12.5%, unturning body of zygomatic fractures accounted for 28.1%, turning out body of zygomatic fractures accounted for 23.4%, turning inside body of zygomatic fracture accounted for 9.4%, zygomatic complex fracture accounted for 18.8%. **Conclusions:** Zygomatic arch fractures mostly seen in male in adulthood. The main reason was due to traffic accidents. Zygomatic arch fractures were more common in the left. The clinical signs of zygomatic arch fracture were abundant but were found on x.ray.

Key words: zygomatic arch fracture, clinical and radiographic features

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự bùng nổ của các phương tiện giao thông, đi đôi với sự không đồng bộ về cơ sở hạ tầng và ý thức chưa tốt của một lực lượng không nhỏ người tham gia giao thông là nguyên nhân dẫn đến tình trạng tai nạn giao thông vẫn ngày càng gia tăng. Chấn thương hàm mặt nói chung và chấn thương tầng giữa mặt cũng ngày càng trở nên đa dạng và phức tạp. Xương gò má cung

tiếp là nhóm xương chính cấu tạo nên tầng giữa mặt, đóng vai trò quan trọng trong việc hình thành nên khuôn mặt của mỗi người. Hình thái gãy xương gò má cung tiếp cũng rất phong phú phụ thuộc vào cơ chế chấn thương. Gãy xương gò má cung tiếp có thể đơn thuần hoặc phối hợp với các tổn thương xương khác vùng hàm mặt, gây ảnh hưởng không nhỏ tới thẩm mỹ và chức năng của người bệnh.

Hiện nay có khá nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đánh giá về hình thái cũng như kết quả điều trị gãy xương gò má cung tiếp. Tuy nhiên, ở mỗi thời điểm nghiên cứu và địa bàn nghiên cứu khác nhau, các kết quả cũng có sự khác biệt rất lớn. Lý do là ở mỗi thời điểm và không gian nghiên cứu, cơ chế chấn thương cũng có nhiều thay đổi. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này, nhằm đạt được mục tiêu: "*nhận xét đặc điểm lâm sàng, x.quang gãy xương gò má cung tiếp tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1 Địa điểm nghiên cứu: Tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương gò má cung tiếp và được điều trị phẫu thuật kết hợp xương tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp được điều trị tại khoa RHM bệnh viện Bạch Mai trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, các bệnh nhân gãy xương gò má cung tiếp cũ đã có can xương, các bệnh nhân gãy xương do nguyên nhân bệnh lý.

2.1.3. Thời gian tiến hành nghiên cứu.

Từ tháng 01/2014 đến tháng 06/2015.

2.2 Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu nghiên cứu:

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, tự nguyện tham gia trong khoảng thời gian nghiên cứu. Tổng số đối tượng nghiên cứu thu nhận được là 64 bệnh nhân.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được hỏi tiền sử, khám lâm sàng, chụp x.quang và ghi nhận các thông tin, chỉ số phục vụ nghiên cứu vào mẫu bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn.

2.3. Phân tích số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Số liệu phân tích thống kê mô tả biểu thị bằng bảng tần số, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Trong tổng số 64 đối tượng nghiên cứu: Nam chiếm 82,8%, nữ chiếm 17,2%, tỷ lệ nam/nữ là 4,8; Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $27,4 \pm 8,5$ tuổi, nhóm tuổi từ 18-39 chiếm tỷ lệ cao nhất với 71,9%, tuổi thấp nhất là 14 tuổi, cao nhất là 75 tuổi; Gãy xương GMCT do tai nạn giao thông chiếm ưu thế với tỷ lệ 85,9%, các nguyên nhân khác ít gặp hơn.

3.2 Đặc điểm gãy xương gò má cung tiếp trên lâm sàng và x.quang.

Bảng 3.1 Các dấu hiệu lâm sàng gãy xương GMCT

Dấu hiệu lâm sàng	n	%
Bầm tím quanh hốc mắt, sưng nề phần mềm	58	90,6
Xuất huyết kết mạc	31	48,4
Chảy máu mũi, khạc ra máu	43	67,2
Lõm bẹt gò má	50	78,1
Có điểm đau chói	61	95,3
Mất liên tục bờ dưới ổ mắt	56	87,5
Vết thương phần mềm vùng gò má cung tiếp	24	37,5
Há miệng hạn chế	28	43,8
Tổn thương nhánh thần kinh dưới ổ mắt	15	23,4
Tổng	64	100

Nhận xét: Các dấu hiệu bầm tím quanh hốc mắt, sưng nề phần mềm, có điểm đau chói, mất liên tục bờ dưới ổ mắt, lõm bẹt gò má là những dấu hiệu thường gặp nhất. Các dấu hiệu hạn chế há miệng, xuất huyết kết mạc, ho khạc máu, kèm vết thương phần mềm gặp ít hơn.

Bảng 3.2 Các dấu hiệu x.quang gãy xương GMCT

Dấu hiệu x.quang	n	%
Mở xoang hàm	3	4,7
Mất liên tục xương	11	17,2
Mất liên tục xương + mở xoang hàm	50	78,1
Tổng	64	100

Nhận xét: Dấu hiệu x.quang thường gặp nhất là mất liên tục xương và mở xoang hàm. Dấu hiệu mất liên tục xương hoặc mở xoang hàm đơn thuần hiếm gặp hơn.

Bảng 3.3 Vị trí tổn thương gãy xương GMCT

Vị trí gãy xương	n	%
Bên phải	13	20,3
Bên trái	49	76,6
Cả hai bên	2	3,1
Tổng	64	100

Nhận xét: Gãy xương GMCT gặp chủ yếu ở bên trái với tỷ lệ 76,6%. Gãy xương GMCT cả 2 bên chỉ 3,1%.

Bảng 3.4 Phân loại gãy xương theo Knight - North

Phân loại gãy xương GMCT theo Knight - North	n	%
Gãy cung tiếp đơn thuần	5	7,8
Gãy xương GMCT không di lệch	8	12,5
Gãy thân xương GM không xoay	18	28,1
Gãy thân xương GM xoay ra ngoài	15	23,4
Gãy thân xương GM xoay vào trong	6	9,4
Gãy xương GMCT phức tạp nhiều đường	12	18,8
Tổng	64	100

Nhận xét: Gãy cung tiếp đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp, gãy xương GMCT phức tạp chiếm tỷ lệ khá cao. Kiểu gãy thân xương GM không xoay, hoặc xoay ra ngoài chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3.5 Hình thái gãy xương cung tiếp

Hình thái gãy cung tiếp	n	%
Không gãy cung tiếp	19	29,7
Gãy ít di lệch	6	9,4
Gãy lõm hình chữ V	21	32,8
Gãy chông mảnh	7	10,9
Gãy trên 3 mảnh	11	17,2
Tổng	64	100

Nhận xét: Tỷ lệ không gãy cung tiếp chiếm 29,7%. Hình thái gãy cung tiếp lõm chữ V gặp nhiều nhất với 32,8%.

Bảng 3.6 Các tổn thương xương phối hợp

Gãy phối hợp	n	%
Xương GMCT đơn thuần	54	84,4
Kết hợp gãy xương hàm trên	7	10,9
Kết hợp gãy xương hàm dưới	1	1,6
Kết hợp gãy cả xương hàm trên + hàm dưới	2	3,1
Tổng	64	100

Nhận xét: Gặp chủ yếu các trường hợp gãy xương GMCT đơn thuần với 84,4%. Gãy kết hợp với xương hàm dưới hoặc cả hàm trên và hàm dưới hiếm gặp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

Về giới tính: số bệnh nhân nam gãy xương gò má gấp 4,8 lần số bệnh nhân nữ. Kết quả này có thấp hơn so với kết quả của một số tác giả khác, chẳng hạn như Nguyễn Thế Dũng (1994 với n = 72) tỉ lệ nam/nữ là 6,1; Lâm Hoài Phương (1997

với n = 843) tỉ lệ nam/nữ là 8,1; Trương Mạnh Dũng (1999 với n = 157) tỉ lệ nam/nữ là 10,2. Có sự khác nhau này có lẽ do có sự khác nhau về cỡ mẫu, thời gian và địa điểm nghiên cứu. Về tuổi: tuổi trung bình là $27,4 \pm 8,5$; nhóm tuổi trưởng thành (từ 18- 39 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất trong gãy xương gò má cung tiếp với 71,9%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với kết quả

của các tác giả khác, như Lâm Hoài Phương tỷ lệ này là 78,9%; Trương Mạnh Dũng tỉ lệ này là 76,4%. Nghiên cứu cho thấy, gãy xương GMCT do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,5%. Kết quả này cũng tương đương với các nghiên cứu trước đó, như của Nguyễn Thế Dũng tỷ lệ này là 86,7%; Lâm Hoài Phương với 92,7% và Trương Mạnh Dũng với 87,9% [1], [2], [3].

4.2. Đặc điểm lâm sàng và x.quang của gãy xương gò má cung tiếp.

Dấu hiệu lâm sàng thường gặp nhất là dấu hiệu có điểm đau chói, bầm tím quanh hốc mắt và sưng nề phần mềm, mất liên tục bờ dưới ổ mắt, lõm bẹt gò má. Các dấu hiệu hạn chế há miệng, xuất huyết kết mạc, ho khạc máu, kèm vết thương phần mềm gặp ít hơn. Như vậy có thể thấy dấu hiệu lâm sàng của gãy xương GMCT là khá phong phú và đa dạng.

Về X.quang: Các loại phim áp dụng chủ yếu là Blondeau, Hirzt, CT scanner. Hình ảnh x.quang gặp nhiều nhất là mất liên tục xương và mờ xoang hàm chiếm tỷ lệ 78,1%, hình ảnh mất liên tục xương hoặc mờ xoang hàm đơn thuần hiếm gặp hơn. Trên thực tế lâm sàng chúng tôi thấy các phim thường quy như Blondeau, Hirzt có giá trị lớn trong chẩn đoán gãy xương GMCT, chỉ những trường hợp khó (gãy phức tạp) hoặc có tổn thương xương phối hợp mới cần thiết chỉ định CT scanner.

Vị trí tổn thương: bên trái nhiều hơn bên phải (76,6% so với 20,3%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết luận của một số tác giả khác khi cho rằng gãy xương GMCT thường gặp ở bên trái. Cũng có thể do tính chất thuận chiều trong cơ chế chấn thương do tai nạn giao thông, nên loại sang chấn này hay gặp ở bên trái hơn bên phải.

Về phân loại gãy xương GMCT theo Knight - North: gãy xương cung tiếp đơn thuần chiếm 7,8%, gãy xương GMCT không di lệch chiếm 12,5%, gãy thân xương gò má không xoay chiếm 28,1%, gãy thân xương GM xoay ra ngoài chiếm 23,4%, gãy thân xương GM xoay vào trong chiếm 9,4%, gãy xương GMCT phức tạp chiếm 18,8%. So sánh kết quả này với các tác giả khác, chúng tôi cũng thấy có nhiều điểm khác biệt và có điểm tương đồng. Theo Trương Mạnh Dũng, tỷ lệ gãy xương GMCT không di lệch là 3,6% và không có trường hợp nào gãy cung tiếp đơn thuần, tỷ lệ gãy thân xương GM không xoay (30,2%), xoay ngoài (16,2%), xoay trong (19,6%), gãy phức tạp (17,8%); theo Nguyễn Quốc Trung tỷ lệ gãy xương GMCT không di lệch

là 19,0%, tỷ lệ gãy thân xương GM không xoay (32,2%), xoay ngoài (14,0%), xoay trong (9,9%), gãy phức tạp (15,6%); theo Nguyễn Danh Toàn tỷ lệ gãy xương GMCT không di lệch là 31,6%, tỷ lệ gãy thân xương GM không xoay (21,1%), xoay ngoài (31,6%), xoay trong (5,3%), gãy phức tạp (10,5%) [3], [4], [5]. Hình thái gãy xương GMCT phụ thuộc rất lớn vào cơ chế và lực tác động gây chấn thương. Có sự khác nhau ở kết quả nghiên cứu của các tác giả trên là do có sự khác nhau ở cỡ mẫu nghiên cứu, cũng như cơ chế chấn thương trong khoảng thời gian và địa điểm nghiên cứu khác nhau.

Về hình thái gãy cung tiếp: nghiên cứu cho thấy hình thái di lệch hình chữ V chiếm tỷ lệ cao nhất với 32,8%. Gãy trên 3 mảnh cũng chiếm tỷ lệ cao với 17,2%. Các hình thái gãy cung tiếp trên, ít nhiều sẽ có tác động bất lợi tới hoạt động của bộ máy ăn nhai. Các trường hợp gãy gấp cung tiếp, gây kẹt mỏm vẹt xương hàm dưới, sẽ gây há miệng hạn chế, ảnh hưởng rất lớn đến thẩm mỹ và chức năng ăn nhai của người bệnh.

Về sự kết hợp của gãy xương GMCT với các xương hàm mặt khác: nghiên cứu cho thấy đa số gặp gãy xương GMCT đơn thuần với tỷ lệ 84,4%. Chỉ có 15,6% có phối hợp gãy các xương hàm mặt khác, trong đó chúng tôi gặp 2 ca chiếm tỷ lệ 3,1% kết hợp gãy cả xương hàm trên và xương hàm dưới. Tỷ lệ kết hợp với xương hàm trên chiếm 10,9%, cao hơn so với tỷ lệ kết hợp với gãy xương hàm dưới. Kết quả này phản ánh thực tế là xương GMCT và xương hàm trên có liên quan với nhau, cùng nhau cấu tạo nên hệ thống xương tầng giữa mặt, chính vì thế khi chịu lực tác động chấn thương thường có gãy xương phối hợp. Kết quả này của chúng tôi có thấp hơn của một số tác giả khác, chẳng hạn của Trương Mạnh Dũng tỷ lệ này là 33,5%, Trần Văn Trường là 31,3% [6], [7]. Có sự khác biệt trên, có thể do có sự khác biệt về cỡ mẫu nghiên cứu, cũng như cơ chế chấn thương cũng có sự khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu 64 bệnh nhân gãy xương GMCT tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Gãy xương GMCT chủ yếu gặp ở đối tượng nam giới tuổi trưởng thành với nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông.

- Gãy xương GMCT gặp chủ yếu ở bên trái. Dấu hiệu lâm sàng khá đa dạng, nhưng được phát hiện khá đầy đủ trên x.quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thế Dũng (2000)**, "Gãy xương gò má: nghiên cứu lâm sàng và phương pháp điều trị", *Tuyển tập công trình nghiên cứu Răng Hàm Mặt*, tr. 26-38.
2. **Lâm Hoài Phương (1997)**, "Kỹ thuật tạo hình trong chấn thương và di chứng gãy cứng tiếp gò má", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu Răng Hàm Mặt*, tr. 73-80.
3. **Trương Mạnh Dũng, Trần Văn Trường (1999)**, "Nhận xét cách phân loại trong điều trị gãy xương gò má", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 240-241(10-11).
4. **Nguyễn Quốc Trung (1997)**, "Nghiên cứu hình thái lâm sàng, phương pháp điều trị gãy xương gò má cung tiếp tại viện Răng Hàm Mặt quốc gia", *Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường ĐHY Hà Nội*.
5. **Nguyễn Danh Toàn (2010)**, "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, x.quang và kết quả điều trị gãy xương gò má cung tiếp bằng nẹp vít tự tiêu", *Luận văn tốt nghiệp BSCK II, Trường ĐHY Hà Nội*.
6. **Trương Mạnh Dũng (2002)**, "Nghiên cứu lâm sàng và điều trị gãy xương gò má cung tiếp", *Luận án Tiến sĩ Y học, Trường ĐHY Hà Nội*.
7. **Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1999)**, "Tình hình chấn thương hàm mặt tại viện Răng Hàm Mặt Hà Nội trong 11 năm (1988-1998)", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 71-80.

PHẢN HỒI CỦA ĐIỀU DƯỠNG BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI VỀ CHƯƠNG TRÌNH KHÓA ĐÀO TẠO "KỸ NĂNG GIAO TIẾP CHO NHÂN VIÊN Y TẾ"

Lê Thu Hòa*

TÓM TẮT²⁸

Nghiên cứu được thực hiện với 199 điều dưỡng của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội sau khi hoàn thành khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế". **Mục tiêu:** Mô tả ý kiến của điều dưỡng về chương trình và nội dung khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế". **Kết quả:** Chương trình khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" được thiết kế rất thích hợp với điều dưỡng (99.5%) với thời lượng vừa đủ (96%). Khóa học được cung cấp đủ tài liệu học tập (96%) với các mục tiêu học tập thích hợp cho điều dưỡng (99.5%). Nội dung khóa học rất phù hợp cho đào tạo điều dưỡng, gồm: Nguyên lý cơ bản của Đạo đức y học (99.5%); Quy tắc giao tiếp, ứng xử (98%); Kỹ năng giao tiếp cơ bản (99%), Kỹ năng giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh (99%); Kỹ năng giao tiếp với lãnh đạo và đồng nghiệp (100%). **Kết luận:** Chương trình khóa đào tạo "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" đã được thiết kế hiệu quả với các nội dung và mục tiêu học tập phù hợp để đào tạo kỹ năng giao tiếp, ứng xử cho điều dưỡng tại bệnh viện.

SUMMARY

FEEDBACK FROM NURSES ABOUT TRAINING COURSE OF "COMMUNICATION SKILLS FOR HEALTH WORKERS"

The study was conducted with 199 nurses at Hanoi Medical University Hospital after completing the 1st course of "Communication skills for health workers". **Objective:** To describe nurses' opinions about program and contents of training course of communication skills. **Results:** Program of the 1st

course of "Communication skills for health workers" was designed very appropriate for nurses (99.5%) with suitable time (96%). The course was provided full of learning materials (96%) with appropriate learning objectives for nurses (99.5%). Training contents were useful for nurses, including Principles of medical ethics (99.5%); Rules of communications and behaviors (98%); Basic communication skills (99%); Interpersonal skills with patients and their families (99%); Communication skills with leadership and colleagues (100%). **Conclusion:** The course of "Communication skills for health workers" had been designed with useful contents and learning objectives for training nurses in hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã giao nhiệm vụ cho Bộ môn Giáo dục y học và Kỹ năng tiền lâm sàng phát triển chương trình "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế". Chương trình đào tạo liên tục được thiết kế thành hai khóa học (Khóa 1 và 2). Khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" đã được thực hiện đào tạo cho các điều dưỡng của bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong năm 2016.

Đã có 6 lớp (với 209 điều dưỡng) được đào tạo kỹ năng giao tiếp. Các lớp học đều được đánh giá trước (Pre-test, n=209) và sau khóa học (Post-test, n=199). Phân tích kết quả đánh giá trước và sau khóa học nhằm tìm kiếm các bằng chứng về hiệu quả đào tạo của chương trình đối với các học viên. Nghiên cứu này được thực hiện dựa trên kết quả Post-test với mục tiêu: *Mô tả ý kiến của điều dưỡng về chương trình và nội dung khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế"*

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Hòa
Email: lethuhua@hmu.edu.vn
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: Toàn bộ điều dưỡng tham gia khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" năm 2016.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.3. Công cụ: Bộ câu hỏi tự điền

2.4. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm Epidata và Stata.

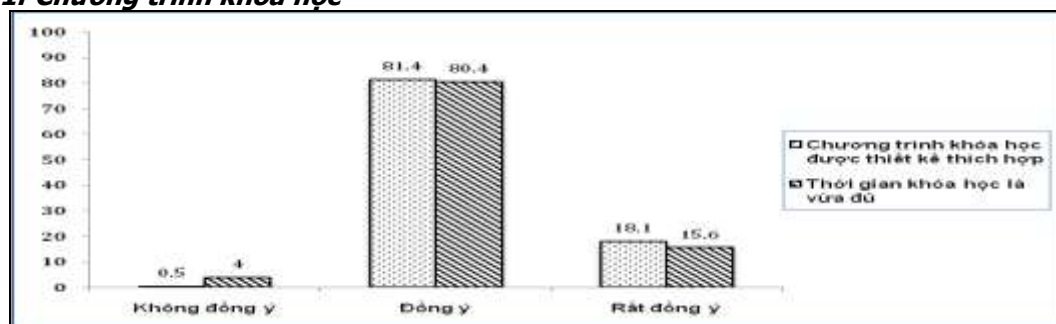
2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng tham gia được giải thích về nội dung, phương

pháp nghiên cứu... Thông tin sẽ được mã hóa. Đối tượng tự nguyện và ký vào bản cam kết trước khi tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu đã có 199 điều dưỡng tham gia. Số năm công tác trung bình của điều dưỡng trong nghiên cứu là 4,7 năm. Nghiên cứu được thực hiện khi kết thúc khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" (Post-test của khóa 1).

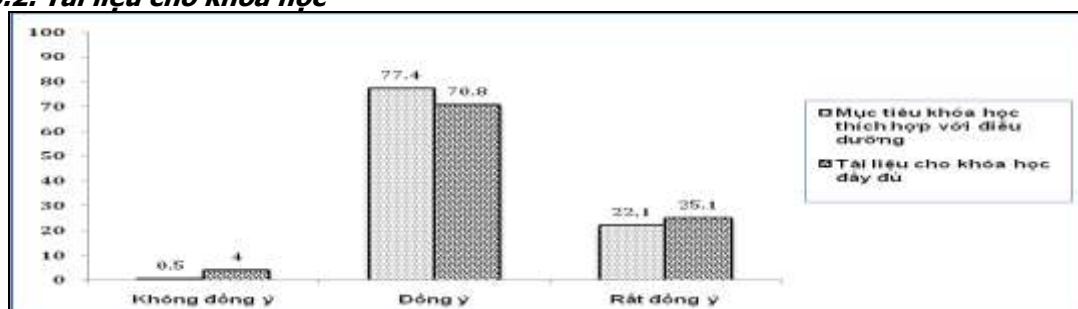
3.1. Chương trình khóa học



Hình 1. Ý kiến của điều dưỡng về chương trình và thời gian của khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế"

Nhận xét: Chương trình khóa "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" được thiết kế rất thích hợp với điều dưỡng (99.5%); thời gian của khóa học là vừa đủ (96%).

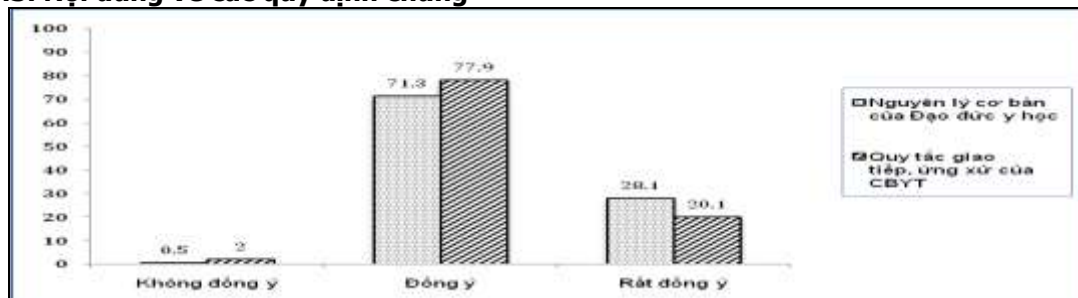
3.2. Tài liệu cho khóa học



Hình 2. Tài liệu học tập của khóa học

Nhận xét: Tài liệu học tập của khóa học đầy đủ (96%) với mục tiêu học tập thích hợp cho điều dưỡng (99.5%).

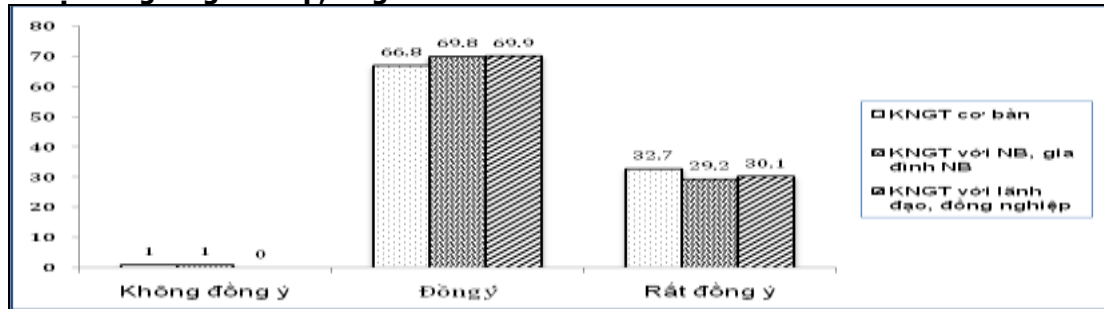
3.3. Nội dung về các quy định chung



Hình 3. Nội dung về các quy định chung qua ý kiến của điều dưỡng

Nhận xét: Các nội dung về Nguyên lý cơ bản của Đạo đức y học và Quy tắc giao tiếp, ứng xử của cán bộ y tế là rất thích hợp để đào tạo trong khóa học (99.5%; 98%);

3.4. Nội dung về giao tiếp, ứng xử



Hình 4. Ý kiến của điều dưỡng về các nội dung giao tiếp trong khóa học

Nhận xét: Các nội dung về Kỹ năng giao tiếp (KNGT) trong khóa học là rất thích hợp để đào tạo cho điều dưỡng: KNGT cơ bản (99%), KNGT với NB, gia đình NB (99%); KNGT với lãnh đạo và đồng nghiệp (100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chương trình khóa học: Trong chương trình khung ngành Cử nhân Điều dưỡng của trường Đại học Y Hà Nội (2013), môn “Kỹ năng giao tiếp trong thực hành điều dưỡng” (4 học trình) và môn Tâm lý-Đạo đức y học (3 học trình) được giảng dạy ở năm thứ 2 [1]. Như vậy, sinh viên ngành Cử nhân điều dưỡng sẽ được đào tạo đầy đủ về Đạo đức y học, Tâm lý, Kỹ năng giao tiếp từ năm 2, trước khi các em tiếp cận với người bệnh tại bệnh viện.

Tuy nhiên, nhóm điều dưỡng đang công tác tại các cơ sở y tế hầu như chưa được đào tạo đầy đủ về kiến thức và kỹ năng do chưa được học môn Kỹ năng giao tiếp. Chương trình khóa “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” đã được lồng ghép từ ba môn học (trong chương trình đào tạo chính quy của trường Đại học Y Hà Nội) để tạo cơ hội bồi dưỡng và cập nhật kiến thức cũng như rèn luyện và hình thành kỹ năng giao tiếp cho điều dưỡng theo đúng chuẩn quy định của Bộ Y tế.

Chương trình “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” được phát triển dựa trên nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng tại các cơ sở y tế. Chương trình được thiết kế với 2 học phần: Kiến thức và kỹ năng, nhằm đào tạo đủ kiến thức cơ bản và chuyên sâu về kỹ năng giao tiếp cho cán bộ y tế đang công tác tại bệnh viện.

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã thực hiện đào tạo liên tục cho nhân viên y tế, nhằm nâng cao trình độ chuyên môn, nghiệp vụ, đạo đức nghề nghiệp và kỹ năng giao tiếp, ứng xử theo quy định trong thông tư 07/2014/TT-BYT [2]. Khóa 1 “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” gồm các nội dung cơ bản và chuyên sâu về giao tiếp đã được đánh giá là rất thích hợp với điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện (99.5%). Thời lượng

của khóa học (7 buổi chiều, tương đương gần 2 học trình) là vừa đủ (96%). Các điều dưỡng dự học đã được phòng điều dưỡng của bệnh viện xếp lịch làm việc phù hợp, đảm bảo tham gia nghiêm túc khóa học để đạt hiệu quả đào tạo tốt nhất.

4.2. Tài liệu cho khóa học: Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam (2012), phần tiêu chuẩn về “Năng lực thực hành chăm sóc” quy định điều dưỡng phải “Giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh” thể hiện bằng ngôn ngữ có lời và ngôn ngữ không lời để khuyến khích người bệnh an tâm điều trị [3]. Muốn giao tiếp hiệu quả với người bệnh thì điều dưỡng cần phải được đào tạo liên tục để nâng cao năng lực. Cung cấp kiến thức về đạo đức nghề nghiệp và tâm lý y học để giúp các học viên phân tích được các quy định về đạo đức trong thực hành y học, cũng như xác định được những hành vi được phép thực hiện trong chăm sóc người bệnh.

Mục tiêu học tập của khóa học, cũng như ở từng bài giảng được viết rõ ràng và thích hợp với điều dưỡng (99.5%). Các mục tiêu học tập đều định hướng đến phát triển năng lực giao tiếp cho học viên. Tài liệu học tập không chỉ sử dụng trong khóa học mà còn khuyến khích điều dưỡng tự nghiên cứu. Các nội dung trong tài liệu sẽ giúp học viên tự học tập có hướng dẫn để hình thành hành vi giao tiếp thích hợp trong mọi tình huống.

Một trong những tiêu chuẩn xếp loại chất lượng bệnh viện là thái độ giao tiếp, ứng xử của cán bộ y tế qua đánh giá của người bệnh. Chỉ thị 06/CT-BYT của Bộ Y tế (2016) về “Tăng cường đảm bảo chất lượng dịch vụ khám, chữa bệnh” đã quy định rõ “Thực hiện tốt Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế và các quy định về y đức, đổi mới toàn diện phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế

hướng tới sự hài lòng của người bệnh” [4]. Như vậy, chất lượng phục vụ của một cơ sở y tế đối với người bệnh phụ thuộc nhiều vào thái độ giao tiếp, ứng xử của nhân viên y tế, đặc biệt là điều dưỡng, đối với người bệnh.

4.3. Nội dung về các quy định chung:

Thay đổi về văn hóa giao tiếp tại các cơ sở y tế là một trong những chủ đề được Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo nhằm tăng cường An toàn người bệnh. Mỗi bác sĩ, điều dưỡng phải là một thành viên tích cực trong một nhóm làm việc hiệu quả. Mỗi người bệnh được tham gia vào nhóm chăm sóc sức khỏe cho chính bản thân họ [5]. Vì người bệnh có quyền đồng ý hoặc từ chối tiếp nhận hoạt động chăm sóc cho bản thân, nên việc mời người bệnh tham gia vào nhóm chăm sóc cùng nhân viên y tế vừa đảm bảo quyền của người bệnh, vừa tăng cường hiệu quả chăm sóc. Tuy nhiên, bác sĩ, điều dưỡng bắt buộc phải có kỹ năng giao tiếp tốt để làm người bệnh hài lòng và đồng ý tham gia, hợp tác cùng bác sĩ, điều dưỡng chăm sóc sức khỏe.

Muốn thay đổi về hành vi giao tiếp, trước hết phải thay đổi từ tư duy, nghĩa là phải tạo cơ hội để người học được tiếp cận với kiến thức học thuật. Khóa đào tạo “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” được mở đầu với bài giảng Nguyên lý cơ bản của đạo đức y học (thuộc môn Tâm lý-Đạo đức y học) nhằm cung cấp hiểu biết về đạo đức nghề nghiệp. Từ những kiến thức cơ bản này, giảng viên sẽ giới thiệu những chuẩn mực về giao tiếp, ứng xử của điều dưỡng, dựa trên nền tảng đạo đức y học.

4.4. Nội dung về giao tiếp, ứng xử

Hội đồng điều dưỡng quốc tế đã quy định rõ, điều dưỡng cần phải xây dựng được môi trường giao tiếp tôn trọng quyền con người, các giá trị và đức tin cá nhân của người bệnh, gia đình người bệnh và giao tiếp đạt hiệu quả [6]. Như vậy, điều dưỡng bắt buộc phải có kỹ năng giao tiếp tốt để có thể thực hiện chăm sóc cho người bệnh. Kỹ năng giao tiếp được hình thành qua đào tạo liên tục, tự học và rèn luyện trong thực tế nghề nghiệp.

Điều dưỡng luôn tiếp xúc với người bệnh và tìm hiểu mọi nhu cầu chăm sóc của người bệnh. Sử dụng ngôn ngữ giao tiếp có lời và không lời hiệu quả là một yêu cầu đối với mỗi điều dưỡng. Từ năm 1998, tác giả Lloyd M. đã giới thiệu các nội dung cần dạy-học về Kỹ năng giao tiếp cho sinh viên y khoa tại các cơ sở đào tạo, bao gồm: Kỹ năng giao tiếp cơ bản, Giao tiếp với người bệnh, Giao tiếp với gia đình người bệnh, Giao tiếp với đồng nghiệp... [7].

Khóa đào tạo “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” đã giới thiệu những nội dung về giao tiếp như *Kỹ năng giao tiếp cơ bản, Kỹ năng giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh, kỹ năng giao tiếp với lãnh đạo và đồng nghiệp*. Các bài giảng được học viên đánh giá là rất cần thiết và thích hợp với đào tạo cho điều dưỡng (từ 99%-100%). Mỗi nội dung dạy-học được thiết kế gồm cả kiến thức và kỹ năng để tạo cơ hội cho học viên thực hành ngay trong khóa học.

Thời gian thực hành kỹ năng được chia đều cho các nội dung học tập. Học viên được trải nghiệm trong vai trò của người điều dưỡng, người bệnh, người chăm sóc, nhà lãnh đạo trong từng tình huống giao tiếp. Kỹ năng giao tiếp cơ bản được thể hiện qua lời nói của điều dưỡng với người bệnh, cách điều dưỡng lắng nghe câu chuyện của người bệnh, và kỹ thuật đặt câu hỏi đóng/câu hỏi mở đúng chuyên môn. Kỹ năng sử dụng ngôn ngữ không lời hiệu quả từ ánh mắt nhìn người bệnh, cử chỉ khi tiếp cận người bệnh, thái độ đồng cảm, thân thiện và tích cực trong giao tiếp với người bệnh. Những bài học thực hành sẽ giúp học viên dần hình thành kỹ năng giao tiếp đúng chuẩn mực quy định của Bộ Y tế, và đáp ứng yêu cầu nghề nghiệp.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ý kiến của 199 điều dưỡng của bệnh viện Đại học Y Hà Nội có được kết luận: Chương trình khóa 1 “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” đã được phát triển rất thích hợp để đào tạo kỹ năng giao tiếp cho điều dưỡng với các nội dung: Nguyên lý cơ bản của Đạo đức y học (99.5%); Quy tắc giao tiếp, ứng xử (98%); Kỹ năng giao tiếp cơ bản (99%), Kỹ năng giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh (99%); Kỹ năng giao tiếp với lãnh đạo và đồng nghiệp (100%). Khóa học được cung cấp đủ tài liệu học tập (96%) với các mục tiêu học tập thích hợp (99.5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội (2013)**, Khung chương trình Cử nhân điều dưỡng, Quyết định số 2564/QĐ-ĐHYHN, ngày 1/8/2013
2. **Bộ Y tế (2014)**, Thông tư Quy định về Quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế. Số 07/2014/TT-BYT, ngày 25/2/2014.
3. **Bộ Y tế (2012)**, Chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam, ban hành kèm quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 24/4/2012, 16 trang
4. **Bộ Y tế (2016)**, Chỉ thị về việc tăng cường bảo đảm chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh khi thực hiện điều chỉnh, thống nhất giá dịch vụ khám

bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hàng trên toàn quốc, Chỉ thị số 06/CT-BYT, ngày 29/3/2016.

5. **World Health Organization (2011)**, Patient safety curriculum guide. Multiprofessional edition, 272 pages.

6. **International Council of Nurses (2006)**, The ICN Code of Ethics for nurses, 12 pages.

7. **Lloyd M., Bor R. (1998)**, Communication skills for medicine, Churchill livingstone, 180 pages.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH MẮC BỆNH UNG THƯ GIAI ĐOẠN CUỐI CÓ SỬ DỤNG MORPHIN TẠI HUYỆN CÀNG LONG

Phạm Thế Hiền*, Đỗ Thị Hồng Lưu**, Nguyễn Văn Truyền**

TÓM TẮT²⁹

Kết quả: Trong khoảng thời gian khảo sát có 76 cas mắc ung thư giai đoạn cuối có sử dụng Morphin, Thị trấn Càng Long mắc nhiều nhất 18 cas chiếm 23,7%; ít nhất là xã Đại Phúc và Đức Mỹ mỗi xã 2 cas chiếm 2,6%.

- Tuổi 45 đến 75 mắc nhiều nhất 55 cas chiếm 72,4% và độ tuổi nhỏ hơn 45 mắc ít hơn, có 4 cas chiếm 5,3%.

- Tỷ lệ mắc ung thư giai đoạn cuối nam 41 cas chiếm 53,9% cao hơn nữ 35 cas chiếm 46,1; chênh nhau 7,8%

- Ung thư đại trực tràng nhiều nhất 17 cas chiếm 22,4%, kế đến là ung thư phổi 16 cas chiếm 21,1%; gan 14 cas chiếm 18,4%, Vú 3 cas chiếm 3,9%, tử cung 3 cas chiếm 3,9%, mũi họng 53 cas chiếm 6,6%, dạ dày 7 cas chiếm 9,2%; ung thư khác: 11 cas chiếm 14,5%

- Năm 2015 số cas mắc nhiều nhất 17 cas chiếm 22,4%, năm 2012, 2013 số cas như nhau 15 cas chiếm 19,7%.

- Năm 2013 có 6 cas sử dụng morphin dạng viên uống chiếm 54,5%, năm 2015, 2016 không có bệnh nhân sử dụng morphin dạng viên uống. Hiện tại bệnh viện không có morphin dạng viên.

- Năm 2015 có 17 cas sử dụng morphin dạng tiêm chiếm 23,6%, 4 tháng đầu năm 2016 có 13 cas chiếm 18,1%.

- Từ khi sử dụng morphin số cas bệnh sống dưới 1 tháng 63 cas chiếm 82,9%; sống trên 6 tháng 3 cas chiếm 3,9%

- Thời gian sống trung bình: $2210/76 = 29,1$ ngày

- Thời gian bệnh nhân sử dụng morphin lâu nhất 582 ngày

- Thời gian bệnh nhân sử dụng morphin ngắn nhất: 1 ngày

- Sau khi bệnh nhân mất người nhà trả thuốc thừa 1 ca với số lượng 14 ống

Từ khóa: tình hình, bệnh ung thư giai đoạn cuối, morphin, huyện Càng Long

SUMMARY

SURVEY ON END-STAGE CANCER HAVE USED MORPHINE IN CANG LONG DISTRICT

* Khoa Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh

** Bệnh viện đa khoa huyện Càng Long

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Results: During the study period 76 cases of end-stage cancer that uses Morphine, Cang Long Town suffer most cases accounting for 23.7% of 18; Phuc Dai least the US and Germany 2 each commune ca 2.6%.

- Age 45 to 75 questions at most 55 cases accounted for 72.4% and less than 45 age suffer less, with 4 cases 5.3%.

- The incidence of end-stage cancer cases accounted for 53.9% male 41 female 35 cases occupied higher 46.1; a difference of 7.8%

- Colorectal cancer is the most 22.4% 17 cases, followed by 16 cases of lung cancer, accounting for 21.1%; 14 cases of liver accounted for 18.4%, accounting for 3.9% of breast 3 cases, 3 cases of uterine accounted for 3.9%, 53 cases of nasopharyngeal 6.6%, 7 cases of stomach accounted for 9.2%; Other cancer: 11 cases or 14.5%

- In 2015 the most number of cases accounted for 22.4% of 17 cases, five cases of 2012.2013 same 15 cases accounted for 19.7%.

- 2013 6 cases using oral morphine tablets accounted for 54.5%, in 2015, in 2016 no patient using oral morphine tablets. Currently the hospital has no morphine tablets.

- 2015 17 use cases accounted for 23.6% of injectable morphine, the first 4 months of 2016 there were 13 cases accounted for 18.1%.

- Since the use of morphine live under one of the cases accounted for 82.9% ca 63 months; Life on March 6 cases accounted for 3.9%

- The average survival time: $2210/76 = 29.1$ days

- The patient's use of morphine longest 582 days

- The patient's use of morphine shortest: 1 day

- After the patient takes the drug family redundancy pay 1 case with 14 tube.

Keywords: situation, end-stage cancer, morphine, Cang Long District

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của ngành Ung thư và Bộ Y tế, mỗi năm Việt Nam có khoảng 150 ngàn ca mới mắc và trên 75 ngàn trường hợp tử vong do ung thư. Trong bản đồ ung thư thế giới, tỷ lệ mắc ung thư ở nam giới Việt Nam được xếp vào nhóm nước cao thứ 3, với gần 200 ca mắc trên 100.000 người. Tuy nhiên, tỷ lệ nam giới tử vong do ung thư ở Việt Nam lại nằm trong nhóm nước dẫn đầu thế giới, với hơn 142 trường hợp tử vong trong số 100.000 người. Tại các nước phát

triển, trên 80% ca bệnh ung thư có thể chữa khỏi được. Tại Việt Nam tỉ lệ này thấp hơn bởi lẽ, có tới 70% bệnh nhân ung thư ở Việt Nam đi khám và phát hiện ở giai đoạn muộn. Ung thư là căn bệnh nguy hiểm, và thường chỉ được phát hiện khi đang ở giai đoạn cuối cùng. Hiện có hơn 100 loại ung thư, mỗi loại dấu hiệu và triệu chứng khác nhau. Trên địa bàn huyện Càng Long số người mắc bệnh ung thư tăng lên hàng năm, đa phần khi phát hiện bệnh điều ở giai đoạn cuối, đây là căn bệnh không chỉ gây ra nhiều tâm lý tiêu cực cho người bệnh, người bình thường mà còn là gánh nặng về tài chính và tác động xấu đến sự phát triển kinh tế - xã hội.

Khi đã chẩn đoán ung thư giai đoạn cuối thì người bệnh được chỉ định sử dụng thuốc giảm đau, giảm đau gây nghiện nhằm làm giảm triệu chứng đau do bệnh gây ra. Chính vì những vấn đề nêu trên chúng tôi nghiên cứu đề tài " Khảo sát tình hình mắc bệnh ung thư giai đoạn cuối có sử dụng morphin tại huyện Càng Long" giai đoạn từ 01/01/2012 đến 30/04/2016 với 2 mục tiêu:

- Khảo sát tỷ lệ bệnh ung thư giai đoạn cuối tại Bệnh viện đa khoa huyện Càng Long và một số yếu tố liên quan

- Tình hình sử dụng morphin cho người bệnh ung thư giai đoạn cuối tại bệnh viện đa khoa Càng Long.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân ung thư giai đoạn cuối có sử dụng morphin trên địa bàn huyện Càng Long, từ ngày 01/01/2012 đến ngày 30/04/2016.

2.2 phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu. Chọn mẫu không xác suất – chọn mẫu thuận tiện.

+ Tiêu chuẩn loại trừ

- Không phải là bệnh ung thư
- Bệnh K không phải giai đoạn cuối
- Không khảo sát nguyên sinh bệnh ung thư
- Không khảo sát trình độ người mắc bệnh K
- Bệnh ung thư ngoài địa bàn huyện
- Thuốc giảm đau không phải là morphin
- Morphin ngoài dạng uống, tiêm.

2.3 Đạo đức nghiên cứu

- Kết quả này nhằm tạo thêm kinh nghiệm trong quá trình sử dụng thuốc; trong ngành cũng như cộng đồng, không có mục đích riêng tư;

- Không làm mất hay thất lạc các đơn thuốc đã lưu; Không làm ảnh hưởng đến công việc của đồng nghiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả khảo sát ung thư giai đoạn cuối

3.1.1 Tỷ lệ bệnh ung thư giai đoạn cuối ở 14 xã, thị trấn trong huyện

Bảng 3.1 Số cas bệnh ở từng xã, thị trấn

Tên xã	AT	AT A	MC	TB	TA	H H	B P	PT	N L	NL P	ĐP	ĐẠI PH ÚC	Đ M	TT	Tổng
Số người mắc ung thư	9	4	9	3	2	5	5	4	6	4	3	2	2	18	76
Chiếm %	11,8	5,3	11,5	3,9	2,6	6,6	6,6	5,3	7,9	5,3	3,9	2,6	2,6	23,7	100

Nhận xét: Trong thời khoản thời gian khảo sát có 76 cas mắc ung thư giai đoạn cuối có sử dụng Morphin, Thị trấn Càng Long mắc nhiều nhất 18 cas chiếm 23,7%; ít nhất là xã Đại phúc và Đức mỹ mỗi xã 2 cas chiếm 2,6%.

3.1.2 Tỷ lệ bệnh ung thư giai đoạn cuối theo tuổi

Bảng 3.2 Số cas bệnh theo tuổi

Tuổi	< 45	45 < 75	≥ 75	Cộng
Số người mắc ung thư	4	55	17	76
Chiếm %	5,3	72,4	22,3	100

Nhận xét: Tuổi 45 đến 75 mắc nhiều nhất 55 cas chiếm 72,4% và độ tuổi nhỏ hơn 45 mắc ít hơn, có 4 cas chiếm 5,3%.

3.1.3 Tỷ lệ bệnh ung thư giai đoạn cuối theo giới

Bảng 3.3 Số cas bệnh theo giới:

Giới	Nam	Nữ	Cộng
Số người mắc ung thư	41	35	76
Chiếm % tỷ lệ	53,9	46,1	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc ung thư giai đoạn cuối nam 41 cas chiếm 53,9% cao hơn nữ 35 cas chiếm 46,1; chênh nhau 7,8%

3.1.4 Tỷ lệ loại bệnh ung thư giai đoạn cuối theo chẩn đoán**Bảng 3.4 Số cas bệnh theo chẩn đoán**

Bệnh ung thư	Phổi	Gan	Đại trực tràng	Vú	Tử cung	Mũi họng	Dạ dày	Ung thư khác	Cộng
Số người mắc ung thư	16	14	17	3	3	5	7	11	76
Chiếm %	21,1	18,4	22,4	3,9	3,9	6,6	9,2	14,5	100

Nhận xét: Ung thư đại trực tràng nhiều nhất 17 cas chiếm 22,4%, kế đến là ung thư phổi 16 cas chiếm 21,1%, ung thư khác: thận 2 cas chiếm 2,7%; thực quản 4 cas chiếm 5,3%; mật 1 cas chiếm 1,3%, tụy 3 cas chiếm 3,9%; xương chậu 1 cas chiếm 1,3%

3.1.5 Tỷ lệ loại bệnh ung thư giai đoạn cuối theo năm**Bảng 3.5 Số cas bệnh ở từng năm**

Năm	2012	2013	2014	2015	9 tháng đầu năm 2016	Cộng
Số người mắc ung thư	15	15	16	17	13	76
Chiếm %	19,7	19,7	21,1	22,4	17,1	100

Nhận xét: Năm 2015 số cas mắc nhiều nhất 17 cas chiếm 22,4%, năm 2012, 2013 số cas như nhau 15 cas chiếm 19,7%.

3.2.1 Bệnh ung thư giai đoạn cuối sử dụng morphin dạng viên 30mg uống**Bảng 3.6 Số cas bệnh sử dụng morphin dạng viên uống:**

Năm	2012	2013	2014	2015	4 tháng đầu năm 2016	Cộng
Số người sử dụng	1	6	4	0	0	11
Chiếm %	9,1	54,5	36,4	0	0	100

Nhận xét: Năm 2013 có 6 cas sử dụng morphin dạng viên uống chiếm 54,5%, năm 2015, 2016 không có bệnh nhân sử dụng morphin dạng viên uống.

3.2.2 Bệnh ung thư giai đoạn cuối sử dụng morphin 10/ml dạng tiêm**Bảng 3.7 Số cas bệnh sử dụng morphin dạng tiêm**

Năm	2012	2013	2014	2015	4 tháng đầu năm 2016	Cộng
Số người sử dụng	15	14	13	17	13	72
Chiếm %	20,8	19,4	18,1	23,6	18,1	100

Nhận xét: Năm 2015 có 17 cas sử dụng morphin dạng tiêm chiếm 23,6%, 4 tháng đầu năm 2016 có 13 cas chiếm 18,1%.

3.2.3 Thời gian bệnh ung thư giai đoạn cuối sử dụng morphin đến tử vong**Bảng 3.8 Thời gian sống của bệnh nhân**

Tháng	1<	2<	3<	4<	5<	6=<	>6	Cộng
Số người sử dụng	63	6	1	1	1	1	3	76
Chiếm %	82,9	7,9	1,3	1,3	1,3	1,3	3,9	100

Nhận xét: Từ khi sử dụng morphin số cas bệnh sống dưới 1 tháng 63 cas chiếm 82,9%; sống trên 6 tháng 3 cas chiếm 3,9%

3.2.4 Tỷ lệ sử dụng morphin trung bình trên mỗi người bệnh

- Số lượng Morphin 10mg/ml đã sử dụng trong thời gian nghiên cứu: 3,800 ống/76

Trung bình 52,8 ống/bệnh, người sử dụng nhiều nhất là 1098 ống (bắt đầu sử dụng từ 18/09/2014 và đến thời điểm nghiên cứu vẫn còn sống với bệnh ung thư xương chậu), sử dụng ít nhất là 1 ống

- Số lượng Morphin Sulphat 30mg dạng viên uống đã sử dụng trong thời gian nghiên cứu: 375 viên/11, Trung bình 34 viên/bệnh. Người sử dụng nhiều nhất là 90 viên; ít nhất là 10 viên

3.2.5 Thời gian sống trung bình của bệnh nhân ung thư có sử dụng morphin

- Tính đến 30/04/2016 có 4 bệnh nhân còn sống; 72 ca tử vong

- Thời gian sống trung bình: $2210/76 = 29,1$ ngày

- Bệnh nhân sử dụng morphin lâu nhất 582 ngày

- Bệnh nhân sử dụng morphin ngắn nhất: 1 ngày

3.2.6 Trả thuốc thừa:

- Sau khi bệnh nhân mất người nhà trả thuốc thừa 1 ca với số lượng 14 ống

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm: Huyện Càng Long là huyện nông nghiệp, đời sống người dân còn phụ thuộc nhiều vào chính sách ưu đãi của Nhà nước, đặc biệt là người dân tộc Khơme mức sống còn thấp, mặt bằng dân trí chưa cao. Điều kiện vệ sinh môi trường còn hạn chế: vùng sâu chưa sử dụng được nước sạch, chưa có xử lý rác tập trung như thị thành, phụ phẩm trong sản xuất, chăn nuôi

chưa được xử lý mà đã thải ra môi trường bên ngoài... Tuy nhiên đa số người dân đã nhận thức được sức khỏe là vốn quý.

- Mạng lưới y tế và nhân viên y tế cũng như trình độ chuyên môn của cán bộ y tế đủ đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe cho nhân dân.

4.2 Tình hình bệnh: Trên địa bàn Huyện Càng Long mô hình bệnh tật rất đa dạng, đặc biệt bệnh ung thư ngày một tăng thêm, tất cả các cas bệnh ung thư giai đoạn cuối được tuyến trên chẩn đoán và chuyển về địa phương để điều trị chủ yếu là giảm đau.

4.3 Từ kết quả trên cho thấy:

- Bệnh ung thư giai đoạn cuối theo từng xã, thị trấn: Trong thời khoản thời gian khảo sát có 76 cas mắc ung thư giai đoạn cuối có sử dụng Morphin, Thị trấn Càng Long mắc nhiều nhất 18 cas chiếm 23,7%; ít nhất là xã Đại phúc và Đức mỹ mỗi xã 2 cas chiếm 2,6%.

- Độ tuổi: Tuổi 45 đến 75 mắc nhiều nhất 55 cas chiếm 72,4% và độ tuổi nhỏ hơn 45 mắc ít hơn, có 4 cas chiếm 5,3%.

- Tỷ lệ nam, nữ: Tỷ lệ mắc ung thư giai đoạn cuối nam 41 cas chiếm 53,9% cao hơn nữ 35 cas chiếm 46,1; chênh nhau 7,8%

- Ung thư mắc phải: Ung thư đại trực tràng nhiều nhất 17 cas chiếm 22,4%, kế đến là ung thư phổi 16 cas chiếm 21,1%; ung thư khác: thận 2 cas chiếm 2,7%; thực quản 4 cas chiếm 5,3%; mật 1 cas chiếm 1,3%, tụy 3 cas chiếm 3,9%; xương chậu 1 cas chiếm 1,3%

- Năm mắc bệnh: Năm 2015 số cas mắc nhiều nhất 17 cas chiếm 22,4%, năm 2012,2013 số cas như nhau 15 cas chiếm 19,7%.

- Sử dụng morphin dạng viên uống: Năm 2013 có 6 cas sử dụng morphin dạng viên uống chiếm 54,5%, năm 2015, 2016 không có bệnh nhân sử dụng morphin dạng viên uống.

- Sử dụng morphin dạng tiêm: Năm 2015 có 17 cas sử dụng morphin dạng tiêm chiếm 23,6%, 4 tháng đầu năm 2016 có 13 cas chiếm 18,1%.

- Thời gian sống: Từ khi sử dụng morphin số cas bệnh sống dưới 1 tháng 63 cas chiếm 82,9%; sống trên 6 tháng 3 cas chiếm 3,9%

- Thời gian sống trung bình: $2210/76 = 29,1$ ngày

- Thời gian bệnh nhân sử dụng morphin lâu nhất 582 ngày

- Thời gian bệnh nhân sử dụng morphin ngắn nhất: 1 ngày

- Sau khi bệnh nhân mất người nhà trả thuốc

thừa 1 ca với số lượng 14 ống

V. KẾT LUẬN

- Trong khoảng thời gian khảo sát có 76 cas mắc ung thư giai đoạn cuối có sử dụng Morphin, Thị trấn Càng Long mắc nhiều nhất 18 cas chiếm 23,7%; ít nhất là xã Đại Phúc và Đức Mỹ mỗi xã 2 cas chiếm 2,6%.

- Tuổi 45 đến 75 mắc nhiều nhất 55 cas chiếm 72,4% và độ tuổi nhỏ hơn 45 mắc ít hơn, có 4 cas chiếm 5,3%.

- Tỷ lệ mắc ung thư giai đoạn cuối nam 41 cas chiếm 53,9% cao hơn nữ 35 cas chiếm 46,1; chênh nhau 7,8%

- Ung thư đại trực tràng nhiều nhất 17 cas chiếm 22,4%, kế đến là ung thư phổi 16 cas chiếm 21,1%; gan 14 cas chiếm 18,4%, Vú 3 cas chiếm 3,9%, tử cung 3 cas chiếm 3,9%, mũi họng 53 cas chiếm 6,6%, dạ dày 7 cas chiếm 9,2%; ung thư khác: 11 cas chiếm 14,5%

- Năm 2015 số cas mắc nhiều nhất 17 cas chiếm 22,4%, năm 2012,2013 số cas như nhau 15 cas chiếm 19,7%.

- Năm 2013 có 6 cas sử dụng morphin dạng viên uống chiếm 54,5%, năm 2015, 2016 không có bệnh nhân sử dụng morphin dạng viên uống. Hiện tại bệnh viện không có morphin dạng viên.

- Năm 2015 có 17 cas sử dụng morphin dạng tiêm chiếm 23,6%, 4 tháng đầu năm 2016 có 13 cas chiếm 18,1%.

- Từ khi sử dụng morphin số cas bệnh sống dưới 1 tháng 63 cas chiếm 82,9%; sống trên 6 tháng 3 cas chiếm 3,9%

- Thời gian sống trung bình: $2210/76 = 29,1$ ngày

- Thời gian bệnh nhân sử dụng morphin lâu nhất 582 ngày

- Thời gian bệnh nhân sử dụng morphin ngắn nhất: 1 ngày

- Sau khi bệnh nhân mất người nhà trả thuốc thừa 1 ca với số lượng 14 ống

KIẾN NGHỊ

- Y tế các xã, thị trấn: nhắc người nhà trả thuốc thừa sau khi người mắc ung thư giai đoạn cuối tử vong.

- Tuyến trên chẩn đoán ung thư nếu ở giai đoạn cuối nên ghi rõ hơn để tuyến cơ sở chỉ định dùng morphin được chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bài Giảng Sinh lý bệnh** (Tài liệu giảng dạy trường ĐH Y Dược Cần Thơ - 2006)
2. **Được Lực Học** - Trần Thị Thu Hằng (tái bản lần 9)
3. **Được Lâm sàng** (Tài liệu giảng dạy trường ĐH Y Dược Cần Thơ - 2006)
4. **Được Lý** (Tài liệu giảng dạy trường ĐH Y Dược Cần Thơ, 2006 - 2007)
5. **Được Thư Quốc Gia Việt Nam** - 2009
6. **Giáo trình Dịch Tễ Học** (Tài liệu giảng dạy trường ĐH Y - Dược Cần Thơ - 2007)
7. **suckhoedoisong.vn** > Y học 360

TÌNH TRẠNG CHẤN THƯƠNG LỖI CẦU TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TRUNG ƯƠNG HÀ NỘI

Phạm Hoàng Tuấn*, Nguyễn Quang Bình*

TÓM TẮT³⁰

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng chấn thương lỗi cầu tại bệnh viện RHM TW Hà Nội trong năm 2015-2016.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu được tiến hành trên 338 bệnh nhân bị gãy lỗi cầu xương hàm dưới, được điều trị tại khoa Chấn thương Hàm Mặt, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2015-2016. Các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng của bệnh nhân được phân tích và đánh giá. **Kết quả:** Bệnh nhân nhóm tuổi từ 18 đến 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 70,7%. Bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ. Tỷ lệ bệnh nhân nữ: nam là 1:4,28. Đối tượng bệnh nhân chiếm tỷ lệ nhiều nhất là đối tượng lao động tự do, kinh doanh buôn bán, nội trợ, hưu trí... Gãy lỗi cầu xương hàm dưới một bên chiếm tỷ lệ cao hơn gãy lỗi cầu xương hàm dưới hai bên. Tỷ lệ gãy hai bên so với gãy một bên là 1:2,22. Gãy cổ lỗi cầu chiếm tỷ lệ cao nhất 36,4%, sau đó là gãy chỏm lỗi cầu 34,6%, tỷ lệ gãy dưới cổ lỗi cầu thấp nhất: 29%. Gãy lỗi cầu xương hàm dưới kết hợp với gãy xương hàm dưới vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,3%. Biểu hiện lâm sàng của gãy lỗi cầu xương hàm dưới nổi bật là hạn chế há miệng 94,7%, ấn đau chói vùng khớp thái dương 90%, sạy khớp cắn 85,8%. Các dấu hiệu khác như sưng nề tại chỗ, vết thương vùng cằm 32%.

Từ khóa: Gãy lỗi cầu, Xương hàm dưới, Chấn thương hàm mặt

SUMMARY

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lỗi cầu xương hàm dưới là một thành phần quan trọng cấu tạo nên khớp thái dương hàm giúp xương hàm dưới có thể cử động, tuy nhiên do cấu tạo về giải phẫu mà cổ lỗi cầu là một trong những vị trí yếu ở xương hàm dưới, toàn bộ xương hàm dưới lại to nhưng khi cử động lại dựa vào lỗi cầu nên gãy lỗi cầu chiếm tỉ lệ khá cao trong các trường hợp gãy xương hàm dưới.

Hình thái lâm sàng gãy lỗi cầu xương hàm dưới rất đa dạng. Gãy lỗi cầu ảnh hưởng rất lớn đến chức năng, thẩm mỹ và tâm lý của bệnh nhân. Ở trẻ em lỗi cầu còn là một trong những

trung tâm phát triển của xương hàm dưới do đó gãy lỗi cầu có thể gây ra những di chứng ảnh hưởng nặng nề đến sự phát triển xương, chức năng và thẩm mỹ sau này.

Những nghiên cứu trong nước gần đây tập trung chủ yếu vào chẩn đoán và điều trị gãy xương hàm dưới, tuy nhiên vẫn còn thiếu các tư liệu, các công trình nghiên cứu chuyên sâu về vấn đề gãy lỗi cầu. Nhằm góp phần vào công tác thống kê số liệu lâm sàng, nghiên cứu nguyên nhân và cơ chế chấn thương gãy lỗi cầu xương hàm dưới trong giai đoạn gần đây nhất, chúng tôi chọn đề tài "*Tình trạng chấn thương lỗi cầu tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2015-2016*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là bệnh nhân bị gãy lỗi cầu xương hàm dưới, được điều trị tại khoa Chấn thương Hàm Mặt, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội năm 2015-2016 có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim XQ đúng tiêu chuẩn

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang: Số liệu được thu thập từ 01/2015 đến tháng 12/2016 cho nghiên cứu hồi cứu. Chúng tôi tra cứu trong hồ sơ bệnh án và phim X-Quang còn lưu lại tại Phòng lưu trữ hồ sơ, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội.

2.2.2. Chọn mẫu nghiên cứu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 338 hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân được điều trị tại khoa Chấn thương Hàm Mặt, bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2016.

2.2.3. Các bước tiến hành

***Chuẩn bị bệnh án:** Tất cả các bệnh án đủ tiêu chuẩn được sàng lọc tại phòng lưu trữ hồ sơ, bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội.

***Công tác thu thập thông tin bệnh án.**

- Lấy thông tin chung về bệnh nhân từ bệnh án ghi vào phiếu nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân chấn thương.

- Đọc và phân tích phim Xquang: Phân loại gãy lỗi cầu XHD theo các yếu tố cần nghiên cứu.

- Chụp lại phim Xquang để phân tích và nghiên cứu các đường gãy.

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email: Drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu.

- Thu thập số liệu, nhập số liệu và sử dụng phần mềm SPSS 16.0 phân tích các số liệu.
- Dùng thuật toán thống kê kiểm định χ^2 để thấy được sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Các số liệu, thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích học tập và nghiên cứu khoa học, không phục vụ mục đích nào khác. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi cho nhà trường khi kết thúc nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**3.1. Giới tính****Biểu đồ 3.1: Phân bố gãy lồi cầu XHD theo giới tính**

Trong số 338 bệnh nhân gãy lồi cầu xương hàm dưới, số bệnh nhân nam là 274 bệnh nhân chiếm 81,1% cao hơn nhiều so với số bệnh nhân nữ chỉ chiếm 18,9%. Tỷ lệ bệnh nhân nữ: nam là 1: 4,28.

Trên thế giới, tỷ lệ này khác nhau giữa nhiều thống kê, từ tỷ lệ 1; 8,1 theo kết quả nghiên cứu của Motamedi (2003) đến tỷ lệ 1:2,19 dựa theo kết quả nghiên cứu của Olasoji và cs. (2002). Tuy nhiên tất cả các tác giả đều thống nhất là nam giới có tỷ lệ bị gãy lồi cầu xương hàm dưới cao hơn rất nhiều so với nữ giới.

3.2. Tuổi bệnh nhân**Bảng 3.1: Phân bố gãy lồi cầu XHD theo tuổi của bệnh nhân được chia nhóm theo Tổ chức y tế thế giới (WHO).**

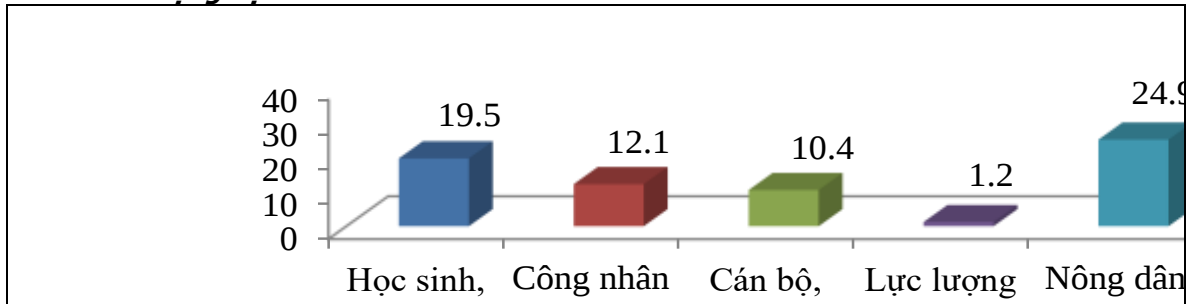
Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	
	n	%
0-5	6	1,8%
6-17	35	10,4%
18-39	239	70,7%
40-60	52	15,4%
Trên 60 tuổi	6	1,8%
Tổng số	338	100%

Tuổi 18-39 chiếm tỷ lệ cao nhất trong số 338 bệnh nhân được điều trị gãy lồi cầu xương hàm dưới (70,7%). Đây là độ tuổi lao động chính, tham gia nhiều vào các hoạt động giao thông, các hoạt động thể thao với cường độ cao, ngoài ra còn có thể giải thích bằng mối liên hệ giữa tỷ lệ chấn thương với tuổi trẻ, trong giai đoạn con người đang dần hoàn thiện, trưởng thành về mặt

tư duy cũng như lối suy nghĩ, do đó nguyên nhân lạm dụng rượu bia dẫn đến xảy ra tai nạn giao thông, bạo lực giữa cá nhân nhiều hơn các độ tuổi khác giải thích tại sao tuổi từ 18 đến 39 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất.

Theo báo cáo của Hoàng Tuấn Anh cũng đưa ra kết quả lứa tuổi từ 18- 39 có 221 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất 80,95%.

3.3. Đối tượng bệnh nhân



Biểu đồ 3.2: Phân bố gây lỗi cầu XHD theo đối tượng bệnh nhân

Đối tượng bệnh nhân thuộc nhóm những ngành nghề khác bao gồm các ngành nghề như lao động tự do, kinh doanh buôn bán, nội trợ, hưu trí... có 108 bệnh nhân chiếm tỉ lệ cao nhất là 32%. Có thể giải thích phần nào lí do tại sao nhóm đối tượng này chiếm tỷ lệ nhiều nhất vì thành phần đối tượng thuộc nhóm này phong phú thuộc nhiều ngành nghề khác nhau và thuộc nhiều lứa tuổi khác nhau từ thanh niên, trung niên đến người già. Chiếm tỷ lệ cao thứ hai là nhóm đối tượng trong ngành nghề lao động nông nghiệp như nông dân, chăn nuôi, khai thác lâm sản, chiếm tỷ lệ 24,9%, cũng như nhóm trên nhóm này thành phần đối tượng cũng có nhiều ngành nghề và chủ yếu tập trung vào độ tuổi lao động chính như thanh niên, trung niên, do đó tỷ

lệ chấn thương hàm mặt đối với nhóm này tương đối cao. Nhóm học sinh, sinh viên có 66 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 19,5% cao thứ ba, đa số bệnh nhân nhóm này thuộc lứa tuổi thanh niên là lứa tuổi chiếm tỷ lệ tai nạn giao thông cao nhất. Nhóm công nhân chiếm tỷ lệ 12,1% với 41 bệnh nhân, ngoài nguyên nhân chính là tai nạn giao thông, tai nạn lao động cũng là một trong những nguyên nhân quan trọng gây ra chấn thương hàm mặt ở nhóm đối tượng này. Nhóm cán bộ, nhân viên theo thống kê của chúng tôi có 35 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 10,4% và cuối cùng là nhóm thuộc ngành nghề lực lượng vũ trang bao gồm công an, quân nhân, bộ đội... có tỷ lệ thấp nhất là 1,2% với tổng số 4 bệnh nhân.

3.4. Nguyên nhân chấn thương

Bảng 3.2: Phân bố gây lỗi cầu XHD theo nguyên nhân chấn thương.

Nguyên nhân		Số bệnh nhân	
		n	%
Tai nạn giao thông	Xe máy	240	71,0%
	Ô tô	15	4,4%
	Xe khác	8	2,4%
	Đi bộ	4	1,2%
Tai nạn sinh hoạt		50	14,8%
Tai nạn lao động		15	4,4%
Đánh nhau		6	1,8%
Tổng số		338	100%

Gây lỗi cầu xương hàm dưới do tai nạn giao thông chiếm 79% trong đó tai nạn giao thông do xe máy chiếm đa số 71%. Tỷ lệ này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Trường (1999). Trong nghiên cứu của tác giả Hoàng Tuấn Anh (2002) ở giai đoạn những năm gần đây, trên 273 bệnh nhân gây lỗi cầu xương hàm dưới Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội cho kết quả

tương tự kết quả của chúng tôi, với nguyên nhân chấn thương do tai nạn giao thông (77,29%). Nguyên nhân gây tai nạn đứng thứ hai là tai nạn sinh hoạt như té ngã, va đập, tai nạn do vật nuôi tấn công, tai nạn hỏa khí... chiếm tỉ lệ 14,8%.

Đối với tai nạn lao động chủ yếu là rơi giàn giáo, chặt cây đổ vào, sập hầm lò, chấn thương do vật nặng rơi... chiếm tỷ lệ nhiều thứ ba với tỉ lệ 4,4%.

3.5. Phân loại mức độ gây một bên hay hai bên theo vị trí giải phẫu

Bảng 3.3: Phân loại mức độ gây một bên hay hai bên theo vị trí giải phẫu

Vị trí	Một bên		Hai bên		Tổng		X ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Chòm lỗi cầu	76	22,5%	41	12,1%	117	34,6%	24,293	0,000
Cổ lỗi cầu	71	21%	52	15,4%	123	36,4%		

Dưới cổ lồi cầu	86	25,4%	12	3,6%	98	29%		
Tổng số	233	68,9%	105	31,1%	338	100%		

Trong số đó có 233 bệnh nhân gãy lồi cầu một bên chiếm tỷ lệ 68,9%, và có 105 bệnh nhân gãy lồi cầu hai bên chiếm tỷ lệ 31,1%. Tỷ lệ bệnh nhân gãy lồi cầu hai bên so với gãy lồi cầu một bên là 1:2,22. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa hai nhóm bệnh nhân có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$ ($p<0,05$). Nghiên cứu của Phạm Hoàng Tuấn (1999) cho thấy tỷ lệ gãy lồi cầu hai bên so với gãy lồi cầu một bên là 1: 5,79. Nghiên cứu của Hoàng Tuấn Anh (2002) trên tổng số 273 bệnh nhân gãy lồi cầu xương hàm dưới tại Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội đưa ra tỷ lệ

bệnh nhân gãy lồi cầu hai bên so với gãy lồi cầu một bên là 1:3,96.

Trong tổng số 338 bệnh nhân gãy lồi cầu xương hàm dưới, bệnh nhân được phân loại dựa theo phân loại của Charles, Ailling III và Osbond đưa ra vào năm 1988, số liệu thống kê theo số bệnh nhân, theo đó gãy cổ lồi cầu xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao nhất là 36,4% với 123 bệnh nhân. Gãy cổ lồi cầu chiếm vị trí thứ hai với 117 bệnh nhân chiếm 34,6%, thấp nhất là gãy dưới cổ lồi cầu với 98 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 29%.

3.6. Phân loại các trường hợp gãy lồi cầu có phối hợp với đường gãy khác của xương hàm dưới

Bảng 3.4: Phân loại các trường hợp gãy lồi cầu xương hàm dưới có phối hợp với đường gãy khác của xương hàm dưới:

Vị trí gãy phối hợp	Số bệnh nhân	
	n	%
Gãy lồi cầu đơn thuần	96	28,4%
Cằm	170	50,3%
Cành ngang	40	11,8%
Góc hàm	13	3,8%
Cành cao	1	0,3%
Mỏm vệt	3	0,9%
Gãy xương hàm dưới nhiều đường	15	4,5%
Tổng số	338	100%

Gãy lồi cầu kết hợp với gãy xương hàm dưới vùng cằm chiếm một tỉ lệ lớn nhất là 50,3%, chứng tỏ hai vùng lồi cầu và cằm có sự liên quan mật thiết trong cơ chế chấn thương (tư thế ngã, hướng lực truyền...), do điểm chạm ở cùng cằm truyền lực tới vùng lồi cầu là vùng yếu và giải phẫu của xương hàm dưới, phù hợp với tư thế ngã xe máy lao ra trước và rơi xuống dưới. Gãy lồi cầu xương hàm dưới phối hợp với các vùng khác của xương hàm dưới chiếm tỉ lệ không đáng kể.

3.7. Các dấu hiệu lâm sàng

Bảng 3.5: Các dấu hiệu lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng	Số bệnh nhân	
	n	%
Sưng nề tại chỗ	176	52,1%
Ấn đau chói	305	90,0%
Sai khớp cắn	290	85,8%
Hạn chế há miệng	320	94,7%
Vết thương vùng cằm	108	32%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết số bệnh nhân bị gãy lồi cầu xương hàm dưới đều có những biểu hiện điển hình của gãy xương hàm là hạn chế há miệng và di lệch khớp cắn. Đa số các bệnh nhân bị gãy lồi cầu xương hàm dưới đều bị hạn chế há miệng ở các mức độ khác nhau. Số bệnh nhân bị sai khớp cắn chiếm tỷ lệ 85,8%. Trên lâm sàng, dấu hiệu gợi ý giúp cho việc chuẩn đoán gãy lồi cầu xương hàm dưới là sưng nề tại chỗ, ấn đau chói vùng khớp thái dương. Số bệnh nhân bị sưng nề vùng khớp thái dương chỉ chiếm tỷ lệ 52,1%. Số bệnh nhân bị đau vùng khớp, hoặc đau khi vận động hàm, hoặc

đau chói khi sờ nắn vùng khớp chiếm tỷ lệ 90% trên tổng số 338 bệnh nhân. Những bệnh nhân bị gãy lồi cầu trong bao khớp thường có ít triệu chứng hơn và dễ bị bỏ sót trong khi thăm khám và chẩn đoán. Khi gãy lồi cầu trong bao khớp, do ít bị ảnh hưởng bởi sự co kéo của cơ chân bướm ngoài, các phần đoạn gãy ít di lệch hơn. Những bệnh nhân này thường đau nhiều vùng khớp thái dương hàm, có hoặc không có sưng nề tại chỗ. Chẩn đoán xác định thường phải dựa trên Xquang, với các phương pháp chụp chiếu chuyên biệt như Panorama, chụp cắt lớp, chụp CT. Một dấu hiệu gợi ý khác cho việc nghi ngờ chấn

thương lồi cầu xương hàm dưới là vết thương vùng cằm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số bệnh nhân có kèm theo vết thương vùng cằm là 108 bệnh nhân chiếm 32%, tỷ lệ gãy lồi cầu kết hợp với gãy xương hàm dưới vùng cằm chiếm tỷ lệ 50,3%. Do nguyên nhân gãy lồi cầu xương hàm dưới thường là bị chấn thương gián tiếp, những bệnh nhân có gãy xương hàm dưới vùng cằm cần kiểm tra kỹ khớp thái dương.

IV. KẾT LUẬN

Gãy xương vùng hàm mặt là một loại chấn thương phổ biến, và có xu hướng tăng nhanh trong giai đoạn gần đây. Nguyên nhân chấn thương hàm mặt nói chung và chấn thương lồi cầu xương hàm dưới nói riêng chủ yếu là tai nạn giao thông, chiếm tỷ lệ 79%, trong số đó chủ yếu là do xe máy. Bệnh nhân nhóm tuổi từ 18 đến 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 70,7%. Bệnh nhân nam nhiều hơn bệnh nhân nữ. Tỷ lệ bệnh nhân tỷ lệ nhiều nhất là đối tượng lao động tự do, kinh doanh buôn bán, nội trợ, hưu trí...

Tỷ lệ gãy lồi cầu xương hàm dưới tăng nhiều trong thời gian gần đây 40,9%. Gãy lồi cầu xương hàm dưới một bên chiếm tỷ lệ cao hơn gãy lồi cầu xương hàm dưới hai bên. Tỷ lệ gãy hai bên so với gãy một bên là 1:2,22. Gãy cổ lồi cầu chiếm tỷ lệ cao nhất 36,4%, sau đó là gãy

chòm lồi cầu 34,6%, tỷ lệ gãy dưới cổ lồi cầu thấp nhất: 29%. Gãy lồi cầu xương hàm dưới kết hợp với gãy xương hàm dưới vùng cằm chiếm tỷ lệ cao nhất là 50,3%. Biểu hiện lâm sàng của gãy lồi cầu xương hàm dưới nổi bật là hạn chế há miệng 94,7%, ấn đau chói vùng khớp thái dương 90%, sai khớp cắn 85,8%. Các dấu hiệu khác như sưng nề tại chỗ, vết thương vùng cằm 32%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Ngọc Ẩn, Bùi Hữu Lâm (1993)**, *Điều trị gãy lồi cầu bằng phương pháp bảo tồn*, Kỷ yếu công trình Khoa học 1975 – 1993, Viện Răng Hàm Mặt Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Hoàng Anh Tuấn (2002)**, *Đánh giá kết quả điều trị giải phẫu gãy lồi cầu xương hàm dưới*, Luận văn thạc sỹ y học, Phẫu thuật hàm mặt, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Bruce R., Fonseca R. (1991)**, *Mandibular fractures*, Oral and maxillofacial trauma, W.B. Saunder Company, 359-417.
4. **Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1988)**, *Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng Hàm Mặt Hà nội trong 11 năm (1988 – 1998) trên 2149 trường hợp*, Y học Việt nam, số 10, 71-74.
5. **Lazow S.K. (1996)**, *The mandible fracture: a treatment protocol*, The Journal of Cranio-Maxillofacial Trauma, Vol.2, 24-32.
6. **Phạm Dương Châu, Phạm Hoàng Tuấn, Đào Bích Thủy (1999)**, *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật 88 trường hợp gãy lồi cầu xương hàm dưới*, Y học Việt Nam (số 10), 93-95.

ĐÁNH GIÁ MÔN HỌC SỨC KHỎE TRẺ EM CỦA HỌC SINH TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ TIỀN GIANG

Ngô Thanh Phương*

TÓM TẮT³¹

Đặt vấn đề: Đánh giá chương trình đào tạo là một hoạt động quan trọng và thường xuyên trong các cơ sở giáo dục. **Mục tiêu:** khảo sát đánh giá của học sinh (HS) về môn học Sức khỏe trẻ em (SKTE) tại trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang. **Phương pháp:** cắt ngang mô tả. **Kết quả:** 47,9% đánh giá tốt về giáo trình. 75% đánh giá tốt về phương pháp giảng dạy của giáo viên. 40,7% cho là phân bố thời gian giảng dạy chưa hợp lý. 59,3% đánh giá đề thi khó. Kết quả học tập môn SKTE: Điểm kết thúc học phần trung bình là 7,2; tỉ lệ từ khá trở lên đạt 59,5%, có 2,8% HS phải thi lại. Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, mức độ yêu

thích môn học, đánh giá của HS về giáo trình môn học, về độ phù hợp để thi với nội dung được học và kết quả học tập môn SKTE. **Kết luận:** đánh giá của HS về môn học SKTE tại trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang là tốt

Từ khóa: sức khỏe trẻ em (SKTE), môn học, điểm

SUMMARY

ASSESSMENT OF STUDENTS ON CHILDREN HEALTH'S SUBJECTS AT THE TIEN GIANG MEDICAL COLLEGE

Background: Evaluation of training programs are an important activity and often in the institution. **Objectives:** to survey and assessment of students on children health's subjects at the Tien Giang Medical College. **Method:** cross-sectional study. **Results:** 47.9 good review of the curriculum. 75% good review on the teaching method of teachers. 40.7% for the distribution of teaching time is not reasonable. 59.3%

*Trường cao đẳng y tế tỉnh Tiền Giang

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thanh Phương

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

rated the difficult exam. Learning outcomes: the course average finish of 7.2, from relatively higher rate reached 59.5%, 2.8% have to be retaken. Correlation between age and severity of favorite subjects, the students rate the course syllabus, the exam with the appropriate content and learning outcomes. **Conclusion:** the assessment of students on children health's subjects at the Tien Giang Medical College is good

Key words: children health, subject

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang vừa được Bộ Giáo dục và Đào tạo cho phép mở lại mã ngành Y sĩ vào năm 2008 nhằm đào tạo Y sĩ định hướng Y học dự phòng, Y sĩ định hướng Y học cổ truyền và Y sĩ Đa khoa bổ sung vào lực lượng cán bộ y tế đang rất thiếu cho địa bàn tỉnh Tiền Giang và các tỉnh lân cận. Cùng với các môn Nội, Ngoại và Sản, Sức khỏe trẻ em là một môn học rất quan trọng trong chương trình đào tạo đối tượng Y sĩ.

Hưởng ứng chương trình hành động đổi mới quản lý, nâng cao chất lượng giáo dục của Thủ tướng Chính phủ, Bộ Giáo dục và Đào tạo, của trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang giai đoạn 2010 – 2012^{(1),(2),(5)} và để có cái nhìn toàn diện hơn về chất lượng giảng dạy môn học SKTE cho đối

tượng Y sĩ sau một thời gian gián đoạn, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Đánh giá của về môn học SKTE của HS trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang năm học 2012 – 2013" thông qua việc lấy ý kiến của HS về nội dung, lịch trình và phương pháp giảng dạy của giáo viên, phương pháp kiểm tra đánh giá học phần^{(4),(6)} đồng thời xác định các yếu tố có liên quan đến điểm kết thúc học phần. Kết quả thu được sẽ cho những phản hồi rất thiết thực và xác đáng, từ đó giúp đưa ra được các giải pháp hữu hiệu nhằm giúp giảng viên cải tiến công tác giảng dạy, cải thiện và nâng cao chất lượng đào tạo môn học SKTE trong nhà trường

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng: HS Y sĩ đã hoàn thành học phần Sức khỏe trẻ em tại trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang năm học 2012 - 2013.

- Cỡ mẫu nghiên cứu: lấy trọn (HS lớp Y sĩ YHDP 3A,B,C,D). N = 140

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Thời gian thực hiện: tháng 11/ 2013

- Xử lý số liệu: nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 10.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu: n= 140

Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	61	43,6%
	Nữ	79	56,4%
Địa chỉ	Nông thôn	115	82,1%
	Thành thị	25	17,9%
Tuổi	<20 tuổi	36	25,7%
	20 – 22 tuổi	88	62,9%
	> 22 tuổi	16	7,7%
	Tuổi trung bình 20,6 (cao nhất là 31, thấp nhất 19)		

3.2 Nhận thức của HS về tầm quan trọng của môn học SKTE

Bảng 2: Nhận thức của HS về tầm quan trọng của môn học SKTE

Nhận thức	n	Tỉ lệ %
Quan trọng	127	90,7%
Bình thường	13	9,3%
Không quan trọng	0	0%

3.3 Đánh giá của HS về giáo trình môn học SKTE

Bảng 3: Đánh giá của HS về giáo trình môn học SKTE

Đánh giá	n	Tỉ lệ %
Tốt	67	47,9%
Bình thường	67	47,9%
Không tốt	06	4,2%

3.4 Đánh giá của HS về phương pháp giảng dạy của giáo viên môn SKTE

Bảng 4: Đánh giá của HS về phương pháp giảng dạy của giáo viên môn SKTE

Đánh giá	n	Tỉ lệ %
Tốt	105	75%

Bình thường	34	24,3%
Không tốt	01	0,7%

3.5 Đánh giá của HS về đề thi và đề kiểm tra môn SKTE**Bảng 5:** Đánh giá của HS về đề thi và đề kiểm tra môn SKTE

Mức độ	Đề kiểm tra		Đề thi	
	n	%	n	%
Khó	33	23,6%	73	59,3%
Trung bình	105	75%	65	46,5%
Dễ	02	1,4%	02	1,4%

3.6 Mức độ yêu thích của HS đối với môn học SKTE**Bảng 6:** Mức độ yêu thích của HS đối với môn SKTE

Mức độ	n	Tỉ lệ %
Rất thích	07	5%
Thích	77	55%
Bình thường	55	39,3%
Không thích	01	0,7%

Bảng 7: Xếp loại điểm tổng kết học phần môn SKTE của HS

Đánh giá	n	Tỉ lệ %
Xuất sắc	14	10%
Giỏi	29	20,8%
Khá	40	28,7%
Trung bình- Khá	36	25,7%
Trung bình	17	12,1%
Yếu	03	2,1%
Kém	01	0,7%

Bảng 8: Các yếu tố liên quan đến kết quả học tập môn SKTE

Yếu tố	Đặc điểm	n	ĐTB	p
Giới	Nữ	79	7,4	P= 0,1625
	Nam	61	7,1	
Địa chỉ	Nông thôn	115	7,3	P= 0,694
	Thành thị	25	7,2	
Nhóm tuổi	<20 tuổi	36	6,7	P= 0,0053
	20 – 22 tuổi	88	7,4	
	> 22 tuổi	16	7,7	
Nhận thức về tầm quan trọng môn học SKTE	Quan trọng	127	7,3	P= 0,4523
	Bình thường	13	7,0	
Mức độ yêu thích môn học SKTE	Không thích	01	5,0	P= 0,0102
	Rất thích	07	7,6	
	Thích	77	7,5	
	Bình thường	55	6,9	
Đánh giá của HS về giáo trình	Không tốt	06	5,9	P= 0,0090
	Tốt	67	7,5	
	Bình thường	67	7,1	
Phương pháp giảng dạy của giáo viên	Không tốt	01	7,0	P= 0,9193
	Tốt	105	7,3	
	Bình thường	34	7,2	
Độ khó đề thi	Dễ	02	7,0	P= 0,4382
	Trung bình	65	7,4	
	Khó	73	7,1	
Độ phù hợp đề thi với nội dung học	Không phù hợp	05	6,5	P= 0,0163
	Phù hợp	48	7,6	
	Chấp nhận được	87	7,1	
Phân bố thời gian giảng dạy	Hợp lý	83	7,1	P= 0,1971
	Không hợp lý	57	7,4	

IV. BÀN LUẬN

Nhận thức của HS về tầm quan trọng của môn học SKTE: Đa số (90,7%) HS nhận thức được tầm quan trọng của môn học SKTE, 9,3% chỉ xem đây là môn học bình thường và không có HS nào xem đây là môn học không quan trọng. Môn học SKTE (Nhi khoa) sẽ cung cấp cho HS một số kiến thức cơ bản về Nhi cơ sở, Nhi bệnh lý và các chương trình quốc gia phòng chống bệnh cho trẻ em từ đó giúp y sinh có thể chẩn đoán và xử trí đúng một số bệnh lý thường gặp ở trẻ em. Trong chương trình đào tạo Y sĩ cùng với các môn nội, ngoại, sản, thì SKTE là một môn rất quan trọng trong nội dung thi tốt nghiệp lý thuyết tổng hợp cũng như thi thực hành nghề nghiệp. Nhận thức được tầm quan trọng của môn học này sẽ giúp cho HS có thái độ và động cơ học tập đúng đắn hơn⁽³⁾

Đánh giá của HSSV về giáo trình môn học SKTE: Có 47,9% HS đánh giá tốt về giáo trình môn học SKTE, 47,9% HS cho rằng giáo trình chỉ ở mức độ bình thường và 4,2% cho rằng giáo trình là không tốt. Thực hiện chủ trương của nhà trường về việc biên soạn giáo trình, cán bộ giảng dạy môn SKTE đã biên soạn và lưu hành nội bộ tập bài giảng Sức khỏe trẻ em cho đối tượng Y sĩ. Kết quả đánh giá trên của HS là cơ sở quý giá để chúng tôi điều chỉnh, sửa chữa và bổ sung tập bài giảng này để ngày càng hoàn thiện hơn

Đánh giá của HS về phương pháp giảng dạy của giáo viên môn SKTE: 75% HS đánh giá tốt về phương pháp giảng dạy của giáo viên môn SKTE, 24,3% cho rằng bình thường và 0,7% đánh giá là không tốt. Cùng với các bộ môn khác trong nhà trường, giáo viên môn SKTE đã và đang áp dụng phương pháp dạy học tích cực, áp dụng công nghệ thông tin vào bài giảng nhằm giúp cho tiết học sinh động hơn, hoàn thiện hơn. Và cho dù các phương pháp thể hiện hiệu quả như thế nào thì nó vẫn tồn tại một vài khía cạnh mà người học và người dạy chưa khai thác hết. Chính vì thế mà không có một phương pháp giảng dạy nào được cho là lý tưởng. Mỗi một phương pháp đều có ưu điểm của nó do vậy người thầy nên xây dựng cho mình một phương pháp riêng phù hợp với mục tiêu, bản chất của vấn đề cần trao đổi, phù hợp với thành phần nhóm lớp học, các nguồn lực, công cụ dạy-học sẵn có và cuối cùng là phù hợp với sở thích của mình⁽⁴⁾.

Đánh giá của HS về phân bố thời gian giảng dạy môn SKTE: 59,3% HS đánh giá là

hợp lý, trong khi đó đến 40,7% cho rằng phân bố thời gian giảng dạy môn SKTE là chưa hợp lý. Thực tế đã cho thấy có nhiều lớp đã được phân lịch đi lâm sàng Nhi trong khi chưa học hoặc chưa hoàn thành môn học lý thuyết SKTE. Và chính điều này làm HS bị hụt hẫng, bị thiếu một số kiến thức nhất định và đáng lẽ ra đi lâm sàng là để thực tập, là để kiểm chứng lại lý thuyết đã được học các em phải làm điều ngược lại là thực hành trước rồi mới học lý thuyết sau.

Đánh giá của HS về đề thi và đề kiểm tra môn SKTE: Giảng dạy và đánh giá thường được xem là hai mặt không thể tách rời của hoạt động dạy học và chúng có tác dụng tương hỗ lẫn nhau. Mục đích của đánh giá là phân loại người học, duy trì chuẩn chất lượng, động viên học tập, cung cấp thông tin phản hồi cho người học và người dạy⁽⁴⁾. Qua khảo sát cho thấy: 59,3% HS đánh giá đề thi khó, 46,5% trung bình và 1,4% cho rằng dễ; đối với đề kiểm tra tỉ lệ này lần lượt là 23,6%; 75% và 1,4%. Như vậy, theo đánh giá của HS thì đề kiểm tra dễ hơn đề thi. Hình thức kiểm tra có thể là tự luận, trắc nghiệm... tùy vào giáo viên giảng dạy và thường được giới hạn nội dung, còn hình thức thi thì gồm 04 phần bắt buộc: điền khuyết, trắc nghiệm đúng/sai, trắc nghiệm đúng nhất và tự luận được biên soạn trên cơ sở toàn bộ chương trình giảng dạy môn học. Với hình thức này đòi hỏi rất cao HS nếu muốn đạt điểm thi tốt, các em không những phải hiểu bài mà còn phải rất thuộc bài. 59,3% HS đánh giá đề thi là khó cũng là vấn đề cần quan tâm và có nên chăng đổi hình thức thi chỉ còn là trắc nghiệm khách quan mà đa số các trường đang áp dụng và khi mà trắc nghiệm khách quan đang được xem là phương pháp đánh giá người học hiệu quả nhất⁽⁴⁾

Đánh giá của HS về độ phù hợp của đề thi môn SKTE với nội dung được học: 34,3% HS đánh giá đề thi được cho là phù hợp với nội dung được học, 62,1% ở mức độ chấp nhận được và 3,6% cho rằng không phù hợp. Thực tế, ngân hàng đề thi môn SKTE được giáo viên xây dựng trên cơ sở bám sát vào nội dung chương trình môn học, cụ thể là tập bài giảng SKTE và vì thế dù chiếm tỉ lệ rất ít (3,6%) HS cho rằng đề thi không phù hợp với nội dung được học cũng là vấn đề cần quan tâm.

Mức độ yêu thích của HS đối với môn học SKTE: 5% rất thích môn học SKTE, 55% thích, 39,3% xem là bình thường và 0,7% không thích môn học này. Mức độ yêu thích môn học là

một yếu tố rất quan trọng để HS học tốt môn học; có yêu thích các em mới cố gắng học tập, say sưa tìm hiểu, nghiên cứu cũng như dành nhiều thời gian đầu tư cho môn học mình yêu thích hơn. Sự yêu thích môn học phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khách quan lẫn chủ quan như: sở thích, phương pháp giảng dạy của giáo viên, giáo trình, tầm quan trọng môn học, tính ứng dụng thực tế của môn học....

Kết quả học tập môn SKTE của HS: Điểm trung bình kiểm tra của HS là 8 (điểm lớn nhất là 10, nhỏ nhất là 5); điểm thi trung bình là 6 (điểm lớn nhất là 10, nhỏ nhất là 01). Điểm kiểm tra lớn hơn điểm thi có ý nghĩa thống kê với $p=0,0001$ ($<0,05$), điều này phù hợp với thực tế và phù hợp với đánh giá của HS là đề kiểm tra dễ hơn đề thi. Ngoài ra việc tổ chức thi và kiểm tra cũng có nhiều khác biệt, kiểm tra thường được tổ chức ngay trong lớp học nên độ nghiêm túc sẽ kém hơn tổ chức thi có phân bố phòng thi và giám thị coi thi

Điểm kết thúc học phần trung bình là 7,2 (điểm lớn nhất là 10, nhỏ nhất là 3,8). Trong đó xuất sắc 10%; giỏi 20,8%; khá 28,7%; trung bình-khá 25,7%, trung bình 12,1%, yếu 2,1%; kém 0,7%. Như vậy tỉ lệ đạt từ khá trở lên đạt 59,5% (đặc biệt có 02 HS, chiếm 1,4% đạt điểm tổng kết học phần 10,0), có 2,8% HS phải thi lại. Đây là kết quả khá cao đồng thời là thước đo đáng tin cậy về chất lượng giảng dạy môn học SKTE trong nhà trường

Các yếu tố liên quan đến kết quả học tập môn sức khỏe trẻ em

Không có sự khác biệt giữa giới tính, địa chỉ, độ khó đề thi và phân bố thời gian giảng dạy với kết quả tổng kết học phần môn SKTE với $p > 0,05$

Không có sự khác biệt giữa nhận thức đúng về tầm quan trọng môn học SKTE với kết quả tổng kết học phần môn SKTE với $p > 0,05$ bởi vì đa số HS (90,7%) đều nhận thức đúng về tầm quan trọng của môn học này

Có mối liên quan giữa nhóm tuổi và kết quả học tập môn SKTE, nhóm tuổi lớn hơn thì kết quả học tập tốt hơn nhóm tuổi nhỏ hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,0053$

Không có mối liên quan giữa phương pháp giảng dạy của giáo viên với kết quả môn học SKTE với $p=0,9193$ vì trong mẫu nghiên cứu đa số (75%) HS đánh giá tốt về phương pháp giảng dạy của giáo viên

Có mối liên quan giữa mức độ yêu thích môn học với kết quả học tập, HS càng yêu thích môn học thì kết quả học tập càng cao ($p=0,0102$)

Có sự khác biệt giữa đánh giá của HS về độ phù hợp của đề thi với kết quả học tập với $p=0,0163$. HS đánh giá đề thi phù hợp có kết quả cao hơn nhóm đánh giá là chấp nhận được và không phù hợp. Như vậy có thể thấy nếu học kỹ bài thì HS sẽ thấy đề thi này là hoàn toàn phù hợp với chương trình đã học và tất nhiên kết quả học tập sẽ tốt hơn nhóm còn lại

V. KẾT LUẬN

- 90,7% nhận thức được tầm quan trọng của môn học SKTE, 47,9% đánh giá tốt về giáo trình.

- 75% đánh giá tốt về phương pháp giảng dạy của giáo viên, 24,3% cho rằng bình thường và 0,7% không tốt.

- 59,3% đánh giá phân bố thời gian giảng dạy môn hợp lý, 40,7% cho là chưa hợp lý.

- 59,3% đánh giá đề thi khó, 46,5% trung bình và 1,4% cho rằng dễ.

- 34,3% đánh giá đề thi được cho là phù hợp với nội dung được học, 62,1% ở mức độ chấp nhận được và 3,6% cho rằng không phù hợp.

- 5% rất thích môn học SKTE, 55% thích, 39,3% bình thường và 0,7% không thích.

- Kết quả học tập môn SKTE: Điểm trung bình kiểm tra là 8; điểm thi trung bình là 6. Điểm kiểm tra lớn hơn điểm thi có ý nghĩa thống kê. Điểm kết thúc học phần trung bình là 7,2; tỉ lệ từ khá trở lên đạt 59,5%, có 2,8% HS phải thi lại.

- Yếu tố liên quan đến kết quả học tập môn SKTE: không có sự liên quan giữa giới tính, địa chỉ, nhận thức đúng về tầm quan trọng môn học SKTE, phương pháp giảng dạy của giáo viên, độ khó đề thi và phân bố thời gian giảng dạy với kết quả tổng kết học phần môn SKTE. Có mối liên quan giữa nhóm tuổi, mức độ yêu thích môn học, đánh giá của HS về giáo trình môn học, về độ phù hợp đề thi với nội dung được học và kết quả học tập môn SKTE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Ban Cán sự Đảng Bộ Giáo dục và Đào tạo (2010).** Nghị quyết số 05-NQ/BCSD ngày 06/01/2010 về đổi mới quản lý giáo dục đại học giai đoạn 2010 – 2012
- 2. Bộ Giáo dục và Đào tạo (2010).** Quyết định 179/QĐ-BGDĐT ngày 11/01/2010 Phê duyệt chương trình Hành động triển khai thực hiện Nghị quyết số 05-NQ/BCSD ngày 06/01/2010 của ban cán sự Đảng Bộ Giáo dục và Đào tạo về đổi mới quản lý giáo dục đại học giai đoạn 2010 – 2012
- 3. Hoàng Ngọc Vinh (2007).** Hướng dẫn dạy và học trong giáo dục Đại học. In: Bộ Giáo dục và Đào tạo. Nhà xuất bản Giáo dục, Hà Nội.
- 4. Lê Văn Hào (2006).** Sổ tay phương pháp giảng dạy và đánh giá. Trường Đại học Nha Trang

5. **Thủ tướng Chính phủ (2010).** Chỉ thị 296/CT-TTg ngày 27/2/2010 về đổi mới quản lý giáo dục đại học giai đoạn 2010 – 2012
6. **Trần Thị Bích Liễu (2007).** In: Xây dựng tiêu chuẩn chất lượng cho các trường sư phạm Việt Nam. Trung tâm Đánh giá và Kiểm định Chất lượng

Giáo dục, Viện Nghiên cứu Giáo dục, Trường Đại học Sư phạm thành phố Hồ Chí Minh

7. **Trường Cao đẳng Tài chính kế toán Hà Nội (2009).** Báo cáo về việc khảo sát sinh viên/học sinh đối với phương pháp giảng dạy và kiểm tra đánh giá học phần.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN CHỨC NĂNG ĐƯỜNG TIẾT NIỆU DƯỚI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2016

Đỗ Đào Vũ¹, Nguyễn Khoa Diệu Vân², Lê Văn Nông³

TÓM TẮT³²

Mục tiêu: Nhật xét một số yếu tố liên quan đến rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang 152 bệnh nhân ĐTĐ typ 2. **Kết quả:** Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ typ 2 ≥ 10 năm làm tăng rối loạn CNĐTND cao gấp 49 lần dưới 10 năm 95%CI (10,72- 223,99); $p < 0,05$. Rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ rối loạn CNĐTND gấp 5,91 lần so với không có rối loạn lipid máu 95%CI (2,36 -14,83); $p < 0,05$. Chỉ số HbA1c $\geq 7,5\%$ làm tăng nguy cơ gấp 3,80 lần so với những bệnh nhân có HbA1c $< 7,5\%$ 95%CI (1,60-8,24); $p < 0,05$. Các yếu tố khác như: tuổi, giới, chỉ số (BMI) chưa thấy có mối liên quan đến tăng rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2. **Kết luận:** Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ ≥ 10 năm, rối loạn mỡ máu kèm theo và chỉ số HbA1c $\geq 7,5\%$ là các yếu tố làm tăng nguy cơ rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2

Từ khóa: triệu chứng đường tiết niệu dưới, ĐTĐ typ 2

SUMMARY

A STUDY ON FACTORS RELATED TO LOWER URINARY TRACT DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH DIABETES TYPE 2 AT BACH MAI HOSPITAL IN 2016

Objectives: To comment some factors that influence to LUTD in patients with type 2 diabetes.

Subjects and methodology: a cross sectional study on 152 patients with type 2 diabetes. **Results:** Patients suffering from diabetes type 2 for more than 10 years develop LUTD 49 times higher than patients with diabetes type 2 for less than 10 years (95%CI (10.72- 223.99), $p < 0.05$). Dyslipidemia increases the

risk of LUTD by 5.91 times (95%CI (2.36 -14.83), $p < 0.05$). Compared to patients with HbA1c $< 7.5\%$, the risk of developing LUTD is 3.80 times higher for those patients with HbA1c $\geq 7.5\%$ (95%CI (1.60 - 8.24), $p < 0.05$). Other factors such as age, gender, BMI show no correlation with LUTD in patients with type 2 diabetes. **Conclusion:** Some factors that may increase the risk of LUTD in patients with type 2 diabetes can be named as over 10 years of sick time, dyslipidemia and HbA1c $\geq 7.5\%$.

Key words: symptoms of lower urinary tract dysfunction, diabetes type 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ là bệnh mạn tính, do rối loạn chuyển hóa đã trở thành vấn đề sức khỏe toàn cầu, tác động đến 8,3% dân số Mỹ [2]. Ở Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ toàn quốc là 2,7% [1]. ĐTĐ typ 2 chiếm khoảng 90-95% tổng số bệnh nhân bị ĐTĐ [2]. Rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ được ghi nhận lần đầu vào năm 1935 [3], ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống, sức khỏe của người bệnh. Chẩn đoán sớm, điều trị, phòng ngừa có hiệu quả rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 đòi hỏi xác định được những yếu tố làm gia tăng rối loạn CNĐTND. Hiện nay vấn đề này chưa được quan tâm và còn ít nghiên cứu được công bố. Vì vậy, đề tài này thực hiện với mục tiêu: *Nhật xét một số yếu tố liên quan đến rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ typ 2 theo tiêu chuẩn của hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2014.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân bị rối loạn CNĐTND không do biến chứng ĐTĐ typ 2 như: (dị dạng đường tiết niệu dưới; sỏi

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³TT dự phòng sốt rét và đái tháo đường Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính:

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

bàng quang, hẹp niệu đạo, phì đại lành tính tiền liệt tuyến, u bàng quang, sỏi tiểu găng sức; tổn thương tủy sống, tổn thương não, nhiễm khuẩn tiết niệu; do thuốc); (2) Bệnh nhân không hợp tác được như sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân ĐTĐ týp 2 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn.

2.3.3. Cỡ mẫu: chọn 152 đối tượng nghiên cứu

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại tại Khoa Nội tiết và Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10 năm 2015 đến tháng 8 năm 2016.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn CNĐTND ở BN ĐTĐ týp 2

Bảng 3.1: Môi liên quan giữa tuổi với rối loạn CNĐTND

Tuổi	Rối loạn CNĐTND		Không rối loạn CNĐTND		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
< 60	19	45,24	65	59,09	0,13
≥ 60	23	54,76	45	40,91	
Tổng	42	100	110	100	

Không thấy có mối liên quan giữa tuổi và rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2, 95%CI (0,85-3,61) và $p = 0,13$.

Bảng 3.2: Môi liên quan giữa giới tính với rối loạn CNĐTND

Giới	Rối loạn CNĐTND		Không rối loạn CNĐTND		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nam	22	47,62	51	46,36	0,51
Nữ	20	52,38	59	53,64	
Tổng	42	100	110	100	

Giữa giới tính và rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 là không có mối liên quan, 95%CI (0,622 - 2,60), $p = 0,51$.

Bảng 3.3: Môi liên quan giữa BMI với rối loạn CNĐTND

BMI (kg/m ²)	Rối loạn CNĐTND		Không rối loạn CNĐTND		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
< 23	6	14,29	19	17,27	0,66
≥ 23	36	85,71	91	82,73	
Tổng	42	100	110	100	

Không nhận thấy có mối liên quan giữa (BMI) với rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2, OR = 1,25, 95%CI (0,46-3,40), $p = 0,66$.

Bảng 3.4: Môi liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh với RLCNĐTND

Thời gian	Rối loạn CNĐTND		Không rối loạn CNĐTND		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
<10 năm	20	47,62	109	99,09	< 0,05
≥10 năm	22	52,38	1	0,91	
Tổng	42	100	110	100	

Thời gian phát hiện bệnh ≥10 năm có nguy cơ rối loạn CNĐTND cao gấp 49 lần so với nhóm < 10 năm, OR = 49, 95%CI (10,72- 223,99), $p < 0,05$.

2.5. Tiêu chí đánh giá: Tuổi; giới; Đánh giá thể trạng theo BMI: *theo WHO năm 2000*. Đánh giá glucose máu: *theo Cục quản lý khám chữa bệnh - Bộ Y tế (2011)*; Đánh giá rối loạn lipid máu: *theo tiêu chuẩn NCEP ATP III*

2.3.7. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm Stata 12.0; $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $61,97 \pm 13,03$ (ít nhất là 41 tuổi, cao nhất là 86 tuổi). Nam và nữ chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,03% và 51,97%. Thời gian phát hiện bệnh < 10 năm 15,13%, ≥10 năm 84,87%)

Bảng 3.5: Môi liên quan giữa HbA1c với rối loạn CNĐTND

HbA1C (%)	Rối loạn CNĐTND		Không rối loạn CNĐTND		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
< 7,5	9	21,43	56	50,91	0,001
≥ 7,5	33	78,57	54	49,09	
Tổng	42	100	110	100	

Những bệnh nhân có HbA1c ≥ 7,5% tăng nguy cơ bị rối loạn CNĐTND gấp 3,80 lần so với nhóm HbA1c < 7,5%; 95%CI (1,60-8,98), p=0,001.

Bảng 3.6: Môi liên quan giữa rối loạn lipid máu với rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐĐT týp 2

Lipid máu	Rối loạn CNĐTND		Không rối loạn CNĐTND		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Không có rối loạn lipid máu	8	19,05	64	58,18	< 0,05
Rối loạn lipid máu	34	80,95	46	41,82	
Tổng	42	100	110	100	

Nhóm có rối loạn lipid máu tăng nguy cơ rối loạn CNĐTND gấp 5,91 lần so với nhóm không có rối loạn, OR = 5,91, 95%CI (2,36 -14,83), p< 0,05

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ở bệnh nhân ĐĐT, không thấy có mối tương quan giữa tuổi, giới và biến chứng rối loạn CNĐTND. Thời gian phát hiện bệnh ĐĐT, kết quả nghiên cứu cho thấy phát hiện bệnh trên 10 năm làm gia tăng nguy cơ rối loạn CNĐTND lên gấp 49 lần so với nhóm bệnh bị dưới 10 năm, nguy cơ này có ý nghĩa thống kê 95% CI (10,72-223,49), p<0,05. Nghiên cứu trước đây các tác giả cũng nhiều lần nhấn mạnh mối liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh và tỷ lệ xuất hiện rối loạn CNĐTND như nghiên cứu của Karoli và cộng sự, thời gian bị bệnh làm tăng nguy cơ bị bàng quang tăng hoạt lên 1,56 lần [4]. Trong khi không nhận thấy có mối liên quan giữa chỉ số khối cơ thể (BMI) với biến chứng rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐĐT týp 2, khoảng tin cậy 95%CI (0,46-3,40), p=0,66. Kết quả có sự khác biệt với nhiều nghiên cứu của các tác giả phương tây cho rằng béo phì và hội chứng chuyển hóa là những yếu tố nguy cơ quan trọng của rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐĐT [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chỉ số HbA1c ≥ 7,5% làm tăng nguy cơ mắc rối loạn CNĐTND có ý nghĩa thống kê, với 95%CI (1,46-6,79), p=0,002. Theo nghiên cứu KapapciN và cộng sự, nguy cơ bị rối loạn CNĐTND tăng lên khi HbA1c trên 7,9% với nam và trên 7% với bệnh nhân nữ [5]. Rối loạn lipid máu là một trong những yếu tố quan trọng cấu thành nên hội chứng chuyển hóa. Đã có nhiều nghiên cứu chỉ ra vai trò của hội chứng chuyển hóa trong việc dẫn đến các rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐĐT týp 2. Cũng theo Rohrmann và cộng sự (năm 2005), rối loạn chuyển hóa làm tăng nguy cơ rối loạn CNĐTND

lên 1,8 lần, với 95%CI (1,11 – 2,94)[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân kèm theo rối loạn lipid máu tăng nguy cơ rối loạn CNĐTND gấp 5,91 lần so với nhóm không rối loạn lipid máu, với khoảng tin cậy 95%CI(10,72 - 22 3,99); p<0,05.

V. KẾT LUẬN

Thời gian bị bệnh ĐĐT ≥ 10 năm, rối loạn lipid kèm theo và chỉ số HbA1c ≥ 7,5% làm tăng nguy cơ rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐĐT týp 2.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình.** *Những nguyên lý nền tảng bệnh ĐĐT- tăng glucose máu*, Nhà xuất bản y học - Hà Nội 2007; tr 5-15.
2. **Centers for Disease Control and Prevention.** *National Diabetes Fact Sheet: National Estimates and General Information on Diabetes and Prediabetes in the United States*. US Department of Health and Human Services, Atlanta, 2011; 5,3-35
3. **Jordan W.F and Crabtree H.H.** Paralysis of the bladder in diabetic patients. *Arch Int Med*, 1935; 55, 17-25.
4. **Karoli R, Sanjay Bhat and Jalees Fatima.** A study of bladder dysfunction in women with type 2 diabetes mellitus. *Indian J Endocrinol Metab*, 2014; 18 (4), 4552-4557.
5. **Kebapci N, Yenilmez A, Efe B et al.** Bladder dysfunction in type 2 diabetic patients. *Neurourol Urodyn*, 2007; 26, 814-819.
6. **Rohrmann S, Smit E and Giovannucci E.** Platz EA. Association between markers of the metabolic syndrome and lower urinary tract symptoms in the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Int J Obes*, 2005; 29, 310- 316.
7. **Sema D.Y and Meltem D.B.** Lower urinary tract symptoms in diabetic women with and without urinary incontinence. *Int J Urol Nurs*, 2014; 8 (2), 71-77.

BIẾN CHỨNG PHẪU THUẬT TÁI TẠO HẠ HỌNG THỰC QUẢN BẰNG ỐNG DẠ DÀY TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ HẠ HỌNG THANH QUẢN XÂM LẤN THỰC QUẢN CỔ

Trần Anh Bích*, Trần Minh Trường*, Lâm Việt Trung*

TÓM TẮT³³

Mục tiêu: Khảo sát biến chứng của phẫu thuật tái tạo thực quản bằng ống dạ dày trong ung thư hạ họng thanh-thực quản. **Đối tượng và phương pháp:** 50 trường hợp phẫu thuật tái tạo hạ họng-thực quản bằng ống dạ dày trong điều trị ung thư hạ họng thanh-thực quản giai đoạn muộn (III, IV) tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2012 – 30/09/2016. **Kết quả:** 38% (19/50) trường hợp biến chứng sau phẫu thuật tái tạo thực quản bằng ống dạ dày. Viêm phổi thường gặp nhất 12%, kế đến là nhiễm trùng vết da cổ 6%, chảy máu miệng nổi 6%, chảy máu vết mổ vùng cổ 2% và rò miệng nổi 2%. **Kết luận:** Có một số biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật tái tạo thực quản bằng ống dạ dày, bệnh nhân nên được theo dõi và xử trí kịp thời những biến chứng.

Từ khóa: ung thư hạ họng thanh-thực quản, cắt hạ họng-thanh quản-thực quản toàn phần có tái tạo, kỹ thuật tái tạo bằng ống dạ dày.

SUMMARY

COMPLICATION OF GASTRIC PULL-UP RECONSTRUCTION FOR PHARYNGOLARYNGO-ESOPHAGECTOMY OF HYPOPHARYNX AND CERVICAL ESOPHAGEAL CARCINOMA

Objective: To study the complications after gastric pull-up reconstruction for total laryngopharyngo-esophagectomy. **Methods:** We evaluated 50 patients with carcinoma of hypopharynx and cervical esophagus who underwent gastric pull-up reconstruction for total laryngopharyngo-esophagectomy between 2012 and 2016 at Cho Ray ENT department. **Results:** The overall complication rate was 38% (19/50). Postoperative complications were pneumonia (12%), cervicalgraft infection (6%), anastomotic bleeding (6%), cervical bleed (2%), anastomotic leakage (2%). **Conclusions:** Follow-up care after total laryngopharyngo-esophagectomy with gastric pull-up reconstruction procedure is important to find out and prevent complications.

Keywords: complication, pharyngolaryngo-esophagectomy, hypopharynx and cervical esophageal carcinoma, gastric pull-up reconstruction

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: anhbich2005@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hạ họng-thanh quản-thực quản là ung thư xuất phát từ hạ họng, xâm lấn vào thanh quản và thực quản, thường ở giai đoạn muộn, tiên lượng nặng. Ngày nay cùng với sự phát triển của nền y học, liệu pháp điều trị kết hợp đa mô thức phối hợp phẫu trị, hóa trị và xạ trị được áp dụng trong những trường hợp này. Việc phẫu thuật gặp rất nhiều khó khăn do khối u xâm lấn rộng xung quanh. Phẫu thuật không chỉ nhằm cắt bỏ hết khối u, mà còn tái lập sự lưu thông liên tục của đường tiêu hóa [1, 4]. Năm 2004, khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy đã kết hợp với Khoa Ngoại Tổng Quát tiến hành sử dụng dạ dày tái tạo để thay thế thực quản sau phẫu thuật cắt thanh quản-hạ họng-thực quản toàn phần trong ung thư hạ họng-thanh quản-thực quản giai đoạn muộn (III, IV). Trong quá trình điều trị phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận một số biến chứng xảy ra, nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Do đó việc nghiên cứu biến chứng của phẫu thuật này và nêu một số kinh nghiệm xử trí biến chứng là điều hết sức cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư hạ họng-thanh quản-thực quản, điều trị tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2012 – 30/09/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được chẩn đoán ung thư vùng hạ họng thanh quản thực quản cổ giai đoạn muộn T3, T4. BN đồng ý tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư họng – thanh quản đã có di căn xa (phổi, xương ...).

- Ung thư xâm lấn lên cao đến đáy lưỡi, cực dưới amidan, ĐM cảnh.

- BN đã có phẫu thuật cắt dạ dày trước đó.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Cách tiến hành: Nhóm phẫu thuật Tai Mũi Họng: Rạch da cổ hình chữ U, nạo vét hạch cổ 2 bên, cắt toàn bộ hạ họng thanh quản, chuẩn bị miệng nối ở họng, sinh thiết tức thì rìa hố mổ.

- Nhóm phẫu thuật Ngoại Tổng Quát: Rạch da theo đường trắng giữa trên rốn bóc tách lấy bỏ toàn bộ thực quản, tái tạo dạ dày thành hình ống luồn qua khe hoành qua trung thất sau lên vùng cổ, Khâu đóng bụng

- Nhóm phẫu thuật Tai Mũi Họng: nối họng với ống dạ dày theo kiểu tận-bên bằng chỉ PDS 4.0, khâu lỗ mở khí quản vĩnh viễn, đặt ống mũi ống dạ dày, đặt ống dẫn lưu, khâu da cổ, khâu cầm ngực

Chăm sóc hậu phẫu: Nuôi ăn qua đường tĩnh mạch kết hợp với nhỏ giọt sữa qua ống nuôi ăn mũi ống mũi dạ dày trong thời gian bệnh nhân chưa trung tiện

- Bệnh nhân được bơm qua ống mũi dạ dày khi bệnh nhân có trung tiện. Bệnh nhân được rút ống dẫn lưu ở cổ ngày thứ 2

- Sau 7 ngày bệnh nhân ăn qua đường tự nhiên

III. KẾT QUẢ

- **Đặc điểm chung:** Tuổi trung bình $60,3 \pm 9,0$, nhóm tuổi hay gặp 60 – 69 (36%). Nam giới chiếm 94%. Bệnh nhân hút thuốc lá chiếm 94%, trong đó 88% trường hợp vừa hút thuốc lá vừa uống rượu. 22% trường hợp có bệnh nội khoa kèm theo.

- **Vị trí u:** u hạ họng chiếm 86%, trong đó có 1/2 trường hợp ung thư nguyên phát nằm ở xoang lê. Ngoài ra ung thư ở 2 vị trí khác nhau chiếm 6%.

- **Giai đoạn ung thư:** Đa số bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn muộn (giai đoạn IV) chiếm 98% (49/50), 2% trường hợp giai đoạn III.

- **Phẫu thuật:** 100% các trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật cắt hạ họng-thanh-thực quản toàn bộ, có thể cắt tuyến giáp và nạo vét hạch cổ-trung thất dựa trên mức độ xâm lấn cơ quan lân cận và hạch di căn, đóng họng có tái tạo bằng vật cơ niêm mạc đáy lưỡi.

- **Biến chứng phẫu thuật**

Bảng 1: Biến chứng sau phẫu thuật tái tạo thực quản bằng ống dạ dày

Biến chứng		N	%
Biến chứng trong mổ	Rách khí quản	1	2%
	Chảy máu hố mổ	1	2%
Biến chứng sau mổ	Chảy máu miệng nổi	3	6%
	Hẹp lỗ mở khí quản	2	4%
	Nhiễm trùng vết da cổ	3	6%
	Rò miệng nổi	1	2%
	Viêm phổi	6	12%
	Hẹp miệng nổi	2	4%
	Hạ canxi	1	2%

IV. BÀN LUẬN

- **Biến chứng trong khi mổ:** Theo y văn thế giới thì một số biến chứng trong lúc mổ thường gặp như tổn thương mạch máu (tĩnh mạch cảnh, động mạch cảnh), tổn thương thần kinh [1]. Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ có 1 trường hợp biến chứng trong mổ là rách khí quản. Chúng tôi rút ống nội khí quản và nội soi khí quản kiểm tra bằng ống optic O° qua lỗ mở khí quản, phát hiện rách thành sau khí quản một đoạn khoảng 2cm, cách carina 1cm. Chúng tôi tiến hành khâu thành sau khí quản qua nội soi. Sau phẫu thuật, chúng

tôi chụp XQ phổi kiểm tra có tràn khí trung thất lượng ít. Kết quả cải thiện hoàn toàn sau 7 ngày. Rách khí quản là biến chứng hiếm gặp và nguy hiểm có thể gây tử vong trong lúc mổ. Do đó cần phải phát hiện sớm và xử lý kịp thời.

- **Biến chứng hậu phẫu:** Một số nghiên cứu trên thế giới cho rằng tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật có thể liên quan đến vị trí của khối u, giai đoạn ung thư và loại phẫu thuật có kết hợp nạo vét hạch cổ [3,4]. Tuy nhiên chúng tôi không tìm được mối tương quan, có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn tương đối ít.

Bảng 2: So sánh biến chứng sau phẫu thuật tái tạo thực quản bằng ống dạ dày

Biến chứng	Shuangba H [3]	Triboulet JP [4]	Rezaie J [2]	Tác giả
Viêm phổi	11,1%	19,7%	20%	12%
Rò miệng nổi	9,1%	15,7%	8%	2%
Nhiễm trùng vết da cổ	3,9%		10%	6%
Tràn dịch màng phổi	7,2%			0%
Rò đường chấp	1,9%			0%
Chảy máu miệng nổi				6%
Chảy máu hố mổ				2%
Tổng số BN	208	127	50	50

So sánh với các tác giả khác chúng tôi gặp ít các biến chứng hơn, những điểm cơ bản để giảm thiểu các biến chứng là kỹ thuật khâu nối, tránh vận xoắn ống dạ dày, phát hiện và giải quyết sớm các biến chứng và vai trò của dinh dưỡng và vận động sớm sau mổ.

+ Biến chứng viêm phổi: Viêm phổi là biến chứng thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 12%. Nguyên nhân thường do thời gian phẫu thuật kéo dài, có những ổ nhiễm trùng ở vùng họng, thanh quản trước đó... Để hạn chế tình trạng viêm phổi, chúng tôi đã thực hiện: yêu cầu BN vận động sớm, hỗ trợ vật lý trị liệu mỗi ngày; dùng gạc có tẩm nước muối sinh lý để che lỗ mở khí quản vĩnh viễn; dùng kháng sinh liều cao ngay sau mổ cho những trường hợp đã mở khí quản trước mổ, BN có tiền căn bệnh lý ở phổi (bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn); khi xảy ra viêm phổi thì phải cấy đàm làm kháng sinh đồ, kháng sinh liều cao theo kinh nghiệm trong thời gian chờ kết quả kháng sinh đồ

+ Biến chứng chảy máu sau mổ: Chúng tôi có 1 trường hợp chảy máu miệng nối sớm sau phẫu thuật. Chúng tôi đặt canule có bóng số 7.0 và nhanh chóng chuyển BN xuống phòng mổ để cầm máu tại rìa vết thương.

Có 2 trường hợp chảy máu muộn sau mổ ngày thứ 7 và 20 sau mổ, bệnh nhân chảy máu rỉ rả, khạc ra máu mỗi lần ăn. Nội soi họng - ống dạ dày có máu đông ở miệng nối, miệng nối sung huyết. Bệnh nhân được nuôi ăn qua tĩnh mạch trong 2-3 ngày, thuốc ức chế H1, thuốc bằng niêm mạc đường tiêu hóa. Khi phát hiện thấy những dấu hiệu nghi ngờ của chảy máu sau mổ cần mạnh dạn chỉ định mổ lại: mở vết thương cầm máu sớm, đồng thời kiểm soát tốt huyết áp sau mổ, giảm đau, băng ép thích hợp.

+ Biến chứng rò miệng nối: Một trường hợp rò miệng nối trên bệnh nhân ung thư hạ họng-thực quản xâm lấn gần cực dưới amidan, chúng tôi tiến hành phẫu thuật với diện cắt lên cao đến sát cực dưới amidan. Miệng nối họng - ống dạ dày căng, tím. Hậu phẫu ngày thứ 4 vạt da trước cổ nề đỏ, ấn đau, sốt. Ngày thứ 6 rò dịch ra vùng trước cổ. Chúng tôi sử dụng kháng sinh liều cao, hạn chế nuốt nước bọt, dinh dưỡng sớm sau mổ. Bệnh nhân được xuất viện sau 2 tuần, ăn qua ống mở hồng tràng ra da. Chúng tôi mổ lại tái tạo miệng nối sau 6 tháng, sử dụng vật tự do căng tay quay, lưu ống mũi - dạ dày để giữ khẩu kính miệng nối cho đến khi bệnh nhân hết rò vùng cổ (sau mổ 47 ngày). Kết quả chụp X quang hẹp 2 miệng nối và nội soi hẹp miệng

nối trên đường kính 4mm, ống soi không qua được. Chúng tôi tiến hành soi nong miệng nối bằng bóng. Sau 3 tháng, bệnh nhân có thể ăn uống được bằng đường miệng.

Cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa các chuyên khoa, bắt đầu từ cung cấp dinh dưỡng trước mổ do đa số BN nhập viện trong tình trạng suy kiệt. Kỹ thuật khâu nối và tái tạo ống dạ dày của chúng tôi thực hiện nhẹ nhàng, tránh vận xoắn và căng miệng nối, sau phẫu thuật bổ sung đầy đủ dinh dưỡng theo phác đồ dinh dưỡng, kháng sinh phòng ngừa nhiễm trùng, can thiệp sớm nếu có biến chứng xảy ra. Nếu có hẹp miệng nối nên soi nong sớm, tránh tình trạng để miệng nối hẹp hoàn toàn, phải can thiệp bằng phẫu thuật.

+ Nhiễm trùng vạt da cổ: thường gặp ở bệnh nhân đã mở khí quản trước phẫu thuật, có tình trạng viêm xung quanh lỗ mở khí quản, hoặc băng ép chặt vùng cổ gây thiếu máu nuôi vạt da vùng cổ. Để hạn chế tình trạng này chúng tôi đã thực hiện: cắt rộng vùng da viêm nhiễm quanh lỗ khí quản trước khi đóng da cổ; thường xuyên giữ vạt ẩm, không bị phơi trực tiếp dưới đèn mổ quá lâu; sử dụng kháng sinh sớm đối với BN có mở khí quản trước đó; băng ép nhẹ vùng cổ; hạn chế mở khí quản trước mổ

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt toàn bộ hạ họng - thanh quản - thực quản và tái tạo hạ họng - thực quản bằng ống dạ dày là một phẫu thuật lớn, phức tạp trên nền bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn. Được đánh giá là phương pháp hiệu quả, giải quyết tốt bệnh tích và giúp bệnh nhân có chất lượng cuộc sống tốt hơn. Nhưng chúng ta cũng cần cân nhắc với các biến chứng trong mổ cũng như sau mổ, cần phải theo dõi sát và can thiệp kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andreas Rimmer, Nancy Lee, Michael J. Zelefsky (2010)**, "Cancer of Hypopharynx", Leibel and Phillips textbook of Radiation Oncology, 03, pp. 613-641.
2. **Rezaie J, et al. (2007)**, "Gastric pull-up reconstruction for pharyngolaryngoesophagectomy in head and neck cancer and cervical esophageal squamous cell carcinoma", Acta Medica Iranica, 45 (6), pp. 473-476.
3. **Shuangba H., et al. (2006)**, "Complication following gastric pull-up reconstruction for advanced hypopharyngeal or cervical esophageal carcinoma: a 20-year review in a Chinese institute", Am J Otolaryngol, 32(4), pp. 275-278.
4. **Triboulet J. P., et al. (2001)**, "Surgical management of carcinoma of the hypopharynx and cervical esophagus: analysis of 209 cases", Arch Surg, 136(10), pp. 1164-1170.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ LÂM SÀNG BỆNH NHI NGỘ ĐỘC CHÌ TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Bé Hồng Thu¹, Ngô Đức Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT³⁴

Đặt vấn đề: Chẩn đoán bệnh nhi ngộ độc chì không dễ, các triệu chứng thường lẫn với các bệnh nội khoa, yếu tố dịch tễ lâm sàng đóng vai trò quan trọng định hướng chẩn đoán. **Mục tiêu:** Đánh giá dịch tễ ngộ độc chì ở bệnh nhi điều trị tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả. Tất cả các bệnh nhi ngộ độc chì điều trị tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ 3/2012-9/2013. Khảo sát các yếu tố dịch tễ như giới, tuổi, địa dư, nguồn tiếp xúc, đường vào, tình trạng lúc vào viện, đặc điểm nguồn sử dụng... **Kết quả:** chủ yếu tập trung ở nhóm 6-24 tháng tuổi (60.2%), nam/nữ=1.2/1, nông thôn nhiều hơn thành phố (85.2% & 14.8%). Nguyên nhân sử dụng thuốc cam (96.3%). Lý do sử dụng thuốc cam khá đa dạng: tưa lưỡi (59.8%), loét miệng (16.3%), tiêu chảy (11.5%), chán ăn (2.9%), hôi miệng (1.9%), khác (7.7%). Hầu hết là thuốc cam không rõ nguồn gốc (68%). Màu sắc thuốc chủ yếu là da cam (66.2%). Đường dùng: bôi (61.5%), uống (15.4%), ăn (2.9%), bôi kết hợp ăn uống (20.2%). Số đợt dùng: 1 đợt (33%), 2 đợt (16%), 3 đợt (1%), trên 3 đợt (50%). Tỷ lệ chẩn đoán nhầm ở các cơ sở điều trị trước 82.4%. **Kết luận:** Lứa tuổi thường gặp là nhóm 6-24 tháng (60.2%). Nguồn tiếp xúc gây ngộ độc chì chủ yếu là thuốc cam giả (96.3%). Đa số thuốc cam không rõ nguồn gốc, dạng bào chế thường dạng bột, màu cam. Tỷ lệ chẩn đoán nhầm ở tuyến dưới rất cao (82.4%).

Từ khóa: ngộ độc chì, bệnh nhi, dịch tễ ngộ độc chì, thuốc cam

SUMMARY

LEAD POISONING CHILDREN EPIDEMIOLOGY IN POISON CONTROL CENTER BACH MAI HOSPITAL

Background: Lead poisoning, especially in children, is not easy to point out. To improve diagnosis and treatment, we need clinical epidemiology data about lead poisoning in children.

Objective: Assess epidemiology of lead poisoning in pediatric patients treated at the poison control center at Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** Retrospective descriptive study. All pediatric patients treated lead poisoning at Poison Control Center at Bach Mai Hospital from 3/2012 to 9/2013.

Epidemiology factors collected include: gender, age, geography, exposure, intake way, condition at which hospital admitted, characteristics of traditional medicine,... **Results:** Patients met all ages, highest is 6-24 months group (60.2%), male/female ratio was 1.2/1. Rural is higher than city (85.2 vs. 14.8%). Lead poisoning due to using traditional medicine was 104 patients (96.3%). The reason for using traditional medicine is diverse: furry tongue (59.8%), mouth sores (16.3%), diarrhea (11.5%), anorexia (2.9%), halitosis (1.9%), other (7.7%). Most patients buy traditional medicine from where have no certain address (68%). Main colour of traditional medicine is orange (66.2%). Route of administration: topical (61.5%), drinking (15.4%), eating (2.9%), topical combination oral (20.2%). Numbers of period using traditional medicine: 1 period (33%), 2 period (16%), 3 period (1%), more than 3 times (50%). The rate of misdiagnosis at forward facility: 82.4%. **Conclusion:** The age group 6-24 months is most common (60.2%). Main source of exposure causing lead poisoning is the fake traditional medicine (96.3%). Many traditional medicine is unknown origin, often package under powder form, orange. Misdiagnosis rate is very high at forward facility (82.4%).

Keyword: lead poisoning, pediatric patient, lead poisoning epidemiology, orange traditional drug.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ em bị ngộ độc chì có thể bị tổn thương nặng nề như giật, hôn mê, viêm não, suy thận... thậm chí tử vong[1]. Trước đây, ở Việt Nam các vụ ngộ độc chì chỉ xảy ra lẻ tẻ và do ô nhiễm môi trường hoặc vô tình tai nạn nhiễm chì, nhưng gần đây nổi bật lên là tình trạng ngộ độc chì ở trẻ em có xu hướng tăng nhanh, tập trung và quy mô rộng khắp cả nước. Đây là một tình trạng đáng báo động đòi hỏi phải có sự quan tâm của toàn xã hội. Tuy nhiên, rất nhiều trường hợp chẩn đoán nhầm hoặc không chẩn đoán do không nghĩ tới ngộ độc chì, do các triệu chứng thường lẫn với các bệnh nội khoa như rối loạn ý thức, quấy khóc, bỏ bú, co giật... [2] [3] [4]. Để có một tiếng nói khoa học cảnh báo và định hướng chẩn đoán bệnh nhi ngộ độc chì, thông tin về dịch tễ học lâm sàng về vấn đề này là rất cần thiết trong thực tiễn lâm sàng. Chính vì vậy, chúng tôi đưa ra nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá dịch tễ lâm sàng ngộ độc chì ở bệnh nhi điều trị tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai".

¹Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn HSCC, Trường Đại học Y Hà Nội

³Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Tuổi (năm) < 16
- Được chẩn đoán xác định là ngộ độc chì theo tiêu chuẩn sau [1] [2] [3]:
 - + Có tiếp xúc với các nguồn có chì, hoặc có triệu chứng gợi ý
 - + Xét nghiệm chì máu $\geq 10\mu\text{g/dl}$

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trẻ bị các bệnh khác như: viêm não, viêm màng não, bại não do nguyên nhân khác, viêm gan virus...

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu phân tích mô tả loạt ca bệnh, cỡ mẫu thuận tiện

Các biến số nghiên cứu**Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, giới, địa dư**

Đặc điểm	n	Tỉ lệ (%)
Giới		
Nam	61	56.5
Nữ	47	43.5
Nhóm tuổi		
<6 tháng	6	6
6-<24 tháng	65	60
24-72 tháng	29	27
>72 tháng	8	7
Địa dư		
Thành phố	16	14.8
Nông thôn	92	85.2

Nhận xét: Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ. Trong nghiên cứu gặp bệnh nhân ở tất cả các nhóm tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 6 đến 24 tháng có tỷ lệ cao nhất (60.2%). Bệnh nhân sống ở vùng nông thôn nhiều hơn ở thành thị.

Bảng 2. Trình độ học vấn của bố mẹ trẻ

Trình độ học vấn	Bố		Mẹ	
	n	%	n	%
Cấp 1	5	4.6	7	6.5
Cấp 2	26	24.1	33	30.6
Cấp 3	64	59.3	59	54.6
Đại học/Cao đẳng	11	10.1	9	8.3
Sau đại học	2	1.9	0	0

Nhận xét: trình độ học vấn của bố mẹ trẻ bị ngộ độc là khá thấp so với xã hội hiện tại.

Bảng 3. Nguồn tiếp xúc với độc chất chì

Nguồn tiếp xúc	Số lượng	n	Tỷ lệ (%)
Thuốc cam		104	96.3
Nguồn khác		4	3.7
Tổng		108	100

Nhận xét: Nguồn tiếp xúc chì của 108 đối tượng nghiên cứu chủ yếu là từ thuốc cam 96.3%, còn tỷ lệ ít chiếm 3.7% là xuất phát từ làng nghề (3 bệnh nhân) hoặc vô tình nhiễm chì qua ăn uống (1 bệnh nhân).

Bảng 4. Đặc điểm thuốc cam

Thuốc cam	n	Tỉ lệ (%)
Lý do sử dụng		
Tưa lưỡi	62	59.8
Loét miệng	17	16.3
Tiểu chảy	12	11.5
Chán ăn	3	2.9
Hôi miệng	2	1.9

- Tuổi, nhóm tuổi, giới, tiền sử bệnh tật, địa phương, nguồn tiếp xúc, triệu chứng ngộ độc lúc vào viện, đường vào. Tỷ lệ chẩn đoán đúng (dựa vào kết quả định lượng chì máu là tiêu chuẩn vàng).

- Đặc điểm thuốc cam: nơi mua, lý do dùng thuốc, tần suất dùng, số lần, số lượng, đường dùng, màu sắc, dạng chế biến, thời gian dùng thuốc.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng các test thống kê phù hợp bằng phần mềm SPSS. Mức ý nghĩa $\alpha=0,05$.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên 108 bệnh nhi điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ 3/2012 đến 9/2013.

Khác	8	7.7
Địa chỉ mua thuốc		
Cụ thể	71	68
Không rõ	33	32
Màu sắc thuốc		
Cam	69	66.2
Xám	19	18.3
Hồng	9	8.7
Vàng	8	7.7
Xanh	7	6.7
Đỏ	5	4.8
Đen	4	3.8
Nâu	3	2.9
Trắng	1	0.9

Nhận xét: Lý do dùng thuốc cam của đối tượng chủ yếu là tưa lưỡi chiếm 59.6%. Địa chỉ mua thuốc cam không cụ thể 31.7%, còn địa chỉ cụ thể chiếm tỷ lệ cao hơn 68.3%. Trong số 104 bệnh nhân có sử dụng thuốc cam, thuốc màu cam được sử dụng nhiều nhất 46.2%.

Bảng 5. Sử dụng thuốc cam

Dùng thuốc	n	Tỉ lệ (%)
Đường dùng		
Bôi	64	61.5
Uống	16	15.4
Ăn	3	2.9
Bôi và ăn uống	21	20.2
Số đợt dùng		
1	34	33
2	17	16
3	1	1
>3	52	50

Nhận xét: Trong tổng số 104 bệnh nhân có sử dụng thuốc cam, đường dùng chủ yếu là bôi tại chỗ chiếm 61.5%. Bệnh nhân dùng thuốc cam nhiều đợt khác nhau > 3 đợt chiếm tỷ lệ cao nhất 50%.

Bảng 6. Chẩn đoán của các cơ sở điều trị trước khi chuyển đến Trung tâm Chống độc

Chẩn đoán	Số lượng	n	Tỷ lệ (%)
Ngộ độc chì		19	17.6
Động kinh		4	3.7
Viêm não, viêm màng não		5	4.6
Cơ giết chưa rõ nguyên nhân		4	3.7
Suy gan thận		2	1.9
Thiếu máu chưa rõ nguyên nhân		1	0.9
Khác		2	1.9
Không có chẩn đoán		71	65.7
Tổng		108	100

Nhận xét: Trong số 108 bệnh nhân, chỉ có 37 bệnh nhân có chẩn đoán (chiếm 34.3%), nhưng chỉ có 17.6% được chẩn đoán là ngộ độc chì và thường chẩn đoán nhầm với bệnh động kinh (3.7%), hoặc viêm não màng não (4.6%).

IV. BÀN LUẬN

Về tuổi, giới và địa dư: Trong nghiên cứu chúng tôi, lứa tuổi gặp nhiều nhất là 6-24 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 60.2%, tiếp theo là 24-72 tháng chiếm 26.9%. Trong nghiên cứu cứu chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 56.5% cao hơn nữ chiếm 43.5%, nam/nữ là 1.2/1. Kết quả cũng tương tự với Ngô Tiến Đông (nam/nữ là 1.1/1) [2].

Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân sống ở vùng nông thôn (85.2%) cao hơn thành thị (14.8%). Ở nông thôn hiện nay còn nhiều quan niệm lạc hậu và khả năng tài chính nên không đưa trẻ bệnh đi khám và điều trị tại các cơ sở y tế mà lại sử dụng các phương thuốc dân gian để tự điều trị. Đó là tình trạng làm cho tình hình ngộ độc chì càng thêm phức tạp, khó kiểm soát, điều trị khó khăn. Trong nghiên cứu của Ngô

Tiền Đông thì có 80% bệnh nhân sống tại vùng nông thôn và miền núi [2].

Đặc điểm về thuốc cam: Nguồn tiếp xúc gây ngộ độc chì trong nghiên cứu chủ yếu là từ thuốc cam (96.3%), một phần rất ít nguồn tiếp xúc từ làng nghề sản xuất, tái chế chì hoặc vô tình ngộ độc chì do ăn phải vật chứa chì (3.7%). Đây là vấn đề đặc biệt gây bất ngờ lớn cho những người làm cấp cứu ban đầu bệnh nhi ngộ độc, minh chứng là có tới 82,4% chẩn đoán sai do không nghĩ tới ngộ độc chì. Lúc đầu đa số bệnh nhi được chẩn đoán là động kinh hoặc hôn mê chưa rõ nguyên nhân, vì trước đây trên thế giới cũng như Việt Nam đều quan tâm ngộ độc chì xuất phát từ ô nhiễm môi trường (khói bụi, đất, nước...), chỉ mô tả ngộ độc chì do dùng thuốc đông y dưới những ca bệnh lâm sàng, chưa có nghiên cứu nào cụ thể về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng về ngộ độc chì do dùng thuốc cam, thuốc tể.

Bệnh nhân dùng thuốc cam nhiều đợt (> 3 đợt) chiếm tỷ lệ cao nhất 50%, tiếp theo là dùng 1 đợt 32.7%. Điều này nói lên tình trạng sử dụng thuốc cam ở các địa phương rất thường xuyên và khó kiểm soát, quan niệm sử dụng thuốc cam điều trị các bệnh của trẻ em cũng như người lớn diễn ra rất phổ biến gây ra tình trạng ngộ độc chì mạn tính. Nhưng cũng có 32.7% trẻ dùng chỉ 1 lần đã gây ra tình trạng ngộ độc chì, điều này thể hiện hàm lượng chì trong thuốc cam rất cao, và khi sử dụng liên tục có thể gây ra tình trạng ngộ độc chì cấp tính. Như vậy trong số bệnh nhân nghiên cứu gồm cả bệnh nhân ngộ độc chì mạn và cấp tính.

Trong nghiên cứu 104 bệnh nhân về nguồn gốc thuốc cam 71 trường hợp có địa chỉ cụ thể (68.3%). Đặc biệt hiệu quả của thuốc cam sau khi sử dụng tỷ lệ bệnh trước đó giảm đi chiếm rất cao (93.3%), tức là thuốc cam đó có hiệu quả chữa bệnh miệng lưỡi, tuy nhiên vô cùng độc hại. Màu sắc thuốc cam rất đa dạng với nhiều loại khác nhau như cam, vàng, hồng, đỏ, xám, đen... nhưng màu cam chiếm tỷ lệ cao nhất, không giống như nhiều người quan niệm trước đây thuốc cam là có màu cam, và màu cam vàng là những màu chứa hàm lượng chì cao chủ yếu là chì oxide. Cũng như các nghiên cứu khác trên thế giới, màu sắc các thuốc đông y ở Tây Ban Nha Azarcon (màu cam) có hàm lượng chì vô cơ cao và có thể lên đến 95% là chì oxide [6].

Chẩn đoán bệnh của cơ sở điều trị trước

khi chuyển đến: Trong số 108 bệnh nhân, chỉ có 37 bệnh nhân được chẩn đoán trước khi chuyển đến Trung tâm Chống độc (34.25%), nhưng chỉ có 17.6% được chẩn đoán là ngộ độc chì, đây là chẩn đoán từ bệnh viện nhi Trung Ương hoặc là khoa nhi bệnh viện Saint Paul. Còn lại tỷ lệ chẩn đoán nhầm tuyến dưới là 82.4%, thường là chẩn đoán nhầm với bệnh động kinh hoặc viêm não, màng não... Lý do là ngộ độc chì không chẩn đoán được nếu không nghĩ tới và không được làm xét nghiệm độc chất chì, mặt khác khi biểu hiện ngộ độc tỷ lệ co giật chiếm tỷ lệ cao, tính chất cơn giật ngắn và toàn thân nên dễ nhầm lẫn với các triệu chứng trong động kinh, viêm não,... Hiện nay, xét nghiệm độc chất chì chỉ thực hiện được tại Hà Nội nên các tỉnh có bệnh nhân ngộ độc chì nhiều nhưng không có điều kiện xét nghiệm, từ đó dễ bỏ sót chẩn đoán hoặc chẩn đoán muộn.

V. KẾT LUẬN

Lứa tuổi thường gặp là nhóm 6-24 tháng (60.2%). Nguồn tiếp xúc gây ngộ độc chì chủ yếu là thuốc cam (96.3%). Đa số thuốc cam không rõ nguồn gốc, dạng bào chế thường dạng bột, màu cam. Tỷ lệ chẩn đoán nhầm ở tuyến dưới rất cao (82.4%). Nhân viên y tế khi tiếp xúc với bệnh nhi co giật, hôn mê chưa rõ nguyên nhân, nếu khai thác trong tiền sử có sử dụng thuốc cam hoặc thuốc đông y, cần phải nghi ngờ hoặc đặt ra chẩn đoán phân biệt với ngộ độc kim loại nặng, đặc biệt là ngộ độc chì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ngộ độc chì. *QĐ-BYT. Số 1548*: tr 1-5.
2. Ngô Tiên Đông, Phạm Thị Vân Anh, Phạm Văn Thắng (2012). Ngộ độc chì ở trẻ em liên quan đến sử dụng thuốc nam: một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị. *Tạp chí y học Việt Nam, số 5*: tr 15-16.
3. Flomenbaum, Neal E, Goldfrank et al (2002). Goldfrank's Toxicologic Emergencies 8th ed. *Lead, 91 (2)*: pp 1208.
4. Shukla R, Bornschein R.L, Dietrich K, et al (1989). Fetal and infant lead exposure: effects on growth in stature. *Pediatric; 84 (1)*: pp 604 - 612.
5. Nguyễn Thị Dụ (2004). Ngộ độc chì ở trẻ em. Trong: Tư vấn chẩn đoán và xử trí nhanh ngộ độc cấp. *Nhà xuất bản y học (2). Hà Nội*, Tr 285-288.
6. Bradman A, Eskenazi B, Sutton P (2010). Iron deficiency associated with higher blood lead in children living in contaminated environments. *Environ Health Perspect; 109 (10)* : pp 1079 - 1084.

ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở TRẺ THỪA CÂN - BÉO PHÌ 11-15 TUỔI TẠI 2 TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ ĐỒNG ĐA VÀ PHƯƠNG MAI, QUẬN ĐỒNG ĐA, HÀ NỘI

Cao Thị Thu Hương*, Lê Danh tuyên*

TÓM TẮT³⁵

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 330 trẻ 11-15 tuổi thừa cân - béo phì (TC - BP) tại trường trung học cơ sở Đồng Đa và Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội nhằm xác định đặc điểm hội chứng chuyển hóa (HCCH) của trẻ em TC - BP. Trẻ tham gia nghiên cứu được cân, đo chiều cao và vòng eo, đo huyết áp, lấy máu định lượng glucose, triglycerid, HDL-C huyết tương. HCCH được xác định theo tiêu chuẩn của IDF 2007. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ trẻ mắc HCCH là 14,8%. Trẻ trên 13 tuổi có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 2,7 lần trẻ nhỏ hơn hoặc bằng 13 tuổi (OR=2,7; 95%CI: 1,5-5,1); trẻ béo phì có nguy cơ mắc HCCH cao hơn trẻ thừa cân 2,9 lần (OR=2,7; 95% CI: 1,4-5,9); chưa thấy có sự khác biệt về tỷ lệ mắc HCCH ở nam và nữ. Dạng kết hợp các yếu tố của HCCH: kết hợp 3 yếu tố chiếm 77,6%; kết hợp trên 4 yếu tố 22,4%. Ở dạng kết hợp 3 yếu tố, tần suất cao nhất là VE-HA-HDL-C (31,6%), tiếp theo là dạng kết hợp VE-TG-HDL-C (21,1%) và ít nhất là dạng VE-HA-TG là 2,6%.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, vòng eo, huyết áp, Triglycerid, HDL-C

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF METABOLIC SYNDROME IN OVERWEIGHT-OBESITY CHILDREN AGED 11-15 YEARS IN 2 SECONDARY SCHOOLS, DONG DA AND PHUONG MAI, DONG DA DISTRICT, HANOI

A cross-sectional study was carried out in 330 overweight-obesity children aged 11-15 years in 2 secondary schools, namely Dong Da and Phuong Mai, Dong Da district, Hanoi in order to determine characteristics of metabolic syndrome. The weight, height, waist circumference, blood pressure of children were collected, children's blood was taken to determine plasma triglyceride, glucose, HDL-C. Metabolic syndrome defined was based on criteria of IDF 2007. The results showed that: Prevalence of metabolic syndrome was 14,8%. The children over 13 years old were higher 2.7 times of risk to suffer from metabolic syndrome than those who were less or equal 13 years old OR=2,7; 95%CI:1,5-5,1). The obesity children were higher 2.9 times of risk to suffer from metabolic syndrome than the overweight children (OR=2.9; 95%CI: 1.4-5.9). There was no significant

difference prevalence of metabolic syndrome between female and male. The percentage of children having three factors was 77.6%, more than four factors was 22.4%. In the group with three factors, most frequent combining style waist circumference (WC)-Blood Pressure (BP)-HDL-C was 31.6%, followed by VC-TG-HDL-C at 21.1% and least was style of VC-BP-TG (2.6%)

Key word: metabolic syndrome, waist circumference, blood pressure, triglyceride, HDL-C

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một trong những vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng được quan tâm trong thế kỷ. Theo Hiệp Hội Đái tháo đường quốc tế (IDF), HCCH là tập hợp những yếu tố nguy cơ của hai đại dịch lớn là bệnh tim mạch và đái tháo đường type 2. HCCH có liên quan chặt chẽ đến thừa cân - béo phì (TC - BP). Do đó kiểm soát TC - BP là biện pháp phòng chống bệnh mạn tính không lây. Bệnh tim mạch ở người lớn có nguồn gốc từ các rối loạn chuyển hóa ở thời kỳ trẻ em [1],[2]. HCCH được xác định dựa vào yếu tố vòng eo (VE) lớn kết hợp với hai trong 4 yếu tố: tăng huyết áp (HA), tăng Triglycerid (TG), tăng glucose máu, HDL-C giảm. Nghiên cứu gần đây của Hà Văn Thiệu trên 510 học sinh tuổi từ 11-15 bị TC - BP ở tỉnh Đồng Nai cho thấy tỷ lệ trẻ mắc HCCH khoảng 31,4%. Dạng HCCH với tỷ lệ cao nhất là dạng kết hợp yếu tố vòng eo với HA và TG thành HCCH với dạng VE-HA-TG chiếm 41,2%. Ở Hà Nội, tỷ lệ TC - BP ở trẻ em có xu hướng gia tăng, do đó bên cạnh theo dõi thực trạng TC - BP thì việc xác định đặc điểm HCCH trên đối tượng TC - BP là cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Học sinh 11 - 15 tuổi (từ lớp 6 đến lớp 9) bị TC - BP với chỉ số Z-score. BMI theo tuổi (BAZ) > 1SD

Địa điểm nghiên cứu: Trường trung học cơ sở (THCS) Đồng Đa và Phương Mai, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội.

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

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: được tính theo công thức: $n = [Z_{\alpha}^2 p (1-p)]/d^2$

*Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

$Z_{\alpha} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$), p : tỷ lệ ước đoán của chỉ tiêu cần cỡ mẫu lớn nhất dựa trên các nghiên cứu đã tiến hành

d: sai số cho phép. Với sai số cho phép là 5%, cỡ mẫu được tính cho đối tượng là 330 trẻ với tỷ lệ HCCH ở trẻ em thừa cân-béo phì là 31,4% [3].

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo 2 giai đoạn

Bước 1: Chọn trẻ thừa cân béo phì, cân đo và xác định được 1233 trẻ có BMI theo tuổi trên 1 SD

Bước 2: Chọn đối tượng tham gia đánh giá hội chứng chuyển hóa: chọn 330 trẻ trong tổng số 1233 trẻ theo ngẫu nhiên hệ thống cho từng lớp tuổi.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu và các yếu tố đánh giá

Thu thập số liệu nhân trắc. Sử dụng cân điện tử TANITA chính xác 0,1 kg đo trọng lượng cơ thể. Đo chiều cao bằng thước gỗ UNICEF có độ chính xác tới 0,1 cm. Đo vòng eo bằng thước dây không co giãn, kết quả ghi theo cm với một số lẻ sau dấu phẩy thập phân.

Đo huyết áp (HA): Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới, dụng cụ là huyết áp điện tử OMRON. Đối tượng được đo huyết áp 3 lần, mỗi lần cách nhau 3 phút. Kết quả được ghi theo đơn vị mmHg với số trung bình của lần đo thứ 2 và thứ 3.

Xét nghiệm sinh hóa: Lấy 3 ml máu tĩnh mạch khi đói (đối tượng nhịn ăn ít nhất 10 tiếng nhưng không được quá 16 tiếng). Máu được lấy vào buổi sáng từ 6h30-8h30. Mẫu máu được cho vào ống chống đông heparin rồi ly tâm lấy huyết tương (trong vòng 30 phút sau khi lấy máu), bảo quản lạnh đưa về labo sinh hóa để tiến hành xét nghiệm Triglycerid (TG), HDL-C và Glucose huyết tương ngay trong ngày tại labo sinh hóa của Viện Dinh dưỡng.

2.5. Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0. Phép kiểm định χ^2 được sử dụng để so sánh hai tỷ lệ.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Tuân thủ các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1 Tỷ lệ học sinh thừa cân – béo phì mắc HCCH

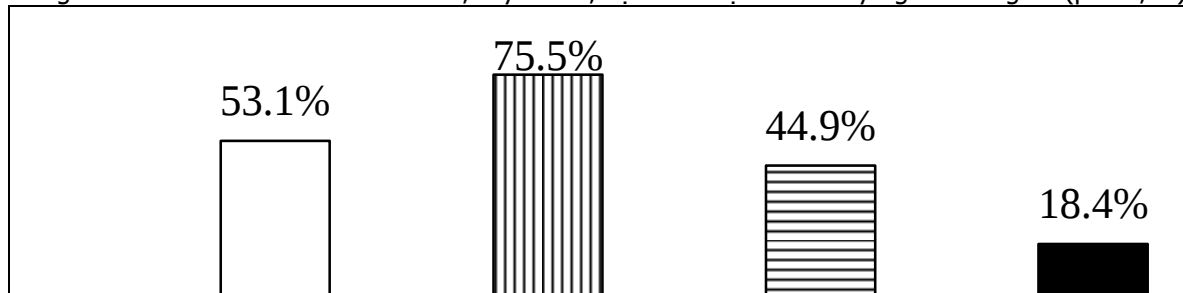
Hội chứng chuyển hóa	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có	49	14,8
Không	281	85,2

Theo bảng 3.1.tỷ lệ mắc HCCH trong nghiên cứu là 14,8% và không mắc HCCH là 85,2%.

Bảng 3.2. Phân bố HCCH theo tuổi và giới tính

Đặc điểm		HCCH		OR (95%CI)
		Có (n, %)	Không (n, %)	
Tuổi	> 13	23 (25,0)	69 (75,0)	2,7 (1,5 - 5,1), $p < 0,05$; χ^2
	≤ 13	26 (10,9)	212 (89,1)	
Giới tính	Nam	40 (16,2)	207 (83,8)	1,6 (0,7 - 3,4) $p > 0,05$; χ^2
	Nữ	9 (10,8)	74 (89,2)	

Về độ tuổi, nhóm trẻ có độ tuổi lớn hơn 13 có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn nhóm trẻ có độ tuổi từ 13 trở xuống (25% so với 10,9%). Những trẻ lớn hơn 13 tuổi có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 2,72 lần nhóm trẻ còn lại. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với $\chi^2 = 9,31$ và $p < 0,05$. Về giới, tỷ lệ trẻ nam mắc HCCH là 16,2%, cao hơn tỷ lệ mắc HCCH ở nữ (10,8%). Nhóm trẻ nam có xu hướng mắc HCCH cao hơn nhóm trẻ nữ, tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Phân bố các yếu tố xác định HCCH trong nhóm HCCH

Biểu đồ 3.1 cho thấy sự phân bố các yếu tố: tăng HA, tăng TG, giảm HDL-C và tăng Glucose máu trong nhóm có HCCH. Trong đó, giảm HDL-C chiếm tỷ lệ cao nhất với 75,5%, tăng HA chiếm tỷ lệ thấp nhất với 18,4%.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa HCCH và thừa cân – béo phì

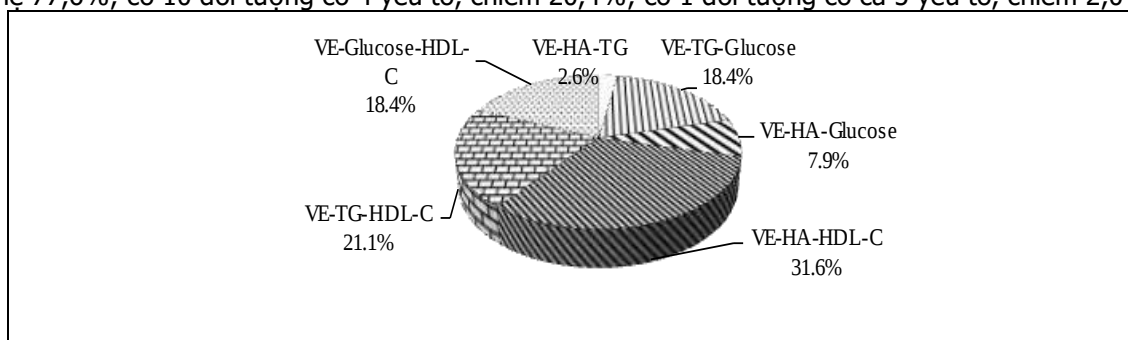
Tình trạng dinh dưỡng	HCCH		OR (95%CI)
	Có (n, %)	Không (n, %)	
Béo phì	38 (20)	152 (80)	2,9 (1,4 - 5,9) $p < 0,05$, χ^2
Thừa cân	11 (7,9)	129 (92,1)	

Từ bảng 3.3 có thể thấy, có 20% trẻ béo phì mắc HCCH, trong khi chỉ có 7,9% trẻ thừa cân mắc hội chứng này. Tỷ suất chênh là 2,93 chỉ ra rằng, những trẻ béo phì có nguy cơ bị mắc HCCH cao gấp 2,93 lần so với những trẻ thừa cân. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

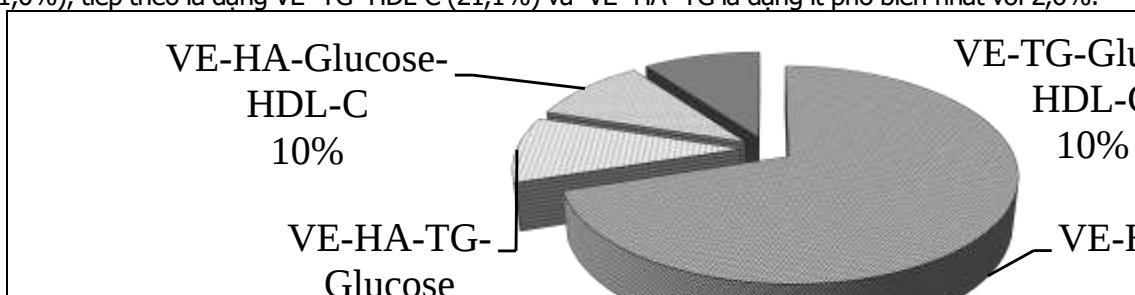
Bảng 3.4. Phân bố các dạng kết hợp của HCCH

Các dạng kết hợp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
3 yếu tố	38	77,6
4 yếu tố	10	20,4
5 yếu tố	1	2,0

Bảng 3.2 mô tả phân bố các dạng kết hợp của HCCH cho thấy: có 38 đối tượng có 3 yếu tố, chiếm tỷ lệ 77,6%; có 10 đối tượng có 4 yếu tố, chiếm 20,4%; có 1 đối tượng có cả 5 yếu tố, chiếm 2,0%.

**Biểu đồ 3.2. Các dạng kết hợp của 3 yếu tố chẩn đoán HCCH**

Biểu đồ 3.2 cho thấy, trong các dạng kết hợp của 3 yếu tố, dạng kết hợp VE-HA-HDL-C là phổ biến nhất (31,6%), tiếp theo là dạng VE-TG-HDL-C (21,1%) và VE-HA-TG là dạng ít phổ biến nhất với 2,6%.

**Biểu đồ 3.3. Các dạng kết hợp của 4 yếu tố chẩn đoán HCCH**

Biểu đồ 3.4 cho thấy, trong các dạng kết hợp của 4 yếu tố, dạng kết hợp VE-HA-TG-HDL-C là phổ biến nhất (7 trẻ trong số 10 trẻ: 70%), các dạng còn lại đều chiếm 10% cho mỗi dạng. Dạng kết hợp của 5 yếu tố chỉ có duy nhất 1 trường hợp VE-HA-TG-HDL-C-Glucose (100%).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc Hội chứng chuyển hóa theo tuổi và giới tính: Tỷ lệ mắc HCCH đối với học sinh TC-BP tại 2 trường trong nghiên cứu này là 14,8%. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Hà Văn Thiệu với 31,37% đối tượng mắc HCCH [3].

Tuổi thiếu niên được coi là lứa tuổi có nguy cơ phát triển các bệnh chuyển hóa cao nhất ở trẻ em do sự thay đổi của các hormone tăng trưởng và phát triển trong giai đoạn này đã ảnh hưởng tới sự phân bố lượng mỡ cơ thể, huyết áp, lipid

máu, sự tiết insulin và độ nhạy cảm insulin của trẻ [4]. Bên cạnh đó, ở lứa tuổi này, do huyết áp, nồng độ lipid cũng như tỷ lệ và kích cỡ cơ thể thay đổi theo tuổi nên nguy cơ mắc bệnh chuyển hóa cũng gia tăng theo tuổi. Nghiên cứu của NHANES từ 1999 - 2002 đã cho thấy, dù sử dụng tiêu chuẩn nào để chẩn đoán HCCH ở trẻ em thì tỷ lệ mắc HCCH ở trẻ từ 12 đến 14 tuổi vẫn cao hơn so với trẻ từ 8 đến 11 tuổi [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có cùng xu hướng trên khi ghi nhận nhóm trẻ có độ tuổi từ 14 đến

15 có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn nhóm trẻ có độ tuổi từ 11 đến 13 tuổi với tỷ lệ lần lượt là 25% và 10,9%. Những trẻ 14 - 15 tuổi có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 2,72 lần nhóm trẻ 11 - 13 tuổi. Sự khác biệt giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Về tỷ lệ mắc HCCH theo giới tính, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ này trong nhóm nam là 16,2%, cao hơn nhóm nữ với tỷ lệ là 10,8%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Hà Văn Thiệu với tỷ lệ mắc HCCH trong nhóm nữ lại cao hơn nhóm nam (34,8% so với 27,9%) [3]. Tuy nhiên, sự khác biệt về tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm nam và nhóm nữ đều không có ý nghĩa thống kê ở cả hai nghiên cứu với $p > 0,05$. Kết quả tỷ lệ mắc HCCH ở nam cao hơn nữ trong nghiên cứu này là phù hợp và phản ánh đúng tình hình thực tế với tỷ lệ BP ở nam cao hơn ở nữ.

Nghiên cứu ghi nhận mối liên quan giữa HCCH và mức độ TC, BP (dựa trên chỉ số z-score BMI theo tuổi). Chỉ số Z-score BMI theo tuổi càng cao thì càng tăng nguy cơ mắc HCCH trong số TC, BP [2]. Cụ thể, những đối tượng BP có tỷ lệ mắc HCCH cao hơn những đối tượng TC với tỷ lệ lần lượt là 20% và 7,9%. Những trẻ BP có nguy cơ mắc HCCH cao gấp 2,93 lần những trẻ TC. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với kết quả của Hà Văn Thiệu [3].

HCCH và các rối loạn HA, TG, HDL-C, Glucose máu: Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt về phân bố các rối loạn HA, TG, HDL-C và Glucose máu trong nhóm có HCCH. Cụ thể, rối loạn HDL-C chiếm tỷ lệ cao nhất với 75,5% và rối loạn HAtttr chiếm tỷ lệ thấp nhất với 18,4%. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của Hà Văn Thiệu và nghiên cứu của Caranti DA tại Brasil và Italia [6].

Các dạng kết hợp của HCCH: Theo IDF, HCCH sẽ được xác định khi có ít nhất từ 3 yếu tố trở lên, trong đó béo trung tâm ($VE \geq 90^{th}$ percentile) là điều kiện tiên quyết, không thể thiếu.

Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy, các dạng kết hợp của HCCH bao gồm: 3 yếu tố, 4 yếu tố và 5 yếu tố. Trong đó, dạng có 3 yếu tố chiếm tỷ lệ cao nhất với 77,6%, 4 yếu tố chiếm 20,4% và dạng có 5 yếu tố với 2,04%. So sánh nghiên cứu của Chinali M và cộng sự tại Ấn Độ năm 2008, kết quả của chúng tôi là tương đồng. Trong nghiên cứu của Chinali, dạng có 3 yếu tố chiếm 17,3%, dạng có 4 yếu tố chiếm 7,2% và dạng có 5 yếu tố chỉ chiếm 0,4% [7].

Trường hợp mắc HCCH có 3 yếu tố, dạng kết hợp VE-HA-HDL-C nhiều nhất với 31,6%, dạng

VE-TG-HDL-C chiếm 21,1% và dạng VE-HA-TG ít nhất với 2,6%. Trong khi đó, nghiên cứu của Hà Văn Thiệu lại ghi nhận dạng phổ biến nhất là VE-HA-TG với 41,2% và VE-HA-Glucose với 21,05%, dạng VE-Glucose-HDL-C ít phổ biến nhất với 4,78% [3]. Như vậy, dạng ít nhất trong các dạng gồm 3 yếu tố (VE-HA-TG) trong nghiên cứu của chúng tôi lại là dạng phổ biến nhất trong nghiên cứu của Hà Văn Thiệu. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận những trường hợp mắc HCCH có kết hợp trên 4 yếu tố là 22,4% (20,4% có 4 yếu tố và 2,0% có 5 yếu tố), tỷ lệ này tương đương với kết quả nghiên cứu của Hà Văn Thiệu với tỷ lệ đối tượng có 4 yếu tố trong số trẻ mắc HCCH là 23,8%. Theo Hà Văn Thiệu những trường hợp mắc HCCH có trên 4 yếu tố có tương quan đến tỷ lệ phần trăm mỡ cơ thể (Body fat percentage). Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi không đo lường phần trăm mỡ.

V. KẾT LUẬN

Trẻ lớn hơn 13 tuổi có nguy cơ mắc HCCH cao hơn 2,7 lần trẻ so với trẻ nhỏ hơn hoặc bằng 13 tuổi. Chưa thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ mắc HCCH ở nam và nữ.

Dạng kết hợp các yếu tố của HCCH: kết hợp 3 yếu tố chiếm 77,6%, kết hợp trên 4 yếu tố chiếm 22,4%. Tần xuất trẻ có sự kết hợp 3 yếu tố cao nhất là VE-HA-TG (31,6%), tiếp theo là dạng VE-TG-HDL-C (21,1%) và ít nhất là dạng kết hợp VE-HA-TG là 2,6%

KHUYẾN NGHỊ: Cần nghiên cứu tìm hiểu các yếu tố liên quan đến thừa cân – béo phì và HCCH ở trẻ em

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IDF (2007).** The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome for children and adolescents.
2. **Erikson JG (2001),** "Early growth and coronary heart disease in later life: longitudinal study", *BMJ*, 322, pp.949-953.
3. **Hà Văn Thiệu (2014),** *Hội chứng chuyển hóa ở trẻ em thừa cân, béo phì từ 10-15 tuổi*, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Hirschler V. et al. (2005),** "Can Waist Circumference Identify Children With the Metabolic Syndrome?", *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159(8), pp. 740 - 744.
5. **Pokharel S et al. (2015),** "Genes associated with metabolic syndrome and hyperuricemia: An overview", *Clinical Case Reports and Reviews*, 1(7), pp. 143 - 148.
6. **Caranti DA, Lazzer S (2008),** "Prevalence and risk factor of metabolic syndrome in Brazilian and Italian obese adolescents: a comparison study", *Int J Clin Pract*, 62(10), pp. 1526 - 1532.
7. **Chinali M, Simone G (2008),** "Cardiac markers of pre-clinical disease in adolescents with the metabolic syndrome", *J Am Coll Cardiol*, 52, pp. 932 - 938.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM TẾ BÀO MÁU NGOẠI VI VÀ TỶ LỆ PROTHROMBIN CỦA TRẺ ĐẸ NON TẠI BỆNH VIỆN XANH PÔN

Bùi Thành Đạt*, Nguyễn Thanh Thúy*

TÓM TẮT³⁶

Đặt vấn đề: các tác giả tiến hành nghiên cứu với **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm máu ngoại vi và tỷ lệ prothrombin ở trẻ đẻ non. **Đối tượng và phương pháp:** 106 trẻ, là những trẻ đẻ non tại bệnh viện Xanh Pôn, dùng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu bệnh án để thu thập số liệu. **Kết Quả:** Số lượng HC: $4,13 \pm 0,68$ T/l, có 32,1% số trẻ giảm số lượng HC. MCV $108,43 \pm 6,26$ fl, MCH $36,6 \pm 2,3$ pg, MCHC $339,38 \pm 13,59$ g/l. Hb: $151,03 \pm 22,44$ g/l, có 31,1% số trẻ giảm lượng Hb. Số lượng BC: $12,2 \pm 5,4$ G/L. BC đa nhân trung tính chiếm $45,5 \pm 17,3\%$, BC lympho chiếm tỷ lệ $45,4 \pm 18,3\%$. Số lượng TC: 228 ± 70 T/l. Tỷ lệ Prothrombin ở trẻ đẻ non thấp: $51,6 \pm 13,4\%$. **Kết luận:** trẻ đẻ non số lượng hồng cầu thấp, hồng cầu to, đẳng sắc. Số lượng bạch cầu ít thay đổi nhưng tỷ lệ đa nhân trung tính và lympho có nhiều thay đổi. Số lượng tiểu cầu ít thay đổi. Tỷ lệ Prothrombin thấp.

Từ khóa: Đẻ non, hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, tỷ lệ prothrombin.

SUMMARY

STUDY ON SOME CHARACTERISTICS OF PERIPHERAL BLOOD AND COAGULATION OF PREMATURE INFANTS AT SAINT PAUL HOSPITAL

Background: the authors studied amount **Objective:** Describe some characteristics of peripheral blood and prothrombin ratio in premature infants. **Subjects and Methods:** 106 children are premature infants at Saint Paul hospital, using research methods descriptive cross-sectional, retrospective medical records to collect data. **Result:** RBC Quantity: 4.13 ± 0.68 T/L, 32.1% of children reduce the number of RBC. 108.43 ± 6.26 fl MCV, 36.6 ± 2.3 pg, 339.38 ± 13.59 MCHC g/l. Hb: 151.03 ± 22.44 g/l, with 31.1% of children decreased Hb. Number of WBCs: 12.2 ± 5.4 G/L. Neutrophils accounted for $45.5 \pm 17.3\%$, 45.4 percentage lymphocytes $\pm 18.3\%$. Average number PLTs: 228 ± 70 T/L. The prothrombin ratio in premature infants is low: $51.6 \pm 13.4\%$. **Conclusions:** premature infants low RBCs, erythrocyte low, sharp class. White blood cell count ratio had little change but neutrophils and lymphocytes had many changes. Platelet count less change. Low prothrombin ratio.

Keywords: Prematurity, erythrocytes, leukocytes, platelets, prothrombin ratio.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ đẻ non là trẻ ra đời ở tuổi thai từ 22 đến trước trước 37 tuần [3]. Hiện nay, trên thế giới, một năm ước tính có 15 triệu trẻ đẻ non, chiếm tỉ lệ dao động từ 5-18%. Tỷ lệ sinh non được ghi nhận ngày càng tăng, đồng thời trẻ đẻ non phải đối mặt với rất nhiều biến chứng, trong đó có thiếu máu, xuất huyết não, nhiễm trùng. Và mặc dù điều kiện chăm sóc trẻ sơ sinh có nhiều tiến bộ, song tỷ lệ tử vong do sơ sinh, đặc biệt là ở trẻ đẻ non vẫn còn khá cao [3]. Tuy nhiên, hiện tại, một trong các nguyên nhân dẫn đến các biến chứng kể trên được cho là do chưa có sự trưởng thành đầy đủ về máu ngoại vi cũng như yếu tố đông máu của trẻ đẻ non lại chưa có thật nhiều nghiên cứu ở trên chính người Việt Nam [1]. Vì vậy mà chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm máu ngoại vi và tỷ lệ prothrombin ở trẻ đẻ non.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các trẻ đẻ non phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, điều trị tại khoa Sơ Sinh bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 01/2012 đến tháng 03/2013.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Trẻ đẻ non: sinh ra từ 28 đến trước 37 tuần tuổi thai và có cân nặng thấp hơn 2500g. Nhập viện và có các xét nghiệm được làm ngay trong 24h sau sinh và trước khi có can thiệp truyền máu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ bị mắc các bệnh về máu bẩm sinh, tim bẩm sinh tím sớm, nhiễm trùng nặng và các bất thường bẩm sinh lớn.

2. Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu qua hồi cứu.

3. Cách chọn mẫu và cỡ mẫu: Chúng tôi sử dụng cách chọn mẫu thuận tiện có kiểm soát. Cỡ mẫu: $n = 106$ bệnh án trẻ đẻ non phù hợp tiêu chuẩn nghiên cứu.

4. Công cụ và quy trình thu thập số liệu

Chúng tôi sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu lập từ trước. Chúng tôi lấy tất cả các bệnh án trẻ đẻ non phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ điều trị tại khoa Sơ Sinh bệnh viện Xanh Pôn theo thời gian liên tục từ tháng 1/2012 đến tháng 3/2013. Các thông tin và chỉ số trong bệnh án nghiên cứu được sao chép từ các

*Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thành Đạt

Email: thanhdatdk@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

bệnh án đã chọn của bệnh viện. Sau đó, các thông tin trong bệnh án nghiên cứu sẽ được nhập vào phần mềm SPSS để xử lý thống kê.

5. Xử lý thống kê số liệu nghiên cứu: Bảng phương pháp thống kê với sự hỗ trợ của phần mềm SPSS 16.0. Giá trị $P \leq 0,05$ được coi

là có ý nghĩa thống kê.

6. Đạo đức nghiên cứu: Bệnh án hồi cứu dưới sự cho phép của Ban lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Thông tin bệnh án được mã hóa, giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới				Tuổi thai trung bình (tuần)	Cân nặng trung bình(gam)
Nam		Nữ			
n	%	n	%		
56	52,8	50	47,2		

Nhận xét: Tỷ lệ nam nữ của nhóm nghiên cứu là tương đương nhau. Cân nặng trung bình của nhóm nghiên cứu là 1739,2 ± 375(g), và tuổi thai trung bình là 32 ± 2,2 (tuần).

2. Đặc điểm về hồng cầu và các chỉ số hồng cầu

Bảng 2. Đặc điểm về hồng cầu và các chỉ số hồng cầu so với trẻ sơ sinh đủ tháng

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	Giảm		Tăng		Bình thường	
				n	%	n	%	n	%
SLHC	4,13 ± 0,68	2,0	6,0	34	32,1	3	2,8	69	65,1
Hb	151,03 ± 22,44	94	198	33	31,1	0	0	73	68,9
Hct	0,447 ± 0,071	0,286	0,661	29	27,4	0	0	77	72,6
MCV	108,43 ± 6,26	88,0	120,0	0	0	92,5	98	8	7,5
MCH	36,6 ± 2,3	26,4	42,0	0	0			106	100
MCHC	339,38 ± 13,59	293	370	0	0			106	100

Nhận xét: Số lượng hồng cầu trung bình, lượng hemoglobin của nhóm nghiên cứu thấp hơn của trẻ sơ sinh đủ tháng. Kích thước hồng cầu to, đẳng sắc.

3.3. Đặc điểm về bạch cầu và công thức bạch cầu

Bảng 3.3. Đặc điểm về bạch cầu và công thức bạch cầu so với trẻ sơ sinh đủ tháng

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	Giảm		Tăng		Bình thường	
				n	%	n	%	n	%
SLBC	12,2 ± 5,4	1,8	33,4	3	2,8	0	0	103	97,2
BCTT	45,5 ± 17,3	27	82,5	84	79,2	9	8,5	13	12,3
Lym	45,4 ± 18,3	10,6	90,1	8	7,5	85	80,2	13	12,3
Mo	6,5 ± 5,7	0,08	38,1	43	40,6	38	35,8	25	23,6
Eo	1,5 ± 1,2	0	5,7	44	41,5	27	25,5	35	33,0
Baso	1,1 ± 1,0	0	5,7	13	12,3	40	37,7	53	50

Nhận xét: Số lượng BC trung bình của nhóm nghiên cứu tương đương với số lượng bạch cầu của trẻ đủ tháng. Tỷ lệ BC đa nhân trung tính và lympho là ngang nhau.

3.4. Đặc điểm về tiểu cầu

Bảng 3.4. Đặc điểm về tiểu cầu so với trẻ sơ sinh đủ tháng

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	Giảm		Bình thường	
				n	%	n	%
SLTC	228 ± 70	70	400	12	11,3	94	88,7

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm nghiên cứu trong giới hạn bình thường của trẻ đủ tháng.

3.5. Đặc điểm về tỷ lệ Prothrombin

Bảng 3.5. Đặc điểm về tỷ lệ Prothrombin

Chỉ số	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max	Giảm		Bình thường	
				n	%	n	%
PT%	51,6 ± 13,4	15	87	28	26,4	78	73,6

Nhận xét: Tỷ lệ Prothrombin trung bình của nhóm nghiên cứu thấp hơn trẻ đủ tháng.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Trong nhóm nghiên cứu, tỷ lệ trẻ trai chiếm 52,8%,

nhiều hơn trẻ gái, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Tuổi thai trung bình của các đối tượng là 32 ± 2,2 tuần. Cân nặng trung bình của các đối tượng là

1739,2 ± 375(g). Có thể thấy các đặc điểm về cân nặng và tuổi thai của nhóm trẻ nghiên cứu phù hợp với đặc điểm trẻ đẻ non theo WHO [1].

2. Đặc điểm máu ngoại vi của trẻ đẻ non

2.1. Đặc điểm về hồng cầu và các chỉ số hồng cầu: Số lượng hồng cầu trung bình của nhóm trẻ đẻ non trong nghiên cứu là $4,13 \pm 0,68$ T/L. Trong nghiên cứu của Nelida thì số lượng hồng cầu của trẻ đẻ non là $4,4 \pm 0,51$ T/L (n=26) [6]. Trong nhóm nghiên cứu, có 32,1% các đối tượng có giảm hồng cầu. Như vậy, so với trẻ sơ sinh đủ tháng thì trẻ đẻ non có lượng hồng cầu thấp hơn.

Số lượng Hemoglobin của nhóm nghiên cứu là $151,62 \pm 23,86$ g/l, trong đó có 31,1% có giảm lượng hemoglobin. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả khác. Trong nghiên cứu của Nelida và cộng sự là 147 ± 19 g/l [6], Joseph J. Irwin và cộng sự cho kết quả là 150g/l [5].

Lượng hematocrit (Hct) của nhóm trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi là $0,447 \pm 0,071$, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Joseph J. Irwin và cộng sự với kết quả Hct là 0,47 [5].

Thể tích trung bình hồng cầu (MCV) của nhóm nghiên cứu là $108,43 \pm 6,26$ fl. Kết quả cho thấy kích thước HC của trẻ đẻ non khá lớn. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của một số tác giả, Nelida là $109,1 \pm 2,9$ fl [6], trong nghiên cứu của Joseph J. Irwin và cộng sự thì kết quả là 118fl [5]. Lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH) của nhóm nghiên cứu là $36,6 \pm 2,3$ pg, và nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCHC) là $339,38 \pm 13,59$ g/l. Kết quả này phù hợp với kết quả của Nelida: MCH là $32,9 \pm 2,1$ pg [6], Joseph J. Irwin và cộng sự cho kết quả MCHC là 320g/l khi nghiên cứu trên nhóm trẻ 32 tuần tuổi thai [5]. Kết quả này cho thấy hồng cầu của trẻ đẻ non là hồng cầu to, đẳng sắc.

2.2. Bạch cầu và công thức bạch cầu

Trong nghiên cứu này, chúng tôi xét sự tăng giảm tỷ lệ các bạch cầu dựa trên hằng số sinh học của người Việt Nam, được khuyến cáo trong sách Bệnh học nhi khoa – tập 2 – Trường Đại học Y Hà Nội. Theo đó, ở trẻ sơ sinh bình thường đủ tháng trong 24 giờ đầu, số lượng bạch cầu là $15,4 \pm 9,5$ G/L, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính là 60 -65%, tỷ lệ bạch cầu lympho là 20 – 30% [2].

Số lượng bạch cầu trung bình của nhóm trẻ đẻ non trong nghiên cứu là $12,2 \pm 5,4$ G/L. Kết quả của chúng tôi là phù hợp với kết quả nghiên cứu của Zanardo là 13.2 G/L (6,2 – 21,8 G/L).

Công thức bạch cầu: tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính chỉ chiếm $45,5 \pm 17,3\%$, còn bạch cầu Lympho chiếm $45,4 \pm 18,3\%$. Trong đó có 79,2% số trẻ giảm tỷ lệ BC trung tính. Có 80,2% số trẻ tăng tỷ lệ lympho. Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét trong nghiên cứu của Robert Carr [4]. Như vậy, tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính và lympho ở trẻ non tháng trong nhóm nghiên cứu là tương đương nhau, điều này tạo ra sự khác biệt trong công thức bạch cầu của trẻ đủ tháng và non tháng.

Các loại bạch cầu khác ít thay đổi, có tỷ lệ tương tự ở trẻ sơ sinh bình thường đủ tháng. Tỷ lệ bạch cầu mono là $6,5 \pm 5,7\%$, bạch cầu ưa acid là $1,5 \pm 1,2\%$, bạch cầu ưa baso là $1,1 \pm 1,0\%$.

2.3. Tiểu cầu: Số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm nghiên cứu là 228 ± 70 G/L. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của L.Sirota và cộng sự với số lượng tiểu cầu ở trẻ đẻ non là 221 G/L [7]. Như vậy, kết quả này cho thấy tỷ lệ tiểu cầu của trẻ đẻ non trong giới hạn bình thường.

2.4. Tỷ lệ Prothrombin: Tỷ lệ Prothrombin trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là $51,6 \pm 13,4\%$. Tỷ lệ này thấp hơn so với trẻ sơ sinh đủ tháng bình thường ($65 \pm 20,4\%$ [2]). Khi xét sự tăng giảm tỷ lệ Promthrombin, chúng tôi căn cứ vào hằng số của trẻ sơ sinh bình thường đủ tháng được khuyến cáo trong sách Bệnh học nhi khoa tập 2 – Trường Đại học Y Hà Nội, theo đó, ở trẻ sơ sinh đủ tháng, tỷ lệ này là khoảng 45 – 85%[2]. Chúng tôi nhận thấy có 26,4% các trường hợp giảm tỷ lệ Prothrombin, còn lại 73,6% các trường hợp là nằm trong giới hạn so với trẻ sơ sinh bình thường đủ tháng. Việc tỷ lệ Prothrombin thấp có thể được giải thích do cơ chế sinh lý tạo prothrombin: Quá trình tạo Prothrombin được thực hiện tại gan và có sự tham gia của vitamin K. Ở trẻ đẻ non thì chức năng gan chưa hoàn thiện và sự thiếu vitamin K làm cho Prothrombin được tổng hợp ở dạng không được carboxyl hóa, nên không có chức năng sinh học. Vì thế mà ở trẻ đẻ non, tỷ lệ Prothrombin rất thấp.

V. KẾT LUẬN

- Số lượng HC trẻ đẻ non thấp trong đó có 32,1% có giảm số lượng HC. Hồng cầu trẻ đẻ non có kích thước to, đẳng sắc

Số lượng BC của trẻ đẻ non cũng tương tự của trẻ sơ sinh bình thường Công thức BC có nhiều sự thay đổi về tỷ lệ BC đa nhân trung tính và BC lympho. Tỷ lệ hai loại BC đa nhân trung tính trung bình chiếm $45,5 \pm 17,3\%$. BC lympho trung bình chiếm tỷ lệ $45,4 \pm 18,3\%$. Các loại BC

khác ít có sự thay đổi. Số lượng TC trung bình của nhóm nghiên cứu là 228 ± 70 T/l, trong đó có 11,3% số trẻ có giảm TC.

- Tỷ lệ Prothrombin ở trẻ đẻ non rất thấp: $51,6 \pm 13,4\%$, trong đó có 26,4% số trẻ có giảm tỷ lệ Prothrombin so với trẻ sơ sinh bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Dũng (2011), *Nghiên cứu thiếu máu ở trẻ đẻ non, đánh giá hiệu quả điều trị bằng bổ sung các yếu tố tạo máu*, luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Công Khanh, Bùi Văn Viên (2009), *Đặc điểm sự tạo máu và máu ngoại biên ở trẻ em*, *Bài giảng nhi khoa – Trường Đại Học Y Hà Nội*, 2, 82-87.
3. Trần Đình Long, Phạm Thị Xuân Tú (2009), *Đặc điểm, cách chăm sóc trẻ sơ sinh đủ tháng và thiếu tháng*, *Bài giảng nhi khoa – Trường Đại Học Y Hà Nội*, 1, 138-156.
4. Robert Carr (2000), Neutrophil Production and Function in Newborn Infants, *British Journal of Haematology*, 110(1), 18–28.
5. 46. Joseph J. Irwin, Jeffrey T. Kirchner (2001), Anemia in Children, *Am Fam Physician*, 64(8), 1379-1387.
6. Nelida I. Noguera, German Detarsio, Susana M. Perez, et al (1999), Hematologic Study Of Newborn Umbilical Cord Blood. *Medicina*, 59, 446-448.
7. L.Sirota, H.Bessler, Z.Weissman, et al (1986), Thrombopoietic activity in preterm newborns and infants, *Archives of Disease in Childhood*, 61, 585-588.

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG SỎI TIẾT NIỆU TẠI KHOA THẬN TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Đặng Thị Việt Hà^{1,2}, Nguyễn Văn Thanh^{1,2}, Đỗ Gia Tuyền^{1,2}

TÓM TẮT³⁷

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng của sỏi tiết niệu và tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng sỏi tiết niệu với chức năng thận.

Đối tượng: 80 bệnh nhân sỏi tiết niệu điều trị nội trú. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Đau hông lưng là triệu chứng hay gặp nhất (79,3%), tiếp theo thiếu máu (69,5%), tăng huyết áp (40,8%) và rối loạn tiểu tiện, đái máu, phù, thận to. MLCT ≤ 60 ml/ph: 70,7%, tăng acid uric (nam: 67,9%, nữ: 48,8%), tăng canxi: 7,2%, pH nước tiểu $N > 7$: 39%. Sỏi thận: 75,6%, sỏi niệu quản: 6,1%, sỏi thận và niệu quản: 15,9%. Tắc nghẽn đài bể thận: 59,8%. Suy thận mạn: 59,8%. MLCT giảm nhiều nhất các bệnh nhân có sỏi thận cả 2 bên. Không thấy mối liên quan giữa MLCT với vị trí sỏi, thời gian phát hiện bệnh và tình trạng đài bể thận. **Kết luận:** Sỏi thận chiếm tỷ lệ cao nhất 75,6%, sỏi niệu quản: 6,1%, sỏi thận và niệu quản: 15,9%. Sỏi tiết niệu gây nhiều biến chứng: giãn đài bể thận, viêm thận bể thận cấp và mạn, ứ mủ thận, suy thận cấp, suy thận mạn. Không có liên quan giữa tình trạng sỏi tiết niệu và chức năng thận.

Từ khóa: Sỏi tiết niệu, chức năng thận.

SUMMARY

COMMENT STATUS URINARY STONES IN NEPHROLOGY DEPARTEMENT IN BACH MAI HOSPITAL

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

² Khoa Thận tiết niệu Bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Việt Hà

Email: dangvietha1968@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Objective: Describe clinical and subclinical characteristics, complications of urinary stones and learn the association between urinary stones condition with kidney function. **Subjects:** 80 patients with urinary stones inpatient treatment. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The most common flank pain (79.3%), followed by anemia (69.5%), hypertension (40.8%) and urinary disorders, hematuria, edema, renal loud. GRF ≤ 60 mL / min: 70.7%, hyperuricemia (male: 67.9%, female: 48.8%), an increase of calcium (7.2%), urine pH > 7 : 39%. Kidney stones: 75.6%, ureteral stones: 6.1%, kidney and ureteral stones: 15.9%. Obstructive pyelonephritis: 59.8%. Chronic renal failure: 59.8%. GFR largest decline if the two sides have kidney stones. No relationship has been found between the GFR with gravel placement, time detecting diseases and conditions pyelonephritis stations. **Conclusion:** Kidney stones highest proportion 75.6%, ureteral stones: 6.1%, kidney and ureter: 15.9%. Urinary stones cause complications: grading of hydronephrosis, pyelonephritis acute and chronic, pus kidney, acute renal failure, chronic renal failure.

Keywords: urinary stones, kidney function.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý hay gặp tại Việt nam. Theo các thống kê tại các bệnh viện lớn trong cả nước như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Quân Y 103, Bệnh viện Bình Dân thì số bệnh nhân điều trị sỏi tiết niệu chiếm khoảng 40 - 60% số bệnh nhân điều trị tại khoa Tiết niệu [1]. Bản thân sỏi tiết niệu không gây tổn hại trực tiếp đến chức năng thận nhưng những biến chứng của sỏi gây ra khi không được phát hiện và xử lý kịp thời như viêm thận bể thận cấp, viêm thận bể thận mạn, thận ứ nước, thận ứ mủ... theo thời gian sẽ

dẫn đến hậu quả suy thận mạn và cuối cùng là bệnh thận giai đoạn cuối, đòi hỏi phải điều trị thay thế. Theo một nghiên cứu ở Mỹ tỷ lệ mắc bệnh sỏi tiết niệu chiếm khoảng 2 - 3% trong dân số nói chung và tỷ lệ những người có nguy cơ cao bị sỏi tiết niệu chiếm khoảng 12%. Khoảng 50% số người có tiền sử sỏi tiết niệu sẽ bị tái phát trong vòng 10 năm sau khi can thiệp lấy sỏi [2]. Tỷ lệ suy thận mạn ở bệnh nhân sỏi thận - tiết niệu là từ 31- 44%, 1,2% số bệnh nhân tử vong do bệnh thận giai đoạn cuối [3].

Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu trên các khía cạnh khác nhau về vấn đề chẩn đoán và điều trị sỏi tiết niệu. Để góp phần đánh giá thêm về tình trạng bệnh lý phổ biến ở Việt Nam, một trong các nguyên nhân chính gây bệnh thận mạn tính, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng của sỏi tiết niệu và tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng sỏi tiết niệu với chức năng thận ở các bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Thận tiết niệu bệnh viện Bạch mai.*

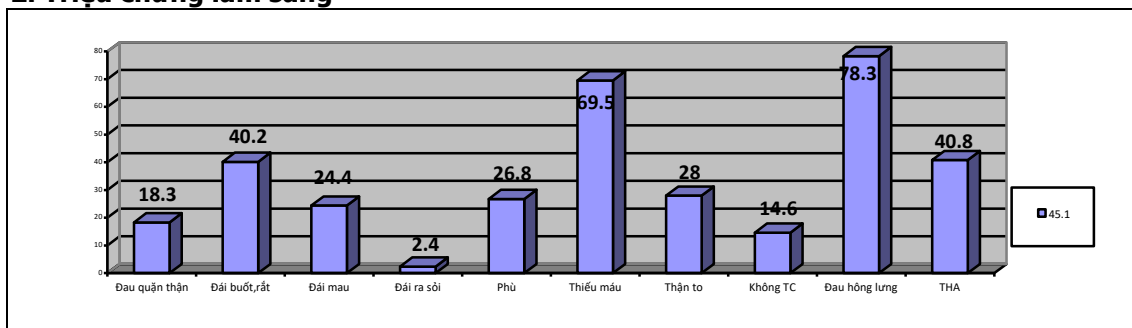
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: 80 bệnh nhân được chẩn đoán xác định sỏi tiết niệu dựa vào lâm sàng và các biện pháp chẩn đoán hình ảnh, điều trị nội trú tại khoa Thận-Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai. Tuổi ≥ 16 .

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng như của sỏi tiết niệu nhưng trên siêu âm và các biện pháp chẩn đoán hình ảnh không thấy sỏi.

2. Triệu chứng lâm sàng



Hình 1: Triệu chứng lâm sàng

Nhận xét: Dấu hiệu lâm sàng hay gặp nhất là đau hông lưng (79,3%), tiếp theo thiếu máu (69,5%), tăng huyết áp (40,8%) và rối loạn tiểu tiện, đái máu, phù, thận to...

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 1: Xét nghiệm cận lâm sàng trong nhóm nghiên cứu

Thông số xét nghiệm		số lượng	tỷ lệ%
Mức độ thiếu máu	Thiếu máu nhẹ ($90 \leq Hb < 110$ g/l)	26	31,7
	Thiếu máu trung bình ($60 \leq Hb < 90$ g/l)	16	19,5

- Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu :Phân loại THA theo JNC VII, phân loại thiếu máu theo Hội thận học quốc tế 2002. Phân loại giai đoạn bệnh thận mạn theo Hội thận học Hoa kỳ 2002. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận cấp, nhiễm khuẩn tiết niệu theo Bệnh học nội khoa tập 1, 2012. Phân độ giãn đài bể thận trên siêu âm theo Society of Fetal Ultrasound (SFU).

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Các bước tiến hành: Phát hiện tiền sử sỏi tiết niệu, các triệu chứng lâm sàng: đau, rối loạn tiểu tiện, sốt, thận to, thiếu máu, THA, phù... Xét nghiệm công thức máu, ure, creatinin, acid uric, calci toàn phần, phospho, CRP, procalcitonin, PTH. Xét nghiệm nước tiểu: tổng phân tích nước tiểu, tế bào niệu, cấy nước tiểu định danh vi khuẩn, cấy máu. Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm, chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị, chụp cắt lớp vi tính nếu cần.

3. Xử lý số liệu: theo phần mềm SPSS 16.0.

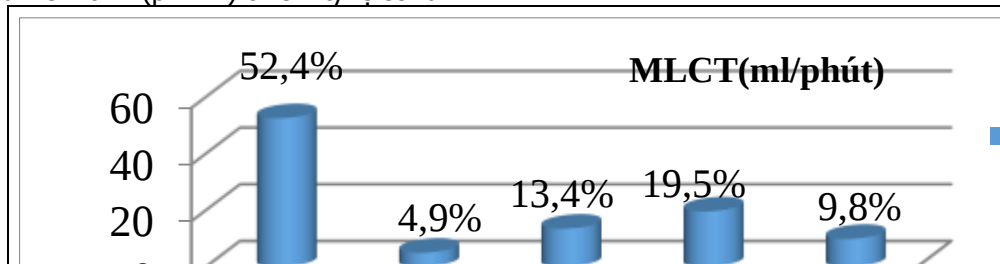
III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- Nghiên cứu trên 80 bệnh nhân sỏi tiết niệu. Tuổi trung bình: $55,1 \pm 13,6$. Lứa tuổi 45 - 54 và > 65 tuổi cùng chiếm tỷ lệ cao 29,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1. Tiền sử sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 65,8% trong đó số BN đã được phẫu thuật nay tái phát sỏi chiếm tỷ lệ 31,7%; số BN được can thiệp tán sỏi nội soi là 12,2%; BN chưa được xử lý gì chiếm tỷ lệ 21,9%. Số BN mới phát hiện sỏi chiếm tỷ lệ 34,2%.

Acid uric	Thiếu máu nặng (Hb < 60g/l)		3	3,7
	Nam	Tăng (> 420 μ mol/l)	19	67,9
	Nữ	Tăng (> 360 μ mol/l)	11	48,8
Canxi máu	Thấp (< 2,10 mmol/l)		26	46,4
	Bình thường (2,10 - 2,6 mmol/l)		26	46,4
	Cao (> 2,6 mmol/l)		4	7,2
pH niệu	5 – 5,5		19	23,2
	6 – 6,5		31	37,8
	7 – 7,5		26	31,7
	> 8		6	7,3
	Tổng		82	100

Nhận xét: 54,9% số bệnh nhân thiếu máu với các mức độ khác nhau. Tăng acid uric chủ yếu ở nam giới (67,9%). 48,8% BN nữ có tăng acid uric. 7,2% có tăng canxi rõ rệt. Số bệnh nhân có pH nước tiểu kiềm tính (pH >7) chiếm tỷ lệ 39%.



Hình 2: Tình trạng chức năng thận

Nhận xét: 70,7% BN có MLCT ≤ 60 ml/ph, trong đó MLCT < 15ml/ph là 52,4%.

Bảng 2: Vị trí sỏi tiết niệu, tình trạng đài bể thận và các biến chứng của sỏi tiết niệu

	Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ%	
Vị trí sỏi tiết niệu	Sỏi thận 1 bên	42	51,2	
	Sỏi thận 2 bên	20	24,4	
	Sỏi thận 1 bên + sỏi niệu quản cùng bên	4	4,9	
	Sỏi thận + sỏi niệu quản khác bên	9	11,0	
	Sỏi NQ	5	6,1	
	Sỏi bàng quang	2	2,4	
Tình trạng đài bể thận (ĐBT)	Không tắc nghẽn	33	40,2	
	Có tắc nghẽn	Độ I	32	39,1
		Độ II	10	12,3
		Độ III	7	8,4
Biến chứng	Suy thận mạn	49	59,8	
	VTBT mạn	20	24,4	
	Thận ứ nước	18	22,0	
	VTBT cấp	17	20,7	
	Đái máu đại thể	12	14,6	
	Nhiễm khuẩn tiết niệu thấp (NKTN)	7	8,5	
	Thận ứ mủ	6	7,3	
	Suy thận cấp	2	2,4	
	Không biến chứng	3	3,7	

Nhận xét: Sỏi thận chiếm tỷ lệ cao nhất 75,6%, sỏi NQ: 6,1%, sỏi thận và niệu quản: 15,9%. Có 59,8% BN có tắc nghẽn đài bể thận. Biến chứng suy thận mạn có tỷ lệ cao nhất 59,8%.

Bảng 3: Mối liên quan giữa MLCT với vị trí sỏi, thời gian phát hiện và tình trạng ĐBT

		MLCT (ml/phút)	p
Vị trí sỏi	Sỏi thận 1 bên	40,70 ± 41,89	p > 0,05
	Sỏi thận 2 bên	24,32 ± 31,38	
	Sỏi thận + sỏi niệu quản cùng bên	53,52 ± 54,47	
	Sỏi thận + sỏi NQ khác bên	57,58 ± 36,13	
	Sỏi NQ	51,92 ± 30,16	

Thời gian phát hiện sỏi	Mới phát hiện	34,75 ± 32,05	p > 0,05
	< 2 năm	59,78 ± 42,5	
	2 – 5 năm	27,16 ± 33,22	
	> 5 năm	23,5 ± 9,08	
Tình trạng đài bể thận (ĐBT)	Không giãn đài bể thận		p > 0,05
	Có giãn đài bể thận	Độ I	
		Độ II	
		Độ III	

Nhận xét: MLCT giảm nhiều nhất ở nhóm có sỏi thận cả 2 bên. Không thấy mối liên quan giữa mức lọc cầu thận với vị trí sỏi, thời gian phát hiện bệnh và tình trạng đài bể thận.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 55,1 ± 13,6 tuổi, tuổi thấp nhất là 22 và tuổi lớn nhất là 83 tuổi. Tuổi hay gặp sỏi tiết niệu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác [4], [5]. Số BN được phát hiện sỏi tiết niệu từ trước chiếm tỷ lệ 65,43%. BN mới phát hiện sỏi lần đầu chiếm tỷ lệ 34,2%. Dấu hiệu đau hông lưng, cảm giác tức nặng liên tục vùng hố thận thường là biểu hiện của thận ứ nước, ứ mủ hoặc VTBT mạn. Đau dữ dội gây ra là do đài bể thận bị giãn và bao thận bị căng đột ngột do tắc nghẽn cấp tính. 79,3% BN trong nghiên cứu có dấu hiệu này. Đái buốt, rất là triệu chứng có thể gặp khi có sỏi gây biến chứng NKTN chiếm tỷ lệ 40,2%. Đái máu chiếm tỷ lệ 24,4%. Các dấu hiệu khác gặp khi có suy thận là thiếu máu, phù, tăng huyết áp đều có tỷ lệ khá cao (hình 1), phù hợp với tỷ lệ biến chứng bệnh thận mạn có suy thận là 70,7%. Tăng huyết áp thường cũng gặp ở các bệnh nhân sỏi tiết niệu theo các nghiên cứu trước đã chứng minh [6,3], trong nghiên cứu của chúng tôi, THA chiếm tỷ lệ 40,8%. Thiếu máu trong sỏi tiết niệu thường là do thận đã bị suy giảm chức năng. Đây là triệu chứng khá thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi. Trên lâm sàng số bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu chiếm tỷ lệ 69,5%, chủ yếu là nhẹ và vừa (31,7 và 19,5%) (bảng 1). Kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của các tác giả khác. Số bệnh nhân có MLCT ≤ 60 ml/phút chiếm tỷ lệ 70,7%. Trong đó đa phần số bệnh nhân có chức năng thận suy giảm nặng với MLCT < 15 ml/phút (hình 2). Kết quả cho thấy hậu quả tất yếu khi mắc sỏi tiết niệu mà không được phát hiện và xử lý kịp thời là suy giảm chức năng thận nghiêm trọng theo thời gian.

Tình trạng pH nước tiểu là một yếu tố đóng vai trò quan trọng trong cơ chế phát sinh và hình thành các loại sỏi tiết niệu. Sự thay đổi pH nước tiểu còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như thuốc đang sử dụng, chế độ ăn, tình trạng nhiễm khuẩn đường tiết niệu... Các loại sỏi canxi

phosphat, canxi carbonat và magie phosphat hình thành ở những bệnh nhân có pH nước tiểu kiềm tính. Sỏi acid uric, cystein và canxi oxalat hình thành ở những bệnh nhân có pH nước tiểu thấp. Tăng acid uric cũng gặp ở 67,9% nhưng tăng canxi máu chỉ gặp ở 7,2% bệnh nhân (bảng 1). Tỷ lệ pH nước tiểu kiềm tính chiếm tỷ lệ cao 39% nó phù hợp với tỷ lệ sỏi canxi quang cao (bảng 1). Kết quả bảng 3 cho thấy đa số BN có sỏi thận chiếm tỷ lệ 75,6%. Trong đó sỏi thận một bên chiếm tỷ lệ cao 51,2%, sỏi thận 2 bên chiếm tỷ lệ 24,4%, còn lại số bệnh nhân có sỏi niệu quản kết hợp sỏi thận cũng chiếm tỷ lệ 15,9%. Tỷ lệ sỏi niệu quản đơn thuần là 6,1% và chỉ có 2,4% số bệnh nhân có sỏi bàng quang. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Minh Giang có 77,9% số bệnh nhân có sỏi thận trên siêu âm. Nguyên nhân có sự khác nhau này có thể là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những BN sỏi tiết niệu đa phần đã có biến chứng thường diễn biến bệnh âm thầm trong thời gian dài mới được phát hiện nên thường gặp sỏi 1 vị trí ít gây triệu chứng. Tình trạng giãn đài bể thận gặp 59,3%, trong đó chủ yếu là giãn ĐBT độ I chiếm tỷ lệ 38,3% còn giãn ĐBT nặng độ III chỉ gặp 8,7%. Tỷ lệ giãn ĐBT cũng khá cao nhưng giãn mức độ nhẹ phù hợp với tỷ lệ sỏi thận và sỏi ở 1 vị trí cao.

Số bệnh nhân có biến chứng do sỏi tiết niệu chiếm tỷ lệ 96,4%. Các biến chứng hay gặp là suy thận mạn có tỷ lệ gặp cao nhất (59,8%) (bảng 4). Kết quả này cho thấy việc chẩn đoán sỏi tiết niệu là rất quan trọng để tránh các biến chứng mà nặng nhất là suy thận mạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng thận ứ nước là 21,95% và thận ứ mủ 7,32% (bảng 4). Kết quả trên cho thấy sỏi tiết niệu gây ảnh hưởng đáng kể đến hình thái thận và là nguyên nhân quan trọng dẫn đến suy thận. NKTN thấp, viêm thận bể thận cấp, viêm thận bể thận mạn là các biến chứng biểu hiện sự nhiễm khuẩn đường tiết niệu, có thể sỏi tiết niệu gây ra các biến chứng trên nhưng ngược lại NKTN cũng là

một nguyên nhân hình thành sỏi tiết niệu. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 8,5% NKTN thấp, 20,7% VTBT cấp và 24,4% VTBT mạn. VTBT mạn cũng sẽ gây hủy hoại nhu mô thận, từ đó dẫn đến suy giảm chức năng thận và cuối cùng là suy thận mạn giai đoạn cuối đòi hỏi phải điều trị thay thế thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp có 2 bệnh nhân suy thận cấp, chiếm tỷ lệ 2,4%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Gia Tuyến với tỷ lệ suy thận cấp là 10% [1]. Sỏi tiết niệu thường tiến triển âm thầm rất ít triệu chứng, theo thời gian sỏi gây tổn thương dần dần cấu trúc thận làm suy giảm nghiêm trọng chức năng thận. Sỏi niệu quản có xu hướng gây ra các biến chứng cấp tính và hủy hoại chức năng thận nhanh hơn sỏi thận. Khoảng 61,46% số bệnh nhân có chức năng thận giảm và 2,32% thận không bài xuất trên phim UIV. Sự suy giảm chức năng thận ở BN sỏi tiết niệu do nhiều yếu tố gây nên, nhiều tác giả đã chứng minh tình trạng tắc nghẽn kéo dài gây gây ứ nước, ứ mủ bể thận thì chỉ sau 6 tuần nhu mô thận không còn phục hồi được thì sẽ dẫn tới suy thận nhanh chóng. Tuy nhiên chúng tôi không thấy có sự khác biệt về chức năng thận giữa 2 nhóm sỏi thận và sỏi niệu quản, cũng như không thấy liên quan giữa thời gian mắc sỏi và tình trạng giãn đài bể thận với mức lọc cầu thận nhưng thấy rõ chức năng thận suy giảm rõ rệt ở nhóm BN có sỏi thận cả 2 bên, có thể bởi số lượng BN chưa đủ lớn nên không tìm ra sự khác biệt (bảng 5).

V. KẾT LUẬN

Sỏi thận chiếm tỷ lệ cao nhất 75,6%, sỏi niệu quản: 6,1%, sỏi thận và niệu quản: 15,9%. Sỏi tiết niệu gây biến chứng: giãn đài bể thận, viêm thận bể thận cấp và mạn, ứ mủ thận, suy thận cấp, suy thận mạn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Gia Tuyến (2012).** Nghiên cứu tỷ lệ mắc sỏi tiết niệu và một số biến chứng do sỏi gây nên tại khoa Thận – Tiết niệu bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam tháng 5, 2, tr 46-47.
2. **Trichier A, Rovera F, Nespoli R, et al. (1996).** Clinical observations on 2086 patients with upper urinary tract stone. Arch Ital Urol Androl 1996 sep, 68, 251-262.
3. **Jungers P, Joly D, Barbey F, et al. (2004).** ESRD caused by nephrolithiasis: prevalence, mechanisms and prevention. Am J kidney dis, 44, 799-805.
4. **Nguyễn Thụy Linh (2001).** Một số đặc điểm lâm sàng chẩn đoán bệnh sỏi đường tiết niệu trên đã có biến chứng suy thận. Tạp chí Y học Việt Nam, 4, tr 125-131.
5. **Nguyễn Kỳ (1994).** Tình hình điều trị phẫu thuật sỏi tiết niệu tại bệnh viện Việt Đức trong 10 năm (1982-1991). Ngoại khoa, 1, tr 10-23.
6. **Hoàng Thị Mai Trang (1999).** Liên quan giữa sỏi tiết niệu và tăng huyết áp. Tạp chí y học Việt Nam (12), 43.
7. **Nguyễn Thành Đức (1997).** Một số nhận xét về đặc điểm lâm sàng và xử trí các trường hợp đã có suy thận do sỏi. Tạp chí y học thực hành, số 4-tập 333, tr 12-14.

CÁC KIỂU ĐỘT BIẾN GEN GÂY BỆNH BETA-THALASSEMIA TRÊN BỆNH NHÂN NHI KHU VỰC ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG NĂM 2014-2016

Phạm Thị Ngọc Nga*, Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT³⁸

Đặt vấn đề: Beta Thalassemia (β -Thal) là bệnh di truyền đơn gen trên nhiễm sắc thể thường phổ biến nhất trên thế giới. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ các kiểu đột biến gen gây bệnh β -Thal trên bệnh nhân nhi ở khu vực Đồng Bằng Sông Cửu Long. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được

thực hiện trên 211 đối tượng là các bệnh nhân nhi (≤ 15 tuổi) mắc bệnh β -Thal, có hộ khẩu tại 13 tỉnh, thành phố thuộc khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long. **Kết quả:** Có 11 kiểu đột biến được phát hiện. 97,4% các đột biến được tìm thấy thuộc 8 loại đột biến phổ biến ở miền bắc Việt Nam. Trong đó, 03 đột biến: Cd 26 G>A (36,6%), Cd 41/42 -TTCT (22,8%) và Cd 17 A > T (20,7%) chiếm tỉ lệ cao nhất. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng phát hiện 03 (2,6%) kiểu đột biến hiếm gặp: Cd 95 +A (1,7%), Cd 15 G>A (0,7%) và Cd 26 G>T. **Kết luận:** Nên sử dụng nhiều kỹ thuật sinh học phân tử khác nhau trong chẩn đoán trước sinh bệnh β -Thal trong khu vực.

Từ khóa: Beta-Thalassemia, Bệnh nhi, Đồng bằng Sông Cửu Long.

*Trường đại học Y Dược Cần Thơ.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ngocnga1771984@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**GENE MUTANT TYPE CAUSING BETA-THALASSEMIA IN CHILDREN PATIENT OF MEKONG DELTA AREA, 2014-2016**

Background: Beta Thalassemia (β -Thal) is the most commonly inherited genetic disorders in the world. **Objective:** To determine the prevalence of the gene mutation types that cause β -Thal anemia in pediatric patients in the Mekong Delta. **Subjects and Methods:** Cross-sectional descriptive study was conducted on 211 subjects that pediatric patients (≤ 15 years) with β -Thal disease, residents in 13 provinces and cities in the area of Mekong Delta. **Results:** There are 11 types of mutations were detected. 97.4% of mutations were found in 8 common mutations in northern Vietnam. In particular, three mutations: Cd 26 G> A (36.6%), Cd 41/42 - TTCT (22.8%) and Cd 17 A> T (20.7%) accounted for the highest percentage. Besides, the study also found that 03 (2.6%) types of rare mutation: Cd 95 + A (1.7%), Cd 15 G> A (0.7%) and Cd 26 G> T. **Conclusions:** Should use the variety of molecular biology techniques in prenatal diagnosis of β -Thal disease.

Keywords: Beta-Thalassemia, Pediatric patient, The Mekong Delta.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh β -Thal là một bệnh di truyền đơn gen phổ biến trên thế giới. Từ năm 1983, Tổ chức Y tế Thế giới đã xác định Thalassemia là vấn đề sức khỏe toàn cầu. Trên thế giới, có khoảng 300.000 – 400.000 trẻ mắc bệnh Thalassemia ở thể nặng mỗi năm. Trong đó, Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ mắc bệnh và mang gen bệnh cao [1], [2], [3], [4].

Ở Việt Nam, bệnh nhân đầu tiên được phát hiện vào năm 1960 tại Bệnh viện Bạch Mai. Những nghiên cứu được tiến hành từ đó đến nay cho thấy tần suất mang gen bệnh Thalassemia khoảng 1.7 - 25% tùy từng vùng miền và dân tộc [3], [7]. Theo hiệp hội Tan huyết Việt Nam, hiện có khoảng hơn 20.000 bệnh nhân nặng cần điều trị, mỗi năm có khoảng gần 2.000 trẻ sinh ra bị bệnh. Ước tính, chi phí điều trị một ca bệnh Thalassemia từ lúc sinh ra đến 30 tuổi là khoảng 3 tỷ đồng. Vì vậy, Thalassemia là một gánh nặng đối với gia đình và xã hội. Do vậy, các nghiên cứu tìm ra các kiểu đột biến gây bệnh phổ biến nhằm mục đích hỗ trợ chẩn đoán trước sinh là cần thiết nhằm giúp giảm tỉ lệ bệnh. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu từ năm 2014 đến 2016 nhằm mục tiêu:

Xác định tỉ lệ các kiểu đột biến gen gây bệnh β -Thal trên bệnh nhân nhi ở khu vực Đồng Bằng Sông Cửu Long.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán mắc bệnh β -Thal dựa theo kết quả điện di Hemoglobin. Đối tượng chọn không phân biệt dân tộc, giới tính, có tuổi ≤ 15 và hộ khẩu tại 13 tỉnh: Long An, Tiền Giang, Vĩnh Long, Đồng Tháp, Bến Tre, Trà Vinh, Hậu Giang, Bạc Liêu, Cà Mau, Kiên Giang, Sóc Trăng, An Giang và Thành phố Cần Thơ. Loại trừ:

- Những người đang bị mắc các bệnh cấp cứu.
- Những người không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện

Trong thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2016, có 211 bệnh nhân nhi được chẩn đoán mắc bệnh β -Thal ở thể truyền máu phụ thuộc tham gia.

- Nội dung nghiên cứu:

- + Tỉ lệ các kiểu đột biến gen gây bệnh β -Thal trên bệnh nhân nhi.
- + Phân loại các thể bệnh β -Thal dựa trên các kiểu đột biến.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2016 có 211 bệnh nhân nhi với tỉ lệ nam: nữ là 0,79 được chẩn đoán mắc bệnh β -Thal tham gia vào nghiên cứu. 100% đối tượng thuộc dạng truyền máu phụ thuộc. Hầu hết các đối tượng là dân tộc Kinh, chỉ có 3/211 (1,4%) đối tượng là dân tộc Hoa, 7/211 (3,3%) là dân tộc Khmer. Tuổi trung bình của các bệnh nhi là $7,2 \pm 3,9$.

3.1. Tỉ lệ các kiểu đột biến gen β -globin trên bệnh nhân nhi

Có 421 alen/211 bệnh nhân nhi được tìm thấy đột biến. Có 11 kiểu đột biến được phát hiện trên 211 bệnh nhân. Trong đó, 3 đột biến: Cd 26 G>A (36,6%), Cd 41/42 -TTCT (22,8%) và Cd 17 A > T (20,7%) chiếm tỉ lệ cao nhất. 97,4% các đột biến được tìm thấy thuộc 8 loại đột biến phổ biến ở phía bắc Việt Nam. 03 (2,6%) kiểu đột biến hiếm gặp: Cd 95 +A (1,7%), Cd 15 G>A (0,7%) và Cd 26 G>T. Kết quả chi tiết ở bảng 3.1.

- Sử dụng kit β -Thal StripAssay: có 207/211 (98,1%) bệnh nhân mang hai đột biến được tìm thấy.

- 4/211(1,9%) bệnh nhân chỉ tìm thấy một đột biến qua kit được tiếp tục giải trình tự tìm các đột biến khác. Kết quả có 01 alen được phát hiện đột biến. Như vậy, có 01 bệnh nhân chỉ mang một đột biến Cd17 A>T dù lâm sàng là thiếu máu nặng.

- Chọn ngẫu nhiên 43 (20%) bệnh nhân mang 02 đột biến được tìm thấy bằng kit β -Thal StripAssay kiểm tra lại bằng kỹ thuật giải trình tự. Kết quả các đột biến tìm gặp tương đồng 100% trên cả hai kỹ thuật. Tỉ lệ các kiểu đột biến được trình bày trong bảng 3.1.

Bảng 3.1. Tỉ lệ các kiểu đột biến gen β -globin

Số TT	Kiểu đột biến	n	%
	Đột biến phổ biến	410	97,4
1	Cd 26 G>A	154	36,6
2	Cd 41/42 -TTCT	96	22,8
3	Cd 17 A>T	87	20,7
4	-28 A>G	19	4,5
5	Cd 71/72 +A	18	4,3
6	IVS 2.654 C>T	17	4,0
7	IVS 1.1 G>T	16	3,8
8	IVS 1.5 G>C	3	0,7
	Đột biến không phổ biến	11	2,6
9	Cd 95 +A	7	1,7
10	Cd 15 G>A	3	0,7
11	Cd 26 G>T	1	0,2
	Tổng	421	100,0

3.2. Kiểu gen β -Thal dựa theo kiểu đột biến: 211 bệnh nhân nhi tham gia đều ở dạng truyền máu phụ thuộc, hay dạng thiếu máu di truyền β -Thal thể nặng. Tuy nhiên, với kết quả các đột biến tìm gặp, có 4 kiểu phối hợp gen được tìm gặp trên 211 bệnh nhân nhi, chiếm tỉ lệ cao nhất là kiểu phối hợp β -Thal/HbE 73%, thể dị hợp tử kép 23,2%, thể đồng hợp tử 3,3% và chỉ có 1 trường hợp (0,5%) là thể dị hợp tử. Kết quả được ghi nhận trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. Các thể bệnh β -Thal dựa theo kiểu đột biến

Số TT	Các kiểu phối hợp gen	n	%
	Thể đồng hợp tử	7	3,3
1	Cd 17 A>T / Cd 17 A>T	4	1,9
2	Cd 41/42 -TTCT / Cd 41/42 -TTCT	3	1,4
	Thể dị hợp tử kép	49	23,2
3	Cd 17 A>T / Cd 41/42 -TTCT	11	5,2
4	Cd 17 A>T / -28 A>G	5	2,4
5	-28 A>G / Cd 41/42 -TTCT	5	2,4
6	Cd 17 A>T / IVS 1.1 G>T	5	2,4
7	-28 A>G / Cd 71/72 +A	4	1,9
8	Cd 41/42 -TTCT / IVS 2.654 C>T	4	1,9
9	Cd 41/42 -TTCT / Cd 71/72 +A	3	1,4
10	Cd 41/42 -TTCT / IVS 1.1 G>T	3	1,4
11	-28 A>G / IVS 2.654 C>T	2	0,9
12	-28 A>G / IVS 1.1 G>T	2	0,9
13	Cd 17 A>T / IVS 1.5 G>C	2	0,9
14	Cd 17 A>T / Cd 71/72 +A	1	0,5
15	Cd 41/42 -TTCT / Cd 95 +A	1	0,5
16	Cd 17 A>T / Cd 95 +A	1	0,5
	Thể β-Thal phối hợp HbE	154	73,0
17	Cd 41/42 -TTCT / Cd 26 G>A (HbE)	63	29,9
18	Cd 17 A>T / HbE	53	25,1
19	IVS 2.654 C>T / HbE	11	5,2
20	Cd 71/72 +A / HbE	10	4,7
21	IVS 1.1 G>T / HbE	6	2,8
22	Cd 95 +A / HbE	5	2,4
23	Cd 15 G>A / HbE	3	1,4
24	Cd IVS 1.5 G>C / HbE	1	0,5
25	Cd 26 G>T / HbE	1	0,5

26	-28 A>G / HbE	1	0,5
	<i>Thể dị hợp tử</i>	1	0,5
27	Cd 17 A>T	1	0,5
	Tổng	211	100,0

IV. BÀN LUẬN

Khi sử dụng kit β -Thal StripAssay có 207/211 (98,1%) bệnh nhân mang hai đột biến được tìm thấy. Có 4/211 (1,9%) bệnh nhân mang một đột biến và được tiếp tục giải trình tự tìm các đột biến khác. Chọn ngẫu nhiên 43/207 (20%) bệnh nhân mang 02 đột biến được tìm thấy bằng kit β -Thal StripAssay kiểm tra lại bằng kỹ thuật giải trình tự. Kết quả các đột biến tìm gặp tương đồng 100% trên cả hai kỹ thuật. Điều này khẳng định tính đặc hiệu cao của phương pháp lai dò ngược bằng kit. Dù chi phí khá cao, nhưng thực hiện xét nghiệm một cách nhanh chóng, chính xác và có thể giải quyết một lượng mẫu lớn trong thời gian ngắn chính là ưu điểm vượt trội trong phương pháp này.

Giải trình tự tìm các đột biến khác, kết quả có 7/8 alen được phát hiện đột biến. Có 01 bệnh nhân chỉ mang một đột biến Cd17 A>T dù lâm sàng là thiếu máu nặng. Và kết quả đột biến tìm gặp này cũng không phù hợp với kết quả điện di Hemoglobin HbA₁: 5%, HbA₂: 2,4%; HbF: 92,5%. Như vậy, ngoài đột biến trên gen β -globin, có thể bệnh nhân đã mang thêm đột biến trong cụm gen Beta và cần có một kỹ thuật sinh học phân tử khác được áp dụng.

Với hai kỹ thuật lai dò bằng kit và giải trình tự, khi tiến hành xác định kiểu đột biến gen β -globin cho 211 bệnh nhân tương ứng với 422 alen, chúng tôi phát hiện có 421 (99,7%) alen mang đột biến với 11 kiểu. Chỉ có 01 alen duy nhất không phát hiện đột biến qua hai kỹ thuật này. Trong số các kiểu đột biến, có đủ 8 kiểu đột biến phổ biến ở khu vực phía bắc Việt Nam tìm gặp trên các bệnh nhi khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long với tỉ lệ rất cao 97,4%: Cd 26 G > A (36,6%), Cd 41/42 -TTCT (22,4%), Cd 17 A > T (20,7%), -28A > G (4,5%), Cd 71/72 +A (4,3%), IVS2.654 C > T (4%), IVS1.1 G>T (3,8%), IVS1.5 G > C (0,7%). Điều này cho thấy các đột biến gây bệnh β -Thal phân bố trải đều trong nước Việt Nam.

Bên cạnh các đột biến phổ biến, nghiên cứu còn phát hiện đột biến đặc trưng của người Việt nam Cd 95 + A (1,7%). Đột biến này được gặp với tần suất cao hơn kiểu IVS1.5 G > C (0,7%). Ngoài ra hai đột biến hiếm gặp khác cũng được phát hiện là Cd 15 G>A (0,7%) và Cd 26 G>T (0,2%). Đột biến Cd 15 G>A do sự thay thế

nucleotide loại G trong Codon TGG giải mã ra acid amin Tryptophan thành Codon TAG, một loại stop codon. Tương tự, Cd 26 G>T cũng do thay nucleotid G ở vị trí thứ 1 thành A làm cho codon GAG giải mã ra acid Glutamic chuyển thành TAG - stop codon. Cả hai đột biến gây nên tình trạng thiếu máu nặng cho bệnh nhân mắc bệnh. Đột biến Cd 26 G>T cũng được tìm gặp khi sàng lọc trước sinh cho 498 thai phụ với tỉ lệ 0,1% trong nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hân Hoan (2013)[2]. Đột biến Cd 15 G>A chưa thấy báo cáo trong nghiên cứu nào ở khu vực phía nam.

Ngoại trừ đột biến Cd 26 G>A gây HbE chiếm tỉ lệ cao, thì hai đột biến hay gặp nhất là Cd 41/42 -TTCT và Cd 17 A>T. Kết quả này tương tự với kết quả nghiên cứu của Svasti, Trần Minh Hiếu và cộng sự (2002) trên bệnh nhân β -Thal miền nam Việt Nam và còn nhiều nghiên cứu khác như Lê Thị Hào [1], Filon và cộng sự [6]. So với các nước trong khu vực như Thailand, Singapore và Nam Trung quốc thì đột biến Cd 41/42 - TTCT, Cd 17 A > T cũng là những đột biến hay gặp ngoài sự lưu hành của HbE [4], [5]. Điều này một lần nữa khẳng định sự xuất hiện khá phổ biến của loại đột biến hiếm gặp này tại khu vực phía nam và khu vực đồng bằng Sông Cửu Long. Vì vậy, nên thêm đột biến Cd 95 +A trong chẩn đoán xác định bệnh nhanh bằng sinh học phân tử hay chẩn đoán trước sinh bệnh β -Thal.

Như vậy, phổ đột biến tìm gặp trên các bệnh nhi trong khu vực tương đối rộng. Tuy nhiên ngoài đột biến gây HbE thì các đột biến tìm gặp trên bệnh nhân phần lớn đều rơi vào 8 loại đột biến phổ biến tương tự như nhiều tác giả đã nghiên cứu trước đây. Vì vậy, chúng ta có thể sử dụng nhiều phương pháp giúp chẩn đoán nhanh và chi phí thấp cho gia đình và người nhà bệnh nhân như ARMS – PCR, Real time PCR,.... Dù vậy, trong chẩn đoán trước sinh, cũng cần có sự phối hợp nhiều kỹ thuật khác nhau để tránh bỏ sót các đột biến hiếm gặp, tạo cơ hội cho các bệnh nhi thiếu máu nặng chào đời, tăng gánh nặng gia đình và xã hội.

Cũng chính do sự phân bố rộng của các đột biến nên từ 11 kiểu kết hợp thành 27 kiểu di truyền chia làm 4 dạng chính (Bảng 3.2). Kết quả này khác với nghiên cứu của Lê Thị Hào (2001) là 08 kiểu đột biến này kết hợp thành 16 kiểu di truyền. Sự khác nhau là do chúng tôi sử

dụng 02 kỹ thuật để tìm các đột biến trên các bệnh nhân, trong khi tác giả Lê Thị Hào chỉ sử dụng chỉ một kỹ thuật ARMS – PCR cho 8 kiểu đột biến. Có 154/211 (73%) thể β -Thal phối hợp HbE chiếm tỉ lệ cao nhất trong các dạng phối hợp. Nghiên cứu của Lê Thị Hào, Nguyễn Khắc Hân Hoan dạng phối hợp này luôn ở mức cao trên 50% [1],[2]. Kết quả này cũng tự như các nghiên cứu khác ở Đông Nam Á, β -Thal/ HbE luôn là thể bệnh phổ biến nhất [3].

Kiểu phối hợp gen tạo thể đồng hợp tử chỉ tìm thấy ở đột biến Cd 17 và Cd 41/42 là do sự phổ biến của đột biến này trong cộng đồng. Và sự phổ biến này còn thể hiện trong thể dị hợp tử kép, kiểu phối hợp Cd 17/Cd 41/42 chiếm tỉ lệ cao nhất. Ngoài ra, trong dạng phối hợp với đột biến HbE thì sự xuất hiện của Cd41/42/HbE và Cd17/HbE cũng chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 29,9%, 25,1%. Chính sự phổ biến của 3 đột biến này luôn cao nên có nhiều nghiên cứu trong nước xây dựng các kỹ thuật chẩn đoán nhanh với giá thành thấp nhất để các bệnh nhân có thể tiết kiệm nhất trong chẩn đoán trước sinh [3]. Đây là cơ hội cho các gia đình nghèo đã có con mắc bệnh β -Thal có thể có cơ hội sinh cho mình một bé khỏe mạnh.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu xác định các đột biến gen β -globin trên 211 bệnh nhân nhi khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long cho thấy đột biến Cd 95+A phổ biến hơn đột biến IVS1.5 G>C. Như vậy, ngoài 8 đột biến gây bệnh phổ biến nên thêm đột biến Cd 95+A cho khu vực trong chẩn đoán

xác định bệnh nhanh bằng sinh học phân tử hay chẩn đoán trước sinh bệnh β -Thal. Bên cạnh đó, nghiên cứu còn chỉ ra β -Thal StripAssay và giải trình tự là những kỹ thuật hiệu quả để xác định đột biến 99,5%. Tuy nhiên, cần sử dụng thêm kỹ thuật khác hỗ trợ trong trường hợp chẩn đoán trước sinh để tránh bỏ sót các đột biến trong cụm gen Beta, dù tần suất gặp rất hiếm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Hào.** Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật di truyền phân tử phát hiện đột biến gen gây bệnh beta-thalassemia tại Việt Nam. *Báo cáo khoa học*, 2001. Trường Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Khắc Hân Hoan.** Nghiên cứu tầm soát và chẩn đoán bệnh alpha và beta thalassemia. *Lược án tiến sĩ*, 2013. Trường Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Thu Trang, Lê Thị Thu Ha, Nguyễn Thụy Ngân, Triệu Tiến Sang, Phạm Anh Thụy Duong, Võ Thị Thuong Lan.** Natural Sciences and Technology, Detection of Common Beta-thalassemia Mutations by Reverse Dot Blot Analysis. *VNU Journal of Science*, 2016, 32, 398-403.
4. **Antonio Cao and Renzo Galanello.** β -thalassemia. *Genetics in Medicine*, 2010, 12, 61–76.
5. **Boonyawat B, Monsereenusorn C, Traivaree C.** Molecular analysis of beta-globin gene mutations among Thai beta-thalassemia children: results from a single center study. *Original research*, 2014, 7, 253-258.
6. **D Filon, Ariella Oppenheim, Eliezer Rachmilewitz, D. Ba Truc.** Molecular Analysis of β -Thalassemia in Vietnam. *Article in Hemoglobin*, 2000, 24(2), 99-104.
7. **Svasti S, Hieu TM, Munkongdee T, Winichagoon P, Van Be T, Van Binh T, Fucharoen S.** Molecular analysis of beta-thalassemia in South Vietnam. *American Journal of Hematology*, 2002, 71(2), 85-88.

ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH HEN PHẾ QUẢN TRẺ EM TỪ 6 ĐẾN 15 TUỔI TẠI ĐẢO CÁT HẢI, HẢI PHÒNG

Nguyễn Thị Ánh Hoàng¹, Thái Lan Anh², Nguyễn Văn Khải²

TÓM TẮT³⁹

Hen phế quản (HPQ) ngày một gia tăng theo gia tăng phát triển kinh tế-xã hội. Nghiên cứu tiến hành trên toàn bộ 1663 trẻ từ 6 đến 15 tuổi sinh sống tại tất cả các xã/thị trấn, đảo Cát Hải, Hải Phòng và bố mẹ trẻ với mục tiêu khảo sát đặc điểm dịch tễ học

bệnh HPQ từ đó tìm ra giải pháp can thiệp. Bằng phương pháp điều tra cắt ngang, phỏng vấn phiếu, khám bệnh xác định tỷ lệ HPQ theo GINA 2014 cho trẻ trên 6 tuổi và tiền sử dị ứng của trẻ. Số liệu phân tích trên phần mềm SPSS 13.0, kết quả cho thấy: Tỷ lệ HPQ là 8,1%, nam cao hơn nữ 1,6 lần, nhóm 6-10 tuổi là 9,8%, nhóm 10-15 tuổi là 6,2%. Tỷ lệ HPQ cao ở: Hộ gia đình sử dụng nhiên liệu (củi, than, gas), nhà cấp 4, nuôi chó mèo, khói thuốc lá; trẻ có tiền sử dị ứng cá nhân (dị ứng thời tiết, viêm mũi xoang dị ứng, dị ứng thuốc, dị ứng thức ăn, mề đay sẩn ngứa); gia đình có tiền sử dị ứng: bố (HPQ, dị ứng thời tiết, viêm mũi dị ứng, mề đay), mẹ (dị ứng thời tiết), anh chị em (HPQ), ông bà (HPQ), họ hàng (HPQ, dị ứng thức ăn, dị ứng thời tiết); trẻ có can thiệp sản khoa, ngạt khi đẻ, đẻ non, cân nặng khi sinh thấp; trẻ có tiền sử

¹Bệnh viện Đa khoa Cát Bà

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Khải

Email: nvkhai@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

khò khè, bệnh kèm theo, viêm phế quản phổi. Kiến nghị: Truyền thông giáo dục sức khỏe cho các em học sinh và gia đình biết bệnh HPQ là bệnh mạn tính, hướng dẫn cách phòng tránh cho trẻ các yếu tố nguy cơ làm khởi phát bệnh như: thay đổi thời tiết, nhiễm khuẩn đường hô hấp, khói thuốc lá, khói than....

Từ khóa: hen phế quản, trẻ 6-15 tuổi, dịch tễ học lâm sàng

SUMMARY

EPIDEMIOLOGY CHARACTERISTICS OF BRONCHIAL ASTHMA IN CHILDREN AGED 6 TO 15 YEARS IN CAT HAI ISLAND, HAI PHONG

Asthma has been increasingly under increasing of economical-social development. A study was conducted on total of 1663 children aged 6 to 15 years old living in all communes/town of Cat Hai island, Hai Phong and their parents with the aim is to investigate the epidemiology characteristics of asthma contributing solutions to reduce asthma. By using a cross-sectional method, questionnaires, clinical examination to determine the prevalence of asthma based on GINA guideline for children over 6 years and their history of allergy. Data analysis was done by using SPSS program 13.0, the results showed: Bronchial asthma rate was 8.1%, school boys asthma was 1.6 times higher than school girls, age group 6-10 year old was 9.8%, age group 10-15 year old was 6.2%. Bronchial asthma was higher at groups of households using fuel (firewood, coal, gas), poor housing condition, tobacco smoke; children with personal history of allergy (allergic weather, sinusitis allergy, drug allergy, food allergy, urticaria, rash); families with a history of allergies: father (asthma, weather allergies, allergic rhinitis, urticaria), mother (allergic weather), siblings (asthma), grandparents (asthma), cousins (asthma, food allergies, allergic weather); children of obstetric intervention, asphyxia parturition, premature birth, low birth weight; children with a history of wheezing, concurrent diseases, pneumonia. Recommendation: Health education for children and families understand about bronchial asthma is chronic condition, guide the children how to avoid risk factors such as the onset of illness: changes in weather, respiratory infections, cigarette smoke, coal smoke...

Keywords: bronchial asthma, children 6-15 years of age, clinical epidemiology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là bệnh khá phổ biến trong các bệnh đường hô hấp trên. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, trên toàn cầu có hơn 300 triệu người mắc bệnh HPQ, 6-8% người lớn, trẻ em dưới 15 tuổi chiếm trên 10%, ước tính đến năm 2015 con số này tăng lên đến 400 triệu người. Cứ 10 năm, độ lưu hành của bệnh lại tăng 20-50%, tăng nhanh nhất là 20 năm vừa qua, tỉ lệ mắc HPQ khác nhau ở các quốc gia, liên quan nhiều đến cách sống, môi trường sống và yếu tố di truyền. Ở khu vực Đông Nam Á-Tây

Thái Bình Dương, tỉ lệ trẻ mắc HPQ trong 10 năm (1984-1994) tăng lên đáng kể: Nhật Bản từ 0,7-8%, Singapore từ 5,0-20,0%, Indonesia từ 2,3-9,8%, Philippines từ 6-18,8%. Ở Việt Nam tuy chưa có thống kê đầy đủ, nhưng một số nghiên cứu cũng cho thấy tỉ lệ HPQ ở trẻ em dưới 15 tuổi gia tăng nhanh chóng từ 2,7% (năm 1998) tăng 9,3% (năm 2002), đến 8,74% (năm 2006) [2]. Tại đảo Cát Hải, thành phố Hải Phòng chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu về dịch tễ học bệnh HPQ ở học sinh, do vậy đề tài nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm dịch tễ học lâm sàng ở trẻ em từ 6 đến 15 tuổi tại đảo Cát Hải, Hải Phòng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Toàn bộ 1663 trẻ em từ 6 đến 15 tuổi sinh sống tại tất cả các xã/thị trấn, đảo Cát Hải, Hải Phòng

-Bố hoặc mẹ hoặc người nuôi dưỡng trẻ (bố mẹ) của trẻ thuộc đối tượng nêu trên. Thời gian từ 1/9 đến 30/12 năm 2013

Tiêu chuẩn lựa chọn: đồng ý tham gia vào nghiên cứu, không mắc bệnh tâm thần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

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

+ n: cỡ mẫu tối thiểu cần chọn

+ d: sai số mong muốn = 0,02

+ $Z_{\alpha/2} = 1,96$ với $\alpha = 0,05$

+ p: Tỉ lệ HPQ theo một nghiên cứu trước đây = 0,095 [3]

k: hệ số thiết kế mẫu = 1,5

Vậy $n = 1239$, với 10% từ chối số mẫu nghiên cứu là 1377 trẻ. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy toàn bộ được 1663 trẻ 6-15 tuổi của toàn bộ đảo Cát Hải.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Do đảo Cát Hải có khoảng 1700 trẻ từ 6-15 tuổi, do vậy chúng tôi lấy hết toàn bộ trẻ 6-15 tuổi tham gia vào nghiên cứu, tổng số thu thập được 1663 đối tượng.

2.4. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Tập huấn cho điều tra viên (cán bộ y tế xã, cán bộ điều tra có nhiều kinh nghiệm làm việc tại cộng đồng) về cách phỏng vấn. Điều tra thử để điều chỉnh bộ công cụ phỏng vấn cho phù hợp với thực tế.

- Khám xác định bệnh HPQ và tiền sử dị ứng do bác sỹ Nhi khoa của bộ môn Nhi đại học Y Dược Hải Phòng và bệnh viện Trẻ em Hải Phòng đảm nhiệm.

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, phân tích trên chương trình SPSS 13.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Tại đảo Cát Hải có khoảng 1.700 trẻ tuổi từ 6-15 tuổi, nghiên cứu chúng tôi tiến hành trên 1663 trẻ em từ 6-15 tuổi đạt tỉ lệ 97,8%, đảm bảo tính tin cậy và đại diện cho cộng đồng. Trong nghiên cứu này với tổng số 1.663 trẻ em được chia làm 2 độ tuổi: nhóm 6-10 tuổi là 1088 em chiếm 65,4%, còn lại 575 em là nhóm 11-15 tuổi chiếm 34,6%. Nhóm 10-15 tuổi có tỉ lệ thấp dần là do trẻ ở độ tuổi này thường đi làm và gánh vác công việc gia đình cho bố mẹ tại địa phương hoặc đi nơi khác để mưu sinh cuộc sống. Trong nghiên cứu này khoảng một nửa số bà mẹ

và ông bố có trình độ học vấn thấp (dưới trung học phổ thông). Tỷ lệ bố mẹ làm nghề tự do chiếm đa số (57,8% ông bố; 70,2% bà mẹ), nghề nghiệp không ổn định sẽ ảnh hưởng đến quá trình tư vấn cho bố mẹ bệnh nhân.

Hen phế quản là bệnh viêm mạn tính đường hô hấp phổ biến trên thế giới, hậu quả của nó ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống của bệnh nhi, gia đình và xã hội. Cùng với quá trình đô thị hóa và công nghiệp hóa, bệnh có xu hướng này càng gia tăng, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Tỉ lệ mắc HPQ ở mỗi vùng và mỗi lứa tuổi là khác nhau tùy theo hoàn cảnh địa lý, khí hậu, môi trường.

Bảng 3.1. Tỉ lệ mắc hen phế quản theo nhóm tuổi và giới (n=1663)

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Chung		Tỉ lệ (%) HPQ theo nhóm tuổi
	Số trẻ NC	Số HPQ n(%)	Số trẻ NC	Số HPQ n(%)	Số trẻ NC	Số HPQ n(%)	
6 - < 10	572	65 (11,4)	516	35(6,8)	1088	100 (9,2)	74,1%
10 - 15	319	22 (6,9)	256	13 (5,1)	575	35 (6,1)	25,9%
Tổng	891	87 (9,8)^a	772	48 (6,2)^b	1663	135 (8,1)	100,0%

$a \neq b < 0,0001$; $OR^{a-b} (95\%CI) = 1,6 (1,1-2,4)$

Khi nghiên cứu về giới tính trên nhiều người mắc hen, nhiều tác giả trong nước và nước ngoài đã nhận thấy rằng ở trẻ dưới 10 tuổi tỷ lệ nam/nữ mắc HPQ là 2/1 [4]. Drazen cho rằng hen ở trẻ em nam gặp nhiều hơn ở nữ. Đến tuổi dậy thì tỷ lệ hen ở nam và nữ là ngang nhau, sau tuổi dậy thì nữ bị hen nhiều hơn nam [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả trên và nhận thấy tỷ lệ trẻ em nam mắc hen luôn cao hơn trẻ em nữ trong cả 2 độ

tuổi mà chúng tôi nghiên cứu: từ 6-<10 tuổi, và 10-15 tuổi. Sự khác nhau này có thể liên quan tới đường hô hấp hẹp hơn, tăng trương lực đường thở và có thể lượng IgE tăng cao hơn ở trẻ em nam dẫn đến sự tăng giới hạn đường thở trong đáp ứng với sự đa dạng của các yếu tố nguy cơ. Đến tuổi dậy thì sự thay đổi kích thước họng chỉ xảy ra ở nam, không có ở nữ, khiến cho tỷ lệ hen giữa hai giới là tương đương [4].

Bảng 3.2. Phân bố bệnh hen phế quản theo đặc điểm hộ gia đình (n=1663)

Hộ gia đình		Tổng số	HPQ(n=135)		OR (95%CI)	p
			n	Tỉ lệ (%)		
Nguồn đun nấu	Rơm, rạ	5	1	20,0	2,5 (1,1-7,8)	>0,05
	Củi	424	48	11,3	1,7 (1,2-2,5)	<0,01
	Than	1290	115	8,9	1,7 (1,0-2,9)	< 0,01
	Ga	1255	107	8,5	1,3 (0,8-2,0)	>0,05
	Điện	513	25	4,9	0,48 (0,3-0,8)	<0,01
Kiểu nhà ở	Biệt thự khép kín ^a	2	0	0,0	-	< 0,05
	Nhà khép kín ^a	375	31	8,2	1,0 (0,7-1,6)	
	Nhà không khép kín	332	15	4,9	0,48 (0,3-0,9)	
	Nhà cấp 4 ^b	948	89	9,4	1,5 (1,0-2,2)	
	Trên tàu thuyền ^b	6	0	0,0	-	
Nuôi chó mèo		1179	106	9,0	1,6 (1,0-2,4)	<0,05
Khói thuốc lá		754	96	12,7	3,2 (2,1-4,9)	<0,0001
Số người trong gia đình	1-4	927	82	8,8	1,2 (0,8-1,8)	>0,05
	5-6	668	49	7,3	1,3(0,4-4,3)	
	≥ 7	68	4	5,9	1,0	

Diện tích nhà ở (m ²)	≤30	224	23	10,3	1,0 (0,5-1,9)	>0,05
	31-60	1010	67	6,6	0,6 (0,4-1,1)	
	71-100	230	24	10,4	1,0 (0,5-1,9)	
	>100	199	21	10,6	1,0	

Nguồn nhiên liệu đun nấu: Mùi nồng (than, ga, mùi đun nấu thức ăn, mùi nước hoa mạnh...) cũng là nguyên nhân làm xuất hiện cơn khó thở của trẻ. Nghiên cứu của chúng tôi thấy nguyên liệu đun nấu chủ yếu của các gia đình tại đây là than và ga. Trong nghiên cứu này nguy cơ mắc HPQ ở nhóm đun rơm rạ là 2,5 lần, ở nhóm đun củi và đun than là 1,7 lần so với nhóm không đun rơm, đun củi và đun than có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và $p < 0,01$. Khói thuốc là yếu tố kích thích quan trọng nhất ở trong nhà đối với bệnh nhân hen, phần lớn gây ra triệu chứng hen

ở người lớn và trẻ em. Theo nghiên cứu nguy cơ HPQ ở nhóm gia đình này cao gấp 3,2 lần ($p < 0,0001$). Như vậy, trẻ có nguy cơ cao tiếp xúc với khói đun và khói thuốc. Nhóm trẻ sống ở nhà cấp 4 có nguy cơ HPQ cao gấp 1,5 lần so với nhóm trẻ ở nhà khép kín ($p < 0,05$), như vậy điều kiện sống ẩm thấp là yếu tố thuận lợi dẫn đến HPQ. Nghiên cứu về nuôi chó mèo, nguy cơ mắc HPQ cao gấp 1,6 lần so với nhóm gia đình không nuôi chó mèo ($p < 0,05$). Nghiên cứu không tìm thấy mối liên quan giữa tỉ lệ HPQ với nhân khẩu và diện tích nhà ở ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Phân bố tiền sử dị ứng cá nhân ở nhóm đối tượng nghiên cứu (n=1663)

Tiền sử dị ứng cá nhân	Tổng số	HPQ (n=135)		OR (95%CI)	p
		n	Tỉ lệ (%)		
Tiền sử dị ứng	306	66	21,6	20,2 (13,1-31,3)	< 0,0001
Dị ứng thời tiết	162	59	32,7	10,1 (6,7-15,2)	< 0,0001
Viêm mũi xoang dị ứng	85	24	28,2	5,2(3,0-8,9)	< 0,0001
Dị ứng thuốc	11	3	23,7	4,2 (0,8-18,1)	=0,05
Dị ứng thức ăn	49	8	16,3	2,3 (1,0-5,2)	< 0,05
Viêm kết mạc dị ứng	6	2	33,3	5,7 (0,7-36,6)	> 0,05
Mày đay, sẩn ngứa	22	13	59,1	18,0 (7,0-47,0)	< 0,0001
Chàm	1	0	0,0	-	>0,05
Dị ứng khác	6	0	0,0	-	>0,05

"Tiền sử dị ứng của trẻ có liên quan chặt chẽ với tỷ lệ HPQ của trẻ" kết luận này là nhận định của một số tác giả. Qua khai thác tiền sử dị ứng ở những trẻ mắc HPQ, chúng tôi thấy nhiều trẻ trước khi bị HPQ đã bị một số bệnh dị ứng: Viêm mũi xoang dị ứng, mày đay, eczema, dị ứng thuốc, dị ứng thức ăn, dị ứng thời tiết, viêm kết mạc dị ứng... Tiền sử mày đay sẩn ngứa chiếm tỉ lệ cao nhất trong nhóm HPQ (59,1%), trẻ có tiền sử này sẽ có nguy cơ mắc HPQ là 18 lần. Mày đay là một trong những biểu hiện lâm sàng của bệnh dị ứng. Nhóm đứng thứ hai làm tăng nguy cơ mắc HPQ ở trẻ là nhóm có tiền sử dị ứng thời tiết, viêm kết mạc dị ứng, viêm mũi xoang dị ứng, tỉ lệ HPQ ở nhóm này chiếm khoảng 30%. Nguy cơ mắc HPQ ở nhóm mày đay sẩn ngứa là 18 lần, sau đến nhóm dị ứng thời tiết (10,1 lần),

viêm mũi xoang dị ứng và viêm kết mạc dị ứng (5,2-5,7 lần) với $p < 0,0001$. Nếu một người có viêm mũi dị ứng khi kết hợp với tiền sử gia đình rõ thì có thể coi viêm mũi dị ứng là tiền triệu của bệnh HPQ [7].

Tỉ lệ HPQ ở nhóm dị ứng thức ăn là thấp nhất (16,3%), gấp 2,3 lần so với nhóm không có tiền sử dị ứng thức ăn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Phan Quang Đoàn tại bệnh viện Bạch Mai, hay gặp nhất là viêm mũi dị ứng chiếm 48,0%, mày đay-phù quinke 27%, dị ứng thuốc 17,0%, dị ứng thức ăn 15,0%, eczema 1%, tuy nhiên tác giả không đề cập đến tỉ lệ HPQ ở các nhóm dị ứng là bao nhiêu. Qua các kết quả trên chúng tôi nhận thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa HPQ và các bệnh dị ứng, cơ địa dị ứng.

Bảng 3.4. Phân bố tiền sử dị ứng gia đình ở nhóm đối tượng nghiên cứu

Tiền sử dị ứng gia đình	Tổng số	HPQ (n=135)		p
		n	Tỉ lệ (%)	
Bố	Có hen HPQ	14	100,0	< 0,0001
	Dị ứng thức ăn	10	10,0	>0,05
	Dị ứng thuốc	5	0,0	>0,05
	Dị ứng thời tiết	30	23,3	< 0,01
	Viêm mũi dị ứng	18	27,8	< 0,05

	Mày đay	10	3	30,0	< 0,05
	Chàm	2	1	50,0	>0,05
Mẹ	Có hen HPQ	10	2	20,0	>0,05
	Dị ứng thức ăn	12	2	16,7	>0,05
	Dị ứng thuốc	4	0	0,0	>0,05
	Dị ứng thời tiết	6,1	12	19,7	< 0,01
	Viêm mũi dị ứng	38	8	21,1	>0,05
	Mày đay	14	2	14,3	>0,05
	Chàm	3	1	33,3	>0,05
	Có hen HPQ	8	5	62,5	< 0,0001
Anh chị em ruột	Dị ứng thức ăn	6	2	33,3	>0,05
	Dị ứng thuốc	3	0	0,0	>0,05
	Dị ứng thời tiết	22	4	18,2	>0,05
	Viêm mũi dị ứng	12	3	15,0	=0,07
	Mày đay	8	1	12,5	>0,05
	Chàm	3	0	0,0	>0,05
	Có hen HPQ	30	8	26,7	< 0,01
	Dị ứng thức ăn	2	0	0,0	>0,05
Ông bà nội ngoại	Dị ứng thuốc	5	0	0,0	>0,05
	Dị ứng thời tiết	8	1	12,5	>0,05
	Viêm mũi dị ứng	11	3	27,3	= 0,06
	Mày đay	9	1	11,1	>0,05
	Chàm	3	2	66,7	< 0,05
	Có hen HPQ	15	4	26,7	< 0,05
	Dị ứng thức ăn	7	4	57,1	< 0,001
	Dị ứng thuốc	3	1	33,3	>0,05
Họ hàng	Dị ứng thời tiết	8	3	37,5	< 0,05
	Viêm mũi dị ứng	4	1	25,0	>0,05
	Mày đay	2	0	0,0	>0,05
	Chàm	1	0	0,0	>0,05

Tiền sử gia đình là một yếu tố góp phần quan trọng trong chẩn đoán HPQ ở trẻ em, có khoảng 50-75% bệnh nhi HPQ trong gia đình có người bị hen hoặc bị các bệnh dị ứng khác. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, 100% trẻ mắc hen có bố HPQ ($p < 0,0001$) trong khi đó ở mẹ chỉ chiếm có 20%. Trong các nghiên cứu trước đây cho thấy tiền sử bên mẹ hình như có ảnh hưởng lớn hơn tiền sử bên bố đến nguy cơ xuất hiện hen ở

trẻ, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi hiện chưa thấy điều này, mà ngược lại. Tuy nhiên chưa phản ánh được đầy đủ nguy cơ di truyền cơ địa dị ứng trong gia đình trẻ HPQ do trong nhóm trẻ chúng tôi nghiên cứu có nhiều trẻ là con một trong gia đình. Ở bên ông bà nội ngoại có tiền sử hen, tỉ lệ hen ở đối tượng nghiên cứu chiếm 26,7% tương đương tỉ lệ mắc hen ở nhóm họ hàng có tiền sử HPQ.

Bảng 3.5. Tiền sử sản khoa với bệnh hen phế quản của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử sản khoa	Tổng số	HPQ (n=135)		OR (95%CI)	p
		n	Tỉ lệ (%)		
Có can thiệp sản khoa	100	24	24,0	4,1 (2,4-7,0)	<0,0001
Ngạt khi đẻ	35	12	34,3	6,4(2,9-13,8)	<0,0001
Đẻ non	32	10	31,3	5,5(2,4-12,5)	<0,0001
Cân nặng khi sinh thấp (<2500 gr)	58	23	39,7	8,8 (4,8-15,9)	< 0,0001

Trẻ có cân nặng lúc sinh thấp và tiền sử đẻ thiếu tháng cũng là yếu tố nguy cơ của HPQ. Nguy cơ mắc HPQ ở nhóm có cân nặng sơ sinh thấp gấp 8,8 lần so với nhóm có cân nặng sơ sinh bình thường ($p < 0,0001$). Nuôi con bằng sữa mẹ giúp cho trẻ tăng thêm sức đề kháng trong năm đầu đời, giảm nguy cơ mắc các bệnh viêm nhiễm đường hô hấp là một trong những

yếu tố làm khởi phát bệnh HPQ. Theo kết quả của chúng tôi thấy có mối liên quan giữa HPQ với tiền sử bú mẹ. Trẻ bú mẹ dưới 12 tháng tuổi có nguy cơ bị HPQ gấp 1,9 lần so với nhóm trẻ bú mẹ trên 12 tháng tuổi ($p < 0,05$). Không có mối liên quan giữa ăn sữa ngoài với tỉ lệ mắc HPQ ($p > 0,05$)

Bảng 3.6. Tiền sử nuôi dưỡng, bệnh tật với bệnh hen phế quản của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử nuôi dưỡng, bệnh tật	Tổng số	HPQ (n=135)		OR (95%CI)	p
		n	Tỉ lệ (%)		
Bú mẹ dưới 12 tháng	177	24	7,9	1,9 (1,1-3,0)	<0,05
Ăn sữa ngoài	614	51	8,3	1,0(0,7-1,7)	>0,05
Tiền sử khô khè	142	79	55,2	32,9 (20,1-51,4)	< 0,0001
Bệnh kèm theo	200	71	35,5	12,0 (8,1-18,0)	< 0,0001
Viêm amidal	18	1	5,6	0,7 (0,03-4,8)	>0,05
Viêm họng	49	2	4,1	0,5 (0,08-2,0)	>0,05
Viêm mũi dị ứng	37	3	8,1	1,0 (0,3-3,5)	>0,05
Viêm phế quản phổi	61	60	98,4	1221 (179-24052)	< 0,0001
Bệnh tật khác	35	5	14,3	1,9(0,6-5,3)	>0,05

Nguy cơ mắc HPQ ở nhóm viêm phế quản phổi gấp 1221 lần, ở nhóm có tiền sử khô khè gấp 55,2 lần, có bệnh kèm theo gấp 35,5 lần so với nhóm trẻ bình thường ($p < 0,0001$). Không có mối liên quan giữa trẻ có tiền sử viêm họng - amidal, viêm mũi dị ứng và các bệnh khác với bệnh HPQ ($p > 0,05$). Nhiễm khuẩn hô hấp cấp được coi là nguyên nhân đầu tiên làm phát sinh HPQ, đặc biệt ở trẻ em. Trẻ nhỏ do đặc điểm sinh lý, giải phẫu chưa hoàn chỉnh như khẩu kính đường thở hẹp, móng manh của niêm mạc, sự biệt hóa tế bào... cùng với hệ miễn dịch chưa hoàn chỉnh là điều kiện thuận lợi cho virus hay vi khuẩn xâm nhập vào đường hô hấp. Môi trường sống không đảm bảo (chật chội, không khí ô nhiễm), chăm sóc y tế hạn chế là yếu tố thuận lợi làm tăng nguy cơ mắc bệnh. Thay đổi thời tiết làm tăng độ ô nhiễm không khí, thay đổi nhiệt độ, độ ẩm tạo điều kiện thuận lợi cho vi sinh vật gây bệnh hô hấp phát triển, do vậy làm nặng thêm bệnh HPQ và các bệnh hô hấp khác. Như vậy, có mối quan hệ chặt chẽ giữa thay đổi thời tiết, viêm đường hô hấp và bệnh HPQ. Vì vậy, việc phòng và điều trị triệt để bệnh đường hô hấp có ý nghĩa quan trọng trong ngăn chặn phát sinh HPQ.

IV. KẾT LUẬN

- Tỉ lệ HPQ là 8,1%, nam cao hơn nữ 1,6 lần, nhóm 6-10 tuổi là 9,8%, nhóm 10-15 tuổi là 6,2%.

- Tỉ lệ HPQ cao ở: Hộ gia đình sử dụng nhiên liệu (củi, than, gas), nhà cấp 4, nuôi chó mèo, khói thuốc lá.

Trẻ có tiền sử dị ứng cá nhân (dị ứng thời tiết, viêm mũi xoang dị ứng, dị ứng thuốc, dị ứng thức ăn, mày đay sẩn ngứa).

Gia đình có tiền sử dị ứng: bố (HPQ, dị ứng thời tiết, viêm mũi dị ứng, mày đay), mẹ (dị ứng thời tiết), anh chị em (HPQ), ông bà (HPQ), họ

hàng (HPQ, dị ứng thức ăn, dị ứng thời tiết).

Trẻ có can thiệp sản khoa, ngạt khi đẻ, đẻ non, cân nặng khi sinh thấp.

Trẻ có tiền sử khô khè, bệnh kèm theo, viêm phế quản phổi

KIẾN NGHỊ: Truyền thông giáo dục sức khỏe cho các em học sinh và gia đình biết bệnh hen phế quản là bệnh mạn tính, hướng dẫn cách phòng tránh cho trẻ các yếu tố nguy cơ làm khởi phát bệnh như: thay đổi thời tiết, nhiễm khuẩn đường hô hấp, khói thuốc lá, khói than....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Đức Dương (2005)**, "Tình hình hen phế quản của trẻ dưới 5 tuổi tại Thái Bình, Quảng Trị và Bình Dương năm 2002", *Tạp chí Y học thực hành*, số 1, tr. 44-46.
2. **Phan Quang Đoàn, Tôn Kim Long (2006)**, "Độ lưu hành của hen phế quản trong học sinh một số trường học ở Hà Nội và tình hình sử dụng Seretide dự phòng hen trong các đối tượng này", *Tạp chí Y học thực hành*, 6, tr.15-17.
3. **Khổng Thị Ngọc Mai (2011)**, *Nghiên cứu thực trạng hen phế quản ở học sinh tiểu học - trung học cơ sở thành phố Thái Nguyên và hiệu quả kiểm soát hen bằng ICS + LABA*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Thái Nguyên.
4. **Balzano G., Fuschillo S., Melillo G., Bonini S (2002)**, "Epidemiological studies of the very high prevalence of asthma and related symptoms among school children in Costa Rica from 1989 to 1998", *Pediatr Allergy Immunol.*, 13(5):342-9.
5. **Dan Norbäck, Erik Lampa, and Karin Engvall (2011)**, "Rhinitis phenotypes correlate with different symptom presentation and risk factor patterns of asthma", *Respir Med.*, 105(11):pp.1611-21.
6. **Drazen J.M. (2012)**, "Asthma: the paradox of heterogeneity", *J Allergy Clin Immunol.*, 129(5): pp.
7. **Eriksson J., Bjerg A., Lötvall J., Wennergren G., Rönmark E., Torén K., Lundbäck B. (2001)**, "Asthma and sex hormones", *Allergy*, 56 (1):13-20.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỞ THÔNG DẠ DÀY RA DA BẰNG NỘI SOI (PEG) TẠI BỆNH VIỆN E TRUNG ƯƠNG

Vũ Hồng Anh*, Đỗ Nguyệt Ánh*, Vũ Đức Định*

TÓM TẮT⁴⁰

Mở thông dạ dày ra da bằng nội soi là giải pháp tốt cho những bệnh nhân phải nuôi dưỡng qua sonde lâu dài. Tại bệnh viện E, kỹ thuật mới được triển khai đã đem đến những kết quả tốt cho bệnh nhân cần nuôi dưỡng qua sonde. **Mục tiêu:** "Đánh giá kết quả về lâm sàng và kỹ thuật của phương pháp mở thông dạ dày ra da bằng nội soi". **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 35 bệnh nhân cần nuôi dưỡng bằng đường tiêu hoá kéo dài đã được mở thông dạ dày ra da bằng nội soi. **Kết quả:** 35 bệnh nhân trong đó có 5 bệnh nhân nữ (14,3%) và 30 bệnh nhân nam (85,7%), tuổi trên 60 chiếm 97,1%. Kỹ thuật thành công với tỷ lệ 94,3%. Thủ thuật được tiến hành tại phòng nội soi, bệnh nhân có thể được gây mê (28,6%) hoặc gây tê tại chỗ kết hợp an thần (71,4%). Tỷ lệ biến chứng 24,1%. Nhưng chỉ ở mức độ nhẹ và vừa, xử lý được bằng điều trị nội khoa. **Kết luận:** Kỹ thuật PEG giúp dinh dưỡng cho bệnh nhân không ăn được đường miệng trong thời gian dài. PEG là thủ thuật nội soi đơn giản, tương đối dễ thực hiện và an toàn cho bệnh nhân, có thể thực hiện ở các cơ sở y tế có máy nội soi dạ dày.

SUMMARY

RESULT OF PERCUTANEOUS ENDOSCOPIC GASTROSTOMY (PEG) IN E HOSPITAL

Aims: Evaluate the Clinical and technical result of Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) in E hospital. **Methods:** 35 patients who are indicated for long term enteral nutrition. **Results:** PEG placement successful rate was 94,3%. There were mild complications (almost of them were PEG site infection). All complications were resolved by medication management. **Conclusion:** It is safe and simple to perform PEG. It can be carried out in the hospital where have gastroendoscopy equipment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với các bệnh nhân nặng (sau tai biến mạch não, chấn thương, bỏng, sau phẫu thuật...) bên cạnh điều trị các thuốc đặc hiệu, cung cấp đầy đủ chất dinh dưỡng giúp cơ thể chống đỡ bệnh tật cũng hết sức quan trọng. Có hai hình thức nuôi dưỡng: bằng đường tĩnh mạch và bằng đường tiêu hoá. Đối với các bệnh nhân chức

năng hệ tiêu hoá bình thường, nên được nuôi dưỡng bằng đường tiêu hoá (Enteral nutrition) vì hình thức này có các ưu điểm: phù hợp với chức năng sinh lý, chuyển hoá của đường tiêu hoá, ít nguy cơ cho bệnh nhân và giá thành thấp hơn so với nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch. Nếu thời gian nuôi dưỡng dưới 4 tuần, có thể dùng sonde mũi-dạ dày hoặc sonde mũi- hồng tràng nhưng với thời gian nuôi dưỡng lâu dài hơn, cần áp dụng các thủ thuật mở thông dạ dày bằng phẫu thuật hoặc nội soi. Với ưu điểm độ an toàn cao, tương đối dễ thực hiện, mở thông dạ dày ra da bằng nội soi là một thủ thuật được lựa chọn và áp dụng ở nhiều nước trên thế giới. Lần đầu tiên được giới thiệu vào năm 1980[5], trong thời gian ngắn, kỹ thuật này đã được phổ biến rộng rãi ở nhiều nước trên thế giới. Tại Mỹ, có 61.000 ca vào năm 1988 đến những năm 2000 có khoảng 216.000 ca mỗi năm [4][5].

Tại Việt nam, kỹ thuật mở thông dạ dày ra da bằng nội soi đã được áp dụng ở một số bệnh viện như Việt Đức, Bạch Mai, Chợ Rẫy, Xanh-Pôn... Bệnh viện E lần đầu tiên áp dụng kỹ thuật này vào tháng 11/2010. Do nhận thấy phương pháp này có nhiều ưu điểm hơn so với nuôi ăn bằng sonde mũi dạ dày và phẫu thuật mở thông dạ dày đặc biệt đối với bệnh nhân bị tai biến mạch não cần nuôi dưỡng bằng sonde dạ dày trong thời gian dài, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá kết quả mở thông dạ dày ra da bằng nội soi tại Bệnh viện E" nhằm mục tiêu "Đánh giá kết quả về lâm sàng và kỹ thuật của phương pháp mở thông dạ dày ra da bằng nội soi"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân có chỉ định nuôi dưỡng bằng đường tiêu hoá kéo dài (trên 4 tuần) tại bệnh viện E Trung ương từ tháng 11/2011 đến tháng 7/2016

Tiêu chuẩn lựa chọn: Có chức năng tiêu hoá bình thường

Tiêu chuẩn loại trừ: Cổ chướng to; Gan trái to; Lách to; Rối loạn chức năng đông máu; Cắt dạ dày.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc

Tiến hành thủ thuật: Kíp thực hiện thủ thuật: 2 bác sĩ nội soi và 1 điều dưỡng phụ, 1

*Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Anh

Email: anhv1979@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

bác sĩ gây mê (trong trường hợp bệnh nhân cần gây mê tĩnh mạch hoặc gây mê toàn thân)

- Nơi thực hiện: tại phòng nội soi hoặc tại giường của khoa lâm sàng.

- Chuẩn bị bệnh nhân: Bệnh nhân nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8h-12h

+ Vệ sinh khoang miệng

+ Vệ sinh và sát trùng vùng bụng

+ Kháng sinh dự phòng

+ Kiểm tra siêu âm ổ bụng: Không có lách to, không có tổn thương vùng gan trái, thận trái (ví dụ: u gan, u thận, nang gan, nang thận kích thước lớn).

+ Ký cam đoan đồng ý làm thủ thuật

+ Gây tê tại chỗ bằng Xylocain, nếu bệnh nhân kích thích an thần bằng Midazolam hoặc gây mê tĩnh mạch bằng Propofol

- Chuẩn bị phòng nội soi: Khử khuẩn bằng đèn cực tím

Thu thập và xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập và xử lý theo chương trình SPSS 13.0

Đánh giá kết quả: Dựa vào các chỉ số

1. Các chỉ số lâm sàng: Đau, sốt, chướng bụng sau thủ thuật 24 giờ.

2. Kỹ thuật

- Thời gian tiến hành thủ thuật

- Phương pháp vô cảm

- Kết quả sau 24h:

+ Tại chỗ: đau vết mổ

+ Bụng mềm hay chướng

+ Chảy máu chân sonde

+ Chảy dịch chân sonde

- Kết quả sau 1 tuần

+ Nhiễm trùng chân sonde

+ Biến chứng khác

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 11/2011 đến tháng 7/2016 có 35 bệnh nhân được mổ thông dạ dày ra da bằng nội soi, trong đó bệnh nhân nam 30 (85,7%), 5 bệnh nhân nữ (14,3%). Tại bệnh viện E, bệnh nhân được làm kỹ thuật này có tuổi cao, nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ 97,1%, chỉ có 1 bệnh nhân dưới 30 tuổi (2,9%)

Bảng 1. Nhóm bệnh

Bệnh	Nhóm	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tai biến mạch não		31	88,6
Liệt hầu họng		1	2,85
Viêm não liệt cứng		1	2,85
U thực quản		1	2,85
U hầu họng		1	2,85
Tổng		35	100

Bệnh nhân được làm thủ thuật phần lớn có tổn thương hệ thần kinh, trong đó 88,6% bệnh nhân tai biến mạch não, hôn mê ở các mức độ khác nhau; 1 bệnh nhân di chứng viêm não, liệt cứng. Có 1 bệnh nhân liệt dây IX, X, XI không nói và nuốt được mặc dù bệnh nhân vẫn tỉnh táo và đi lại bình thường. 1 bệnh nhân u thực quản và 1 bệnh nhân u vùng hầu họng. Ở các nước đã áp dụng kỹ thuật này nhiều năm, chỉ định rất rộng rãi ngoài bệnh nhân bị tổn thương hệ thần kinh vĩnh viễn còn chỉ định cho bệnh nhân mất chức năng vùng hầu họng, chấn thương nặng và bệnh

nhân bẩm sinh. Tại Việt nam, trong một nghiên cứu tại Bệnh viện Xanh Pôn tiến hành ở 86 bệnh nhân, phần lớn là bệnh nhân chấn thương sọ não (81,4%), chỉ có 13,95% tai biến mạch não và 4,65% do nguyên nhân khác [1]. Tại Bệnh viện E, chỉ định phần lớn cho các bệnh nhân có tổn thương hệ thần kinh và có tai biến mạch não tại khoa hồi sức tích cực. Tại bệnh viện E, chỉ định cho thủ thuật này có thể mở rộng cho các bệnh nhân chấn thương sọ não hôn mê lâu ngày cần nuôi dưỡng qua sonde.

Bảng 2. Thời gian bị bệnh

Thời gian	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
1-3 tháng	6	17,1
>3- 6 tháng	21	60
>6 tháng	8	22,9
Tổng	35	100

Đa số bệnh nhân có thời gian bị bệnh dài trên 3 tháng chiếm 82,9 %, các bệnh nhân này đều được nuôi dưỡng đường tiêu hoá bằng sonde mũi –dạ dày. Khi được mở thông dạ dày ra da qua nội soi, tổn thương hay gặp trong dạ dày là viêm loét hoặc loét niêm mạc dạ dày và thực quản.

Bảng 3. Phương pháp vô cảm

Phương pháp vô cảm	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Gây mê tĩnh mạch	10	28,6
Gây tê + An thần	25	71,4
Gây tê tại chỗ	0	0
Tổng	35	100

Thủ thuật được tiến hành tại phòng nội soi hoặc tại giường khi không di chuyển được bệnh nhân. 71,4% bệnh nhân được gây tê tại chỗ kết hợp với an thần (Midazolam), 28,6% phải gây mê tĩnh mạch bằng propofol do bệnh nhân kích thích giãy giụa nhiều hoặc liệt cứng gây khó khăn khi thực hiện thủ thuật. Đối với các trường hợp gây mê tĩnh mạch, bác sĩ gây mê sẽ phối

hợp với bác sĩ nội soi. Ở các nước khác, tùy từng trường phái mà các chuyên gia chỉ sử dụng gây tê tại chỗ hoặc gây mê toàn thân. Trong nghiên cứu của Cellier và cộng sự lại có trên 50% bệnh nhân gây mê toàn thân [2]. Tại bệnh viện Xanh Pôn 100% bệnh nhân chỉ gây tê tại chỗ và gây tê kết hợp an thần[1]

Bảng 4. Tỷ lệ thành công của thủ thuật

Thời gian	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thành công	33	94,3
Không thành công	2	5,7
Tổng	35	100

Tỷ lệ thành công của thủ thuật là 94,3%. Thủ thuật không thành công ở 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 5,7%. Một trường hợp bệnh nhân u thực quản chiếm gần hết chu vi lòng thực quản nên ống nội soi không qua được. Chính vì vậy khi lựa chọn bệnh nhân có u thực quản chúng ta cần cân nhắc về kích thước khối u. Ông soi sẽ đi qua chỗ

hẹp khó khăn và dễ gây chảy nhiều máu tại khối u trong quá trình tiến hành thủ thuật. Một trường hợp bệnh nhân có khối u vùng hầu họng gây khó nuốt, tuy đưa ống soi qua được khối u nhưng gây chảy máu nhiều, nguy cơ trào ngược máu vào phổi nên chúng tôi dừng thủ thuật.

Bảng 5. Thời gian tiến hành thủ thuật

Thời gian	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
<20 phút	28	84,8
>20 phút	5	15,2
Tổng	33	100

Thời gian tiến hành thủ thuật khoảng 10 đến 25 phút. Thời gian làm thủ thuật dài hơn ở bệnh nhân bị liệt cứng sau viêm não, tai biến mạch não lâu ngày có phổi hợp với nhiễm trùng phổi nặng. Ở các bệnh viện khác, thủ thuật trung bình khoảng 12 phút hoặc 10 đến 25 phút [1]. Qua một thời gian triển khai thủ thuật chúng tôi

thấy rằng với kỹ thuật thực hiện thành thạo, chỉ định chính xác thủ thuật sẽ tiến hành nhanh, tỷ lệ thành công cao. Chính vì vậy, thủ thuật này có thể thực hiện ở tất cả các cơ sở có máy nội soi dạ dày. Kỹ thuật này góp phần rút ngắn thời gian nằm viện và chăm sóc bệnh nhân tại nhà dễ dàng hơn so với sonde mũi - dạ dày.

Bảng 6. Triệu chứng ngay sau thủ thuật

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau tại vết mổ	33	100
Sốt	1	3,0
Chướng bụng	0	0
Chảy máu chân sonde	0	0
Chảy dịch chân sonde	3	9,1

Sau 24h các bệnh nhân đều có triệu chứng đau vết mổ nhưng mức độ đau nhẹ hoặc trung bình. Dùng thuốc giảm đau thông thường giúp giảm triệu chứng. Sau 3 đến 5 ngày hầu hết các bệnh nhân hết triệu chứng này. Một bệnh nhân sốt do nhiễm trùng thành bụng.

Bảng 7. Các biến chứng

Biến chứng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng chân sonde	4	12,1
Nhiễm trùng thành bụng	1	3,0
Di lệch ống sonde	2	6,0
Chảy máu	0	0

Viêm phúc mạc	0	0
Ap xe, loét chân sonde	1	3,0
Không biến chứng	25	75,9
Tổng	33	100

Tỷ lệ không biến chứng đạt 75,9%, tỷ lệ biến chứng 24,1%. Biến chứng gặp nhiều ở các bệnh nhân trong thời gian đầu mới triển khai thủ thuật do chúng tôi chưa có kinh nghiệm trong khâu lựa chọn bệnh nhân cũng như chăm sóc sau thủ thuật.

Các biến chứng chủ yếu xảy ra trong tuần đầu sau đặt sonde. Nhiễm trùng chân sonde chiếm tỷ lệ 12,1%. Các bệnh nhân này đều tuổi cao (>65 tuổi) bị tai biến mạch não lâu ngày (trên 6 tháng), thể trạng yếu và có bệnh kèm theo như tiểu đường, tăng huyết áp, suy kiệt. Nhiễm trùng chân sonde cũng là biến chứng hay gặp nhất khi tiến hành thủ thuật này ở các nước khác. Trong một nghiên cứu trên 1041 bệnh nhân công bố năm 2011, H-J Richter-Schrag và cộng sự thấy tỷ lệ nhiễm trùng tại chân sonde là 11,1%, chảy máu tại chân sonde 0,5% và viêm phúc mạc 1,3%. Các biến chứng gặp tỷ lệ cao ở các bệnh nhân ung thư, xơ gan hay sau xạ trị [6]. Trong nghiên cứu tại Việt Nam của Bệnh viện Xanh Pôn, tỷ lệ nhiễm trùng chân sonde khá thấp, chỉ có 2,32%. Để điều trị biến chứng này, chúng tôi cho thay bằng hàng ngày, sát trùng tại chỗ. Sau 1 tuần vùng chân sonde hết phù nề. Biến chứng nặng hơn là nhiễm trùng thành bụng. Có một bệnh nhân bị biến chứng này và được điều trị bằng dẫn lưu mủ, thay bằng sát trùng tại chỗ hàng ngày, thay kháng sinh dựa vào kháng sinh đồ của vi khuẩn ở dịch mủ thành bụng. Kháng sinh dự phòng trước thủ thuật có vai trò rất quan trọng làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng chân sonde và thành bụng. Do đó, các bệnh nhân được chỉ định làm thủ thuật đều được dùng kháng sinh dự phòng. Theo dõi theo thời gian, chúng tôi nhận thấy số bệnh nhân nhiễm trùng chân sonde ngay sau thủ thuật giảm so với thời gian đầu mới triển khai thủ thuật này. Có hai bệnh nhân di lệch ống sonde do bệnh nhân tự kéo. Bệnh nhân được đặt lại ngay. Để khắc phục biến chứng này, công tác chăm sóc bệnh nhân cần được lưu ý hơn.

Lưu ý về kỹ thuật giúp tăng tỷ lệ thành công:

- Khử trùng sạch phòng làm thủ thuật
- Vệ sinh răng miệng sạch
- Sát trùng sạch vị trí đặt sonde
- Đường rạch vừa đủ đường kính của ống sonde (không quá hẹp và không quá rộng)
- Không nên cố định quá chặt hai nút cố định trong thành dạ dày và nút ngoài thành bụng để

tránh kềm nuôi dưỡng tại chỗ và khó vệ sinh tại chân sonde trong những ngày đầu sau thủ thuật.

Theo dõi bệnh nhân sau khi ra viện: Bệnh nhân sau khi ra viện được chăm sóc tại nhà. Người nhà được hướng dẫn cách cho ăn qua sonde dạ dày ra da và chăm sóc sonde, sau 6 đến 9 tháng bệnh nhân được thay sonde mới với kỹ thuật đơn giản hơn mở thông lần đầu. Do bệnh nhân được mở thông dạ dày bằng phương pháp PEG không tái khám hoặc tái nhập viện theo hẹn đầy đủ nên chúng tôi không tổng kết được toàn bộ thời gian bệnh nhân lưu sonde. Có ít nhất 2 bệnh nhân có thời gian lưu sonde lâu nhất là 4 năm.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật PEG giúp dinh dưỡng cho bệnh nhân không ăn được đường miệng trong thời gian dài. Qua thời gian triển khai kỹ thuật mở thông dạ dày ra da bằng nội soi tại Bệnh viện E với 35 bệnh nhân, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Tỷ lệ thành công đạt 94,3%.
- Thủ thuật an toàn và dễ thực hiện
- Không có biến chứng nặng. Các biến chứng đều được khắc phục nhanh bằng điều trị nội khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Mai Hương, Nguyễn Thị Quỳ, Phùng Hoàng Hiệp. (2011), "Kết quả mở thông dạ dày nội soi tại Bệnh viện Xanh Pôn "Công trình nghiên cứu khoa học – Hội nghị khoa học tiêu hoá lần thứ VI- Hội tiêu hoá Hà Nội, 49-55.
2. Cellier C, Seyrig J.A, Gordin J, Chousterman M, Donnadiou S, Caudron J, Barbier J.P. (1998), "Gastromie percutanee endoscopique. Indication et suivi chez 52 patients". Ann Gastroenterol. Hepatol, 24,n7, 343-345
3. Chr.Loser C, G. Aschl, Hebuterne, et al. (2005), "ESPEN guidelines on artificial enteral nutrition by percutaneous endoscopic gastrostomy" Clinical Nutrition; 24:848-861.
4. Christopher R.Lynch, John C.Fang. (2004), "Prevention and management of complication of Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) tube". Practice gastroenterology, 66-76.
5. Gauderer MV, Ponsky JL, Izant RJ. (1980), "Gastrostomy without laparoscopy. A percutaneous endoscopic technique. J Pediatr Surg, 15:872-875.
6. H-J Richter-Schrag et al. (2011), "Risk factors and complications following percutaneous endoscopic gastrostomy: A case series of 1041 patients" Can J Gastroenterol; 25(4):201-206.
7. Hull M, Rawlings J, Morray FE, et al. (1993), "Audit of outcome of long term enteral nutrition by percutaneous endoscopic gastrostomy". Lancet, 341:869-872.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ HUYẾT THANH KHÁNG NỌC RẮN Ở BỆNH NHÂN BỊ MỘT SỐ LOẠI RẮN HỔ CẮN (BUNGARUS MULTICINCTUS, OPHIOPHAGUS HANNAH, NAJA ATRA, NAJA KOUTHIA)

Ngô Đức Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT⁴¹

Đặt vấn đề: Rắn hổ cắn khá thường gặp, có tỷ lệ tử vong và di chứng cao tại Việt Nam và thế giới. Hiệu quả điều trị của từng loại huyết thanh kháng nọc khác nhau do đặc điểm từng loại nọc độc khác nhau. Huyết thanh kháng nọc rắn hổ vẫn còn nhiều tranh cãi về hiệu quả điều trị. **Mục tiêu:** đánh giá hiệu quả điều trị huyết thanh kháng nọc rắn ở bệnh nhân bị một số loại rắn hổ cắn (bungarus multicinctus, ophiophagus hannah, naja atra, naja kouthia). **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu phân tích hồi cứu các bệnh nhân bị rắn độc cắn vào trung tâm chống độc, chia thành 2 nhóm có sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn và không sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn. **Kết quả:** Có 380 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, trong đó 56 trường hợp sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn, với liều trung bình $4,9 \pm 3$ lọ. Thời gian nằm viện ở nhóm có dùng huyết thanh kháng nọc và không dùng huyết thanh kháng nọc ở các nhóm: Rắn cạp nia là $5,9 \pm 4,3$ và $11,9 \pm 9,2$ ($p < 0,05$); rắn hổ chúa là: $2,2 \pm 1,5$ và $2,4 \pm 3,7$ ($p > 0,05$); rắn hổ thường là $3,8 \pm 1,9$ và $3,5 \pm 2,9$ ($p > 0,05$). Thời gian thở máy: Nhóm bệnh nhân có dùng huyết thanh kháng nọc rắn là: $68,9 \pm 87,2$ giờ; so với nhóm không huyết thanh kháng nọc rắn là: $167,9 \pm 180,9$ giờ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Huyết thanh kháng nọc là phương pháp điều trị có hiệu quả tốt cho các bệnh nhân bị một số loại rắn hổ cắn (bungarus multicinctus, ophiophagus hannah, naja atra, naja kouthia).

Từ khóa: rắn độc cắn, huyết thanh kháng nọc

SUMMARY

EFFECTIVE TREATMENT OF ANTI-VENOM IN PATIENTS BITTEN BY SOME VENOMOUS ELAPIDAE SNAKES (BUNGARUS MULTICINCTUS, OPHIOPHAGUS HANNAH, NAJA ATRA, NAJA KOUTHIA)

Introduction: Elapidae venomous snake bite is common which have a high mortality rate and sequela rate in Vietnam and all over the world. Effective of anti-snake venom serum in treatment is a controversial issue. **Objective:** "Effective treatment research of anti-snake venom serum in treating patients bitten by some venomous snakes". **Methods:** This was an analysis and study with retrospective review of patients who were admitted to

poison control center of Bach Mai Hospital. Patients are divided into 2 groups: using anti-snake venom serum and without using anti-snake venom serum. **Results:** 380 patients including 56 patients using anti-snake venom serum with average dose $4,9 \pm 3$. The time hospitalization of groups using anti-snake venom serum and without using anti-snake venom serum followings: Bungarus multicinctus $5,9 \pm 4,3$ and $11,9 \pm 9,2$ ($p < 0,05$); Ophiophagus hannah: $2,2 \pm 1,5$ and $2,4 \pm 3,7$ ($p > 0,05$); Naja atra $3,8 \pm 1,9$ and $3,5 \pm 2,9$ ($p > 0,05$). Time of using medical ventilator: Using anti-snake venom serum: $68,9 \pm 87,2$ hours; without using anti-snake venom serum: $167,9 \pm 180,9$ hours ($p < 0,05$). **Conclusion:** Anti-snake venom serum is an good method for venomous elapidae snakebite patients (bungarus multicinctus, ophiophagus hannah, naja atra, naja kouthia).

Keyword: poisonous snake bite, anti-snake venom.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn độc cắn luôn được coi cấp cứu ngộ độc hàng đầu ở nước ta và trên thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) trên thế giới trong 40 năm qua có khoảng 5 triệu nạn nhân bị rắn cắn mỗi năm. Việt Nam chưa có số liệu được công bố chính thức nhưng số nạn nhân do rắn độc cắn có thể lên tới 30.000 người mỗi năm [3]. Theo số liệu tại khoa HSCC A9 bệnh viện Bạch mai, tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân bị rắn hổ cắn 5,9% (1994-1997)[4]. Các số liệu trên đây chỉ là "phần nổi của tảng băng" vì rất nhiều trường hợp tử vong không được thống kê. Sự nguy hiểm của rắn độc cắn là không phải bàn cãi, tuy nhiên các phương pháp điều trị cũng như phác đồ điều trị cho bệnh nhân rắn hổ cắn còn rất khó khăn do nọc độc của nhóm rắn hổ có độc lực rất cao, có thể gây liệt toàn thân, rối loạn điện giải nặng kéo dài hoặc hoại tử lan rộng. Sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn như một "antidote" trong điều trị rắn độc cắn còn nhiều hạn chế, không chỉ bởi giá thành và độ phổ biến của huyết thanh kháng nọc rắn mà còn bởi thiếu hiểu biết về hiệu quả khi sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn. Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả điều trị huyết thanh kháng nọc rắn ở bệnh nhân bị một số loại rắn hổ cắn (bungarus multicinctus, ophiophagus hannah, naja atra, naja kouthia).

¹Bộ môn HSCC Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

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: Bệnh nhân bị rắn hổ (*Bungarus multicinctus*, *Ophiophagus hannah*, *Naja atra*, *Naja kouthia*) cần đạt ba tiêu chuẩn sau được lựa chọn vào nghiên cứu gồm có:

- Mang rắn đến và được chuyên gia (bác sĩ Trung tâm chống độc xác định) hoặc người nhà chứng kiến bệnh nhân bị rắn cắn là người chuyên nuôi hoặc bắt rắn, mô tả đúng sau đó nhận dạng đúng mẫu.

- Có tổn thương tại chỗ phù hợp tổn thương nhiễm độc rắn hổ mang bành. Tổn thương tại chỗ: gồm vết răng (móc độc), phù nề, hoại tử tím đến đen, bong nước

- Có chỉ định HTKNR đặc hiệu khi các triệu chứng lâm sàng đang tiến triển nặng lên: kích thước phù nề, hoại tử tăng lên, lan xa hơn; hoặc xuất hiện liệt cơ, liệt nặng thêm.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân dị ứng với huyết thanh kháng nọc rắn hổ

Thuốc dùng cho nghiên cứu HTKNR hổ đất (*Naja atra* và *Naja kaouthia*), hổ chúa (*Ophiophagus hannah*), cạp nia (*Bungarus candidus* và *Bungarus multicinctus*) do Viện vắc xin và sinh phẩm y tế Nha có bản chất là globulin

(IgG) có khả năng trung hoà đặc hiệu một loại nọc rắn, được lấy từ huyết thanh ngựa khoẻ mạnh đã được miễn dịch với loại nọc rắn đó (huyết thanh kháng nọc rắn đơn giá). Thành phần HTKNR hổ đất tinh chế: 01 lọ (5ml) 1000 LD50.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu phân tích các bệnh nhân được chẩn đoán xác định rắn độc cắn vào điều trị tại Trung tâm chống độc Quốc gia từ tháng 01/1999 đến tháng 12/2004.

Đánh giá hiệu quả thông qua tỷ lệ tử vong, thời gian thở máy, thời gian nằm viện, các tai biến khi dùng (sốc phản vệ, dị ứng....)

2.3 Phương pháp xử lý số liệu

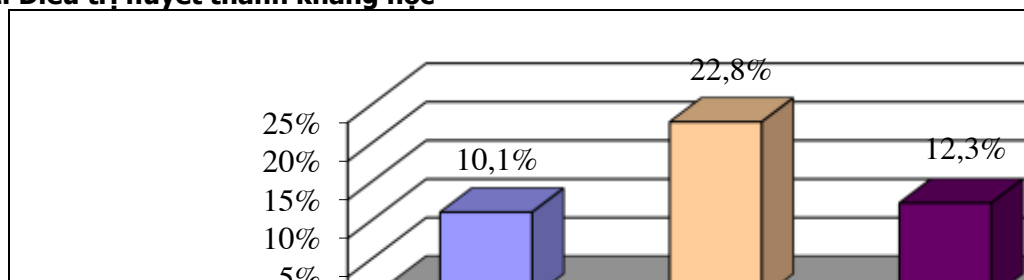
Các số liệu thu thập được sẽ được xử lý bằng phần mềm STATA với $\alpha=0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung: Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận được 380 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, trong đó có 4 trường hợp tử vong (chiếm 1,1%).

Tỷ lệ nam/nữ: 16/3, chủ yếu ở nhóm tuổi lao động (chiếm 72,7%), nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng (chiếm 49,5%).

3.2. Điều trị huyết thanh kháng nọc



Biểu đồ 1. Tỷ lệ điều trị huyết thanh kháng nọc

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 56 bệnh nhân được điều trị huyết thanh kháng nọc rắn chiếm 14,7% tổng số bệnh nhân. Trong đó có 10 bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn (10,1%), 26 bệnh nhân bị rắn hổ chúa cắn (22,8%) và 20 bệnh nhân bị rắn hổ thường cắn (12,3%).

Số lượng huyết thanh kháng nọc rắn sử dụng trung bình: $4,89 \pm 3$ lọ

Huyết thanh kháng nọc rắn cạp nia: $5,3 \pm 3,1$ lọ (1-10), huyết thanh kháng nọc rắn hổ chúa: $3,8 \pm 2,2$ lọ (1-10), huyết thanh kháng nọc rắn hổ thường: $6,0 \pm 3,4$ lọ (3-17).

Thời gian nằm viện và thời gian thở máy của từng loại rắn độc cắn

Bảng 1: Thời gian nằm viện

Loại rắn	Dùng huyết thanh kháng nọc rắn		p
	Có (n=56)	Không (n=324)	
B.multicinctus	$5,9 \pm 4,3$	$11,9 \pm 9,2$	$<0,05$
O.hannah	$2,2 \pm 1,5$	$2,4 \pm 3,7$	$>0,05$
N.atra	$3,8 \pm 1,9$	$3,5 \pm 2,9$	$>0,05$

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình giữa hai nhóm có dùng và không dùng huyết thanh kháng nọc rắn cạp nia khác nhau có ý nghĩa.

Thời gian thở máy: Nhóm bệnh nhân có dùng huyết thanh kháng nọc rắn là: $68,9 \pm 87,2$ giờ; so với nhóm không huyết thanh kháng nọc rắn là: $167,9 \pm 180,9$ giờ ($p<0,05$).

Bảng 2: Thời gian thở máy

	huyết thanh kháng nọc rắn		p
	Có (n=19)	Không (n=98)	
B.multicinctus	99,5 ± 109,1 giờ	221,9 ± 198,2 giờ	<0,05
O.hannah	31,4 ± 17,5 giờ	54,2 ± 30,1 giờ	<0,05

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân dùng huyết thanh kháng nọc rắn có thời gian thở máy ít hơn hẳn các bệnh nhân không được dùng huyết thanh kháng nọc rắn hổ chúa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tai biến khi dùng huyết thanh kháng nọc:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân tiêm huyết thanh kháng nọc rắn có biểu hiện dị ứng (chiếm 7%) trong đó có 1 bệnh nhân dùng huyết thanh kháng nọc rắn hổ chúa và 3 bệnh nhân dùng huyết thanh kháng nọc rắn hổ mang bành (*Naja kouthia* và *Naja atra*). Chúng tôi chỉ gặp 1 bệnh nhân dùng huyết thanh kháng nọc rắn hổ chúa xảy ra phản ứng phản vệ (chiếm 1,7%).

IV. BÀN LUẬN

Số lượng huyết thanh kháng nọc sử dụng trung bình, tỷ lệ tử vong: Số lượng huyết thanh kháng nọc rắn đang là vấn đề tranh cãi của các nhà khoa học và vẫn chưa có phác đồ thống nhất. Nhiều tác giả như David A Warrell [5], Richard C.Dart [6], Trịnh Xuân Kiếm [7] cho rằng, lượng huyết thanh kháng nọc rắn dùng cho bệnh nhân không phụ thuộc vào cân nặng cũng như tuổi của bệnh nhân vì huyết thanh kháng nọc rắn mục đích là để trung hoà lượng nọc rắn có trong cơ thể chứ không phải điều trị những rối loạn đang xảy ra của bệnh nhân. Quan điểm của chúng tôi cho rằng, lượng huyết thanh kháng nọc rắn nên dùng tùy thuộc vào lượng nọc độc của rắn tiêm vào cơ thể bệnh nhân, do vậy tùy thuộc vào kích cỡ của rắn và tình trạng của rắn lúc cắn, tuy nhiên vì chúng tôi chưa có đủ bằng chứng khoa học nên cũng không thể khẳng định. Hơn nữa lượng nọc rắn tiêm vào người nạn nhân phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, rất khó xác định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng huyết thanh kháng nọc rắn dùng cho bệnh nhân trung bình là 5 lọ, ít nhất là 1 lọ và nhiều nhất là 17 lọ. Chúng tôi không có liều cố định mà tùy thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân. Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 5 triệu người bị rắn cắn, gây tử vong khoảng 125.000 người (2,5%) và 400.000 người bị thương tật hoặc biến dạng cơ thể vĩnh viễn (theo WHO). Mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong chỉ là 1,1%, tuy nhiên chúng tôi chưa dám đưa ra kết luận là HTKNR làm giảm tỷ lệ tử vong bởi có thể có nhiều yếu tố gây nhiễu chúng tôi chưa phân tích hết

được, hơn nữa, cỡ mẫu trong nghiên cứu còn khiêm tốn, chưa thể kết luận về tỷ lệ tử vong.

Ảnh hưởng của huyết thanh kháng nọc với thời gian nằm viện:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân bị rắn cắn cấp nia cần thời gian nằm viện đối với nhóm dùng huyết thanh kháng nọc rắn đã giảm có ý nghĩa thống kê với nhóm không dùng. Điều này rất có ý nghĩa thực tiễn vì thời gian nằm viện ngắn đồng nghĩa với việc làm giảm các biến chứng trong quá trình điều trị như loét, suy dinh dưỡng, nhiễm trùng bệnh viện... mà đây lại là những khó khăn mà các bác sỹ lâm sàng thường xuyên phải đối mặt và không dễ giải quyết trên thực tế. Đây cũng chính là nguyên nhân làm tăng tỉ lệ tử vong, bệnh tật và tăng giá thành điều trị cho bệnh nhân. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện của nhóm rắn hổ mang bành (*Naja atra* và *Naja kouthia*) và hổ chúa giữa hai nhóm dùng và không dùng huyết thanh kháng nọc rắn khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nguyên nhân huyết thanh kháng nọc rắn thường dùng muộn và không làm thay đổi tiên lượng cũng như các lợi ích lâm sàng, thậm chí Lallo còn cho rằng huyết thanh kháng nọc rắn còn có thể gây ra những tai biến nhiều hơn và làm xấu hơn tình trạng lâm sàng [Error! Reference source not found.]. Theo quan điểm của chúng tôi, thời gian nằm viện không khác nhau là do những yếu tố tham gia như sau: thứ nhất là bệnh nhân bị rắn hổ chúa hoặc hổ mang bành (*Naja atra* và *Naja kouthia*) cần thường đến bệnh viện muộn do người bệnh tự điều trị ở nhà và nhờ các ông thầy lang ở ngay nơi ở điều trị vì người bệnh không bị suy hô hấp nên không muốn nhập viện. Nhiều trường hợp bệnh nhân đến cửa bệnh viện ngồi chờ xem nếu có suy hô hấp mới vào viện, nếu không về nhà tự điều trị. Nhiều tác giả trong và ngoài nước đều cho rằng cần phải sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu càng sớm càng có tác dụng trung hòa nọc độc. Chính vì điều trị muộn nên tác dụng của huyết thanh kháng nọc rắn giảm đi. Nguyên nhân thứ hai là do đặc điểm của nọc rắn hổ chúa và hổ mang

bành (*Naja atra* và *Naja kouthia*) thường gây ra những tổn thương phù nề, hoại tử chứ không phải là ảnh hưởng lên hô hấp. Chính vì vậy, những tổn thương này thường đã xuất hiện khi bệnh nhân vào viện, khi đó huyết thanh kháng nọc rắn không có tác dụng lên những phần đã bị hoại tử. Do đó không thể đảo ngược tổn thương và như vậy bệnh nhân vẫn phải điều trị tại khoa khá lâu để khắc phục những hậu quả do hoại tử tại chỗ gây ra.

Ảnh hưởng của huyết thanh kháng nọc với thời gian thở máy: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 125 bệnh nhân bị rắn hổ cắn phải thở máy, chúng tôi thấy thời gian thở máy ít hơn hẳn ở nhóm dùng huyết thanh kháng nọc rắn cũng cho thấy lợi ích thiết thực của việc dùng huyết thanh kháng nọc rắn. Rút ngắn thời gian thở máy cũng có nghĩa là giảm được những tai biến do thở máy như vỡ phế nang, xẹp phổi... và giảm đáng kể biến chứng viêm phổi liên quan thở máy, nhiễm trùng bệnh viện. Chính những điều này làm giảm tỉ lệ tử vong, bệnh tật cũng như giá thành điều trị. Việc giải quyết vấn đề liệt cơ cũng làm bệnh nhân hồi phục nhanh và tránh được những biến chứng như nằm lâu, loét mục... Chính vì vậy theo quan điểm của chúng tôi, mục tiêu phục hồi cơ hô hấp, rút ngắn thời gian thở máy và đặt nội khí quản là chỉ định quan trọng trong việc dùng huyết thanh kháng nọc rắn trên lâm sàng.

4.4 Tai biến khi dùng huyết thanh kháng nọc: Dùng huyết thanh kháng nọc rắn cũng có thể xảy ra nhiều tai biến từ nguy cơ phản ứng dị ứng như ngứa, mẩn đỏ ngoài da cho đến những phản ứng đột ngột, dữ dội như sốc phản vệ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 4 bệnh nhân tiêm huyết thanh kháng nọc rắn có biểu hiện dị ứng (chiếm 7%) trong đó có 1 bệnh nhân dùng huyết thanh kháng nọc rắn hổ chúa (*Ophiophagus hannah*) và 3 bệnh nhân dùng huyết thanh kháng nọc rắn hổ bành (*Naja atra* và *Naja kouthia*). Chúng tôi chỉ gặp 1 bệnh nhân dùng huyết thanh kháng nọc rắn hổ chúa xảy ra phản ứng phản vệ (chiếm 1,7%), trường hợp này sau khi dùng adrenalin 0,3mg tiêm chậm tĩnh mạch bệnh nhân trở về bình thường, không có trường hợp nào tử vong vì tác dụng phụ, bốn trường hợp tử vong do sốc nhiễm khuẩn viêm phổi liên quan tới thở máy. Theo Barry Gold, Richard Dart và cộng sự [6] tỉ lệ các phản ứng có hại từ 23-56% . Như vậy tỉ lệ phản ứng có hại

khi dùng huyết thanh kháng nọc rắn của chúng tôi thấp hơn đáng kể vì chúng tôi sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn hổ đơn giá cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Huyết thanh kháng nọc rắn hổ là một biện pháp điều trị đặc hiệu cho các bệnh nhân bị rắn độc cắn, sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu góp phần tích cực vào giảm biến chứng và thời gian nằm điều trị cho bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh được phần nào hiệu quả điều trị huyết thanh kháng nọc rắn của bệnh nhân bị rắn hổ cắn (*Bungarus multicinctus*, *Ophiophagus hannah*, *Naja atra*, *Naja kouthia*) qua việc giảm đáng kể thời gian thở máy và thời gian nằm viện. Có thể góp phần giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật do rắn hổ cắn. Tác dụng phụ có thể gặp từ nhẹ như mẩn ngứa dị ứng cho tới rất nặng như sốc phản vệ, tuy vậy chúng tôi chưa gặp trường hợp tử vong nào do tác dụng phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Kim Anh, Trịnh Xuân Kiêm và cộng sự (1998).** Nghiên cứu chế tạo HTKN rắn tại BV. Chợ Rẫy – TP. Hồ Chí Minh – Việt Nam, *Tài liệu tóm tắt Hội nghị về rắn độc và điều trị nạn nhân rắn độc*, BV. Chợ Rẫy – TP. Hồ Chí Minh 1998, 49.
2. **Trịnh Kim Anh, Trịnh Xuân Kiêm và cộng sự (1998).** Thông báo kết quả điều trị bằng HTKN của BV. Chợ Rẫy trên 54 nạn nhân rắn hổ đất nhiễm độc nặng, *Tài liệu tóm tắt Hội nghị về rắn độc và điều trị nạn nhân rắn độc*, BV. Chợ Rẫy – TP. Hồ Chí Minh 1998, 53.
3. **Nguyễn Kim Sơn (1998).** Một số nhận xét bệnh nhân bị rắn độc cắn vào Khoa Hồi sức cấp cứu A9 – BV. Bạch Mai (1994 – 1997), *Tài liệu Hội thảo toàn quốc lần thứ II về cấp cứu ngộ độc cấp*, Uông Bí – 8/1998, 97 – 102.
4. **Vũ Văn Đính, Nguyễn Thị Dụ (1998).** Điều trị rắn hổ cắn, Xử trí cấp cứu nội khoa, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội 1998, 85 - 88.
5. **David A Warrell (1999).** WHO/SEARO GUIDELINES FOR THE CLINICAL MANAGEMENT OF SNAKEBITES IN THE SOUTHEAST ASIAN REGION, *Supplement to the Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public health*, Vol 30 Supplement 1, 1999.
6. **Barry S. Gold, M.D., Richard C. Dart, and SO (2002).** Bites of Venomous Snakes, *The New England Journal of Medicine*, Vol 347: 347 – 356.
7. **Trịnh Xuân Kiêm, Trịnh Kim Anh, Phạm Mạnh Hùng, and SO (2000).** Fifty – four patients with severe *Naja kaouthia* envenoming: results of Cho Ray specific antivenom immunotherapy at Cho Ray Hospital – Ho Chi Minh City, Vietnam, *Symposium on the clinical management of snake bites in Vietnam*, 18-19/4/2000, 68-74.

THỪA CÂN – BÉO PHÌ VÀ CÁC YẾU TỐ XÁC ĐỊNH HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA TRÊN HỌC SINH THỪA CÂN BÉO PHÌ, TẠI 2 TRƯỜNG TRUNG HỌC CƠ SỞ, QUẬN ĐỒNG ĐA, HÀ NỘI

Phạm Vĩnh An*, Cao Thị Thu Hương*

TÓM TẮT⁴²

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 3586 trẻ 11-15 tuổi tại 2 trường trung học cơ sở Đống Đa và Phương Mai, quận Đống Đa, Hà Nội năm 2014 nhằm xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì theo tiêu chuẩn của WHO (2007) và xác định tỷ lệ các yếu tố xác định trẻ bị HCCH bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tăng glucose máu trên 330 đối tượng thừa cân (TC) - béo phì (BP). Trẻ tham gia nghiên cứu được cân, đo chiều cao và vòng eo, đo huyết áp, lấy máu định lượng glucose, triglycerid, HDL-C huyết tương. Kết quả nghiên cứu: tỷ lệ TC - BP của trẻ 11-15 tuổi là 34,4%; trong đó béo phì trung tâm chiếm 80%. Tỷ lệ trẻ bị tăng huyết áp; tăng triglyceride, giảm HDL-C và tăng glucose máu tương ứng là 14,5%; 15,2%; 20,9% và 17,9%.

Từ khóa: trẻ em 11-15 tuổi, thừa cân-béo phì, hội chứng chuyển hóa

SUMMARY

OVERWEIGHT – OBESITY AND FACTORS IDENTIFYING METABOLIC SYNDROME IN OVERWEIGHT – OBESITY STUDENTS IN 2 SECONDARY SCHOOLS OF DONG DA DISTRICT, HANOI

A cross-sectional study was carried out in 3586 children aged 11-15 years in 2 secondary schools of Dong Da district in Ha Noi in 2014 to determine prevalence of overweight and obesity and prevalence of factors identifying metabolic syndrome in 330 overweight-obesity children. The weight, height, waist circumference, blood pressure of children was collected and children's blood was taken to determine plasma triglycerid, Glucose, HDL-C. The results showed that: prevalence of overweight-obesity was 34.4%, among of them, abdominal obesity accounted for 80%. Prevalence of high blood pressure, high triglyceride, low level HDL-C and high blood glucose respectively 14.5%; 15.2%; 20.9% và 17.9%.

Key word: Children aged 11-15 years, overweight-obesity, abdominal obesity, disorder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tăng glucose máu kết hợp với béo phì trung tâm tập hợp thành hội chứng chuyển hóa (HCCH). Trên thế giới có khoảng 1/4 số người trưởng thành bị

mắc HCCH và hội chứng này cũng bắt đầu xuất hiện ở trẻ em và vị thành niên do tỷ lệ béo phì gia tăng ở giới trẻ [1], [2]. Những người mắc HCCH có nguy cơ gặp các cơn đau tim hay nhồi máu cơ tim cao gấp 2-3 lần và nguy cơ bị đái tháo đường type 2 cao gấp 5 lần so với những người không có HCCH. Mỗi năm có khoảng 4 triệu người chết do biến chứng của đái tháo đường. Thừa cân (TC) - béo phì (BP) là nguyên nhân chính dẫn đến HCCH. Theo Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế, việc đánh giá hội chứng chuyển hóa (HCCH) của trẻ em và vị thành niên cần được chia theo các nhóm tuổi: 6-<10 tuổi; 10-<16 tuổi và trên 16 tuổi. Tuy nhiên, theo khuyến cáo của IDF (2007), việc xác định HCCH ở trẻ em nên tiến hành ở trẻ >10 tuổi [1]. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây, tỷ lệ TC - BP ở trẻ em có xu hướng gia tăng tại các thành phố lớn [3], [4], [5], [6]. Do đó, bên cạnh việc xác định tỷ lệ TC-BP ở trẻ em trung học cơ sở (THCS) thì việc đánh giá các dấu hiệu của HCCH là cần thiết. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: xác định tỷ lệ TC - BP ở tất cả học sinh và tỷ lệ các yếu tố chẩn đoán HCCH trên trẻ thừa cân-béo phì tại trường THCS Đống Đa và Phương Mai, Quận Đống Đa, Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Học sinh 11 - 15 tuổi (từ lớp 6 đến lớp 9)

Địa điểm nghiên cứu: Trường trung học cơ sở (THCS) Đống Đa và Phương Mai, quận Đống Đa, thành phố Hà Nội.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức: $n = [Z_{\alpha}^2 \cdot p(1-p)]/d^2$. $Z_{\alpha}=1,96$ ($\alpha=0,05$), p : tỷ lệ ước đoán của chỉ tiêu cần cỡ mẫu lớn nhất dựa trên các nghiên cứu đã tiến hành; d : sai số cho phép. Với sai số cho phép là 5%, cỡ mẫu được tính cho đối tượng là 330 trẻ với tỷ lệ HCCH ở trẻ em TC - BP là 31% [4]. Để có 330 TC - BP thì cần phải cân đo số trẻ là 1500 với tỷ lệ TC - BP ước tính là 22%. Với size effect =2, tổng số mẫu là 3000 trẻ. Thực tế tiến hành cân đo tất cả học sinh trường THCS Đống Đa và Phương Mai với tổng số là 3586 trẻ.

*Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Chọn mẫu theo 2 giai đoạn

Bước 1: Chọn trẻ thừa cân béo phì (chọn được 1233 trẻ)

Bước 2: Chọn đối tượng tham gia đánh giá các yếu tố xác định HCCH: chọn 330 trẻ trong tổng số 1233 trẻ TC – BP theo ngẫu nhiên hệ thống cho từng lớp tuổi.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu và các tiêu chí đánh giá

Thu thập số liệu nhân trắc: Sử dụng cân điện tử TANITA chính xác 0,1 kg trọng lượng cơ thể. Đo chiều cao bằng thước gỗ UNICEF có độ chính xác tới 0,1 cm. Đo vòng eo (VE) bằng thước dây không co giãn, kết quả ghi theo cm với một số lẻ.

Đo huyết áp (HA): Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) với dụng cụ sử dụng là huyết áp điện tử OMRON. Đối tượng được đo

huyết áp 3 lần, mỗi lần cách nhau 3 phút. Kết quả được ghi theo đơn vị mmHg với số trung bình của lần đo thứ 2 và thứ 3.

Xét nghiệm sinh hóa: Lấy 3 ml máu tĩnh mạch khi đói (đối tượng nhịn ăn ít nhất 10 tiếng nhưng không được quá 16 tiếng). Máu được lấy vào buổi sáng từ 6h30-8h30. Mẫu máu được cho vào ống chống đông heparin rồi ly tâm lấy huyết tương (trong vòng 30 phút sau khi lấy máu), bảo quản lạnh đưa về labo sinh hóa để tiến hành xét nghiệm TG, HDL-C và Glucose huyết tương ngay trong ngày tại labo sinh hóa Viện Dinh dưỡng.

2.6. Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

2.7. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng

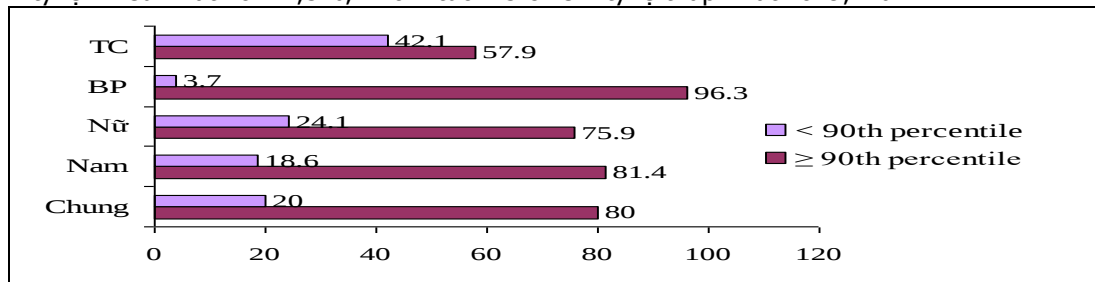
Giới tính	Tần suất	Thiếu dinh dưỡng		Bình thường		Thừa cân (TC)		Béo phì (BP)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nam	2214	48	2,5	1389	62,7	523	23,6	254	11,5
Nữ	1372	47	3,4	869	63,3	398	29,0	58	4,2
Tổng	3586	95	2,6	2258	63,0	921	25,7	312	8,7

Kết quả bảng 3.1 cho thấy, trong tổng số 3586 trẻ, có 95 trẻ (2,6%) bị thiếu dinh dưỡng, 2258 trẻ (63,0%) có tình trạng dinh dưỡng bình thường và 1233 (34,4%) trẻ bị thừa cân - béo phì (25,7% thừa cân và 8,7% béo phì). Từ danh sách 1233 trẻ TC - BP trong bảng 3.1, chọn ngẫu nhiên hệ thống sau khi lập danh sách theo lớp tuổi cho đến khi đủ 330 đối tượng để xác định tỷ lệ mắc HCCH và một số yếu tố liên quan. Kết quả được thể hiện ở các bảng dưới đây:

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng TC - BP theo tuổi

Tuổi	Tổng số trẻ TC-BP (n, %)	Số trẻ cần xác định HCCH (n, %)
11	151 (12,2)	42 (12,7)
12	571 (46,3)	147 (44,5)
13	177 (14,4)	49 (14,8)
14	231 (18,7)	62 (18,8)
15	103 (8,4)	30 (9,1)
Tổng số	1233	330 (100)

Bảng 3.2 cho thấy TC - BP phân bố không đồng đều từ 11 đến 15 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi 12 chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 44,5%, nhóm tuổi 15 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,1%.



Biểu đồ 3.1. Phân bố béo trung tâm theo giới và mức độ TC, BP

Theo biểu đồ 3.1, trong số 330 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng có béo trung tâm là 80%. Tỷ lệ béo phì trung tâm ở nam là 81,4% và ở nữ là 75,9 %. Tỷ lệ này trong nhóm BP là 96,3% và trong nhóm TC là 57,9%.

Bảng 3.3. Các chỉ số nhân trắc của trẻ TC - BP theo giới

Chỉ số	Nam (n=247)	Nữ (n=83)
Cân nặng (kg)	59,21 ± 12,56	56,98 ± 11,35
Chiều cao (cm)	153,81 ± 10,12	151,22 ± 7,22
BMI (kg/m ²)	24,74 ± 2,67	24,73 ± 3,34
VE (cm)	79,73 ± 7,54	74,69 ± 9,12

Bảng 3.3 mô tả giá trị trung bình các chỉ số nhân trắc theo giới tính. Qua bảng, có thể thấy giá trị trung bình cân nặng, chiều cao, BMI và VE ở nam đều cao hơn ở nữ.

Bảng 3.4. Các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng theo giới của trẻ TC-BP

Chỉ số	Chung (X±SD) (n=330)	Nam (X±SD) (n=247)	Nữ (X±SD) (n=83)
HAtt (mmHg)	114,8 ± 12,6	115,9 ± 12,9	111,4 ± 10,9
HAttr (mmHg)	72,8 ± 7,8	73,0 ± 8,0	72,4 ± 7,3
Triglycerid (mg/dL)	109,9 ± 57,3	111,8 ± 59,7	104,2 ± 49,1
HDL-C (mg/dL)	44,7 ± 6,0	44,4 ± 6,2	45,7 ± 5,4
Glucose (mg/dL)	92,8 ± 7,1	92,9 ± 7,1	92,7 ± 6,9

Bảng 3.4 cho thấy, giá trị trung bình về HAtt, HAttr, TG và Glucose ở trẻ nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa ($p>0,05$).

Bảng 3.5. Chỉ số lâm sàng cận lâm sàng theo tình trạng dinh dưỡng TC-BP

	Béo phì	Thừa cân	T-test
HAtt (mmHg)	117,00 ± 12,82	111,79 ± 11,55	$p<0,001$
HAttr (mmHg)	73,74 ± 8,48	71,60 ± 6,71	$p<0,05$
Glucose (mg/dL)	92,99 ± 7,18	92,47 ± 6,96	$p>0,05$
Triglycerid (mg/dL)	111,92 ± 61,60	107,05 ± 50,88	$p>0,05$
HDL-C (mg/dL)	44,34 ± 6,20	45,24 ± 5,80	$p>0,05$

Kết quả bảng 3.5 cho thấy giá trị HAtt và HAttr trung bình của trẻ BP cao hơn so với trẻ TC ($p<0,01$ và $p<0,05$).

Bảng 3.6. Tỷ lệ trẻ tăng HA, tăng TG, giảm HDL-C và tăng Glucose máu.

Giá trị	Chung n=330	BP (n=190)	TC (n=140)	Test χ^2
Tăng HAtt	40 (12,1)	28 (11,7)	12 (8,6)	$p>0,05$
Tăng HAttr	17 (5,2)	8,9	0	$p<0,001$
Tăng HAtt hoặc HAttr	48 (14,5)	36 (18,9)	12 (8,6)	$p<0,01$
Tăng Triglycerid	50 (15,2)	33 (17,4)	17 (12,1)	$p>0,05$
Giảm HDL-C	69 (20,9)	46 (24,2)	23 (16,4)	$p>0,05$
Tăng Glucose máu	59 (17,9)	41 (21,6)	18 (12,9)	$p<0,05$

Kết quả bảng 3.6 cho thấy tỷ lệ trẻ bị tăng HA, tăng triglyceride, giảm HDL-C và tăng glucose máu tương ứng là 14,5%; 15,2%; 20,9% và 17,9%. Tỷ lệ tăng HA (18,9%) và tăng glucose máu (21,6%) của đối tượng BP cao hơn đối tượng TC tương ứng là 8,6% và 12,9% ($p<0,001$ và $p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ TC - BP, béo phì trung tâm: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tỷ lệ TC - BP của học sinh THCS là 34,4% (25,7% TC và 8,7% BP), cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Xuân Ngọc năm 2006 là 10,3% và nghiên cứu của Trần Thị Minh Hạnh tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 là 22,5%. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ TC - BP cao hơn so với các nghiên cứu trên là do sự khác biệt về thời điểm và địa bàn nghiên cứu. Hơn thế, cỡ mẫu của chúng tôi chỉ lấy từ 2 trường THCS của quận Đống Đa, không đại diện cho cả quận, thành phố.

Mẫu nghiên cứu gồm 330 trẻ em TC - BP từ 11 đến 15 tuổi. Học sinh trong từng nhóm tuổi phân bố không đồng đều. Nhóm tuổi 12 chiếm tỷ

lệ nhiều nhất với 44,5%, nhóm tuổi 15 chiếm tỷ lệ thấp nhất với 9,1%. Trong số 330 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ BP ở nhóm trẻ nam là 84,7%, cao hơn so với nhóm nữ là 15,3%. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Xuân Ngọc tiến hành tại Hà Nội năm 2012 [6]. Béo phì trung tâm được coi là điều kiện bắt buộc để xác định HCCH. Trong số 330 trẻ thừa cân béo phì thì có 80% trẻ có béo phì trung tâm. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Tăng Kim Hồng (14,4% ở nam và 9,0% ở nữ). Sở dĩ có sự khác biệt này là do nhóm đối tượng trong nghiên cứu của Tăng Kim Hồng là đối tượng học sinh THCS (chưa sàng lọc trẻ TC-BP).

Tăng HA, rối loạn Lipid máu (triglyceride và HDL-C) và tăng glucose máu: Giá trị trung

bình về các chỉ số HAtt, HAttr, TG, HDL-C, glucose trong nghiên cứu của chúng tôi không tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hà Văn Thiệu và Tăng Kim Hồng điều đó cũng dẫn đến tỷ lệ các rối loạn chuyển hóa cũng khác nhau. Nghiên cứu của Tăng Kim Hồng ở tất cả trẻ em THCS, còn nghiên cứu của chúng tôi ở trẻ đối tượng TC-BP. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ trẻ bị tăng TG (15,2%); tỷ lệ giảm HDL-C (20,9%) và tăng glucose máu (17,9%) cao hơn với kết quả nghiên cứu của Tăng Kim Hồng tương ứng là 11,7% và 9,6; 4,1%. Tuy nhiên tăng HA của trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi (14,5%) thấp hơn so với nghiên cứu của Tăng Kim Hồng là 20,0%. Trong khi đó nghiên cứu của Hà Văn Thiệu có tỷ lệ tăng HAtt là 33,9% và HAttr là 4,5%.

Trẻ BP có giá trị HA trung bình và tỷ lệ tăng HA cao hơn so với trẻ thừa cân. Cân nặng giảm thì HA giảm, Brown và cộng sự đã ghi nhận, khi giảm 1 kg cân nặng thì giảm HA tâm thu trung bình 1,6 mmHg và tâm trương 1,1 mmHg [7]. Nhóm béo phì có tỷ lệ tăng glucose máu (21,6%) cao hơn nhóm thừa cân (12,9%). Thừa cân – béo phì được chứng minh là có tác động đến kháng insulin (một hormone có chức năng điều hòa glucose máu), trong đó béo phì có ảnh hưởng nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua điều tra đánh giá tình trạng dinh dưỡng 3586 học sinh tại hai trường THCS Đồng Đa và Phương Mai, thành phố Hà Nội chúng tôi đưa ra

một số kết luận như sau: Tỷ lệ TC - BP là 34,4% trong đó tỷ lệ TC chiếm 25,7% và tỷ lệ BP chiếm 8,7%. Trong số trẻ TC - BP: tỷ lệ trẻ béo phì trung tâm là 80%, tỷ lệ trẻ bị tăng huyết áp; tăng triglyceride, giảm HDL-C và tăng glucose máu tương ứng là 14,5%; 15,2%; 20,9% và 17,9%.

KHUYẾN NGHỊ: Cần nghiên cứu thêm về các yếu tố liên quan đến thừa cân béo phì và hội chứng chuyển hóa ở trẻ em 11-15 tuổi trên địa bàn Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IDF (2007).** The IDF consensus worldwide definition of the metabonism syndrom for children and adolescent
2. **WHO (2001).** The Work of WHO in the Western Pacific Region Report of the Region Director.
3. **Trần thị Minh Hạnh và CS (2012).** Tình trạng dinh dưỡng học sinh trung học cơ sở thành phố HCM, Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm, số 3 tr 39-45)
4. **Hà Văn Thiệu (2014).** Rối loạn Lipid máu và hội chứng chuyển hóa ở trẻ em thừa cân béo phì từ 10-15 tuổi. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm. Tập 10, số 2 tháng 7 năm 2014
5. **Tăng Kim Hồng, Nguyễn Hoàng Hạnh Đoàn Trang,** Nguyễn Phan Thanh Bình. Hội chứng chuyển hóa: tỉ lệ và điểm cắt tối ưu của chỉ số khối cơ thể và chu vi vòng eo để tiên đoán các yếu tố nguy cơ tim mạch ở trẻ vị thành niên TPHCM
6. **Trần Thị Xuân Ngọc (2012),** Thực trạng và hiệu quả can thiệp thừa cân, béo phì của mô hình truyền thông giáo dục dinh dưỡng ở trẻ em từ 6 đến 14 tuổi tại Hà Nội, Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
7. **Chinali M, Simone G (2008),** "Cardiac markers of pre-clinical disease in adolescents with the metabolic syndrome", *J Am Coll Cardiol*, 52, pg. 932 - 938.

SO SÁNH HIỆU QUẢ AN THẦN CỦA MIDAZOLAM VÀ PROPOFOL BẰNG PHƯƠNG PHÁP PCS (PATIENT CONTROLLED SEDATION) TRONG PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

Nguyễn Quang Bình*, Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT⁴³

Mục tiêu: so sánh hiệu quả an thần của midazolam và propofol bằng phương pháp PCS trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. **Đối tượng phương pháp:** 105 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, tuổi 18 – 60, ASA I - II chia làm 3 nhóm ngẫu nhiên. Nhóm 1 (gây tê đơn thuần = GTĐT) bằng lidocaine 2% (n =

35); nhóm 2 (PCS midazolam): gây tê kết hợp với an thần bằng midazolam do bệnh nhân tự điều khiển (n = 35); nhóm 3 (PCS propofol): gây tê kết hợp với an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển (n = 35). **Kết quả:** mức an thần ở nhóm midazolam thấp hơn (p < 0,01; p < 0,05) so với nhóm propofol và ở mức an thần 4 < OAA/S < 5; mức độ đau, tổng liều lidocaine, sự hợp tác với phẫu thuật ở nhóm midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa (p > 0,05) nhưng khác nhau có ý nghĩa (p < 0,01) so với nhóm GTĐT; số lần sử dụng bolus an thần ở nhóm midazolam nhiều hơn (p < 0,01) và thời gian hồi tỉnh, xuất viện lâu hơn (p < 0,01) so với nhóm propofol. **Kết luận:** PCS sử dụng midazolam có mức an thần thấp hơn, số lần sử dụng bolus nhiều hơn, thời gian

*Bệnh viện RHM Trung ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính:
Email:
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

hồi tỉnh và xuất viện lâu hơn nhưng mức độ đau, tổng liều lidocain, sự hợp tác phẫu thuật gần như nhau so với PCS sử dụng propofol.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam, propofol.

SUMMARY

COMPARE THE EFFECTIVENESS OF MIDAZOLAM SEDATION AND PROPOFOL IN PCS (PATIENT CONTROLLED SEDATION) IN LOWER WISDOM TEETH SURGERY

Objective: To compare the effectiveness of midazolam sedation and propofol in PCS (patient controlled sedation) in lower wisdom teeth surgery.

Subjects of Methods: 105 patients with surgical indications, ages 18-60, ASA I - II randomly divided into 3 groups. Group 1 (general anesthesia = GA) with lidocaine 2% (n = 35); Group 2 (PCS midazolam): anesthesia in combination with patient-controlled sedation using midazolam (n = 35); Group 3 (PCS propofol) anesthesia in combination with patient-controlled sedation using propofol (n = 35). **Results:** The level of sedation in midazolam group is lower ($p < 0.01$; $p < 0.05$) than propofol group and is in between $4 < \text{OAA/S} < 5$; there is no significant difference in the level of pain, the total dose of lidocaine and the surgical cooperation between midazolam group and propofol group ($p > 0.05$) but it is significantly different comparing to GA group; the frequency of using bolus sedation in midazolam group is higher ($p < 0.01$) and recovery time and hospital discharge is longer ($p < 0.01$) than propofol group.

Conclusion: PCS using midazolam has lower sedation level, higher frequency of using bolus, longer recovery time and later hospital discharge but almost the same level of pain, total dose of lidocaine and surgical cooperation when compared to PCS using propofol.

Keywords: Sedation, PCS, midazolam, propofol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, trên thế giới phương pháp PCS (patient controlled sedation) do bệnh nhân tự kiểm soát an thần sử dụng midazolam hoặc propofol kết hợp với gây tê tại chỗ trong các can thiệp phẫu thuật trong miệng thường áp dụng khá phổ biến. Midazolam và propofol đều có tác dụng an dịu, giảm lo sợ, giảm ngưỡng đau, giảm liều thuốc tê và hợp tác tốt với phẫu thuật. Tuy nhiên, phẫu thuật trong miệng (đại diện là răng khôn hàm dưới) là phẫu thuật khó nên nhu cầu sử dụng và hiệu quả an thần của midazolam và propofol là khác nhau, cho dù là cùng sử dụng phương pháp PCS. Ở nước ta, phương pháp PCS sử dụng an thần midazolam hoặc propofol tĩnh mạch kết hợp gây tê tại chỗ trong các phẫu thuật trong miệng vẫn còn là vấn đề mới và ít được đề cập. Vì vậy, trong bài viết này chúng tôi nghiên cứu: "so sánh hiệu quả an thần của midazolam và propofol bằng phương pháp PCS trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật một răng khôn hàm dưới 38 hoặc 48, vô cảm dưới gây tê tại chỗ đơn thuần hoặc gây tê tại chỗ kết hợp với an thần. Tuổi từ 18 – 60, tình trạng toàn thân khỏe mạnh theo ASA I, II. Bệnh nhân thực hiện phẫu thuật trên ghế nha khoa – tại khoa Phẫu thuật Trong Miệng, Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm và bác sĩ gây mê hồi sức.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, so sánh đối chứng. Chia ngẫu nhiên làm 3 nhóm:

- Nhóm 1 (GTĐT = gây tê đơn thuần) n = 35 bệnh nhân.

- Nhóm 2 (PCS midazolam) n = 35 bệnh nhân: gây tê tại chỗ kết hợp với an thần bằng midazolam theo phương pháp PCS.

- Nhóm 3 (PCS propofol) n = 35 bệnh nhân: gây tê tại chỗ kết hợp với an thần bằng propofol theo phương pháp PCS.

2.2.2. Phương pháp tiến hành

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

- Phương pháp vô cảm

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

- Nhóm 2 (PCS midazolam): bệnh nhân tự thực hiện tiêm tĩnh mạch bằng cách bấm nút điều khiển bơm tiêm điện, nhận liều đầu là 0,5 mg midazolam tĩnh mạch trước 1 phút khi gây tê tại chỗ như nhóm 1. Duy trì những liều tiếp theo bằng cách cài đặt trên máy liều bolus: 0,5 mg midazolam và đặt khoảng thời gian trễ (thời gian không tác dụng) giữa 2 lần bolus là 1 phút.

- Nhóm 3 (PCS propofol): bệnh nhân tự thực hiện tiêm tĩnh mạch bằng cách bấm nút điều khiển của bơm tiêm điện, nhận liều đầu là 20 mg propofol tĩnh mạch trước 1 phút khi gây tê tại chỗ như nhóm 1. Duy trì những liều tiếp theo bằng cách cài đặt trên máy liều bolus: 20 mg propofol và đặt khoảng thời gian trễ (thời gian không tác dụng) giữa 2 lần bolus là 1 phút.

2.2.3. Phương pháp đánh giá

*Các tiêu chí đánh giá

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, toàn thân ASA.

- Đánh giá mức độ an thần theo OAA/S (mắt, vẻ mặt, lời nói và đáp ứng lâm sàng): OAA/S = 1

điểm: ngủ sâu; 1 < OAA/S < 2: an thần quá mức; 2 < OAA/S < 3: an thần sâu; 3 < OAA/S < 5: an thần tỉnh; OAA/S = 5: tỉnh hoàn toàn.

- Mức độ đau theo VAS: 0 - 1 điểm (*không đau*); 2 - 3 điểm (*đau ít*); 4 - 6 điểm (*đau vừa*); 6 - 8 điểm (*đau nhiều*); 8 - 10 điểm (*đau không chịu nổi*).

- Tổng liều thuốc gây tê (mg): số lượng lidocain thực dùng ở từng nhóm.

- Số lần sử dụng an thần: số lần bệnh nhân bấm nút tự điều khiển và nhận liều bolus midazolam hoặc propofol.

- Thời gian hồi tỉnh (phút): là khoảng thời gian từ khi ngừng thuốc an thần đến khi OAA/S = 5 điểm.

- Thời gian xuất viện (phút): thời gian xuất viện được tính từ lúc kết thúc phẫu thuật đến lúc bệnh nhân đủ tiêu chuẩn xuất viện.

- Sự hợp tác theo Rodrigo: Tốt (*hợp tác tốt, phẫu thuật tốt*); Trung bình (*hợp tác khi nhắc liên tục và phẫu thuật khó khăn*); Kém (*không hợp tác và phẫu thuật rất khó khăn*); Xấu (*phẫu thuật không được*).

*Thời điểm đánh giá: T₀: 5 phút trước sử dụng an thần; T₁: 1 phút sau dùng an thần; T₂: 5 phút; T₃: 10 phút; T₄: 15 phút sau phẫu thuật;

T₅: khi kết thúc phẫu thuật; T_x: ngay trước khi xuất viện.

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

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung cân nặng, tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe (ASA): Nhóm GTĐT, PCS midazolam và PCS propofol: tuổi (thứ tự 30,37 ± 8,29 năm; 29,17 ± 7,97 năm; 27,29 ± 7,23 năm); cân nặng (thứ tự 55,69 ± 8,03 kg; 56,40 ± 8,01 kg; 54,14 ± 7,06 kg); giới (thứ tự, nam: 71,42%; 71,42%; 80,00% và nữ: 28,58%; 28,58%; 20,00%); ASA (thứ tự, loại I: 71,58%; 82,29%; 94,30% loại II: 22,42%; 17,71%; 5,70%); mức độ khó phẫu thuật (thứ tự 8,26 ± 1,73 điểm; 8,62 ± 2,11 điểm; 8,70 ± 1,82 điểm) khác nhau không ý nghĩa (p > 0,05).

3.2. Mức độ an thần theo OAA/S

Bảng 3.1. Mức độ an thần theo OAA/S (điểm)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00
T ₁	5,00 ± 0,00	4,37 ± 0,55 ^s	4,26 ± 0,70 ^s
T ₂	5,00 ± 0,00	4,34 ± 0,47* ^s	4,80 ± 0,47 ^s
T ₃	5,00 ± 0,00	4,29 ± 0,46* ^s	4,71 ± 0,52 ^s
T ₄	5,00 ± 0,00	4,46 ± 0,51* ^s	4,72 ± 0,44 ^s
T ₅	5,00 ± 0,00	4,71 ± 0,46** ^s	4,91 ± 0,28
T _x	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00

Ghi chú: - *: p < 0,01; **: p < 0,05 so với giá trị tương ứng ở nhóm 3.

-^s: p < 0,01 so với giá trị tương ứng ở nhóm 1

3.3. Mức độ đau của bệnh nhân

Bảng 3.2. Mức độ và tỉ lệ bệnh nhân đau theo VAS

Mức đau	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		Nhóm 3 (n = 35)	
	BN	%	BN	%	BN	%
Không	09	25,71	20	57,14*	22	62,86*
Nhẹ	09	25,71	10	28,57	10	28,57
Trung bình	17	48,58	05	14,29	03	8,57
X ± SD	3,55 ± 2,01		0,77 ± 1,32*		0,75 ± 1,22*	

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

3.4. Tổng liều lidocain và số lần bolus sử dụng an thần

Bảng 3.3. Tổng liều lidocain (mg) và số lần sử dụng bolus an thần.

Tổng liều lidocain (mg) và số lần bolus an thần	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
Lidocain (mg)	116,23 ± 19,01	108,23 ± 12,82*	106,67 ± 13,92**
Số lần bolus	-	3,06 ± 1,60 ***	2,34 ± 0,73

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

- ***: p < 0,01 khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 3.

3.5. Thời gian hồi tỉnh và xuất viện**Bảng 3.4. Thời gian hồi tỉnh và xuất viện (phút)**

Thời gian (phút)	Hồi tỉnh (n=35) X ± SD	Xuất viện (n=35) X ± SD
Nhóm 1	-	9,76 ± 1,23
Nhóm 2	4,57 ± 2,70 *	14,30 ± 1,34*
Nhóm 3	2,96 ± 0,51	10,20 ± 1,23

Ghi chú: *: $p < 0,01$ khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 3.

3.6. Sự hợp tác của bệnh nhân trong phẫu thuật theo Rodrigo**Bảng 3.5. Sự hợp tác của bệnh nhân với phẫu thuật theo Rodrigo**

Sự hợp tác với phẫu thuật	Nhóm 1 (n=35)		Nhóm 2 (n=35)		Nhóm 3 (n=35)	
	BN	%	BN	%	BN	%
Tốt	11	31,43	32	91,43*	30	85,71*
Vừa	20	57,14	03	8,57	5	14,28
Kém	04	11,43	0	0	0	0

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

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng toàn thân ASA ở 3 nhóm nghiên cứu khác nhau không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng toàn thân ở 3 nhóm nghiên cứu là đồng nhất.

4.2. Mức an thần theo quan sát lâm sàng OAA/S: ở bảng 3.1 cho thấy trong khoảng thời gian phẫu thuật (từ T₂ đến T₅) điểm an thần ở nhóm midazolam thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm propofol nhưng ở cả hai nhóm midazolam và propofol thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT và giới hạn trong vùng an thần tĩnh ($4 < \text{OAA/S} < 5$). Như vậy, nhóm PCS sử dụng midazolam và propofol bệnh nhân không quá tỉnh táo, giảm lo lắng, thư giãn, vẫn có thể làm theo lệnh, phối hợp tốt với phẫu thuật. Ở mức an thần này không bị ức chế hô hấp và ổn định tuần hoàn. Thorpe (1996) cho rằng dùng propofol hay midazolam với nồng độ cao hay thấp thì PCS giúp bệnh nhân đạt được mức an thần cần thiết có thể thực hiện cuộc phẫu thuật [6]. Rudkin (1992) bổ sung một liều fentanyl trước khi sử dụng PCS với midazolam đã gây ra an thần sâu ở 2 bệnh nhân tới mức phải kích thích nhẹ mới đáp ứng được mệnh lệnh. Có thể không cần thiết fentanyl khi sử dụng với midazolam [4]. Satish (2011) so sánh mức độ an thần ở 3 nhóm sử dụng propofol, midazolam và GTĐT trong phẫu thuật rằng khôn hàm dưới cho thấy hiệu quả an thần của nhóm propofol ưu việt hơn midazolam và gây tê tại chỗ [5]. Nghiên cứu của chúng tôi dùng đơn độc midazolam hoặc propofol và không kết hợp với nhóm opioid và đặt khoảng thời gian trơ 1 phút. Vì vậy, dù sử dụng midazolam hay propofol đều đạt mức an thần tĩnh và không bị an thần sâu hay quá mức.

4.3. Mức độ đau của bệnh nhân: ở bảng 3.2 cho thấy tỉ lệ và mức độ đau theo VAS ở 2

nhóm PCS sử dụng midazolam và propofol kết hợp với gây tê tại chỗ khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) và ở mức không đau nhưng khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT và ở mức đau nhẹ. Để lí giải cho vấn đề này có lẽ dưới tác dụng an thần, gây quên khi kết hợp gây tê tại chỗ đã làm giảm ngưỡng đau của bệnh nhân. Fong (2005) so sánh nhóm dùng an thần tĩnh kết hợp với giảm đau remifentanyl và nhóm chứng dùng NaCl 0,9% cho thấy điểm số đau và mức lo sợ khác nhau không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Tác giả cho rằng trong phẫu thuật rằng khôn hàm dưới kĩ thuật gây tê tại chỗ có vai trò quyết định đến điểm số đau [2]. Propofol và midazolam là thuốc tác dụng an thần và không có tác dụng giảm đau nhưng sử dụng propofol hay midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ làm giảm ngưỡng đau, giảm căng thẳng, tăng tác dụng của thuốc tê và hợp tác tốt với phẫu thuật.

4.4. Tổng liều lidocain và số lần sử dụng bolus: bảng 3.3 cho thấy tổng liều lidocain sử dụng ở hai nhóm midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$ và $p < 0,01$) so với nhóm GTĐT. Lí giải cho vấn đề này, dưới tác dụng an thần của midazolam hoặc propofol làm giảm liều thuốc tê, ngưỡng đau và lo sợ hơn nhóm chỉ GTĐT. Kết quả cho thấy số lần bolus ở nhóm midazolam nhiều hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm propofol. Như vậy, nhu cầu an thần ở nhóm PCS bằng midazolam với liều bolus 0,5 mg có số lần tự bấm sử dụng an thần nhiều hơn nhóm PCS bằng propofol với liều bolus 20 mg. Timothy (2004) cho rằng mức lo sợ trước mổ tăng là yếu tố dự báo tăng sử dụng tổng liều an thần, thuốc tê và cũng là yếu tố dự báo tăng mức cử động trong mổ [7]. Như vậy, việc sử dụng an thần trong quá trình phẫu thuật sẽ làm giảm lo sợ, liều thuốc tê và cử động trong mổ.

4.5. Thời gian hồi tỉnh và xuất viện: bảng 3.4 cho thấy thời gian hồi tỉnh và xuất viện ở nhóm PCS midazolam kéo dài hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm PCS propofol. Để lý giải cho vấn đề này là do ở nhóm midazolam có số lần bolus nhiều hơn (bảng 3.3) và sự tích lũy của midazolam tác dụng kéo dài hơn nên có thời gian hồi tỉnh và xuất viện muộn hơn, trong khi đó ở nhóm propofol số lần bolus ít hơn và không bị tích lũy nên sớm hồi tỉnh và nhanh xuất viện hơn. Như vậy, nhóm PCS propofol ưu điểm do sớm hồi phục và nhanh xuất viện hơn nhóm PCS midazolam. Cook (1998) cho rằng không có sự khác nhau về thời gian hồi tỉnh giữa midazolam và propofol [1]. Leitch và CS (2004) so sánh hiệu quả an thần của propofol và midazolam trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới cho biết propofol có thời gian hồi phục nhanh hơn ($p = 0,001$) so với midazolam [3]. Như vậy, thời gian hồi tỉnh và xuất viện của propofol ngắn hơn midazolam do đó rút ngắn thời gian theo dõi sau mổ. Điều này là rất quan trọng đối với phẫu thuật răng ngoại trú.

4.6. Sự hợp tác của bệnh nhân với phẫu thuật: ở bảng 3.5 cho thấy mức hợp tác tốt của bệnh nhân với phẫu thuật ở nhóm midazolam 91,43% và propofol 85,71% khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT 31,43%. Khi sử dụng an thần dù là midazolam hay propofol kết hợp với gây tê tại chỗ trong phẫu thuật đều giúp cho bệnh nhân êm dịu, giảm lo sợ, giảm ngưỡng đau, ít cử động, chính vì vậy sự hợp tác với phẫu thuật tốt hơn nhóm GTĐT (mức hợp tác trung bình 57,14% và hợp tác kém 11,43%) là do bệnh nhân tỉnh táo, tăng lo sợ, tăng ngưỡng đau và cử động nhiều hơn trong phẫu thuật. Sự hợp tác tốt với phẫu thuật là ưu điểm của phương pháp PCS sử dụng midazolam hoặc propofol hơn hẳn phương pháp chỉ GTĐT trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Leitch (2004) so sánh ngẫu

nhiên an thần sử dụng propofol và midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ trong phẫu thuật răng khôn cho biết cả hai kỹ thuật bệnh nhân đều hợp tác tốt với phẫu thuật [3]. Sự hợp tác tốt với phẫu thuật không những nói lên chất lượng cuộc phẫu thuật mà còn ảnh hưởng tới sự mong muốn sử dụng lần sau của bệnh nhân và hài lòng của phẫu thuật viên sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

PCS sử dụng midazolam có mức an thần thấp hơn, số lần sử dụng bolus nhiều hơn, thời gian hồi tỉnh và xuất viện lâu hơn nhưng mức độ đau, tổng liều lidocain, sự hợp tác phẫu thuật gần như nhau so với PCS sử dụng propofol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cook L. B., Lockwood G. G., Moore C. M., Whitwam J. G. (1993), "True patient-controlled sedation", *Anaesthesia*, 48(12), pp. 1039-44.
2. Foong C. C., Kwan A. (2005), "Patient-controlled sedation using remifentanyl for third molar extraction", *Anaesth Intensive Care*, 33, pp. 73-77.
3. Leitch J. A., Anderson K., Gambhir S., Millar K., et al (2004), "A partially blinded randomised controlled trial of patient-maintained propofol sedation and operator controlled midazolam sedation in third molar extractions", *Anaesthesia*, 59(9), pp. 853-60.
4. Rudkin G. E., Osborne G. A., Finn B. P., Jarvis D. A., et al (1992), "Intra-operative patient-controlled sedation. Comparison of patient-controlled propofol with patient-controlled midazolam", *Anaesthesia*, 47(5), pp. 376-81.
5. Staish K., Sujit M., Amit S. (2011), "Comparison of Propofol and Midazolam for Sedation in Surgical Extraction of Third Molars under L.A - Aclinical Study", *JIDA*, 5, pp. 4.
6. Thorpe S. J., Balakrishnan V.R., Coe L. B. (1996), "Observations on patient controlled administration of propofol", *Br J Anaesth*, 76, pp. 576-594.
7. Timothy M., Osborn B. S., Sandler N. A. (2004), "The Effects of Preoperative Anxiety on Intravenous Sedation", *Anesth Prog*, 51, pp. 46-51.

LÀM THỂ NÀO ĐỂ TRÁNH PHẢI CẮT BỎ TINH HOÀN TOÀN BỘ KHI TÌNH CỜ CHẨN ĐOÁN ĐƯỢC MỘT KHỐI U CỦA TINH HOÀN

Nguyễn Phú Việt¹, Nguyễn Phương Hồng²

TÓM TẮT⁴⁴

¹Học viên Quân Y

²Phòng khám Đa khoa Âu Việt.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Việt

Email: bacsviet103@yahoo.fr

Ngày nhận bài:

Đặt vấn đề: Khối u tinh hoàn, không có triệu chứng và không được sờ thấy, được phát hiện bằng siêu âm ngày càng nhiều, nhất là ở các bệnh nhân hiếm muộn-vô sinh. Đối với các khối u này, liệu có phải cắt bỏ toàn bộ tinh hoàn hay không? Mục đích

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

của bài viết là nêu lên các chỉ định và cách thức điều trị bảo tồn tinh hoàn tối đa, áp dụng cho các tổn thương của tinh hoàn được phát hiện một cách tình cờ. **Phương pháp:** Tham khảo các công trình nghiên cứu, liên quan đến khối u tinh hoàn, được công bố trong thời gian gần đây. **Kết quả:** Các khối u tinh hoàn không có triệu chứng lâm sàng được chẩn đoán bằng siêu âm ở bệnh nhân hiếm muộn-vô sinh nhiều hơn ở nam giới cùng độ tuổi sinh đẻ bình thường. Khoảng 75% các khối u này không được sờ thấy và gần 70% là lành tính về mô học [3]. Trong các khối u lành tính của tinh hoàn, khối u các tế bào Leydig gặp nhiều nhất [3]. Tăng sản các tế bào Leydig không phải là khối u của tinh hoàn, nhưng cấu trúc của nó được nhận biết bằng siêu âm giống như một khối u. Đối với các khối u tinh hoàn không có triệu chứng và không được sờ thấy, không có bất thường về phần bố mạch trên siêu âm và về xét nghiệm các chất đánh dấu ung thư tinh hoàn, khi kích thước khối u dưới 10mm, chỉ định theo dõi chủ động khối u bằng siêu âm; khi thể tích khối u dưới 30% khối lượng tinh hoàn và kích thước khối u từ 10 – 20mm, chỉ định cắt tinh hoàn bán phần kết hợp với xét nghiệm mô học tức thì. Nếu kích thước khối u trên 20mm, có bất thường về phần bố mạch trên siêu âm và/hoặc về xét nghiệm các chất đánh dấu ung thư tinh hoàn, chỉ định cắt bỏ tinh hoàn toàn bộ phối hợp với nạo vét hạch bạch huyết rộng rãi. **Kết luận:** Chỉ định theo dõi chủ động khối u bằng siêu âm hoặc cắt tinh hoàn bán phần kết hợp với xét nghiệm mô học tức thì hoặc cắt bỏ tinh hoàn toàn bộ phối hợp với nạo vét hạch bạch huyết rộng rãi phải căn cứ vào kích thước khối u, thể tích khối u cũng như tính chất phần bố mạch khối u trên siêu âm và kết quả xét nghiệm các chất đánh dấu ung thư tinh hoàn.

SUMMARY

HOW TO AVOID TO REMOVE BOTH TESTICLES IN CASE OF TESTICULAR TUMORS

Question: Nowadays, more and more testicular tumors which have no symptoms and are impalpable are detected by ultrasound, especially in patients treated with male infertility. For these tumors, whether is the removal of both testicles necessary? The purpose of the article is to raise the indications and treatments to protect testicles and apply to testicular detected by accident. **Method :** To refer most recent published studies in testicular tumors. **Results:** The testicular tumors without clinical symptoms are diagnosed by ultrasound which happen at patients treated with male infertility than men at normal reproductive age. Approximately 75% of these tumors are impalpable and almost 70% are benign in histology [3]. Among benign tumors of the testis, Leydig cell tumors have been found most frequently [3]. Leydig cell hyperplasia is not a testicular tumor, but its structure identified by ultrasound is like a

tumor. For testicular tumors having no symptoms and are impalpable, no abnormalities on pulse distribution on ultrasound results and on tests of testicular cancer, for tumors size less than 10 mm, to monitor the tumor with ultrasound; when the tumor volume is less than 30% of testicular volume and tumor size from 10-20 mm, to remove a part of testicles combined with histological examination immediately. If the tumor size is over 20 mm, with abnormalities on pulse distribution on ultrasound results and/or tests for testicular cancer, to remove both testicles combining with lymph nodes dissection. **Conclusion:** To monitor the tumors by ultrasound or removal of part of testicles combined with histological examination immediately or remove both testicles combining with lymph node dissection must be based on tumor size, tumor volume and nature of pulse distribution of tumors on ultrasound test results and tests of testicular cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do số bệnh nhân nam giới phải đi khám vô sinh ngày một tăng và nhờ các phương tiện chẩn đoán ngày càng hiện đại (siêu âm màu, chụp cộng hưởng từ cơ quan sinh dục), các khối u tinh hoàn được phát hiện tình cờ ngày một nhiều. Trong khi đối với ung thư tinh hoàn, thái độ xử trí là cắt bỏ tinh hoàn toàn bộ kết hợp với nạo vét hạch bạch huyết rộng rãi. Vậy làm thế nào để biết được đây là một khối u tinh hoàn có nhiều khả năng lành tính và đối với một khối u tinh hoàn được phát hiện tình cờ, điều trị bảo tồn tinh hoàn triệt để là như thế nào? Mục đích của bài viết là thông qua việc tham khảo các công trình nghiên cứu, liên quan đến u tinh hoàn được công bố trong thời gian gần đây, để nêu lên chỉ định và cách thức điều trị bảo tồn tinh hoàn tối đa, áp dụng cho các tổn thương của tinh hoàn, được phát hiện một cách tình cờ.

II. ĐẶC ĐIỂM ĐỂ NHẬN BIẾT CÁC TỔN THƯƠNG CỦA TINH HOÀN CÓ NHIỀU KHẢ NĂNG LÀNH TÍNH

2.1. Dịch tễ học và yếu tố nguy cơ của ung thư tinh hoàn: Ở nước ta, chưa có nghiên cứu về dịch tễ học của ung thư tinh hoàn trong cả nước. Nhưng ở các nước Châu Âu, tỷ lệ ung thư tinh hoàn chiếm 1,5% các ung thư nam giới và tần số gặp là từ 3 – 10 người/100.000 dân/năm [3]. Ở nước Cộng hòa Pháp, tần số này là từ 4 – 5 người/100.000 dân/năm [3]. Thể bệnh bị ung thư tinh hoàn cả 2 bên, đồng thời và không đồng thời, là từ 1 – 2% [6].

Bảng 1: Số vùng nhu mô tinh hoàn kết lại như một khối u ở bệnh nhân bị hiếm muộn-vô sinh.

Tên tác giả	Số bệnh nhân	Số vùng nhu mô tinh hoàn kết lại như một khối u (%)
Butruille và cs.	4.000	45 (1,1%)
Carmignani và cs.	560	8 (1,4%)

Mancini và cs.	145 (không có tinh trùng, loại không do tắc ống dẫn tinh).	11 (7,5%)
Phillips và cs.	749	9 (1,2%)
Pierik và cs.	1372	7 (0,5%)
Raman và cs.	3847	10 (0,3%)

*Nguồn: Theo Delavierre D và Kerdraon R, năm 2013 [3].

Theo Delavierre D [3], Peng X và cộng sự, năm 2009, thông qua việc kiểm tra lại y văn, cho biết hiếm muộn-vô sinh là yếu tố nguy cơ của ung thư tinh hoàn. Nguy cơ này tồn tại ở cả các bệnh nhân không bị tinh hoàn ẩn. Ở các bệnh nhân bị hiếm muộn-vô sinh, khi làm siêu âm nhận thấy *một vùng nhu mô tinh hoàn kết lại như một khối u* (VNM TH KL NKU – có mật độ âm khác với nhu mô tinh hoàn ở xung quanh vùng đó) thì không phải tất cả các vùng ấy đều là khối u tinh hoàn và ung thư tinh hoàn. Trong các bệnh nhân bị hiếm muộn-vô sinh, tỷ lệ các vùng nhu mô tinh hoàn kết lại như đã mô tả ở trên là từ 0,3 – 1,4%, nhưng tỷ lệ này tăng lên ở các bệnh nhân, không có tinh trùng trong tinh dịch, loại không do tắc ống dẫn tinh (Bảng 1) [3].

2.2. Đặc điểm lâm sàng để nghĩ tới một khối u tinh hoàn lành tính: Ở các bệnh nhân bị hiếm muộn-vô sinh, vì VNM TH KL NKU không có triệu chứng cơ năng và không được sờ thấy

nên phải làm siêu âm cơ quan sinh dục một cách có hệ thống cho tất cả các bệnh nhân này. Siêu âm không thể thay thế xét nghiệm giải phẫu bệnh. Nhưng vì chống chỉ định sinh thiết tinh hoàn qua da, sinh thiết tinh hoàn chỉ được thực hiện bằng phẫu thuật (mổ mở thông thường hoặc bằng vi phẫu) [4]. Carmignani L và cs. cho biết: khi kích thước của VNM TH KL NKU lớn hơn 16 mm, vùng nhu mô đó là một khối u ác tính, với một tỷ lệ cao một cách có ý nghĩa thống kê [2]. Năm 2012, một nghiên cứu [7] về mối liên quan giữa kích thước VNM TH KL NKU và tỷ lệ khối u tinh hoàn lành tính cho biết: đường biểu diễn ROC cho phép xác định giới hạn kích thước của VNM TH KL NKU là 18,5 mm. Dưới 18,5 mm, có 38,5% các VNM TH KL NKU là khối u tinh hoàn lành tính, với độ nhạy là 87% và độ đặc hiệu là 83%. Trên kích thước này, chỉ có 2% các vùng nhu mô đó là khối u tinh hoàn lành tính.

Bảng 2: Đặc điểm của các VNM TH KL NKU, ở các bệnh nhân hiếm muộn-vô sinh.

*Nguồn: Theo Delavierre D và Kerdraon R, năm 2013 [3].

Tên tác giả	Số VNM TH KL NKU	Số VNM TH KL NKU không được sờ thấy (%)	Số VNM TH KL NKU lành tính (%)
Butruille và cs.	45	36 (80%)	34 (77%)
Carmignani và cs.	8	4 (50%)	6 (75%)
Eiffer và cs. (không tinh trùng, loại không tắc nghẽn)	20 có vùng giảm âm	Không xác định	13 (93%)
Mancini và cs. (không tinh trùng, loại không tắc nghẽn)	11	9 (82%)	7 (78%)
Phillips và cs.	9	Không xác định	2 (29%)
Pierik và cs.	7	6 (86%)	5 (71%)
Raman và cs.	10	6 (60%)	Không xác định
		61/81 (75%)	67/99 (68%)

2.3. Vị trí của siêu âm trong việc chẩn đoán các tổn thương của tinh hoàn: Siêu âm đóng một vai trò trung tâm trong chẩn đoán và điều trị khối u tinh hoàn. Sau khi khám lâm sàng, đây là xét nghiệm đầu tay và được làm thường quy. Ngược lại, chụp cộng hưởng từ chỉ được chỉ định cho các trường hợp khó khăn, nghi ngờ trong chẩn đoán. Siêu âm cho phép trả lời tất cả các câu hỏi mà thầy thuốc muốn biết, như VNM TH KL NKU có khu trú không? tính chất phân bố mạch máu của vùng nhu mô đó? khối lượng vùng nhu mô đó là bao nhiêu? Nhu mô tinh hoàn lành còn lại là bao nhiêu? có kèm theo các tổn thương khác không (lắng đọng canxi)? Để trả lời các câu hỏi này, phải có máy siêu âm chất lượng

cao phối hợp với siêu âm màu và đầu dò siêu âm từ 10 – 14 MHz [6].

*Một khối u, không được sờ thấy, được phát hiện tình cờ bằng siêu âm, ví dụ như khối u các tế bào Leydig, khối u các tế bào Sertoli, một khối u ác tính, một khối nhồi máu, một u xơ, một khối u bạch huyết hoặc một khối ung thư từ xa di căn tới tinh hoàn.

*Một khối u được sờ thấy một cách tình cờ (không có triệu chứng cơ năng) thường là một khối u ác tính.

*Có nhiều khối u. Đó là loại khối u có nhiều ổ hoặc một viêm tinh hoàn hoặc một ung thư di căn đến tinh hoàn hoặc một tăng sản của các tế bào Leydig.

2.4. Các loại u lành tính của tinh hoàn

Theo Delavierre D và cs. [3], trong các tổn thương lành tính của tinh hoàn, khối u các tế bào Leydig là thường gặp nhất và chiếm tỷ lệ gần 55% (Bảng 3). Tỷ lệ gặp của khối u này là 3,5 người/1.000 bệnh nhân bị hiếm muộn-vô sinh. Khối u các tế bào Leydig phải được phân biệt với tăng sản các tế bào Leydig. Trong tăng sản các tế bào Leydig, nhu mô vùng tổn thương vẫn còn các ống sinh tinh. Vùng nhu mô tinh hoàn, có tăng sản các tế bào Leydig, không phải là một khối u, nhưng cấu trúc mô học của nó là một VNM TH KL NKU và được nhận biết bằng siêu âm. Butruille C và cs. [1] cho biết trong số 45 bệnh nhân có một VNM TH KL NKU, 10 trường hợp (23%) mắc bệnh Klinefelter (thể nhân 47 XXY). Các trường hợp bị bệnh Klinefelter

đều có vùng nhu mô tinh hoàn tăng sản các tế bào Leydig. Nguyên nhân của hiện tượng này là do các kích dục tố tuyến yên kích thích nhu mô tinh hoàn một cách quá mức.

Mới đây (2016), một nghiên cứu khác [6] cho biết: trong các tổn thương lành tính của tinh hoàn, u nang dạng biểu bì là thường gặp nhất, chiếm < 1% các khối u của người lớn. Khối u các tế bào Leydig chiếm từ 1 – 3% các khối u tinh hoàn và tiến triển lành tính trong 90% các trường hợp. Khối u các tế bào Sertoli chiếm từ 0,4 – 1,5% các khối u tinh hoàn và tiến triển lành tính trong 85% các trường hợp. Các tổn thương khác có thể gặp như tăng sản các tế bào Leydig hoặc khối u của các phần phụ tinh hoàn (khối u tuyến, u cơ trơn hoặc u tuyến nang thanh dịch).

Bảng 3: Mô học của các VNM TH KL NKU, được phát hiện ở các bệnh nhân hiếm muộn-vô sinh.

*Nguồn: Theo Delavierre D và Kerdraon R, năm 2013 [3].

Tên tác giả	Số VNM TH KL NKU	U các tế bào Leydig	Tăng sản các tế bào Leydig	Các tổn thương lành tính khác	Ung thư
Buckspan và cs.	4	4			10
Butruille và cs.	44	17		6	2
Carmignani và cs.	8	3	11	1	1
Eifler và cs. (Không tinh trùng, không tắc ống dẫn tinh)	14 vùng giảm âm	4	2	3	2
Hopps và cs.	4	3			2
Mancini và cs. (Không tinh trùng, không tắc ống dẫn tinh)	9	4			5
	6	1		1	2
Muller và cs. (các VNM TH KL NKU 5 mm)	7	5			10
	7	79 Tổn thương lành tính (70%)	4		34
Phillips và cs.	10		2		Ung thư (30%)
Pierik và cs.	113				
Raman và cs.					

3. Chỉ định và cách thức điều trị các tổn thương tinh hoàn, được phát hiện tình cờ

3.1. Các chỉ định: Phẫu thuật cắt bán phần tinh hoàn đầu tiên được đề xuất do nhu cầu cần thiết cho các bệnh nhân chỉ có một tinh hoàn hoặc bị khối u đồng thời ở cả 2 tinh hoàn. Nhu cầu này được chứng minh bởi các tác động bất lợi lâu dài của phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn toàn bộ đối với các chức năng nội tiết và hình ảnh bản thân của bệnh nhân [6]. Hiện nay, phẫu thuật cắt tinh hoàn bán phần kết hợp với xét nghiệm mô học tức thì đã được nhiều tác giả [3],[6],[7] chỉ định cho các bệnh nhân:

*Có khối u chiếm dưới 30% khối lượng tinh hoàn và kích thước của tổn thương từ 10 – 20mm.

*Không có bất thường trong các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh và các chất đánh dấu đánh giá sự lan rộng của tổn thương.

Cắt tinh hoàn toàn bộ phối hợp với nạo vét hạch bạch huyết rộng rãi, nếu kích thước của tổn

thương trên 20 mm và có bất thường về xét nghiệm các chất đánh dấu cũng như xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh.

3.2. Phẫu thuật cắt tinh hoàn bán phần

Phẫu thuật được tiến hành bằng đường mổ ở vùng ống bẹn. Sau khi bộc lộ thừng tinh và đưa tinh hoàn về nằm ở giữa 2 mép vết mổ, việc xác định khối u được thực hiện bằng tay của phẫu thuật viên hoặc được phối hợp với việc sử dụng siêu âm trong cuộc mổ (nếu có phương tiện). Tiếp theo là cắt bỏ khối u (gửi bệnh phẩm làm xét nghiệm mô học tức thì), cầm máu diện cắt và khâu lại màng trắng của tinh hoàn.

Việc cặp thừng tinh không phải là nguyên tắc bắt buộc. Chưa có nghiên cứu tiến cứu về vấn đề này. Các thí nghiệm trên động vật cho biết sau khi cặp thừng tinh 30 phút, thiếu máu nóng đã làm hư hại các tế bào Sertoli, nhưng chưa chứng minh được các thay đổi về mô học của tinh hoàn

do thiếu máu lạnh (bằng trường đá, đã được xay nhỏ, từ 4 – 6 giờ) gây ra [6]. Tốt nhất là trước khi cắt bỏ khối u, luồn quanh từng tinh bằng một ống Nelaton nhỏ, mềm, cỡ 6 hoặc 8 Fr hoặc bằng một dải "lacs" chờ sẵn. Khi cần thiết, thực hiện việc cắt từng tinh.

Xét nghiệm mô học tức thì đóng vai trò rất quan trọng vì xét nghiệm cho phép phân biệt một khối u lành với một khối u ác tính và cho phép tránh được phẫu thuật cắt bỏ tinh hoàn một lần nữa. Khả năng trả lời chính xác của xét nghiệm sẽ được cải thiện khi cho bác sĩ giải phẫu bệnh biết các triệu chứng lâm sàng (nếu có), kết quả các xét nghiệm cận lâm sàng về vị trí và thể tích của khối u. Xét nghiệm mô học tức thì có độ nhạy 100% đối với các khối u ác tính và 80% đối với các khối u lành tính [6]. Một số công trình nghiên cứu cho biết xét nghiệm này có độ đặc hiệu 100% trong việc phân biệt một khối u ác tính với một khối u lành tính. Chẩn đoán mô học tức thì có thể không chắc chắn trong 10% các trường hợp vì sự lấy mẫu chưa đúng nơi có tổn thương hoặc bệnh phẩm mà nơi có tổn thương đã bị đốt điện hoặc một phản ứng viêm che khuất mô ác tính [6].

IV. KẾT LUẬN

Nếu khối u tinh hoàn không được sờ thấy, chỉ được phát hiện tình cờ bằng siêu âm và kết quả siêu âm bình thường, không có bất thường về xét nghiệm các chất đánh dấu ung thư tinh hoàn, khi kích thước khối u dưới 10 mm, chỉ định theo dõi chủ động khối u bằng siêu âm; nếu thể

tích khối u dưới 30% khối lượng tinh hoàn và kích thước khối u từ 10 – 20 mm, chỉ định cắt tinh hoàn bán phần kết hợp với làm xét nghiệm mô học tức thì. Đối với các trường hợp mà kích thước khối u trên 20 mm, lại có bất thường về các chất đánh dấu ung thư tinh hoàn và siêu âm, chỉ định cắt bỏ tinh hoàn toàn bộ kết hợp với nạo vét hạch bạch huyết rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Butruille C, Marcelli F, Ghoneim T et al. (2012). Prise en charge des nodules testiculaires dans une population de patients infertiles. *Prog Urol*; 22: 45 – 52.
2. Carmignani L, Morabito A, Gadda F et al. (2005). Pronostic parameters in adult impalpable ultrasonographic lesions of the testicle. *J Urol*; 174: 1035 – 1038.
3. Delavierre D, Kerdraon R (2013). Faut-il opérer les nodules testiculaires découverts pendant l'évaluation d'une hypofertilité masculine ? *Prog Urol – FMC*; 23: 51 – 56.
4. Durand X, Rigaud J, Avancès C et al. (2013). Recommandations en onco-urologie 2013 du CCAFU: Tumeurs germinales du testicule. *Prog Urol*, Suppl 2; 145 – 160.
5. Giannarini G, Dieckmann K-P, Albers P et al. (2010). Organ-sparing surgery for adult testicular tumours: a systematic review of the literature. *Eur Urol*; 57: 780 – 790.
6. Moulin M, Michel F (2016). Les tumeurs bénignes du testicule. Comment éviter l'orchidectomie totale ? *Prog Urol – FMC*; 26: 2 – 5.
7. Shilo Y, Zisman A, Lindner A et al. (2012). The predominance of benign histology in small testicular masses. *Urol Oncol*; 30: 719 – 722.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL, CISPLATIN BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB, IV TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Bảo Ngọc¹, Hoàng Minh Tú²,
Nguyễn Thị Hoa¹, Phạm Cẩm Phương³

TÓM TẮT⁴⁵

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ đáp ứng, sống thêm và độc tính hóa trị phác đồ Pac-Cis ở bệnh nhân ung thư phổi

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²TT Ung bướu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

³TT Ung bướu và Y học hạt nhân, Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc

Email: ngoctranbao72@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IV. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, cắt ngang 81 bệnh nhân giai đoạn IIIB, IV từ tháng 07/2012 đến tháng 03/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng cơ năng chung 65,5%; tỷ lệ đáp ứng thực thể toàn bộ đạt 35,8% (không có BN nào đáp ứng hoàn toàn). Các yếu tố ảnh hưởng đáp ứng có ý nghĩa là chỉ số PS, giai đoạn IIIB, tình trạng di căn hạch. Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 13,2 tháng; tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm lần lượt ước tính 35,6 và 16,4%, tương ứng. Một số yếu tố khiến sống thêm dài hơn có ý nghĩa là giai đoạn bệnh, giai đoạn N, tình trạng đáp ứng điều trị và chỉ số PS trước điều trị. Các độc tính

chủ yếu gặp với hệ tạo huyết (dòng bạch cầu) với mức độ thấp, có thể kiểm soát được. **Kết luận:** Phác đồ Paclitaxel-Cisplatin cho kết quả điều trị khá tốt và độc tính chấp nhận được với các BN UTPKTBN giai đoạn IIIB, IV.

Từ khóa: Phác đồ Paclitaxel-Cisplatin, ung thư phổi không tế bào nhỏ, ung bướu Thái Nguyên, giai đoạn IIIB, IV.

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT USING PACLITAXEL, CISPLATIN CHEMOTHERAPY IN NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS AT STAGE IIIB, IV IN THAI NGUYEN GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the response rate, survival and some acute toxicity of Pac-Cis chemotherapy in non-small cell lung cancer patients at stage IIIB, IV.

Subjects and Methods: Retrospective descriptive study, 81 patients were recruited from Oct 2012 to Mar 2016. **Results:** The objective response rate was 65,5%; the realistic response rate reached 35,8% (there was no complete response). Factors associated with the response were PS indicators, stage IIIB, the status of lymph metastasis. The average of overall survival was 13,2 months; 1-year and 2 years survival rates were 35,6 and 16,4%, respectively. Several factors related with longer survival were the stage of disease, stage N, the response to treatment and pre-treatment PS. The major acute toxicities encountered with hematopoietic system (leukemia) with low levels, can be controlled. **Conclusion:** Using paclitaxel-cisplatin chemotherapy regimen for treatment of non-small cell lung cancer patients at stage IIIB, IV can lead to quite good result with acceptable toxicity.

Keywords: Paclitaxel-cisplatin chemotherapy, lung cancer, non-small cell, Thai Nguyen Oncology, stage IIIB, IV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) nguyên phát là loại ung thư phổ biến nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các bệnh mạn tính ở nhiều quốc gia trên thế giới. Trong tương lai, UTP vẫn được đánh giá là bệnh khó kiểm soát so với một số bệnh lý khác như tim mạch, tiêu hóa.... Số ca mới mắc mỗi năm trên toàn cầu tăng trung bình là 0,5% và tỷ lệ sống trên 5 năm chỉ khoảng 15% đối với bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ở giai đoạn muộn, nhưng có thể đạt tới 70-90% nếu bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị ở giai đoạn sớm.

Đã có nhiều nghiên cứu hóa trị UTPKTBN bằng nhóm taxanes. Và paclitaxel là một dẫn chất nhóm taxanes có hiệu quả rõ rệt trong điều trị UTPKTBN giai đoạn muộn, khi dùng đơn độc hay phối hợp với nhóm platinum trong các thử nghiệm lâm sàng, đã được FDA công nhận. Tuy nhiên, cần lưu ý tới các độc tính trên hệ tạo

huyết, thính giác, thận và thần kinh. Tác giả de Castria (2013) phân tích 10 thử nghiệm với 5017 BN, kết quả cho biết: Không có sự khác biệt giữa carboplatin và cisplatin về sống thêm, mà nhóm có cisplatin có tỷ lệ đáp ứng cao hơn, song cần theo dõi độc tính đặc biệt ở những BN có bệnh kèm theo [5].

Một số tác giả trong nước đã áp dụng phác đồ có taxanes trong hóa trị đơn thuần hoặc hóa xạ trị đồng thời UTPKTBN giai đoạn không mô được cho kết quả đáng khích lệ [1],[2]. Trung tâm Ung bướu- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong vài năm gần đây đã triển khai nhiều phác đồ mới trong điều trị UTP, kể cả việc dùng các thuốc nhắm trúng đích. Để tổng kết, đánh giá giá trị của phác đồ Paclitaxel-Cisplatin trong điều trị UTPKTBN giai đoạn IIIB-IV, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả kết quả hóa trị phác đồ Paclitaxel-Cisplatin và một số độc tính ở các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IV.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 81 bệnh nhân (BN) UTP không tế bào nhỏ.

- **Tiêu chuẩn chọn:** Là những BN chẩn đoán xác định là UTPKTBN bằng giải phẫu bệnh. Chưa được điều trị triệt căn. Không mắc ung thư thứ hai. Có chỉ định hóa trị liệu (chỉ số P.S $\leq$ 2; chức năng gan thận bình thường, bệnh kèm theo không quá nguy kịch). Tham gia điều trị ít nhất 3 chu kỳ hóa trị liệu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Ung thư phổi thứ phát. Ung thư phổi đã được điều trị triệt căn. Bệnh nhân không hợp tác hoặc bỏ dở điều trị.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 07/2012 đến hết tháng 03/2016. Tại Trung tâm Ung bướu- Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu, thiết kế nghiên cứu ngang.

Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn và trong thời gian nghiên cứu nói trên. Tất cả đều được khám, chẩn đoán và có chỉ định hóa trị liệu phác đồ Paclitaxel-Cisplatin với liều hướng dẫn của NCCN.

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu: Kết quả đáp ứng (đánh giá ngay sau 1 tháng kết thúc theo dõi) về cơ năng theo tiêu chuẩn WHO, đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn RECIST 2009.

Phân tích sống thêm toàn bộ và một số yếu tố ảnh hưởng theo ước lượng thời gian sống thêm của Kaplan Meier. Mô tả một số độc tính theo CTCAE phiên bản 4.0 năm 2009.

2.5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 22.0. Giá trị $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Phác đồ Paclitaxel-Cisplatin đã được FDA công nhận. Đề tài được tiến hành sau khi được sự đồng ý và cho phép của Hội đồng đạo đức nghiên cứu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

81 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình 58,9 (khoảng 38-77 tuổi); tỷ lệ nam/nữ là 4,8/1; 63% (51 BN) giai đoạn IV; 35 BN (43,2%) có chỉ số PS = 1 trước điều trị.

Bảng 1. Đáp ứng cơ năng sau điều trị:

Hầu hết các trường hợp đều thuyên giảm triệu chứng sau điều trị, đặc biệt có 6 trường hợp hết hoàn toàn các triệu chứng cơ năng (Bảng 1).

Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hết triệu chứng	6	7,5
Thuyên giảm một phần	47	58,0
Giữ nguyên	13	16,0
Nặng thêm	15	18,5
Tổng số	81	100

Không thấy trường hợp nào đáp ứng thực thể hoàn toàn sau điều trị, trong 27 BN bệnh tiến triển, có 18 trường hợp nặng thêm sau 3 chu kỳ hóa trị, được thay đổi phác đồ hoặc chuyển điều trị triệu chứng (Bảng 2).

Bảng 2. Đáp ứng thực thể sau điều trị

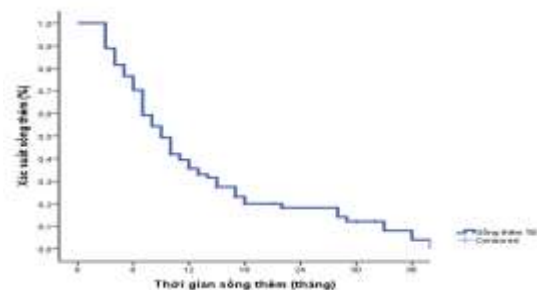
Đáp ứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hoàn toàn	0	0
Một phần	29	35,8
Giữ nguyên	25	30,9
Tiến triển	27	33,3
Tổng số	81	100

Khi tiến hành so sánh một số đặc điểm lâm sàng, thấy giai đoạn bệnh, giai đoạn N và chỉ số PS có sự khác biệt về đáp ứng ($p < 0,05$); một số chỉ số khác (giới, tuổi...) không thấy sự khác biệt (Bảng 3).

Bảng 3. So sánh đáp ứng thực thể sau điều trị

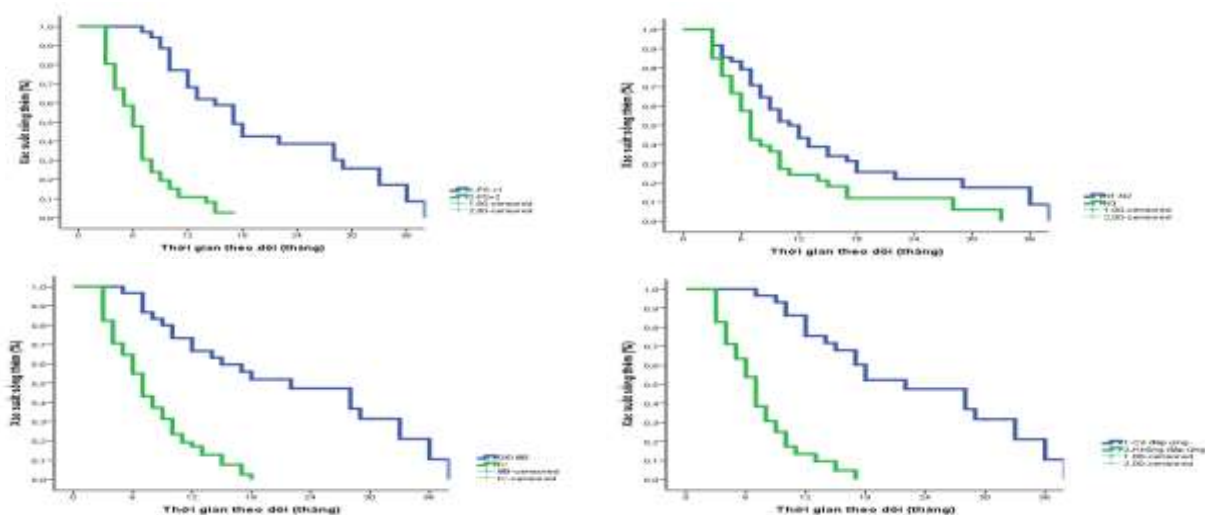
Biến so sánh	Đáp ứng		Không đáp ứng		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
IIIB	24	29,6	6	7,4	< 0,001
IV	5	6,2	46	56,8	
N1, N2	21	25,9	27	33,3	= 0,058
N3	8	9,9	25	30,9	
PS = 1	26	32,1	9	11,1	< 0,001
PS = 2	3	3,7	43	53,1	

Tiến hành phân tích sống thêm theo Kaplan Meier với thời gian theo dõi trung bình 11,8 tháng (khoảng 3-38 tháng) thấy 11 trường hợp còn sống (13,6%). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình 13,2 tháng, ước tính tỷ lệ sống thêm 1 năm, 2 năm lần lượt đạt 35,6 và 16,4%, tương ứng. Tiến hành phân tích cặp để so sánh tỷ lệ sống thêm thấy có một số yếu tố liên quan có ý nghĩa ($p < 0,05$) là chỉ số PS trước điều trị, giai đoạn N, giai đoạn bệnh và tình trạng đáp ứng sau hóa trị (Biểu đồ 1).



Bảng 4. Độ độc tính với hệ tạo huyết

Dòng tế bào	Độ độc tính									
	0		1		2		3		4	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm bạch cầu hạt	45	55,6	16	19,7	11	13,6	6	7,4	3	3,7
Giảm bạch cầu	42	51,9	18	22,2	12	14,8	6	7,4	3	3,7
Giảm huyết sắc tố	21	25,9	43	53,1	17	21,0	0	0	0	0
Giảm tiểu cầu	66	81,5	13	16,0	2	2,5	0	0	0	0



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và so sánh một số yếu tố

Khi thống kê các độc tính cấp tính ở hệ tạo huyết, chúng tôi thấy đa số đều gặp ở độ thấp, tỷ lệ độc tính nặng (độ 3, độ 4) chỉ gặp ở vài BN trên dòng bạch cầu (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Năm 1997, hội ung thư học lâm sàng Mỹ (ASCO) khuyến cáo liệu trình điều trị hoá chất không nên quá 8 chu kỳ và trong thực hành lâm sàng thường ứng dụng 6 chu kỳ. Chúng tôi đã thực hiện 415 chu kỳ hóa chất trên 81 BN. Số trường hợp truyền đủ 6 chu kỳ cao chiếm 63% (số chu kỳ trung bình 5,10/BN). Trong nghiên cứu này không có trường hợp nào phải ngừng điều trị vì tác dụng phụ của thuốc.

Một trong những mục đích chính của điều trị hóa chất giai đoạn muộn là nhằm giảm nhẹ triệu chứng và nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Mặc dù tỷ lệ đáp ứng chung chỉ khoảng 30-40% nhưng có tới 2/3 BN giảm bớt được các triệu chứng cơ năng. Ở nghiên cứu của các tác giả nước ngoài dùng bộ câu hỏi (FACT-L, EORTC LC13) để đánh giá chất lượng cuộc sống trong suốt quá trình điều trị. Một số thử nghiệm lâm sàng pha III của Belani khẳng định về khả năng cải thiện chất lượng cuộc sống rõ rệt ở nhóm BN này [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ đáp ứng cơ năng là 65,5% (trong đó đáp ứng hoàn toàn là 7,5%), kết quả này thấp hơn nghiên cứu của các tác giả L.T Hà là 77,7% [1], có lẽ đây là một nghiên cứu hồi cứu nên việc đánh giá sự thuyên giảm triệu chứng cơ năng của BN chỉ dựa trên những kết quả ghi chép trong bệnh án nên không tránh khỏi các yếu tố gây nhiễu kết quả theo dõi.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có BN nào đáp ứng hoàn toàn tương tự như với các nghiên cứu của các tác giả trong và

ngoài nước. Điều đó cho thấy với những người bệnh giai đoạn muộn tổn thương lan tràn tại chỗ và có di căn thì việc điều trị làm biến mất hoàn toàn các tổn thương là vô cùng khó khăn. Tỷ lệ đáp ứng chung của phác đồ trong nghiên cứu là 35,8%, tương tự như kết quả nghiên cứu của N.T.H Sâm 35,8% [2], của L.T Hà 31,1% [1]. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh tiến triển trong nghiên cứu này còn khá cao (33,3%) cao hơn nghiên cứu của hai tác giả nói trên. Những trường hợp tiến triển trong nghiên cứu phần lớn là do xuất hiện thêm những tổn thương di căn mới. Một số BN sau 3 chu kỳ hóa chất có đáp ứng một phần nhưng sau khi điều trị đến 6 chu kỳ thì bệnh giữ nguyên hoặc tiến triển. Đây có thể là do hiện tượng kháng thuốc ở nhóm bệnh nhân này.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian sống trung bình cao là: 13,2 tháng cao hơn các nghiên cứu khác có lẽ do nhóm bệnh nhân điều trị đủ 06 chu kỳ hóa chất của chúng tôi cao (63%), thời gian sống thêm giảm dần từ 35,6% tại thời điểm 12 tháng xuống còn 16,4% sau 24 tháng. Qua phân tích chúng tôi thấy tỷ lệ sống thêm ở giai đoạn IIIB cao hơn giai đoạn IV với thời gian sống thêm toàn bộ trung bình lần lượt là 21,9 tháng và 7,9 tháng. Tỷ lệ sống thêm ở nhóm bệnh nhân N1,2 cao hơn so với nhóm N3 với thời gian sống thêm trung bình toàn bộ lần lượt là 15,5 tháng và 10,2 tháng. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự với B.C Việt (2010) khi tác giả so sánh thấy kích thước u nguyên phát, tình trạng hạch di căn, giai đoạn bệnh có ý nghĩa tiên lượng trong điều trị UTPKTBN [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi độc tính chủ yếu gặp là giảm huyết sắc tố 60/81 BN (74,1%), trong đó giảm huyết sắc tố độ 2 gặp 17 trường hợp chiếm 21%. Không có trường hợp nào giảm độ 3,4. Tỷ lệ giảm bạch cầu hạt còn khá cao gặp 36/81 BN (44,4%) nhưng có 3 trường hợp giảm bạch cầu hạt độ 4 chiếm 3,7%. Trên lâm sàng có biểu hiện sốt, không có triệu chứng nhiễm trùng. Điều trị bằng thuốc kích bạch cầu, số lượng bạch cầu trở về bình thường sau đó 2 ngày. Ba BN này vẫn tiếp tục điều trị 6 đợt, có giảm liều nhưng vẫn đạt trên 80% liều điều trị. Tỷ lệ giảm tiểu cầu gặp 15/81 BN (18,5%) ở mức độ nhẹ (1, 2) không có trường hợp nào giảm độ 3, 4. Như vậy độc tính trên huyết học của chúng tôi gặp khá cao nhưng chỉ ở mức độ nhẹ (độ 1,2) chủ yếu trên dòng bạch cầu (48,1) và huyết sắc tố (74,1%). Tỷ lệ giảm huyết sắc tố và bạch cầu cũng liên quan đến chỉ số toàn trạng PS và tình trạng dinh dưỡng của BN. Trong nghiên cứu này cỡ mẫu không đủ lớn, thời gian theo dõi không được dài (bệnh có tiên lượng xấu), do nhiều nguyên nhân khác nhau nên không phân tích được tỷ lệ sống thêm không bệnh, tuy nhiên với những kết quả ghi nhận được, chúng tôi cũng có thể rút ra được một số kết luận có ý nghĩa với thực tiễn.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ paclitaxel-cisplatin điều trị 81 BN UTPKTBN tại Thái Nguyên cho tỷ lệ đáp ứng, sống thêm khá tốt với các độc tính chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thu Hà (2009)**, "Đánh giá hiệu quả phác đồ Paclitaxel+Carboplatin trong điều trị ung thư phổi không phải tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội (2006-2009)", *Trường Đại học Y Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ y học.
2. **Nguyễn Huyền Sâm (2012)**, "Đánh giá kết quả điều trị của phác đồ Paclitaxel - Carboplatin trên bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB - IV tại Trung tâm Ung bướu Hải Phòng từ năm 2007-2011", *Trường Đại học Y Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ y học.
3. **Bùi Chí Viết, Lê Văn Cường, Nguyễn Chấn Hùng (2010)**, "Các yếu tố tiên lượng ung thư phổi không tế bào nhỏ", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 14 (Phụ bản số 4), tr. 397-407.
4. **Belani CP, Ramalingam S, Perry MC, et al. (2008)**, "Randomized, phase III study of weekly paclitaxel in combination with carboplatin versus standard every-3-weeks administration of carboplatin and paclitaxel for patients with previously untreated advanced non-small-cell lung cancer", *J Clin Oncol*, 26 (3), pp. 468-473.
5. **De Castria TB, da Silva EM, Gois AF, et al. (2013)**, "Cisplatin versus carboplatin in combination with third-generation drugs for advanced non-small cell lung cancer", *Cochrane Database Syst Rev*, 8, pp. CD009256.
6. **Fennell DA, Summers Y, Cadranet J, et al. (2016)**, "Cisplatin in the modern era: The backbone of first-line chemotherapy for non-small cell lung cancer", *Cancer Treat Rev*, 44, pp. 42-50.
7. **Smit E, Moro-Sibilot D, Carpeno Jde C, et al. (2016)**, "Cisplatin and carboplatin-based chemotherapy in the first-line treatment of non-small cell lung cancer: Analysis from the European FRAME study", *Lung Cancer*, 92, pp. 35-40.

ĐÁNH GIÁ KỸ THUẬT KHÂU NỐI HỌNG-ỐNG DẠ DÀY THEO KIỂU TẬN-BÊN TRONG PHẪU THUẬT TÁI TẠO THỰC QUẢN BẰNG ỐNG DẠ DÀY

Trần Anh Bích*, Trần Minh Trường*, Lâm Việt Trung*

TÓM TẮT⁴⁶

Mục tiêu: Đánh giá kết quả kỹ thuật khâu nối họng-ống dạ dày theo kiểu tận-bên trong phẫu thuật điều trị ung thư hạ họng thanh quản xâm lấn thực quản cổ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu 50 trường hợp phẫu thuật tái tạo hạ họng-thực quản bằng ống dạ dày sau cắt thanh quản-hạ họng-thực

quản toàn phần giai đoạn muộn (III, IV) tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2012 – 30/09/2016. **Kết quả:** Kỹ thuật khâu họng-ống dạ dày theo kiểu tận-bên có tỷ lệ rò, hẹp miệng nối sau phẫu thuật thấp lần lượt là 2%, 4%. Nội soi ống mềm và chụp X-quang nuốt chất cản quang quay video 6 tháng sau mổ có 2 bệnh nhân hẹp miệng nối. Đường kính miệng nối: $5 \pm 0,3$ cm. **Kết luận:** Khâu họng-ống dạ dày theo kiểu tận-bên là kỹ thuật khâu hiệu quả, kết quả khả quan, tỷ lệ biến chứng thấp.

Từ khóa: khâu nối họng-ống dạ dày kiểu tận-bên, ung thư hạ họng thanh-thực quản, cắt hạ họng-thanh quản-thực quản toàn phần có tái tạo, kỹ thuật tái tạo bằng ống dạ dày.

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Anh Bích

Email: anhbich2005@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY**END-TO-SIDE ANASTOMOSIS IN GASTRIC PULL-UP RECONSTRUCTION FOR PHARYNGOLARYNGO-ESOPHAGECTOMY OF HYPOPHARYNX AND CERVICAL ESOPHAGEAL CARCINOMA**

Objective: To determine the results of end-to-side anastomosis in gastric pull-up reconstruction for total laryngopharyngo-esophagectomy. **Methods:** We evaluated 50 patients with carcinoma of hypopharynx and cervical esophagus who underwent gastric pull-up reconstruction for total laryngopharyngo-esophagectomy between 2012 and 2016 at Cho Ray ENT department. **Results:** Anastomotic leakage after end-to-side anastomosis was 2%. There were two cases of anastomotic strictures diagnosed by flexible endoscopic and videofluoroscopy after 6 months. The average anastomotic diameter was 5 ± 3 cm. **Conclusion:** End-to-side anastomosis in gastric pull-up reconstruction is an effective technique with good outcomes, complication rates low.

Keywords: hypopharynx and cervical esophageal carcinoma, pharyngolaryngoesophagectomy, gastric pull-up reconstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của nền y học thế giới, công tác điều trị cho những bệnh nhân (BN) ung thư thanh quản giai đoạn muộn đã có những bước tiến đáng kể. Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy là một trong những cơ sở đã thực hiện phẫu thuật điều trị ung thư thanh quản từ nhiều năm. Những trường hợp ung thư họng-thanh quản xâm lấn miệng thực quản thì vấn đề phẫu thuật gặp rất nhiều khó khăn do cần phải tái tạo sau phẫu thuật cắt hạ họng-thanh quản-thực quản toàn phần nhằm đảm bảo kín và lưu thông tốt của đường tiêu hóa.

Chọn lựa kiểu khâu đóng họng là rất quan trọng và quyết định cho sự thành công của phẫu thuật. Hiện nay vẫn chưa có công trình nghiên cứu về kỹ thuật đóng họng-ống dạ dày theo kiểu tận-bên trong phẫu thuật khâu nối họng-ống dạ dày, chính vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này.

Bảng 1: Đánh giá tình trạng nuốt qua lâm sàng

Đặc điểm	Sau 1 tháng (n=50)	Sau 6 tháng (n=39)	Sau 12 tháng (n=23)
Chế độ ăn			
Bình thường	0 (0%)	0 (0%)	14 (60,9%)
An thức ăn mềm	49 (98%)	37 (94,8%)	8 (34,8%)
An lỏng	0 (0%)	1 (2,6%)	1 (4,3%)
Không ăn được	1 (2%)	1 (2,6%)	0 (0%)
Lượng thức ăn			
Bình thường	15 (30%)	17 (43,6%)	14 (60,9%)
Giảm	34 (68%)	21 (53,9%)	9 (39,1%)
Không ăn uống	1 (2%)	1 (2,6%)	1 (4,3%)
Nôn ọc sau ăn			
Không	15 (30,6%)	15 (39,5%)	13 (56,6%)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hạ họng-thanh quản-thực quản, điều trị tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2012 – 30/09/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN được chẩn đoán ung thư vùng hạ họng thanh quản thực quản cổ giai đoạn muộn T3, T4. BN đồng ý tham gia nghiên cứu một cách tự nguyện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Ung thư họng – thanh quản đã có di căn xa (phổi, xương...).

- Ung thư xâm lấn lên cao đến đáy lưỡi, cực dưới amidan, ĐM cảnh.

- BN đã có phẫu thuật cắt dạ dày trước đó.

1.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

Cách tiến hành: Nhóm phẫu thuật Tai Mũi Họng: Rạch da cổ hình chữ U, nạo vét hạch cổ 2 bên, cắt toàn bộ hạ họng thanh quản, chuẩn bị miệng nối ở họng, sinh thiết tức thì rìa hố mổ.

- Nhóm phẫu thuật Ngoại Tổng Quát: Rạch da theo đường trắng giữa trên rốn bóc tách lấy bỏ toàn bộ thực quản, tái tạo dạ dày thành hình ống luồn qua khe hoành qua trung thất sau lên vùng cổ, Khâu đóng bụng

- Nhóm phẫu thuật Tai Mũi Họng: nối họng với ống dạ dày theo kiểu tận-bên bằng chỉ PDS 4.0, khâu lỗ mổ khí quản vĩnh viễn, đặt ống mũi dạ dày, đặt ống dẫn lưu, khâu da cổ, khâu cầm ngực

III. KẾT QUẢ

- **Đặc điểm chung:** Tuổi trung bình $60,3 \pm 9,0$, nhóm tuổi hay gặp 60 – 69 (36%). Nam giới chiếm 94%. Bệnh nhân hút thuốc lá chiếm 94%, trong đó 88% trường hợp vừa hút thuốc lá vừa uống rượu. 22% trường hợp có bệnh nội khoa kèm theo.

- **Biến chứng miệng nối:** 3/50 trường hợp chảy máu miệng nối, 1/50 trường hợp rò miệng nối, 2/50 trường hợp hẹp miệng nối

- **Đánh giá tình trạng nuốt:** Thời gian ăn bằng đường miệng trung bình là $9,2 \pm 3,1$ ngày. Thời gian sớm nhất vào ngày thứ 4, trễ nhất ngày 16.

Khi ăn nhiều	30 (61,2%)	22 (57,9%)	9 (39,1%)
Mỗi khi ăn	4 (8,2%)	1 (2,6%)	1 (4,3%)
Trào ngược dịch vị	(n=49)	(n=38)	(n=23)
Không	0 (0%)	3 (7,9%)	12 (52,2%)
Không thường xuyên	29 (59,2%)	33 (86,8%)	10 (43,5%)
Thường xuyên	20 (40,8%)	2 (5,3%)	1 (4,3%)

Bảng 2: Đánh giá tình trạng nuốt qua nội soi

Đặc điểm	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	Sau 12 tháng
Miệng nổi	(n=50)	(n=39)	(n=23)
Bình thường	20 (40%)	33 (84,6%)	23 (100%)
Hẹp	1 (2%)	2 (5,1%)	0 (0%)
Viêm loét phù nề	29 (58%)	4 (10,3%)	0 (0%)

+ Đánh giá chức năng nuốt qua chụp XQuang nuốt chất cản quang quay video

- 01 tháng sau mổ có 1 trường hợp hẹp miệng nổi 2%.
- 06 tháng sau mổ có 2 trường hợp hẹp miệng nổi

IV. BÀN LUẬN

Trong phẫu thuật cắt toàn bộ hạ họng-thanh-thực quản và tái tạo hạ họng-thực quản bằng ống dạ dày, phần ống dạ dày sau tái tạo được đưa lên nối cao đến họng. Miệng nổi sẽ bị căng nên dễ bị rò và hẹp miệng nổi. Do đó chọn lựa kiểu khâu miệng nổi là yếu tố quyết định sự thành công của phẫu thuật này. Đa số các nghiên cứu trên thế giới đều sử dụng kiểu khâu nối tận-tận trong phẫu thuật nối họng-ống dạ dày. Chúng tôi nhận thấy kiểu khâu nối tận-bên có nhiều ưu điểm và có thể áp dụng với miệng nổi cao và có đường kính của 2 đầu miệng nổi chênh lệch nhau nhiều.

Miệng nối họng-ống dạ dày được các tác giả khâu nối theo kiểu tận-tận, đầu tận của ống họng khâu vào đầu tận của ống dạ dày. Do đường kính của ống họng lớn hơn đường kính của ống dạ dày cho nên có tác giả khâu hẹp ống họng từ 2 mép của thành trước và sau. Sallum RAA [4] thực hiện miệng nối tận-tận bắt đầu khâu từ ngoài vào trong, đến khi còn khoảng 2cm ở giữa miệng nối khâu làm hẹp niêm mạc ống họng nối với ống dạ dày. Như vậy với kiểu khâu này đường kính của miệng nối bằng với đường kính của ống dạ dày. Sau khi lành thương và xạ trị kết hợp sẽ làm thu hẹp đường kính miệng nổi. Hẹp miệng nổi sau phẫu thuật là biến chứng khó can thiệp và mất nhiều thời gian điều trị do vấn đề tái hẹp và bệnh nhân phải soi nong nhiều lần, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Miệng nối tận-bên đã được sử dụng đối với các phẫu thuật ở thần kinh, ruột và phẫu thuật ung thư thực quản 1/3 giữa và 1/3

dưới, ống dạ dày sau tái tạo được nối với phần thực quản còn lại và miệng nổi này nằm ở nền cổ họng trong ngực. Tuy nhiên trong phẫu thuật cắt toàn bộ hạ họng-thanh-thực quản, miệng nổi cao ở họng sẽ được nối với ống dạ dày thì tới nay chưa có tác giả nào thực hiện.

Chúng tôi chọn miệng nối tận-bên vì: Đường kính của ống họng to hơn đường kính của ống dạ dày nên chúng tôi sẽ mở thành bên của ống dạ dày theo đường kính của ống họng. Vì vậy đường kính của miệng nối sẽ bằng với đường kính ống họng nên giúp giảm tỉ lệ hẹp miệng nổi.

- Có thể cắt hạ họng phải cao hơn hạ họng trái vì mỏm cột năm bên phải của bệnh nhân, là phần di động do đó có thể di chuyển ra trong lúc khâu miệng nối ở thành phải của ống họng. Có thể tạo 1 góc tối đa 45^o giữa đường thẳng song song với cầm đi ngang qua điểm khâu họng ống dạ dày bên trái và đường thẳng đi từ điểm khâu họng-ống dạ dày trái chéo về phía góc hàm phải.

- Đường khâu vững chắc vì chỉ có 1 đường khâu theo chu vi miệng nổi so với đường khâu của miệng nối tận-tận.

- Đường kính miệng nối họng-ống dạ dày rộng nên ít ảnh hưởng đến chế độ ăn của bệnh nhân. Vì miệng nối sau phẫu thuật chỉ là một vòng xơ, không co dẫn được nên đường kính của thức ăn đi qua phải có đường kính nhỏ hơn đường kính của miệng nổi

Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% trường hợp khâu hạ họng - ống dạ dày theo kiểu tận-bên bằng mũi khâu Gambee, dùng chỉ PDS4.0.

Bảng 3: Kỹ thuật khâu nối và biến chứng miệng nổi theo nghiên cứu trên thế giới

Tác giả	Kiểu khâu họng - ống dạ dày	Hẹp miệng nổi	Rò miệng nổi	Chảy máu miệng nổi	N
Rezaie J [2]	Tận-Tận	12%	8%		50
Triboulet JP [5]	Tận-Tận	6,7%	15%		127
Saeed A [3]	Tận-Tận	13,3%	40%		15
Tác giả	Tận-Bên	4%	2%	6%	50

Như vậy, khâu hõng-ống dạ dày theo kiểu tận-bên là kiểu khâu hiệu quả, giảm tỉ lệ hẹp miệng nối sau mổ so với các tác giả khác.

Để đánh giá chức năng ống dạ dày sau tái tạo, chúng tôi tiến hành chia làm 3 nhóm: nhóm thứ nhất (tốt) là nhóm BN có lượng thức ăn bình thường, không nôn ọc hoặc trào ngược thức ăn; nhóm thứ hai (trung bình) là nhóm BN có lượng

thức ăn giảm, nôn ọc hoặc trào ngược khi ăn nhiều; nhóm thứ ba (xấu) là nhóm BN ăn lượng thức ăn giảm nhiều và nôn ọc hoặc trào ngược mỗi khi ăn. So sánh với tác giả Puttawibul P đã nghiên cứu trên 48 BN phẫu thuật tái tạo thực quản bằng ống dạ dày trong ung thư hạ họng thanh quản xâm lấn thực quản.

Bảng 4: So sánh chức năng ống dạ dày sau tái tạo

Thời điểm	Nhóm	Puttawibul P [1]	Tác giả
6 tháng	I	13/29 (44,8%)	3/39 (7,7%)
	II	14/29 (48,3%)	34/39 (87,2%)
	III	2/29 (6,9%)	2/39 (5,1%)
12 tháng	I	10/21 (47,6%)	12/23 (52,2%)
	II	10/21 (47,6%)	10/23 (43,5%)
	III	1/21 (4,8%)	1/23 (4,3%)

Sau phẫu thuật 6 tháng các bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu nằm trong nhóm trung bình – tốt (>90%). Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả, thời gian bắt đầu ăn bằng đường miệng thường 7-8 ngày sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 50 trường hợp ung thư hạ họng - thanh quản - thực quản cổ được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ hạ họng-thanh quản-thực quản và tái tạo thực quản bằng ống dạ dày với kỹ thuật khâu hõng-ống dạ dày theo kiểu tận-bên là kiểu khâu hiệu quả, cho kết quả tốt với tỷ lệ hẹp và rò thấp, giúp bệnh nhân phục hồi nhanh và sớm hòa nhập với cộng đồng, mang lại chất lượng sống tốt hơn cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Puttawibul P., et al. (2004), "Results of gastric pull-up reconstruction for pharyngolaryngo-oesophagectomy squamous cell carcinoma", Asian J Surg, 27(3), pp.180-185.
2. Rezaie J., et al. (2007), "Gastric pull-up reconstruction for pharyngolaryngo-oesophagectomy in head and neck cancer and cervical esophageal squamous cell carcinoma", Acta Medica Iranica, 45 (6), pp. 473-476.
3. Saeed A. Al Ghamdi (1998), "Pharyngolaryngo-oesophagectomy with immediate gastric pull-up", Annals of Saudi Medicine, 18(2), pp.132-134.
4. Sallum R. A., et al. (2006), "Modified pharyngogastrostomy by a stapler technique", Eur J Surg Oncol, 32 (5), pp. 540-543.
5. Triboulet J. P., et al. (2001), "Surgical management of carcinoma of the hypopharynx and cervical esophagus: analysis of 209 cases", Arch Surg, 136(10), pp. 1164-1170.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG DO VIÊM PHỔI Ở TRẺ HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Lâm¹, Phạm Nhật An², Lê Đình Tùng²

TÓM TẮT⁴⁷

Tại Việt Nam, bệnh nhân HIV/AIDS nhập viện vì viêm phổi gặp 70 - 73%, hầu hết trẻ được nhập viện điều trị vì nhiễm trùng cơ hội nặng, trong đó 70% là viêm phổi và tử vong tới 15%. Với mong muốn góp phần nâng cao hiệu quả điều trị và làm giảm tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhi này, chúng tôi thực hiện

nghiên cứu với mục tiêu: *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tử vong do viêm phổi ở trẻ nhiễm HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Đối tượng nghiên cứu:* 173 bệnh nhi 1 tháng đến 15 tuổi, tuổi trung bình là $34,2 \pm 36,9$ tháng, được điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương với chẩn đoán viêm phổi và nhiễm HIV/AIDS từ tháng 1/2010 đến tháng 1/2014. *Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiền cứu. Số liệu nghiên cứu được thu thập, quản lý và xử lý thống kê bằng phần mềm Stata 10.0. *Kết quả và kết luận:* Tỷ lệ tử vong là 13,3%, trong đó tỷ lệ tử vong cao ở nhóm suy dinh dưỡng (15,3%). Tử vong ở nhóm suy hô hấp có $SpO_2 < 80\%$ cao gấp 4,46 lần so với nhóm có $SpO_2 > 80\%$ ($p < 0,05$). 95,7% số bệnh nhân tử vong ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng theo tuổi; số bệnh nhân có tải lượng HIV > 5000 copies/ml có tỷ lệ tử vong là 91,2%, cao gấp 6,62 lần

¹Bệnh viện Nhi TW

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Lâm

Email: nguyenvanlam73@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

so với nhóm có tải lượng virus dưới 5000 copies/ml. Tỷ lệ tử vong ở nhóm PJP, nhóm đồng nhiễm vi khuẩn và virus, chỉ nhiễm virus và nhóm chỉ nhiễm vi khuẩn lần lượt là 62,5%, 18,5%, 8,8%, 8,3%. Trong các căn nguyên vi khuẩn, tỷ lệ tử vong gặp chủ yếu ở nhóm nhiễm vi khuẩn gram âm (23,8%).

Từ khóa: Tử vong, Viêm phổi, HIV/AIDS

SUMMARY

RISK FACTORS FOR COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA DEATH IN HIV-INFECTED CHILDREN AT VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Background: Following the estimation of the World Health Organization, there are approximately 4 million pneumonia children in the world die. The mortality rate due to pneumonia in children with HIV in a hospital is 7% compared to 1.5% in HIV-negative children; only 54% of children with pneumonia / HIV respond well to treatment compared to 80% in HIV-negative children. **Objective:** Explore some factors related to deaths from pneumonia in HIV/AIDS children in National Hospital of Pediatrics (NHP). **Subjects:** All patients from 1 month to 15 year old, were treated in NHP for diagnosing pneumonia and HIV/AIDS from January 2010 to January 2014. **Methods:** A prospective cross-sectional study. Research data is processed with biostatistics methods, using Stata 10.0. **Results and conclusions:** There were 173 children with pneumonia/HIV/AIDS; average age 34.2 ± 36.9 months; group of under 12 months old was highest (41.0%). The mortality rate was 13.3% with a high death rate in malnutrition group (15.3%), death rate in SpO₂ <80% group was 4.46 times higher than the SpO₂ > 80% group ($p < 0.05$). 95.7% of patients died in the severe immunodeficiency stage by age, 8.8 times higher; and 91.2% of patients died with HIV load more than 5000 copies/ml, with 6.62 times higher mortality risk than the group with viral load below 5000 copies/ml. Mortality in PJP group was high (62.5%), bacterial and viral co-infection group (18.5%), viral group (8.8%) and bacterial group (8.3%). In the bacterial causes group, mortality was mainly in gram-negative group (23.8%).

Keywords: mortality, pneumonia, HIV / AIDS, Children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm trên thế giới có khoảng 4 triệu trẻ em chết vì viêm phổi, hầu hết là ở các nước đang phát triển tại khu vực miền Nam sa mạc Sahara [7]. Tỷ lệ tử vong do viêm phổi ở trẻ nhiễm HIV tại bệnh viện là 7% so với 1,5% ở trẻ không nhiễm HIV. Trẻ nhiễm HIV bị viêm phổi đáp ứng tốt với điều trị chỉ là 54%, trong khi tỷ lệ trẻ không nhiễm HIV bị viêm phổi đáp ứng tốt với điều trị là 80% [4]. Tại Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhi HIV/AIDS nhập viện vì viêm phổi chiếm 70 - 73%. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương, hầu hết trẻ HIV/AIDS nhập viện điều trị vì nhiễm trùng cơ

hội nặng, trong đó 70% là viêm phổi và tử vong tới 15%. Cho đến nay, chưa có nhiều nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến tử vong do viêm phổi ở trẻ HIV/AIDS, vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "*Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tử vong do viêm phổi ở trẻ HIV/AIDS tại Bệnh viện Nhi Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS được chẩn đoán viêm phổi, điều trị tại Bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 1/2010 đến tháng 1/2014.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi, được xác định là viêm phổi và nhiễm HIV/AIDS vào điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương. Chẩn đoán viêm phổi và HIV/AIDS theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO).

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Những trẻ mắc viêm phổi thứ phát sau: Dị vật đường thở, đuối nước, sặc dầu, ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang tiến cứu.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân vào điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Nhi Trung ương đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

2.2.3 Nội dung nghiên cứu: Các chỉ số nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án thiết kế riêng cho nghiên cứu, gồm: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, tình trạng suy dinh dưỡng, tình trạng suy hô hấp, số ngày mắc viêm phổi trước khi nhập viện, tình trạng suy dinh dưỡng, tải lượng HIV, nguyên nhân gây viêm phổi,...

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Cha mẹ của bệnh nhi được thông tin đầy đủ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin của bệnh nhi được giữ kín và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của Khoa và Bệnh viện Nhi Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới: 173 bệnh nhi tham gia nghiên cứu có 91 nam và 82 nữ, tỷ lệ nam/nữ: 1,1. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $34,2 \pm 36,9$ tháng, nhỏ nhất là 1 tháng và lớn nhất là 15 tuổi, trong đó 71 bệnh nhi (41%) dưới 12 tháng, 35 bệnh nhi (20,3%) từ 12 đến 36 tháng, 23 bệnh nhi (13,3%) từ 3 đến 5 tuổi, 44 bệnh nhi (25,4%) trên 5 tuổi.

3.2. Các yếu tố liên quan đến tử vong 58/173 bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS trong nghiên

cứu của chúng tôi đã được điều trị bằng thuốc kháng virus (ARV), trong số này có đến 8 bệnh nhi (13,8%) tử vong, 50 bệnh nhi (86,2%) khỏi. 115 bệnh nhi chưa sử dụng thuốc này có 15 bệnh nhi (13%) tử vong, 150 bệnh nhi (86,7%) khỏi. Tỷ lệ tử vong giữa hai nhóm này không khác nhau ($p > 0,05$). Đánh giá ảnh hưởng tuổi của bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS đến kết quả điều

trị viêm phổi, chúng tôi không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa các nhóm tuổi < 12 tháng, 12 – 36 tháng, 3-5 tuổi và trên 5 tuổi, $OR = 1,19 (0,45 \div 3,32)$. So sánh tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS có diễn biến viêm phổi trước khi vào viện dưới 1 tuần và từ 1 tuần trở lên, kết quả được trình bày ở bảng 3.1.

Bảng 3.1. Thời gian diễn biến bệnh trước khi vào viện và kết quả điều trị

Thời gian	Kết quả điều trị	Tử vong	Khỏi
> 7 ngày		17(15,7)	91(84,3)
< 7 ngày		6(9,2)	59(90,8)
OR		1,83 (0,64 ÷ 6,00)	

Tỷ lệ tử vong trong nhóm trẻ vào viện sau khởi phát bệnh 7 ngày (15,7%) cao hơn nhóm vào viện trước 7 ngày (9,2%). Đánh giá ảnh hưởng của tình trạng suy dinh dưỡng và suy hô hấp khi vào viện đến kết quả điều trị viêm phổi ở nhóm bệnh nhi nghiên cứu được trình bày ở bảng 3.2 và 3.3.

Bảng 3.2. Liên quan giữa tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) với kết quả điều trị

Thể trạng	Kết quả điều trị	Tử vong	Khỏi	Tổng
SDD		17(15,3)	94(84,7)	111(100)
Không SDD		6(9,7)	56(90,3)	62(100)

Tỷ lệ tử vong ở nhóm suy dinh dưỡng (15,3%) cao hơn so với nhóm không suy dinh dưỡng (9,7%); $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Liên quan giữa tình trạng suy hô hấp (SHH) khi vào viện với KQĐT

Tình trạng SHH	Kết quả điều trị	Tử vong	Khỏi	Tổng
Suy hô hấp		16(18,8)	69(81,2)	85(100)
Không SHH		7(7,9)	81(92,1)	88(100)
		$p = 0,0353$		
$SpO_2 < 80\%$		6(35,3)	11(64,7)	17(100)
$SpO_2 > 80\%$		17(10,9)	139(89,1)	156(100)
OR		4,459893 (1,182217 ÷ 15,1241)		

Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhi có suy hô hấp khi vào viện (18,8%) cao hơn nhóm không có suy hô hấp (7,9%) ($p < 0,05$). Tỷ lệ tử vong ở nhóm suy hô hấp có $SpO_2 < 80\%$ là 35,5% và nhóm có $SpO_2 > 80\%$ là 10,9%, $OR = 4,46 (1,18 \div 15,12)$.

Bảng 3.4. Liên quan giữa suy giảm miễn dịch với tỉ lệ tử vong

Suy giảm miễn dịch	Kết quả điều trị	Tử vong	Khỏi	Tổng
Không		0(0,0)	7(4,7)	7
Nhe		0(0,0)	16(10,7)	16
Tiến triển		1(4,3)	20(13,3)	21
Nặng		22(95,7)	107(71,3)	129
Tổng		23(100)	150(100)	173
OR (nhóm nặng)		8,84	95% CI (1,33 ÷ 373,15)	

Trong số 23 bệnh nhi tử vong thì 22 bệnh nhi (95,7%) có suy giảm miễn dịch nặng. Khả năng tử vong ở bệnh nhi viêm phổi nhiễm HIV/AIDS, suy giảm miễn dịch nặng cao gấp 8,8 lần so với nhóm còn lại.

Bảng 3.5. Liên quan giữa tải lượng HIV (TLHIV) với tỉ lệ tử vong

Bảng 3.1. Kết quả điều trị (TLHIV) và tử vong		
TLHIV (copies/ml)	Tử vong	Khỏi
Dưới ngưỡng	0(0,0)	15(10,0)
< 1000	1(4,4)	19(12,7)
1000 – 5000	1(4,4)	24(16,0)
> 5000	21(91,2)	92(61,3)
Tổng	23(100)	150(100)
OR (nhóm >5000)	6,62	95% CI (1,52 ÷ 59,86)

Nhóm tải lượng virus trên 5000 copies/ml có nguy cơ tử vong cao gấp 6,62 lần so với nhóm có tải lượng virus dưới 5000 copies/ml.

Bảng 3.6. Liên quan giữa từng loại tác nhân với tỉ lệ tử vong

Kết quả điều trị		Tử vong	Khỏi	Tổng	p
Tác nhân					
Virus	Virus	3(8,8)	31(91,2)	34(100)	0.0443
	Đồng nhiễm	13(26,5)	36(73,5)	49(100)	
Vi khuẩn	Vi khuẩn	1(8,3)	11(91,7)	12(100)	>0,05
	Đồng nhiễm	8(21,1)	30(78,9)	38(100)	
Lao	Lao	0	3(100)	3(100)	
	Đồng nhiễm	2(15,4)	11(84,6)	13(100)	
PJP	PJP	3(37,5)	5(62,5)	8(100)	
	Đồng nhiễm	3(60)	2(40)	5(100)	
Nấm	Nấm	0	4(100)	4(100)	
	Đồng nhiễm	5(62,5)	3(37,5)	8(100)	

Tỉ lệ tử vong ở nhóm virus là 8,8%; nhóm vi khuẩn là 8,3% thấp hơn nhóm đồng nhiễm virus (26,5%), $p < 0,05$.

Bảng 3.7. Liên quan giữa từng loại vi khuẩn và kết quả điều trị

Kết quả điều trị		Khỏi	Tổng
Vi khuẩn			
VK Gr (-)	10(23,8)	32(76,2)	42(100)
VK Gr (+)	0(0)	11(100)	11(100)

Tỉ lệ tử vong trong nhóm xét nghiệm dương tính với vi khuẩn gram âm là 10/42 (23,8%), không có trường hợp nào trong nhóm nhiễm vi khuẩn gram dương tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Suy dinh dưỡng là biểu hiện lâm sàng thường gặp và khá đặc hiệu ở trẻ HIV/AIDS. Suy dinh dưỡng làm giảm khả năng loại trừ nhiễm trùng của hệ miễn dịch dẫn đến tăng nguy cơ mắc các bệnh nhiễm trùng và ngược lại. Vì vậy, suy dinh dưỡng có vai trò quan trọng gây nên tình trạng suy mòn và các nhiễm trùng cơ hội khác trong vòng xoáy khắc nghiệt của sụt cân và suy giảm miễn dịch. Liên quan với kết quả điều trị viêm phổi/HIV kết quả ở bảng 3.2 cho thấy tỉ lệ tử vong trong nhóm suy dinh dưỡng 15,3% cao hơn so với nhóm không suy dinh dưỡng 9,7% ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Preidis G. A., suy dinh dưỡng nặng độc lập tiên đoán tử vong ở trẻ nhiễm HIV cao gấp 2,2 lần ($OR = 2,2$; $CI 1,7 - 3,9$).

Suy hô hấp là biểu hiện của sự thiếu oxy gây hàng loạt hậu quả nghiêm trọng, nếu không can thiệp kịp thời sẽ dẫn tới tử vong. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ tử vong trong nhóm bệnh nhân có suy hô hấp (18,8%) cao hơn nhóm không có suy hô hấp (7,9%) ($p < 0,05$). Giảm oxy máu là hậu quả của viêm phổi có suy hô hấp, tỉ lệ tử vong của nhóm $SpO_2 < 80\%$ cao gấp 4,46 lần so với tỉ lệ tử vong của nhóm $SpO_2 > 80\%$. Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu về viêm phổi ở trẻ không nhiễm HIV.

Nghiên cứu kết quả điều trị liên quan với mức suy giảm miễn dịch, chúng tôi thấy nhóm tử

vong 22/23 bệnh nhi (95,7%) suy giảm miễn dịch nặng theo tuổi. Nhóm điều trị khỏi 71,3% suy giảm miễn dịch nặng, 13,3% suy giảm miễn dịch tiến triển, 10,7% suy giảm miễn dịch nhẹ và 4,7% không suy giảm miễn dịch. $OR = 8,84$, 95% $CI (1,33 \div 373,15)$. Như vậy bệnh nhân viêm phổi/HIV suy giảm miễn dịch nặng có nguy cơ tử vong cao gấp 8,84 lần. Theo Brady, nguy cơ tử vong tăng được xác định là do CD4 thấp và mắc bệnh AIDS khi nhập viện.

Liên quan giữa tải lượng virus với kết quả điều trị chúng tôi thấy, nhóm bệnh nhân tử vong 91,2% tải lượng virus > 5000 copies/ml. Trong khi nhóm bệnh nhân khỏi, 61,3% trường hợp có tải lượng vi rút > 5000 copies/ml, 10,0% dưới ngưỡng. $OR = 6,62$, 95% $CI (1,52 \div 59,86)$. Như vậy, bệnh nhi viêm phổi/HIV tải lượng virus > 5000 copies/ml có nguy cơ tử vong cao gấp 6,62 lần so với bệnh nhi có tải lượng virus < 5000 copies/ml.

Liên quan giữa căn nguyên gây viêm phổi/HIV, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ khỏi ở nhóm một tác nhân 85,2% và tử vong 14,8%. Trong khi ở nhóm đồng nhiễm trên 2 tác nhân tỉ lệ tử vong cao hơn (21,6%). Trong nhóm 1 tác nhân gây viêm phổi/HIV, chúng tôi thấy, ở nhóm PJP tỉ lệ tử vong cao 3/8 (37,5%), trong khi nhóm virus, vi khuẩn tỉ lệ tử vong là 8,8% và 8,3%. Tử vong trong nhóm đồng nhiễm virus hoặc vi khuẩn là 26,5% và 21,1%. Nhóm nhiễm lao và nấm trong nghiên cứu của chúng tôi đều đáp ứng tốt với điều trị, các bệnh nhi tử vong

đều là những bệnh nhi đồng nhiễm. Song, nhiễm trùng CMV có mối liên quan với sự gia tăng nguy cơ tử vong, điều này có thể là chỉ điểm của một căn nguyên chưa được nhận dạng [4]. Tỷ lệ tử vong do PJP trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác có lẽ là do bệnh nhi vào viện trong tình trạng suy hô hấp nặng, trong khi kháng sinh điều trị PJP là cotrimoxazol ở Việt Nam chỉ có dạng uống. Theo Graham, S. M. và cộng sự ở Malawi, phần lớn trẻ tử vong ở độ tuổi 2 đến 6 tháng và PJP liên quan đến 57% trường hợp tử vong. Pitcher, R. D. và cộng sự nghiên cứu trên 113 trường hợp nhiễm PJP, thấy 59% trường hợp có nhiễm trùng hô hấp đồng nhiễm; 43% tử vong tại bệnh viện. Nghiên cứu của Morrow B. M. cho thấy nguy cơ tử vong ở trẻ nhiễm PJP cao hơn trẻ không nhiễm PJP (39,5% vs. 21,4%; OR 1,85; 95% CI, 1,15-2,97; $p = 0,01$) [5]. Điều này cho thấy PJP là rào cản chính trong việc giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm phổi nặng tại các cộng đồng có dịch HIV/AIDS. Liên quan đến tỷ lệ tử vong của từng loại virus, vi khuẩn, Punpanich W. và cộng sự ghi nhận CMV có mối liên quan chặt chẽ với HIV ở các bệnh nhi tử vong do viêm phổi (OR = 14,4; 95% CI, 6,7-30,8) [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trình bày ở bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ tử ở nhóm xét nghiệm dương tính với vi khuẩn gram âm là 10/42 (23,8%), trong khi ở nhóm gram dương là 0/11 (0%). Như vậy, điều trị căn nguyên viêm phổi do vi khuẩn gram âm gặp nhiều khó khăn hơn so với điều trị viêm phổi do vi khuẩn gram dương.

V. KẾT LUẬN

- 13,3% bệnh nhi nhiễm HIV/AIDS mắc viêm phổi tử vong, trong đó tình trạng suy dinh dưỡng và suy hô hấp làm tăng nguy cơ tử vong. Suy hô

hấp với $SpO_2 < 80\%$ có nguy cơ tử vong cao gấp 4,46 lần so với nhóm có $SpO_2 > 80\%$ ($p < 0,05$).

- Tỷ lệ tử vong ở nhóm PJP cao nhất (62,5%), tiếp đến là nhóm đồng nhiễm vi khuẩn và virus (18,5%), nhóm virus (8,8%) và vi khuẩn (8,3%).

- Trong các căn nguyên vi khuẩn tỷ lệ tử vong gặp chủ yếu ở nhóm gram âm (23,8%).

- 95,7% số bệnh nhân tử vong ở giai đoạn suy giảm miễn dịch nặng, cao gấp 8,8 lần và 91,2% số bệnh nhân tử vong có tải lượng HIV > 5000 copies/ml, nguy cơ tử vong ở nhóm này cao gấp 6,62 lần so với nhóm có tải lượng virus dưới 5000 copies/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thiên Ân (2013).** Mô tả các trường hợp đồng nhiễm HIV/Lao tại phòng khám OPC bệnh viện Nhi đồng 2 trong giai đoạn 2010 – 2013. *Tạp chí y học thực hành*, 889 - 890, 335 – 338.
2. **Graham S. M., L. Mankhambo et al. (2011).** Impact of human immunodeficiency virus infection on the etiology and outcome of severe pneumonia in Malawian children. *Pediatr Infect Dis J*, 30(1), 33-38.
3. **Gray D. M. and H. J. Zar (2010).** Community-acquired pneumonia in HIV-infected children: a global perspective. *Curr Opin Pulm Med* 16(3), 208-216.
4. **Kitchin O. P., R. Masekela et al. (2012).** Outcome of human immunodeficiency virus-exposed and -infected children admitted to a pediatric intensive care unit for respiratory failure. *Pediatr Crit Care Med*, 13(5), 516-519.
5. **Morrow B. M., N. Y. Hsaio et al. (2010).** Pneumocystis pneumonia in South African children with and without human immunodeficiency virus infection in the era of highly active antiretroviral therapy. *Pediatr Infect Dis J*, 29(6), 535-539.
6. **Punpanich W., M. Groome et al. (2011).** Systematic review on the etiology and antibiotic treatment of pneumonia in human immunodeficiency virus-infected children. *Pediatr Infect Dis J*, 30(10), e192-202.
7. **WHO (2007).** *Guidelines for Treatment of Pneumonia infected children under one revision*, 29.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ ĐƯỜNG HUYẾT VÀ MỘT SỐ XÉT NGHIỆM HÓA SINH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP VÀO CẤP CỨU

Nguyễn Văn Chi*

TÓM TẮT⁴⁸

* Khoa Cấp cứu A 9, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi
Email: chinvvnn@yahoo.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

Đặt vấn đề: Bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp vào cấp cứu có tăng đường huyết là rất thường gặp tại các khoa cấp cứu, nồng độ đường huyết cao có gây tổn thương cơ tim và tác động xấu tới các chỉ số xét nghiệm hóa sinh hay không?. **Mục tiêu:** Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ đường huyết và một số xét nghiệm hóa sinh của bệnh nhân NMCT cấp vào cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 93 BN có tình trạng đường huyết (ĐH) ở mức $\geq 11,1$ mmol/l (hay ≥ 200 mg/dl) được phát hiện

khi nhập viện cấp cứu có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT. BN được XN định lượng nồng độ ĐH tĩnh mạch (TM), và các xét nghiệm hóa sinh, huyết học, được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và làm bệnh án theo mẫu nghiên cứu, chụp đánh giá mức độ tổn thương ĐMV.

Kết quả: Nồng độ ĐH của các BN trong nghiên cứu lúc vào viện gặp 55,9% ở mức vừa (11,1 – 16,6 mmol/l) và 44,09% ở mức cao ($\geq 16,7$ mmol/l). Các xét nghiệm hoá sinh: Troponin, CRP, CK-MB, proBNP ở mức cao. Nồng độ ĐH lúc nhập viện càng cao thì nồng độ troponin, CRP, CK-MB và proBNP có xu hướng càng cao. **Kết luận:** BN NMCT cấp có nồng độ ĐH lúc nhập viện cao thì các XN về dấu ấn tổn thương tim càng cao.

Key word: nhồi máu cơ tim, đường huyết, troponin, proBNP, CRP.

SUMMARY

RESEARCH CORRELATION BETWEEN BLOOD SUGAR LEVELS AND SOME TESTS IN PATIENTS BIOCHEMISTRY SEIZURES IN EMERGENCY SUPPLY

Background: Patients with myocardial infarction (MI) and hyperglycemia is very common in the emergency department, hyperglycemia can damage the heart muscle and cause negative impacts on the indicators biochemical test. **Objective:** To study the association between blood sugar levels and some biochemical tests of acute MI patients in emergency department. **Subjects and Methods:** 93 acute MI patients with blood glucose level ≥ 11.1 mmol/l (or ≥ 200 mg/dl) were treated at Emergency department. Patients were tested glycemia, and biochemical tests, hematology, asked patients, physical examination and medical research form, assessing coronary lesions. Results: The blood sugar level of the patients at the hospital admission were 55.9% in moderate level (from 11.1 to 16.6 mmol/l) and 44.09% high level ($\geq 16,7$ mmol/l). Biochemical tests: Troponin, CRP, CK-MB, proBNP high level. The blood sugar level the higher the concentration of troponin, CRP, CK-MB and proBNP tend to increase. **Conclusion:** Acute MI patients with hyperglycemia had heart damage markers higher.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các BN NMCT vào cấp cứu thường gặp một tỷ lệ không nhỏ có nồng độ ĐH cao, trước đó BN chưa được chẩn đoán đái tháo đường (ĐTĐ), tình trạng tăng đường huyết (ĐH) ở BN NMCT cấp làm vùng cơ tim tổn thương lan rộng do làm giảm tưới máu động mạch vành (ĐMV), làm tăng tiết catecholamin, nguy cơ tăng đông, hậu quả là làm tăng nguy cơ tử vong ngay cả khi đã được thực hiện các kỹ thuật can thiệp ĐMV hoặc làm nặng thêm các di chứng tim mạch sau nhồi máu. Việc nghiên cứu các thay đổi của một số xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có tăng đường huyết để từ đó có thái độ xử trí đúng trước tình trạng tăng ĐH ở bệnh nhân NMCT cấp là rất cần thiết. Hiện tại, các

nghiên cứu về các thay đổi của một số xét nghiệm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có tăng đường huyết còn ít các nghiên cứu. Từ những lý do trên, đề tài: "Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ đường huyết và một số xét nghiệm hóa sinh ở bệnh nhân NMCT cấp vào cấp cứu" được thực hiện tại Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 93 BN có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, có tình trạng ĐTĐ mới được phát hiện khi nhập viện cấp cứu do NMCT cấp trong thời gian nghiên cứu 1/2007 đến 5/2010 tại Khoa cấp cứu và Viện Tim mạch Quốc gia Bệnh viện Bạch Mai.

Có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tăng ĐH: Bệnh nhân chưa được chẩn đoán ĐTĐ trước đó. Kết quả XN nồng độ ĐH làm ở thời điểm nhập viện ở mức ĐH $\geq 11,1$ mmol/l (hay ≥ 200 mg/dl) không truyền TM dung dịch có đường.

Có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT cấp:
Lâm sàng: đau ngực như bóp nghẹt sau xương ức kéo dài trên 20 phút, không đỡ khi dùng nitroglycerin, có thể kèm theo khó thở, buồn nôn, vã mồ hôi,... **Điện tâm đồ:** Xuất hiện sóng Q mới (rộng ít nhất 30 ms và sâu 0,20 mV) ở ít nhất 2 chuyển đạo trong các miền chuyển đạo sau: D2, D3 và aVF; V1 đến V6; D1 và aVL, hoặc xuất hiện đoạn ST chênh lên hoặc chênh xuống ($> 0,10$ mV) ở ít nhất 2 chuyển đạo trong số các miền chuyển đạo nói trên. Hoặc, sự xuất hiện mới bloc nhánh trái hoàn toàn trong bệnh cảnh lâm sàng nói trên. **Tăng các men tim:** CK-MB tăng trên 5%, troponin T tăng cao $> 0,1$ ng/ml. Chẩn đoán xác định NMCT cấp khi có ≥ 2 tiêu chuẩn

Tiêu chuẩn loại trừ: BN đã được chẩn đoán ĐTĐ từ trước. Bệnh nhân có một bệnh lý nội tiết thuộc nhóm bệnh gây rối loạn chuyển hoá glucose như u tuỷ thượng thận, hội chứng Cushing, đang điều trị corticoid,... BN có một bệnh nội khoa nặng như suy thận mạn, suy gan, phình bóc tách quai động mạch chủ, tổn thương phổi nặng,... BN dưới 15 tuổi, BN có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: là nghiên cứu mô tả tiến cứu, không đối chứng.

Quy trình nghiên cứu: BN được chẩn đoán NMCT cấp, được sử trí cấp cứu ban đầu NMCT cấp và được làm một mẫu XN định lượng nồng độ đường huyết tĩnh mạch (ĐH TM), ghi nhận các thông tin tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng, làm các xét nghiệm hóa sinh phù hợp và được ghi chép theo dõi vào bệnh án nghiên cứu

cho đến khi kết thúc nghiên cứu. Số liệu của nhóm BN trong nghiên cứu được phân tích các thay đổi bất thường trong một số XN cận lâm sàng, đặc biệt là XN hóa sinh ở các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 93 BN NMCT cấp có đủ tiêu chuẩn nồng độ ĐH lúc nhập viện $\geq 11,1$ mmol/L, chưa được chẩn đoán ĐTD trước đó, có tuổi trung bình là $64,9 \pm 10,2$. Hầu hết BN trong nghiên cứu có độ tuổi từ > 61 tuổi.

3.1. Nồng độ đường huyết khi nhập viện

Bảng 1. Nồng độ ĐH khi vào viện của các nhóm BN nghiên cứu

Mức ĐH khi vào viện	Số lượng	Tỷ lệ
11,1- 16,6 mmol/l	52	55,91%
$\geq 16,7$ mmol/l	41	44,09%
Tổng	93	100%

Nhận xét: Không có sự khác biệt nhiều về mức ĐH lúc nhập viện ở mức vừa (11,1-16,6 mmol/l) và mức cao ($\geq 16,7$).

3.2. Các chỉ số hoá sinh khi nhập viện

Bảng 2. Các đặc điểm xét nghiệm hóa sinh của các BN trong nghiên cứu khi nhập viện

Thông số	$X \pm SD$	Số lượng
Troponin T (ng/ml)	$1,55 \pm 1,16$	93

3.4. Mối liên quan giữa nồng độ đường huyết và biến chứng

Bảng 3. Liên quan giữa nồng độ ĐH và biến chứng

Mức ĐH khi vào viện (mmol/l)	11,1- 16,6 mmol/l (n= 52)	$\geq 16,7$ mmol/l (n=41)	p
Suy tim sung huyết	27 (51,9%)	26 (63,4%)	$< 0,05$
Sốc tim	8 (15,38%)	15 (28,8%)	$< 0,05$

Nhận xét: Tỷ lệ BN bị suy tim sung huyết và sốc tim có xu hướng tăng lên theo mức độ tăng ĐH ở các BN nghiên cứu, có sự khác biệt giữa các mức đường huyết, với ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

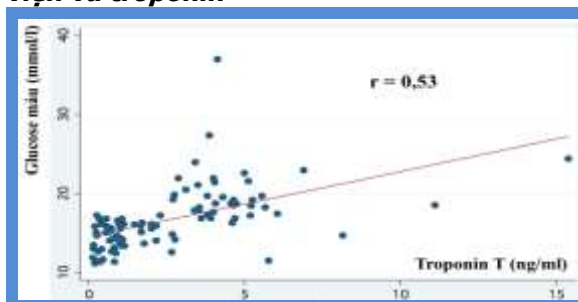
4.1. Đặc điểm tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu: Tuổi trung bình của các BN trong nghiên cứu là $64,89 \pm 10,22$, chủ yếu gặp ở lứa tuổi > 61 tuổi, tương tự với tuổi của các BN trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Bạch Yến. Tuổi của BN trong nghiên cứu của tác giả Iwan CC van der Horst là $62,5 \pm 12,6$ tuổi; nghiên cứu của tác giả Ischa Stranders là $64,1 \pm 11,9$ [3],[6].

4.2. Đặc điểm về XN hóa sinh của các BN trong nghiên cứu: Nồng độ ĐH lúc nhập viện của các BN trong nghiên cứu là khá cao do chúng tôi chỉ chọn những BN NMCT cấp có nồng độ ĐH lúc nhập viện $\geq 11,1$ mmol/l và trước đó

CK-MB (UI /l)	$100,53 \pm 69,15$	93
proBNP (pmol/l)	$1354,5 \pm 919,4$	91
CRP (mg/dl)	$4,56 \pm 2,74$	93
Creatinin (μ mol/l)	$103,71 \pm 32,8$	93
Choles TP (mmol/l)	$5,22 \pm 2,15$	88
Triglycerit (mmol/l)	$2,31 \pm 1,25$	88
HDL (mmol/l)	$1,02 \pm 0,25$	88
LDL (mmol/l)	$3,09 \pm 1,21$	88
HbA1c %	$7,64 \pm 1,32$	90

Nhận xét: Nồng độ troponin, CK-MB, proBNP, CRP trung bình khi vào viện là khá cao so với các nghiên cứu khác.

3.3. Liên quan giữa nồng độ ĐH lúc nhập viện và troponin



Biểu đồ 1: Tương quan giữa nồng độ ĐH và troponin T tại thời điểm nhập viện.

Nhận xét: Nồng độ đường huyết tại thời điểm nhập viện có tương quan đồng biến chặt chẽ với nồng độ troponin T, với $r = 0,53$.

chưa được chẩn đoán ĐTD. Mức ĐH lúc nhập viện tương đương với mức ĐH trong nghiên cứu của tác giả Malmberg. Nồng độ troponin T, CK, CK-MB, CRP,... trong nghiên cứu cao hơn có ý nghĩa với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Thu Hoài, Nguyễn Thị Bạch Yến, Masaharu [2],[3].

Liên quan giữa nồng độ ĐH lúc nhập viện và suy tim sung huyết: Tỷ lệ BN bị suy tim sung huyết tăng lên theo mức nồng độ ĐH lúc nhập viện ở các nhóm BN, mối quan hệ này cho thấy xu hướng ĐH càng cao đồng nghĩa với việc tổn thương cơ tim càng nặng nề hơn, kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Sarah Capes (2002) cũng cho thấy nguy cơ suy tim sung huyết, sốc tim và nguy cơ tử vong

của những BN có tăng ĐH cao gấp 3,9 lần so với những BN có đường máu thấp [4].

Mối liên quan giữa nồng độ ĐH và biến chứng sốc tim: Nhóm BN bị sốc tim lúc nhập viện nhóm TĐH ở mức vừa (11,1-16,6 mmol/l) thấp hơn so với nhóm BN lúc nhập viện có ĐH ở mức cao ($\geq 16,7$ mmol/l), tỷ lệ BN bị sốc tim có xu hướng tăng lên theo mức độ tăng ĐH ở các nhóm BN, tăng ĐH làm giảm sức co bóp cơ tim, dẫn tới suy chức năng co bóp của cơ tim. Nghiên cứu của Sarah cũng thấy tăng ĐH có nguy cơ bị sốc tim cao hơn gấp 3,1 lần so với nhóm không tăng đường huyết [4].

Liên quan giữa nồng độ ĐH lúc nhập viện và troponin: Nồng độ troponin tăng tương quan đồng biến chặt chẽ với nồng độ ĐH, với $r=0,53$. Troponin là một marker sinh học đặc hiệu cao đối với cơ tim, nồng độ troponin tăng tương ứng với mức độ tổn thương cơ tim, ĐH cao làm cho nồng độ troponin cũng tăng cao, cũng có nghĩa là tổn thương cơ tim cũng nặng nề hơn. Cơ chế của mối quan hệ ĐH và troponin chưa thực sự được lý giải thỏa đáng, nhưng có nhiều nghiên cứu đề cập đến việc sử dụng insulin để kiểm soát ĐH làm giảm nồng độ troponin ở bệnh nhân NMCT cấp có tăng ĐH.

V. KẾT LUẬN

Mối liên quan giữa nồng độ ĐH và một số XN hoá sinh của các BN trong nghiên cứu: Các xét nghiệm hoá sinh Troponin, CRP, CK-MB, proBNP ở mức cao. Nồng độ ĐH lúc nhập

viện càng cao thì nồng độ troponin, CRP, CK-MB và proBNP có xu hướng càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Dung và CS (2002) - *Nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng từ 01/01/1997 đến 30/12/2000*. Tạp chí tim mạch học; Số 29:248- 263.
2. Nguyễn Thị Thu Hoài, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Gia Khải (2006) - Nghiên cứu giá trị của chỉ số Tei trong đánh giá chức năng thất trái và dự báo suy tim ứ huyết ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp - Tạp chí tim mạch học Việt Nam; Số 344: 15 - 20.
3. Nguyễn Thị Bạch Yến và cs (1996) - *Tình hình bệnh mạch vành qua 130 trường hợp nằm viện tại viện tim mạch trong 5 năm (1991- 1995)* -Tạp chí Tim mạch học; Số 8: trang:1-5.
4. Sarah E Capes, Derek Hunt, Klas Malmberg, Hertz C Gerstein (2000) - *Stress hyperglycemia and increased risk of death after myocardial infarction in patients with and without diabetes: a systematic overview* - Lancet; 355: 773 - 778.
5. Otten M Amber , Jan Paul Ottervanger et al (2013) - *Age-dependent differences in diabetes and acute hyperglycemia between men and women with ST-elevation myocardial infarction: a cohort study* - Diabetology & Metabolic Syndrome 2013, 5:34
6. Iwan CC van der Horst, Maarten WN Nijsten, Mathijs Vogelzang and Felix Zijlstra (2008) - *Persistent hyperglycemia is an independent predictor of outcome in acute myocardial infarction* - Cardiovascular Diabetology, 6:2
7. Filip Jaskiewicz, Karolina Supel, Włodzimierz Koniarek, Marzenna Zielinska (2014) - *Admission hyperglycemia in patients with acute coronary syndrome complicated by cardiogenic shock* - Cardiology Journal 2014; 1-12.

TÌNH HÌNH BỆNH VỔNG MẠC TRẺ ĐẸ NON TRONG SỐ TRẺ ĐẸ NON TẠI THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT⁴⁹

Bệnh vồng mạc trẻ đẻ non hiện nay là mối đe dọa rất lớn đến sự mù lòa của trẻ em. Nghiên cứu tiến cứu 209 bệnh nhi, tiến hành trong 12 tháng từ 3/2010 đến 3/2011 tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng cho thấy: tỷ lệ mắc bệnh chiếm 14,35% trong số trẻ đẻ non ở tất cả các giai đoạn. Trong số trẻ đẻ non, số cần điều trị laser vồng mạc là 2,39%. Cân nặng là một yếu tố liên quan chặt chẽ đối với bệnh: trẻ có cân nặng trên 1500 Gr

dù có bệnh (3,82%) cũng không có ca nào cần điều trị. Ngoài ra khả năng xảy ra bệnh còn liên quan đến bệnh toàn thân của mẹ, ngạt thở của con, nằm lồng ấp dài ngày, chuyển máu... chứ không chỉ do mức độ thiếu thốn. Rất cần thiết phải tổ chức khám mắt tầm soát cho tất cả trẻ đẻ non, phát hiện, điều trị kịp thời và theo dõi lâu dài. Cần có kế hoạch tuyên truyền giáo dục sâu rộng kiến thức về sức khỏe sinh sản cũng như sự nguy hiểm của bệnh lý vồng mạc trẻ đẻ non.

Từ khóa: Bệnh vồng mạc trẻ đẻ non, trẻ sinh thiếu thốn.

SUMMARY

THE SITUATION OF RETINOPATHY OF PREMATURITY AMONG THE PREMATURE DELIVERY CHILDREN

*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:

The Retinopathy of Prematurity (ROP) is nowadays the considerable threat agent to blindness for the children. The research on 209 premature delivery children that was conducted within 12 months, from Mar 2010 to Feb 2011 at the Danang Eye Hospital shown that: the disease ratio was 14.35% among the premature delivery children with different stages of condition. Among the premature delivery children, there were 2.39% need to be managed by retinal laser. The weight was the factor that closely relates to ROP: for the children having body weight above 1,500 Gr, there weren't any cases need to be treated although ROP occurred (3.82%). Beyond the weight the risk of disease was not only relate the insufficiency of pregnant months but also to the mother's systemic diseases, baby's breath occlusion, oxygen cage, blood transmit... It is very necessary to launch the screening to all premature delivery children, ontime detection and treatment, long term follow-up. To plan on the spread education and propaganda about knowledge of birth health, the danger of ROP.

Keyword: Retinopathy of prematurity, premature delivery children

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý võng mạc trẻ đẻ non (Retinopathy of Prematurity = ROP) là sự rối loạn phát triển mạch máu xảy ra ở trẻ sinh non nhẹ cân còn sống, có thể gây mất thị lực nghiêm trọng. Terry mô tả đầu tiên năm 1942 phát hiện bệnh này bằng đèn soi đáy mắt trực tiếp với dấu hiệu mạch máu cực sau dẫn ngắn ngoè, cương tụ, sau đó phù võng mạc [2]. Năm 1951 nhờ đèn soi đáy mắt gián tiếp ra đời, thuật ngữ ROP lần đầu đưa ra được đưa ra bởi Parker Heath [5].

Cơ chế bệnh sinh của ROP hiện nay vẫn còn chưa rõ ràng. Một thuyết phổ biến nhất hiện nay nêu lên sự liên quan với nồng độ oxy trong lồng ấp. Nồng độ oxy tăng dẫn đến sự co các mạch máu chưa hoàn chỉnh của võng mạc ngoại vi, từ đó gây ra thiếu máu cục bộ và xuất hiện tân mạch rồi xơ hóa vùng võng mạc thiếu máu, cuối cùng là bong võng mạc. Nhiều yếu tố có liên quan đến sự phát sinh bệnh như cân nặng khi sinh, số tháng tuổi khi sinh, hội chứng suy hô hấp hoặc bệnh nhiễm trùng khi sinh. Trong số này, cân nặng khi sinh thấp là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của bệnh. Trẻ đẻ non có cân nặng khi sinh càng thấp thì nguy cơ xuất hiện bệnh võng mạc càng cao. Khoảng 50% trẻ sinh

3.1. Tỷ lệ trẻ đẻ non

Bảng 1: Tỷ lệ trẻ có bệnh ROP/ trẻ đẻ non

Tổng số bệnh nhân khám	Có bệnh ROP		Không có bệnh ROP
	Không điều trị	Có điều trị	
209	25 (11,97 %)	05 (2,39 %)	179 (85,64 %)

Trong tổng số 209 bệnh nhi thì có đến 30 bệnh nhân có bệnh ROP, tỷ lệ 14,35%. Căn cứ theo tiêu chuẩn cần điều trị thì có 5 bệnh nhi có chỉ định điều trị (2,39%).

ra với cân nặng dưới 1250 g có dấu hiệu của bệnh võng mạc trẻ đẻ non [1].

Khám phát hiện bệnh để được điều trị kịp thời cho những bệnh nhi có ROP đã được triển khai tại TP Hồ Chí Minh, Hà Nội từ sau năm 2000. Tại Đà Nẵng bước đầu khám tầm soát cho trẻ đẻ non để phát hiện bệnh được triển khai từ đầu năm 2008.

Đề tài này nhằm đánh giá tỉ lệ bệnh ROP ở trẻ đẻ non và tỉ lệ bệnh cần điều trị tại TP Đà Nẵng, từ đó có kế hoạch triển khai việc điều trị tại Đà Nẵng và thiết lập kế hoạch theo dõi lâu dài sự phát triển thị lực ở nhóm trẻ này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Trẻ sinh non nhẹ cân còn sống có tuổi thai $\leq$ 34 tuần và/hoặc cân nặng $\leq$ 1900Gr được khám mắt tại phòng sơ sinh Bệnh viện Đà Nẵng và khoa Nhãn Nhị Bệnh viện Mắt, từ 2/2010 đến 3/2011.

- Trẻ sinh non có cân nặng và tuổi thai lớn hơn nhưng nặng khi sinh, nhiễm trùng, thở oxy kéo dài.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

+ Phòng Nhị Sơ Sinh Bệnh viện Đà Nẵng vào ngày thứ Hai hàng tuần.

+ Khoa Nhãn Nhị Bệnh viện Mắt vào ngày thứ Tư hàng tuần.

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu không đối chứng.

+ Cỡ mẫu căn cứ tỷ lệ trẻ đẻ non của Bệnh viện Đà Nẵng cung cấp, xác định được cỡ mẫu: 205 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

Trong 12 tháng chúng tôi đã thu thập số liệu nghiên cứu của 209 bệnh nhi đẻ non, 418 mắt được khám được khám võng mạc theo phân loại quốc tế 5 giai đoạn:

Giai đoạn 1: có đường giới hạn

Giai đoạn 2: sợi mạch

Giai đoạn 3: tăng sinh sợi mạch ngoài võng mạc

Giai đoạn 4: bong võng mạc một phần, giai đoạn 4A khi bong võng mạc chưa đến hoàng điểm, giai đoạn 4B khi bong võng mạc cả vùng hoàng điểm.

Giai đoạn 5: bong võng mạc toàn bộ.

3.2. Bệnh ROP theo cân nặng:**Bảng 2: Tỷ lệ có bệnh ROP theo cân nặng**

Trọng lượng (Gram = Gr)	Có bệnh ROP		Không có bệnh
	Không điều trị	Có điều trị	
< 1000gr	05 (2,39 %)		
1000gr- 1500gr	12 (5,74 %)	05 (2,39 %)	29 (43,06 %)
>1500gr-1900gr	07 (3,35 %)		110 (52,63 %)
> 1900 gr	01 (0,47 %)		40 (19,14 %)

* Nhận xét:

- Tất cả 05 bệnh nhân cần điều trị đều có cân nặng rất thấp: 1000 Gr đến 1500 Gr.
- Khi có ROP thì đều có tổn thương võng mạc cả 2 mắt.
- Cân nặng trên 1500 Gr không có mắt nào cần phải điều trị và có trên một nửa không có ROP xảy ra.

Bảng 3: Tỷ lệ có bệnh ROP theo tuổi thai lúc sinh

Tuổi thai (tuần)	Có bệnh ROP		Không có bệnh
	Không điều trị	Có điều trị	
< 28 tuần	02 (0,95%)	01 (0,47%)	
28 - 30 tuần	08 (3,8%)	02 (0,95%)	21 (10,04%)
31- 32 tuần	11 (5,26%)	01 (0,47%)	42 (20,09%)
≥ 33 tuần	04 (1,91%)	01 (0,47 %)	116 (55,5 %)

*Nhận xét: Tuổi thai nhi lúc sinh là yếu tố liên quan chặt chẽ nhất. Chúng tôi ghi nhận sơ sinh với nhiều lứa tuổi khác nhau, tuổi thai nhi lúc sinh càng nhỏ thì càng dễ bị bệnh ROP.

Trường hợp trẻ có ROP liên quan đến bệnh toàn thân, ngạt, chuyển máu... hoặc bệnh của người mẹ chúng tôi chưa thu thập được thông tin cần thiết do nhiều nguyên nhân, nên chúng tôi không đề cập ở đây.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ trẻ có bệnh ROP/ trẻ đẻ non: 30/209 (14,3%). Số lượng trẻ < 1000Gr được khám đều có bệnh. Trẻ có cân nặng 1000Gr đến 1500Gr số lượng mắc bệnh cao 17/46 (36%), tổng số trẻ cần điều trị đều thuộc nhóm này 5/5(100%).Trẻ có cân nặng càng nhỏ, tuổi thai càng thấp tỷ lệ mắc bệnh càng nhiều, số lượng trẻ nhóm này được khám ít. Có trường hợp trẻ có tuổi thai > 33 tuần cần điều trị. Tỷ lệ bệnh nhân được khám có tuổi thai ≥ 33tuần khá cao (55,5%).

Chúng tôi bắt đầu triển khai khám cho trẻ đẻ non từ tháng 2/2010, đến tháng 3/2011 với số lượng khoảng 209 bệnh nhi, chắc chắn không đủ hết số bệnh nhi đẻ non mà trong tiêu chuẩn cần khám tầm soát còn lớn hơn nhiều. Sở dĩ vậy là vì người dân chưa hiểu biết về bệnh, đội ngũ cán bộ y tế cũng chưa biết nhiều về bệnh và tác hại khi trẻ có bệnh không được phát hiện và điều trị kịp thời, mặc khác do chúng tôi còn hạn chế trong việc tuyên truyền cho mọi người hiểu rõ hơn về bệnh. Vì vậy có nhiều trẻ khi đến khám tại khoa Nhãn Nhi Bệnh viện Mắt Đà Nẵng khi các cháu 07- 08 tháng tuổi thì đã bong võng mạc toàn bộ. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu

của Gilbert C tiến hành tại các nước chậm phát triển [5].

Trẻ có cân nặng < 1000 Gr, tuổi thai < 28 tuần được khám trong báo cáo này thấp là do chế độ chăm sóc sơ sinh ở nước ta nói chung, tại Đà Nẵng nói riêng còn nhiều hạn chế, thiếu thốn về vật chất trang thiết bị cũng như thuốc điều trị. Vì thế những trẻ cân nặng quá thấp hoặc tuổi thai quá non được cứu sống ít, nhưng tuổi thai trên 28 tuần có tiên lượng điều trị laser tốt, hầu hết thoát khỏi nguy cơ mù lòa, điều giống như nhận xét từ nghiên cứu của Mathew [4].

- Tỷ lệ trẻ mắc bệnh nằm trong nhóm có cân nặng khi sinh < 1500Gr, có tuổi thai < 32 tuần, có 22 bệnh nhi, tỷ lệ 10,5% trong khi nghiên cứu của Alice R. McPherson [2] thấp hơn nhiều là vì việc khám sàng lọc chặt chẽ và bắt buộc.

- Số bệnh nhi được khám có tuổi thai > 33 tuần chiếm 57,9%, nhưng trẻ có trọng lượng > 1900Gr chiếm 19,6% cho nên sự xác định tuổi thai dựa vào lời khai của sản phụ cũng khó chính xác. Mặc khác lượng bệnh nhân có tuổi thai > 33 tuần chiếm số lượng nhiều còn do các yếu tố khách quan: trẻ bị ngạt nặng lúc sinh, thở oxy kéo dài, có truyền máu, nhiễm trùng nặng nên được bác sĩ sơ sinh cho chỉ định khám mắt, hoặc có tâm lý không an tâm khi trẻ sinh non không được khám mắt hoặc gia đình trẻ quá lo lắng đưa trẻ đến khám...

- Số bệnh nhân mắc bệnh là 30 bệnh nhi, trong đó có 05 cháu được chuyển vào TP Hồ Chí Minh điều trị, còn lại có 04 cháu nếu theo ET-ROP thì cũng cần điều trị nhưng do hoàn cảnh gia đình quá khó khăn không đủ điều kiện nên chúng tôi tiếp tục theo dõi đến 45- 50 tuần tuổi.

- Trẻ có tuổi thai 34 tuần, cân nặng khi sinh 1200gr được chuyển vào TP Hồ Chí Minh điều trị là trẻ sinh đôi, trẻ còn lại mắc bệnh nhẹ và có cân nặng 1900Gr. Những trẻ cần điều trị ở Đà Nẵng hầu như là trẻ có cân nặng thấp của các cặp sinh đôi.

V. KẾT LUẬN

Cần thiết đẩy mạnh việc tuyên truyền, giáo dục sâu rộng cho cộng đồng hiểu rõ hơn về tầm quan trọng phải khám mắt cho tất cả trẻ đẻ non có cân nặng $\leq 1900\text{Gr}$ và hoặc trẻ có tuổi thai ≤ 34 tuần. Khoa Nhãn nhi các Bệnh viện mắt cần sự phối hợp hơn nữa của khoa Sản, Nhi sơ sinh, các trung tâm y tế, các cơ sở hộ sinh.

Cần thêm nhiều Bác sĩ chuyên khoa mắt tham gia vào việc khám tầm soát bệnh võng mạc trẻ đẻ non ở tất cả các cơ sở có khoa sản. Việc phát hiện sớm, điều trị kịp thời và theo dõi lâu dài cho trẻ đẻ non là vô cùng quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Tịnh, Tôn Kim Thanh và cộng sự (2007). Đặc điểm bệnh võng mạc trẻ đẻ non và kết quả bước đầu ứng dụng Laser trong điều trị. *Tạp chí nhãn khoa Việt Nam* 2007(9): 16-21
2. Alice R. McPherson, Helen M. (1986). Retinopathy of prematurity. *Current concept and controversies*. Canada.
3. Cryotherapy for retinopathy of prematurity cooperative group (1990). Multicenter trial of cryotherapy for retinopathy of prematurity: three-month outcome. *Arch Ophthalmol* 108:195-204
4. Egbert Pr., Fiadoyor S., et al (2001). Diod laser transscleral cyclophotocoagulation as a primary surgical treatment for primary open-angle glaucoma. *Arch Ophthalmol* 119(3); 345-350.
5. Gillbert C, Fielder A, et al. (2005). Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate, and high levels of development: Implication for screening program. *Pediatrics* 115 (5): 518-525.
6. Mathew MR HO, Wykes W., et al. (2005). Retinopathy of Prematurity: an optimum screening strategy. *Journal of AAPOS* 9(6): 584-586.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH BỆNH TIM BẨM SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ EM DƯỚI 16 TUỔI TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH NGHỆ AN

Dương Đình Chinh*, Nguyễn Huy Lợi*,
Phạm Hồng Phương*, Nguyễn Hữu Nam*

TÓM TẮT⁵⁰

Mục tiêu: 1. Xác định tỷ lệ tim bẩm sinh (TBS) ở trẻ em dưới 16 tuổi tại tỉnh Nghệ An; 2. Tìm hiểu mối liên quan giữa bệnh TBS và một số yếu tố nguy cơ thường gặp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là trẻ em dưới 16 tuổi đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Nghệ An thời gian từ 1/2015-6/2016. Bố, mẹ hoặc người chăm sóc các cháu bị TBS qua khám sàng lọc. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Chúng tôi đã tiến hành khám sàng lọc được 12.758 cháu, tuổi trung bình: $7,82 \pm 4,18$ (năm), có 126 cháu mắc TBS chiếm tỷ lệ 9,87%. Trong đó 40 cháu mới được phát hiện chiếm tỷ lệ 31,7%. Thông liên nhĩ chiếm 2,27%; thông liên thất 2,12%; còn ống động mạch 0,94%; hẹp eo động mạch chủ 0,47%; tồn tại lỗ PFO 0,39%; Fallot IV 0,24%; kênh nhĩ thất chung 0,078%; bệnh TBS khác 3,37%. Một số yếu tố liên quan với bệnh TBS: Địa bàn sinh sống: tỷ lệ TBS ở trẻ dưới 16 tuổi ở vùng miền núi-trung du của tỉnh Nghệ An cao hơn vùng thành thị và đồng bằng; Cân nặng sơ

sinh thấp, tuổi thai non tháng làm gia tăng tỷ lệ TBS; Tỷ lệ mắc TBS cũng cao hơn ở nhóm có mẹ bị cảm cúm, sốt hoặc dùng thuốc trong quá trình mang thai. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc TBS chung trong cộng đồng dân cư tỉnh Nghệ An là 9,87% tương đương với phần lớn các nghiên cứu về tỷ lệ TBS chung trong cộng đồng theo các nghiên cứu trên thế giới. Có sự khác biệt về tỷ lệ TBS ở trẻ dưới 16 tuổi giữa 3 vùng miền của tỉnh Nghệ An.

Từ khóa: Tim bẩm sinh, Nghệ An, trẻ dưới 16 tuổi

SUMMARY

SURVEY ON CONGENITAL HEART DISEASE AND SOME RELATED FACTORS ON CHILDREN UNDER 16 YEARS OLD IN NGHE AN PROVINCE

Objectives: 1. Identify congenital heart rate in children under 16 years old in Nghe An province; 2. Find out the relationship between the disease and some common risk factors. **The object and method of the research:** the children under the age of 16 living in Nghe An province from 1/2015 to 5/2016. Parents or caregivers of the children has congenital heart through the screening examination. Research methods: observational research, describes of the horizontal cut. **Results:** we have conducted screening examination on 12.758 children whose age average is 7.82 ± 4.18 (years), there are 126 (9,07 %) children in congenital heart disease. Among them, there are 40

* Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ an

Chịu trách nhiệm chính: Dương Đình Chinh

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

children whose the disease has been recently discovered, accounting for 31,7%. ASD accounts for 2,27‰; VSD 2,12‰; PDA 0,94‰; Coarctation of the aorta 0,47‰; PFO 0,39‰; TOF 0,24‰; AVSD 0,078‰; other types accounts for 3,37‰. Some factors associated with the disease: living areas: the rate of congenital heart disease in children under 16 years in northern mountainous region is higher than in urban and plain areas; low infant weight, preterm gestational increase the rate of congenital heart disease; the rate is also higher in the group whose mother gets flu, fever or medication during pregnancy.

Conclusions: the incidence of congenital heart disease of Nghe An province population is 9,87 ‰ and comparable with most studies on the rate of the general community in the world. There are differences in the rate of congenital heart of children below the age 16 in 3 regions of the province.

Keywords: congenital heart disease, Nghe An, children under 16

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TBS là loại dị tật bẩm sinh phổ biến nhất, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ sơ sinh với tỉ lệ tử vong cao gấp hai lần so với tỷ lệ trẻ chết vì ung thư. Đó là sự bất thường về cấu trúc tim và mạch máu lớn ngay từ khi trẻ được sinh ra. Có nhiều bệnh TBS phức tạp làm cho trẻ tử vong sớm ngay sau khi sinh, một số tồn tại được đến tuổi trưởng thành. Đây là bệnh lý nguy hiểm, ảnh hưởng nặng nề tới sự phát triển về thể chất, tinh thần và cả tính mạng của trẻ bị bệnh, do vậy việc phát hiện sớm có ý nghĩa rất quan trọng trong tiên lượng và điều trị. Để được khám, phát hiện bệnh TBS cho trẻ, các gia đình thường phải đưa con tới các bệnh viện, trung tâm tim mạch tuyến trung ương. Tuy nhiên đối với các gia đình sinh sống tại các vùng sâu, vùng xa, không có điều kiện kinh tế thì việc đi lại khám chữa bệnh cho con là rất khó khăn, do đó bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn. Bên cạnh đó, chi phí điều trị bệnh còn cao, vượt xa khả năng kinh tế của gia đình nhiều cháu nhỏ khiến cho không ít những giấc mơ, những cuộc sống của các em trở nên dang dở.

Ở Việt Nam nói chung và ở Nghệ An nói riêng hầu như chưa có nghiên cứu nào công bố về số liệu tần suất bệnh TBS trong cộng đồng, chỉ có một số dữ kiện về bệnh TBS trong bệnh viện. Trong những năm gần đây Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An đã triển khai can thiệp tim mạch và phẫu thuật tim hở thường qui. Đã có nhiều trẻ em và bệnh nhân người lớn được điều trị triệt để một số bệnh TBS tại đây. Việc phát hiện bệnh sớm đóng vai trò rất quan trọng trong chiến lược điều trị và tiên lượng, mặt khác còn có thể giúp những bệnh nhân khó khăn về kinh tế

tiếp cận được các nguồn tài trợ từ các tổ chức từ thiện để có kinh phí điều trị bệnh sớm. Vì vậy, việc đánh giá tỷ lệ bệnh tim bẩm sinh ở trẻ em dưới 16 tuổi tại tỉnh Nghệ An và các yếu tố liên quan, từ đó xác định các yếu tố nguy cơ, đề xuất các biện pháp phát hiện, chẩn đoán sớm, quản lý và điều trị sớm các bệnh tim bẩm sinh thường gặp là một việc làm cấp thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các trẻ em dưới 16 tuổi đang đi học ở các trường mầm non, tiểu học, trung học cơ sở hoặc không đi học và các cháu chưa đến tuổi đi học theo danh sách của trạm y tế xã, phường đang sinh sống trên địa bàn tỉnh Nghệ An thời gian từ 1/2015 - 6/2016. Bố, mẹ hoặc người chăm sóc các cháu bị TBS qua khám sàng lọc.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ trên 16 tuổi. Các cháu có bệnh tim mắc phải như thấp tim, bệnh van tim hậu thấp...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu quan sát, mô tả cắt ngang.
- Công cụ thu thập thông tin: là mẫu bệnh án và bộ câu hỏi phỏng vấn (phụ lục) và/hoặc thu thập thông tin qua điện thoại.

2.2.2. Tính cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu nghiên cứu áp dụng cho một tỷ lệ. Do ở Việt Nam chưa có một điều tra nào về tỷ lệ TBS trong cộng đồng có hệ thống nên chúng tôi tạm tính tỷ lệ TBS là 0,8% theo các nghiên cứu của thế giới.

Cụ thể:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2}{d^2} pq \times DE = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2}{(p\varepsilon)^2} pq \times DE$$

Cỡ mẫu của nghiên cứu dự kiến là: 11.909 trẻ. Tuy vậy để tăng độ tin cậy của nghiên cứu, chúng tôi dự kiến sàng lọc khoảng 12.000 trẻ em.

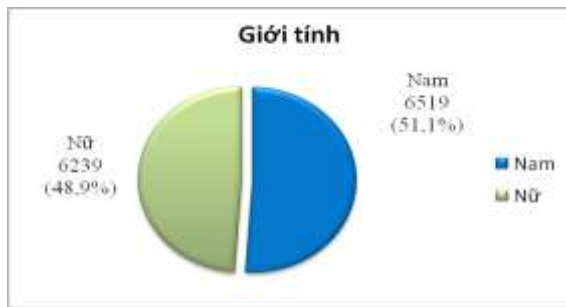
2.2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy vi tính bằng chương trình phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi đã tiến hành khám sàng lọc được 12.758 cháu trong đó thành phố Vinh 6101 cháu, huyện Hưng Nguyên 1737, huyện Nam Đàn 2350, huyện Anh Sơn 1501, huyện Tương Dương 1069 cháu và thu được các kết quả sau.

1. Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu:

1.1 Giới tính:



Biểu đồ 1: Tỷ lệ nam, nữ ở nhóm đối tượng nghiên cứu
Nhận xét: Nam: 6519 cháu chiếm 51,1%.
 Nữ: 6239 cháu chiếm 48,9%.

1.2 Tuổi: Trung bình: $7,82 \pm 4,18$ (năm),
 Thấp nhất: 14 ngày tuổi, Cao nhất: 16,5 tuổi

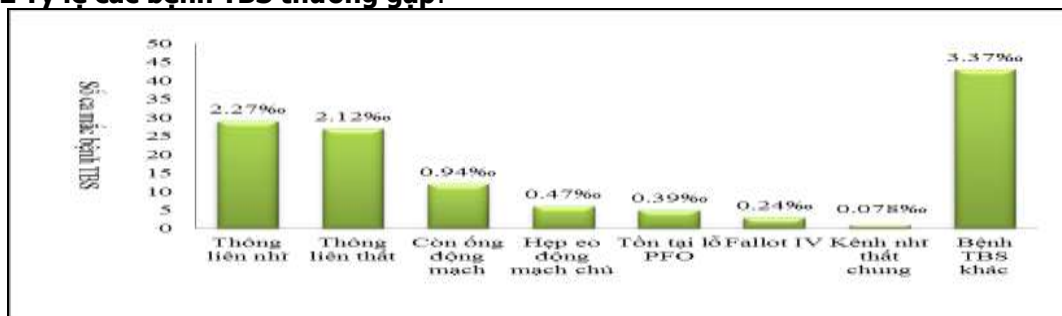
Bảng 1. Số lượng và tuổi trung bình theo phân nhóm trẻ sàng lọc.

Nhóm tuổi	Số lượng	Tuổi trung bình $\bar{x} \pm SD$ (năm)
Dưới 6 tuổi	5448	$3,72 \pm 1,66$
6 – 11 tuổi	4121	$8,92 \pm 1,41$
11 -16 tuổi	3188	$13,41 \pm 1,14$

2. Tỷ lệ mắc TBS:

2.1 Tỷ lệ chung: Có 126 cháu bị bệnh TBS chiếm tỷ lệ 9,87 %.

2.2 Tỷ lệ các bệnh TBS thường gặp:



Biểu đồ 2: Tỷ lệ mắc các bệnh TBS

Nhận xét: Tỷ lệ thông liên nhĩ cao nhất, tiếp đến là thông liên thất. Các bệnh TBS tím sớm tương đối hiếm gặp như Fallot IV chỉ chiếm 0,024%

2.3 Tỷ lệ mắc TBS theo địa bàn:

Bảng 2: Tỷ lệ TBS theo phân vùng

Tình trạng	Phân vùng	Thành thị (%)	Đồng bằng (%)	Trung du (%)
Bình thường		99,2	99,1	98,5
TBS		0,8	0,9	1,5

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa tỷ lệ mắc bệnh TBS theo 3 vùng trên địa bàn tỉnh

2.4 Tỷ lệ mắc TBS theo nhóm tuổi

Bảng 3: Tỷ lệ TBS theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tình trạng	Bình thường (%)	Bị TBS (%)	$p > 0,05$
Dưới 6 tuổi		5393 (99%)	55(1%)	
6 – 11 tuổi		4082(99,1%)	39(0,9%)	
11 -16 tuổi		3154(99%)	43(1%)	

Nhận xét: Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ bị mắc TBS ở các lứa tuổi nhỏ dưới 6, học sinh tiểu học và THCS.

3.3. Đặc điểm của nhóm mắc TBS

3.3.1. Giới tính

Bảng 4. Tỷ lệ giới tính ở bệnh nhân mắc TBS

TBS	Giới tính	Nam	Nữ	p
Có		59 (46,8%)	67(53,2%)	$p > 0,05$
Không		6460(51,1%)	6172(48,9%)	

Nhận xét: sự khác biệt giữa tỷ lệ nam và nữ mắc bệnh không có ý nghĩa thống kê

3.3.2. So sánh một số đặc điểm giữa 2 nhóm:**Bảng 5. So sánh một số đặc điểm giữa 2 nhóm**

	Nhóm mắc TBS	Không mắc TBS	<i>p</i>
Tuổi ($\bar{x} \pm SD$) (năm)	7,97 $\pm$ 4,11	7,82 $\pm$ 4,19	$p > 0,05$
Số tuần mẹ mang thai	37,94 $\pm$ 4,12	38,69 $\pm$ 4,66	$P < 0,05$
Cân nặng lúc sinh	2918,25 $\pm$ 469,5	3129,4 $\pm$ 393,6	$p < 0,001$

Nhận xét: không có sự khác biệt giữa tuổi trung bình của 2 nhóm, tuy nhiên số tuần mẹ mang thai và cân nặng lúc sinh đều nhỏ hơn ở nhóm mắc bệnh TBS.

3.3.3. So sánh các triệu chứng lâm sàng thường gặp**Bảng 6. So sánh các triệu chứng lâm sàng thường gặp**

Triệu chứng	Nhóm mắc TBS	Không mắc TBS	<i>p</i>
Hay bị viêm hô hấp	1,5 %	0,6 %	< 0,001
Chậm phát triển thể chất	42,1 %	5,6 %	
Tím môi hoặc đầu chi	1,6 %	0	< 0,01
Biến dạng lồng ngực	9,5 %	0,2 %	< 0,001
Tiếng tim bất thường	31 %	0,5 %	

Nhận xét: một số triệu chứng như hay bị viêm đường hô hấp, chậm phát triển thể chất, tím, biến dạng lồng ngực, nghe thấy tiếng tim bất thường cao hơn hẳn ở nhóm trẻ mắc bệnh TBS.

3.3.4. So sánh sự tương quan với một số yếu tố nguy cơ thường gặp**Bảng 7. So sánh cân nặng lúc sinh**

Cân nặng lúc sinh	Nhóm mắc TBS		Không mắc TBS		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Dưới 2500 g	19	2,5	731	97,5	< 0,001
Từ 2500g	107	0,9	11901	99,1	

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ mắc TBS cao hơn ở nhóm sinh thiếu cân.

Bảng 8. So sánh về tuổi thai

Tuổi thai	Nhóm mắc TBS		Không mắc TBS		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Dưới 37 tuần	35	1,5%	2326	98,5%	< 0,01
Từ 37 tuần	91	0,9%	10306	99,1%	

Nhận xét: Tương tự tỷ lệ trẻ mắc TBS cao hơn ở nhóm sinh non.

Bảng 9. So sánh về tiền sử của mẹ lúc mang thai

Tiền sử	Nhóm mắc TBS		Không mắc TBS		<i>p</i>
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Bị cảm cúm	24	19%	622	4,9%	< 0,001
Mẹ bị sốt	14	4,5%	112	0,9%	
Mẹ dùng thuốc	12	2,4%	113	1%	

Nhận xét: một số dấu hiệu bị nhiễm trùng của mẹ trong quá trình mang thai xuất hiện nhiều hơn ở nhóm trẻ mắc bệnh TBS

IV. BÀN LUẬN**4.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu**

4.1.1. Các đặc điểm chung: Tuổi trung bình là 7,82 $\pm$ 4,18 (năm), thấp nhất: 14 ngày tuổi, cao nhất: 16 tuổi. Nhóm tuổi dưới 6 chiếm tỷ lệ cao nhất 45,4%. Số lượng các cháu nhỏ tuổi, chưa đi học chiếm tỷ lệ lớn giúp cho chúng tôi có thể khảo sát được những cháu bé mắc bệnh nặng sớm hơn. Giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam/nữ là 1,04: 1 không có sự khác biệt nhau và tương đương với nghiên cứu của Anita Saxena và CS (Ấn Độ) trên 20.307 trẻ sinh ra là 1,15: 1 [2].

4.1.2. Bàn luận về tỷ lệ mắc TBS

4.1.2.1 Tỷ lệ chung: Tỷ lệ mắc bệnh chung trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với hầu hết các nghiên cứu về xác định tỷ lệ TBS trong cộng đồng trên thế giới. So sánh với nghiên cứu cohort của Julien I.E. Hoffman trên 19.502 trẻ sinh ra sống tỷ lệ TBS là 8,8 ‰ [6]. Còn theo nghiên cứu của Enora Laas và cộng sự ở Pháp là 7‰ (n=2789) [5], nghiên cứu của Anita Saxena và CS (Ấn Độ) là 8,07 ‰ (n= 20,307) [2].

Trong nghiên cứu này tỷ lệ thông liên thất, thông liên nhĩ, Fallot IV cũng cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ mắc các bệnh TBS theo nghiên cứu của Ariane J.Marelli: thông liên nhĩ 3,89‰; thông liên thất 4,20‰; còn ống động mạch 0,31‰; hẹp eo động mạch chủ

0,25‰; tổn tại lỗ PFO 0,01‰; Fallot IV 0,49‰; kênh nhĩ thất chung 0,57‰; đảo gốc động mạch 0,27 ‰; tim một thất 0,13 ‰; bệnh TBS khác 2,03‰[3]. Chúng tôi nhận thấy các bệnh TBS có biểu hiện lâm sàng sớm hoặc điển hình như thông liên thất, còn ống động mạch, Fallot IV đa phần được chẩn đoán từ trước. Điều này có thể lý giải là những bệnh TBS này tương đối dễ phát hiện trên lâm sàng nên được gia đình các cháu hoặc nhân viên y tế cơ sở phát hiện sớm hơn và chúng tôi không phát hiện được bệnh nhân mới nào có biểu hiện lâm sàng nặng trong nghiên cứu này.

4.1.2.2. Tỷ lệ mắc TBS theo địa bàn: Theo số liệu địa bàn huyện Tương Dương có tỷ lệ mắc TBS cao nhất. Đây là huyện miền núi xa nhất trong quần thể nghiên cứu, điều kiện sống khó khăn nhất có thể làm gia tăng một số yếu tố nguy cơ như đẻ non tháng, cùng với những tập tục còn lạc hậu như hôn nhân cận huyết cũng là một yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh TBS. Ngoài ra địa bàn đồi núi cao nơi có nồng độ oxy thấp hơn so với đồng bằng cũng làm gia tăng tỷ lệ một số bệnh TBS như còn ống động mạch,...[1]

So sánh tỷ lệ TBS ở miền núi và thành thị chênh lệch khá lớn với mức có ý nghĩa rất cao trong nghiên cứu, đặc điểm này cho thấy ở một nhóm dân số, sức khỏe của trẻ chưa được quan tâm đúng mức, có thể do điều kiện thực tế tại địa phương và trình độ dân trí còn hạn chế, phương tiện đi lại chưa thuận tiện, kinh tế khó khăn, mạng lưới y tế cơ sở chưa được phát huy, phương tiện chẩn đoán, theo dõi bệnh còn thiếu.

4.1.2.3. Bàn luận về tỷ lệ mắc TBS theo lứa tuổi: Nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ mắc TBS theo 3 nhóm tuổi là nhóm dưới 6 tuổi, 6 đến 11 (học tiểu học), từ 11 đến 16 (học trung học cơ sở). Tuy nhiên đối với các cháu bị TBS được chẩn đoán từ trước chúng tôi không xác định được thời gian các cháu được chẩn đoán lần đầu. Tỷ lệ bị TBS ở nhóm dưới 6 tuổi chiếm 42,9% số mắc, nhóm 6-11 chiếm 32,5% và nhóm từ 11-16 là 24,6%. So sánh thời điểm phát hiện ra bệnh TBS với các nghiên cứu khác trên thế giới thì theo Julien I.E. Hoffman khảo sát trên 19.502 trẻ sinh ra sống có 163 trẻ em bị bệnh TBS, trong đó 46% được chẩn đoán đúng lúc 1 tuần tuổi, 88,3% ở độ tuổi 1 năm và 98,8% lúc 4 tuổi [6]. Như vậy so với các tác giả trên thời gian phát hiện bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi muộn hơn.

4.2. Đặc điểm của nhóm mắc bệnh TBS

4.2.1. Giới tính của nhóm mắc bệnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc bệnh

TBS ở nữ chiếm 53,2%; ở nam chiếm 46,8%, tương đương với nghiên cứu của Ariane J.Marelli và CS 52% ở nữ và 48% ở nam trong dân số chung của Quebec-Canada [3].

4.2.2. Đặc điểm lâm sàng và tiền sử sản khoa của nhóm mắc bệnh TBS: Trong nghiên cứu của chúng tôi cân nặng lúc sinh thấp cũng chiếm tỷ lệ lớn trong nhóm mắc bệnh TBS. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở mức $p < 0,001$ so với nhóm bình thường. Sinh non là một trong những yếu tố gợi ý cần tầm soát dị tật TBS kèm theo, ngược lại trẻ sinh non mắc bệnh TBS sẽ có tiên lượng xấu hơn rất nhiều so với nhóm trẻ sinh non có cùng tuổi thai không mắc bệnh. Thống kê của chúng tôi phần lớn các trường hợp TBS thường có cân nặng lúc sinh $< 2500g$. Nghiên cứu của Laas E và cộng sự ở 2189 trẻ sơ sinh mắc bệnh TBS có 13,5% là trẻ thiếu tháng. Nguy cơ gia tăng sinh non cho trẻ sơ sinh có bệnh TBS cao gấp hai lần so với dân số nói chung. Như vậy có sự liên quan qua lại giữa sinh non và mắc bệnh TBS [5].

Qua bảng 6 ta thấy ở trẻ mắc TBS thường hay bị viêm đường hô hấp. Do ở trẻ mắc bệnh TBS thường làm gia tăng lưu lượng tuần hoàn phổi, làm gia tăng khả năng bị viêm phổi, phế quản... Ngoài ra các dấu hiệu như tím môi hoặc đầu chi, ngón tay dùi trống cũng thường xuất hiện trên các bệnh nhân bị TBS tím sớm [1],[5].

Tiếng tim bất thường xuất hiện với tỷ lệ khá lớn trong nghiên cứu của chúng tôi. Còn theo nghiên cứu của Mediha Kardasevic và Amel Kardasevic 1,68% trẻ sinh ra có tiếng thổi ở tim và khoảng 1% tìm thấy nguyên nhân [7]. Tuy nhiên cũng theo nghiên cứu này, khám lâm sàng thông thường ở giai đoạn sơ sinh bỏ sót chẩn đoán hơn một nửa số trẻ em bị TBS. Kiểm tra tại thời điểm 6 tuần bỏ sót một phần ba. Một số lượng đáng kể trẻ có tiếng thổi nghe thấy trong giai đoạn sơ sinh có bất thường về cấu trúc quả tim. Đối với chẩn đoán TBS, ngoài việc khám lâm sàng, cho đến nay siêu âm vẫn là một phương pháp thông dụng nhất, nhưng bị hạn chế sử dụng như một phương pháp sàng lọc đại trà trong cộng đồng do chi phí của nó [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tiếng thổi nghe được đa phần với cường độ bé, thổi tâm thu ở mức 2/6 nghe ở mỏm là chủ yếu, tuy nhiên nó cũng chiếm tỷ lệ lớn ở nhóm bị bệnh TBS. Đây là một dấu hiệu rất giá trị trên lâm sàng để phát hiện bệnh TBS trong nghiên cứu của chúng tôi. Các cháu có tiếng thổi bất thường thuộc diện nghi ngờ sẽ được đưa vào nhóm siêu âm tim sàng lọc sau đó sẽ được siêu âm chuyên sâu ở bệnh viện

tình. Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở nhóm bệnh TBS trong nghiên cứu của chúng tôi là tiếng tim bất thường và/hoặc tím. Điều này đáng lưu ý với các nhân viên y tế cơ sở để có định hướng cho gia đình các cháu lên tuyến trên kiểm tra kịp thời nhằm phát hiện TBS sớm. Mặc dù có sai sót nhất định tiếng thổi ở tim vẫn được coi là dấu hiệu hàng đầu để chẩn đoán bệnh tim mạch. Các tiếng thổi sinh lý thường lành tính và không gây nguy hiểm cho trẻ. Trong số 20.323 ca sinh sống, đã có 170 trẻ sơ sinh được làm siêu âm tim vì có tiếng thổi. Trong số này, 147 (86%) đã được tìm thấy có những khiếm khuyết về cấu trúc tim. Các tổn thương phổ biến nhất được tìm thấy là shunt trái sang phải (66%). Thông liên thất là tổn thương thường gặp nhất, tiếp theo còn ống động mạch. Mười ba phần trăm trẻ sơ sinh có tiếng thổi đơn thuần ở tim không có tổn thương cấu trúc. Như vậy còn lại đa số trẻ sơ sinh có tiếng thổi ở tim trong những ngày đầu tiên của cuộc sống có bệnh tim cấu trúc. Một số dị tật nghiêm trọng rất khó chẩn đoán nếu không có siêu âm tim sớm. Luồng shunt trái-phải, đặc biệt là thông liên thất có thể gây ra một tiếng thổi thậm chí ở ngày đầu tiên của cuộc sống đã được ghi nhận là phổ biến hơn cả.

4.2.3. Bàn luận về một số yếu tố nguy cơ thường gặp: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc TBS cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm trẻ sinh ra dưới 2500g và tuổi thai dưới 37 tuần. Điều này phù hợp với các công bố trong y văn. Tuy nhiên khi tính tỷ suất chênh OR chúng tôi nhận thấy sự tương quan khá lỏng lẻo.

Tỷ lệ mắc TBS cũng cao hơn ở nhóm có mẹ bị cảm cúm, sốt hoặc dùng thuốc trong quá trình mang thai. Nhưng cũng như trên chúng tôi không có bằng chứng rõ ràng trong việc khẳng định người mẹ có bị nhiễm virus hay không trong quá trình mang thai.

Phơi nhiễm với các loại thuốc, hóa chất và các chất sinh học, phóng xạ chữa bệnh và các yếu tố khác trước khi sinh có thể dẫn đến bất thường hệ tim mạch. Ngoài ra sự thiếu hụt dinh dưỡng trong giai đoạn bào thai cũng có thể gây ra các bất thường hệ tim mạch. Những bất thường này có thể ảnh hưởng đến cấu trúc tim, hệ thống dẫn truyền, cơ tim,... Thời kỳ phơi thai là giai đoạn quan trọng cho những dị tật bẩm sinh tuy nhiên bằng chứng về việc phơi nhiễm

các yếu tố nguy cơ ở môi trường là có hạn. Cần phải có những nghiên cứu theo dõi dọc lâu dài để đánh giá tác hại của chúng.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ TBS ở trẻ em dưới 16 tuổi tại tỉnh Nghệ An

- Kết quả xác định tỷ lệ mắc bệnh TBS chung đối với trẻ dưới 16 tuổi trên địa bàn tỉnh Nghệ An là 9,87‰

- Tỷ lệ mắc một số bệnh TBS thường gặp là: Thông liên nhĩ: 2,27 ‰; Thông liên thất: 2,12 ‰; CÔĐM: 0,94 ‰; Hẹp eo ĐMC: 0,47 ‰; Tồn tại lỗ PFO: 0,39‰; Fallot IV: 0,24 ‰; Kênh nhĩ thất chung: 0,08 ‰; Các bệnh TBS khác: 3,37‰

2. Một số yếu tố liên quan với bệnh TBS

Địa bàn sinh sống: Có sự khác biệt về tỷ lệ TBS ở trẻ dưới 16 tuổi giữa 3 vùng miền của tỉnh Nghệ An là thành thị, đồng bằng và miền núi-trung du. Cân nặng sơ sinh thấp, tuổi thai non tháng làm gia tăng tỷ lệ mắc TBS. Tỷ lệ mắc TBS cũng cao hơn ở nhóm có mẹ bị cảm cúm, sốt hoặc dùng thuốc trong quá trình mang thai. Tuy nhiên không có bằng chứng rõ ràng về vấn đề nhiễm virus của mẹ trong quá trình mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt (2014), *Thực hành bệnh tim mạch*, Nhà xuất bản Y học.
2. Anita Saxena, Anurag Mehta và CS (2016), "Birth prevalence of congenital heart disease: A cross-sectional observational study from North India", *Ann Pediatr Cardiol*, Sep-Dec, 9(3): 205-209.
3. Ariane J.Marelli, Andrew S.Mackie, Raluca Ionescu-Ittu (2007), "Congenital Heart Disease in the General Population Changing Prevalence and Age Distribution", *Circulation* AHA 106.627224, 115:163-172
4. Dolan SM, Gross SJ, Merkatz IR, et al (2007) "The contribution of birth defects to preterm birth and low birth weight" *Obstet Gynecol*, 110(2 pt 1):318-324
5. Enora Laas, Nathalie Lelong, Anne-Claire Thieulin (2012), "Preterm Birth and Congenital Heart Defects: A Population-based Study" *PEDIATRICS* Volume 130, Number 4, October 2012.
6. Julien I.E. Hoffman, Roberta Christianson (1978) "Congenital heart disease in a cohort of 19,502 births with long-term follow-up", *The American Journal of Cardiology*, Vol 119, Issue 1, Pages A1-A6.
7. Mediha Kardasevic, Amel Kardasevic (2014), "The Importance of Heart Murmur in the Neonatal Period and Justification of Echocardiographic Review". *Med Arch*. 2014 Aug; 68(4): 282-284.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG BẰNG METFORMIN LIỀU NGẮN

Lê Thanh Tùng*

TÓM TẮT⁵¹

Buồng trứng đa nang gây ra nhiều vấn đề sức khỏe cho người phụ nữ do đó đánh giá hiệu quả điều trị có vai trò quan trọng trong việc kiểm soát vấn đề này. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị HCBTĐN bằng metformin liều ngắn. **Phương pháp:** Nghiên cứu đánh giá trước và sau can thiệp không có nhóm chứng được thực hiện trên một nhóm thuần tập 40 phụ nữ được chẩn đoán mắc Hội chứng buồng trứng đa nang sống trên địa bàn tỉnh Nam Định. Phác đồ điều trị: Sử dụng metformin 1000mg/ngày dùng từ 5-10 ngày bắt đầu dùng từ ngày 3-5 của vòng kinh. Có thể kết hợp dùng thêm estrogen. **Kết quả:** Metformin có tác dụng tốt trong điều trị hiếm muộn do buồng trứng đa nang. Phác đồ điều trị trong nghiên cứu cũng có tác dụng tương tự như phác đồ dùng metformin liều cao và dài hơn. **Khuyến nghị:** Tiếp tục nghiên cứu việc sử dụng liều ngắn metformin trong điều trị buồng trứng đa nang.

Từ khóa: Phụ nữ, buồng trứng đa nang, can thiệp, hiệu quả điều trị.

SUMMARY

STUDY TREATMENT EFFECT POLYCYSTIC OVARY SYNDROME WITH SHORT DOSES OF METFORMIN

Polycystic ovary cause health problems for the woman so evaluate the effectiveness of treatment has an important role in controlling this problem in women. **Objective:** To assess the effects of treatment polycystic ovarian syndrome with metformin doses short. **Methods:** The study evaluated before and after the intervention no control group was conducted on a cohort of 40 women are diagnosed with polycystic ovary syndrome lived in the Nam Dinh province. Treatment Regimen: Use of metformin 1000 mg / day for 5-10 days using start taking from 3-5 days of menstrual cycle. User can combine more estrogen. **Results:** Metformin has a good effect in the treatment of infertility due to polycystic ovary. Treatment regimen in the study also had the same effect as high doses of metformin therapy and longer. **Recommendation:** Continue to study the use of metformin in the treatment doses short polycystic ovaries.

Keyword: women, polycystic ovaries, intervention, treatment efficiency.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng buồng trứng đa nang (HCBTĐN) hay còn được gọi là hội chứng Stein-Leventhal, do I F. Stein và M Leventhal mô tả đầu tiên năm 1937. Tên của tình trạng này xuất phát từ sự xuất hiện của nhiều nang noãn chưa trưởng thành ở buồng trứng. Theo Hội Sinh Sản và Phôi học Châu Âu và Hội Y học Sinh Sản Hoa Kỳ thì dấu hiệu chính của HCBTĐN là khi có hơn 10 nang noãn chưa trưởng thành có thể nhìn thấy trên cùng một mặt cắt của siêu âm [3].

Các triệu chứng phổ biến của HCBTĐN là chu kỳ kinh nguyệt không đều, tăng trưởng tóc, lông không mong muốn (rậm lông), mụn trứng cá, đôi khi vô sinh - hiếm muộn (đây vừa là triệu chứng nhưng cũng đồng thời là hậu quả của bệnh) [3]. Nguyên nhân của HCBTĐN cho đến nay vẫn còn nhiều tranh cãi, tuy nhiên có 2 nguyên nhân chính thường được nhắc đến, đó là: bất thường trong sản xuất gonadotropin và yếu tố di truyền [5].

Mặc dù tỷ lệ mắc HCBTĐN chỉ từ 5-10%, nhưng những hậu quả mà nó đem lại là rất nghiêm trọng. Những vấn đề về sức khỏe do HCBTĐN gây ra bao gồm bệnh đái tháo đường, béo phì, hội chứng chuyển hóa, tăng sản niêm mạc tử cung, khô âm đạo; các bệnh tim mạch, tiền sản giật, trầm cảm và giảm chất lượng cuộc sống [6].

Một trong những thuốc đã được chứng minh có hiệu quả điều trị cao qua các nghiên cứu và đang được áp dụng là metformin. Mặc dù hầu hết các nghiên cứu đã chứng minh metformin với liều 1000-1500mg/ngày sẽ cải thiện được tình trạng kinh thưa, tăng khả năng phóng noãn và từ đó làm tăng khả năng có con nhưng một số kết quả nghiên cứu còn chưa thống nhất, đặc biệt chưa có nghiên cứu nào sử dụng metformin liều ngắn trong điều trị HCBTĐN.

Tại Nam Định cho đến nay chưa có một báo cáo nào về hiệu quả điều trị HCBTĐN bằng metformin đặc biệt là metformin liều ngắn. Vậy câu hỏi được đặt ra tác dụng của metformin liều ngắn trên những phụ nữ có HCBTĐN tại Nam Định là như thế nào. Để trả lời được câu hỏi trên nghiên cứu này đã được tiến hành với mục tiêu:

*Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Tùng

Email: tungpcnd@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Đánh giá hiệu quả điều trị HC BTĐN bằng metformin liều ngắn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ được chẩn đoán là có Hội chứng BTĐN đang sinh sống và làm việc tại tỉnh Nam Định. Thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2014-12/2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu phỏng thực nghiệm so sánh một nhóm trước và sau điều trị.

2.2.1. Đánh giá trước can thiệp: Tiến hành khám và phỏng vấn đối tượng nghiên cứu để lựa chọn đối tượng tham gia vào nghiên cứu. Đánh giá các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.

2.2.2. Can thiệp: Các đối tượng được điều trị theo phác đồ: Sử dụng metformin 1000mg/ngày dùng từ 5-10 ngày, bắt đầu dùng từ ngày 3-5 của vòng kinh, với mục đích làm giảm tác dụng không mong muốn và tăng hiệu quả phòng ngừa có thể kết hợp dùng thêm estrogen.

2.2.3. Đánh giá sau can thiệp: Tiến hành đánh giá lại các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng sau điều trị là 6 tháng.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán và loại trừ

- **Tiêu chuẩn chẩn đoán:** Sử dụng tiêu chuẩn đồng thuận Rotterdam 2003, gồm 3 tiêu chuẩn: Kinh thưa hay vô kinh, triệu chứng cường androgen trên lâm sàng và/ hoặc cận lâm sàng, hình ảnh BTĐN. HCBTĐN được chẩn đoán khi có 2 trong 3 tiêu chuẩn trên và sau khi đã loại trừ các nguyên nhân khác như: tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, các loại u chế tiết androgen, hội chứng Cushing...). Tổng số có 40 người bệnh đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu, các đối tượng có chống chỉ định với các thuốc trong phác đồ

2.4. Các thông tin cần thu thập: Các thông tin về nhân khẩu học, nhân trắc học, tiền sử bệnh, tật nói chung, tiền sử sản phụ khoa, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của HCBTĐN.

2.5. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

2.5.1. Công cụ thu thập số liệu: Bệnh án, cân, thước đo, dụng cụ khám phụ khoa, máy siêu âm, máy xét nghiệm

2.5.2. Phương pháp thu thập số liệu:

Phòng vẫn trực tiếp, cân, đo, khám tổng quát, làm các xét nghiệm, siêu âm

2.6. Thời gian và các tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu: Đánh giá các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong từng chu kỳ. Đánh giá các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng sau 6 tháng điều trị

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi được thu thập được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm R. Các bảng, biểu được sử dụng để mô tả các số liệu, sử dụng tần số và tỷ lệ % để mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa các nhóm trước và sau điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu gồm 40 người bệnh được chẩn đoán mắc hội chứng BTĐN. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $29,3 \pm 5,3$ tuổi; nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng là công nhân (52,5%); có 60% số đối tượng sống ở các vùng nông thôn. Độ tuổi của các người bệnh trong nghiên cứu tập trung ở khoảng từ 20-30 tuổi, thấp nhất là 17 tuổi và tuổi cao nhất là 38 tuổi. Phân bố tuổi của các đối tượng nghiên cứu là phân bố chuẩn. Các chỉ số nhân trắc học của đối tượng đều ở mức bình thường.

3.2. Các dấu hiệu của BTĐN

3.3.1. Các dấu hiệu toàn thân: Chưa phát hiện đối tượng nghiên cứu nào có tình trạng rụng lông, tóc. Có 60% đối tượng nghiên cứu bị rối loạn kinh nguyệt ở các thể khác nhau. Có 40% đối tượng được chẩn đoán vô sinh - hiếm muộn, trong đó có 50% vô sinh - hiếm muộn thứ phát. Tỷ lệ đối tượng bị sảy thai là 5%. Chỉ có 4 đối tượng chiếm 10% có tình trạng thừa cân ở mức béo phì độ I.

3.3.2. Các dấu hiệu cận lâm sàng: Trung bình độ dày niêm mạc tử cung của đối tượng (đo vào thời điểm giữa chu kỳ kinh) là 7,7mm thấp nhất là 5,1 mm; cao nhất là 11,6 mm. Có 10,0% đối tượng có độ dày niêm mạc tử cung < 6 mm. Kết quả siêu âm nhận thấy 100% đối tượng có >10 nang noãn chưa trưởng thành tại buồng trứng. Có 20,1% đối tượng có tăng Estradiol; 10,3% có tăng LH và 10,2% có tăng Progesteron. Có 12,5% số người bệnh có tăng cả 2 hormon sinh sản.

3.3. Kết quả điều trị

3.3.1. Thay đổi về dấu hiệu lâm sàng

Bảng 3.1: Tình trạng kinh nguyệt của các đối tượng tại các thời điểm

Tình trạng kinh nguyệt	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Đều	7	17.5	27	67.5
Rối loạn	37	82.5	13	32.5
p	0.0000			

Tỉ lệ đối tượng có tình trạng kinh nguyệt bình thường sau khi điều trị đã tăng lên 50% so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$.

Bảng 3.2: Tình trạng BMI của các đối tượng tại các thời điểm**Bảng 3.3: Tình trạng niêm mạc tử cung của các đối tượng tại các thời điểm**

Thời điểm can thiệp	Min	Max	Mean	SD	p	Tỉ lệ % người bệnh có độ dày niêm mạc tử cung < 6mm
Trước	5.1	11.6	7.7	1.2	0.06	10.0
Sau	5.8	11.0	8.2	1.1		2.5

Độ dày niêm mạc tử cung của các đối tượng nghiên cứu sau điều trị đã có những thay đổi đáng kể so với trước khi điều trị. Độ dày niêm mạc tử cung trung bình của 40 đối tượng sau điều trị là $8,2 \pm 1,1$ mm so với $7,7 \pm 1,2$ mm. Sau điều trị tỉ lệ người bệnh có độ dày niêm mạc < 6 mm chỉ còn 2,5% thấp hơn 7,5% so với trước điều trị.

Bảng 3.4: Tình trạng buồng trứng của các đối tượng tại các thời điểm

Tình trạng buồng trứng	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Bình thường	0	0	9	22.5
<10 nang noãn chưa trưởng thành	0	0	14	35.0
>10 nang noãn chưa trưởng thành	40	100	17	42.5

Sau khi điều trị đã có 22,5% số người bệnh buồng trứng đã trở về trạng thái bình thường; 35,1% số người bệnh có sự giảm đáng kể số nang ở buồng trứng.

Bảng 3.5: Kết quả xét nghiệm nội tiết sinh sản của đối tượng tại các thời điểm

Thông số	Trước điều trị				Sau điều trị				p
	Min	Max	Mean	SD	Min	Max	Mean	SD	
FSH	2.6	9.8	6.0	2.3	2.1	11.2	6.8	2.4	0.005
Estrogen	81.0	337.0	213.5	83.8	71	334	191.9	80.4	0.000
Prolactin	7.9	402.0	270.2	96.0	19	411	247.6	85.2	0.000
LH	5.6	55.0	12.4	8.5	5.8	50	13.0	8.0	0.12
Progesteron	0.1	3.7	1.0	0.9	0.29	5.1	1.5	1.1	0.000
Testosteron	0.2	4.1	2.1	1.3	0.1	4.6	2.0	1.2	0.41

4/6 chỉ số xét nghiệm sau điều trị có sự khác biệt so với trước điều trị bao gồm: FSH, estradiol; prolactin và progesteron.

Bảng 3.6: Phân loại kết quả xét nghiệm nội tiết sinh sản tại các thời điểm

Chỉ số xét nghiệm		Trước điều trị	Sau điều trị
		n (%)	
FHS	Thấp	0 (0)	0 (0)
	Bình thường	40 (100)	91 (97.5)
	Cao	0 (0)	1 (2.5)
Estradiol	Thấp	0 (0)	0 (0)
	Bình thường	20 (50)	20 (50)
	Cao	20 (50)	20 (50)
Prolactin	Thấp	1 (2.5)	1 (2.5)
	Bình thường	39 (97.5)	38 (95.0)
	Cao	0 (0)	1 (2.5)

Chỉ số xét nghiệm		Trước điều trị	Sau điều trị
		n (%)	
LH	Thấp	0 (0)	0 (0)
	Bình thường	36 (90)	36 (90)
	Cao	4 (10)	4 (10)
Progesteron	Thấp	1 (2.5)	0 (0)
	Bình thường	35 (87.5)	21 (52.5)
	Cao	4 (10)	19 (47.5)
Testosteron	Bình thường	40 (100)	40 (100)
	Cao	0 (0)	0 (0)

3.3.3. Kết quả có thai

Bảng 3.7: Kết quả có thai sau điều trị ở những đối tượng mong muốn có thai

Kết quả có thai	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	%	n	%
Số không muốn có thai	24	45	24	45
Mong muốn có thai	26	65	26	65
Kết quả có thai	0	0	9/26	34.6

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi về dấu hiệu lâm sàng

Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu đã được sử dụng phác đồ điều trị bằng metformin 100 mg/ngày dùng từ 5-10 ngày bắt đầu dùng từ ngày thứ 3-5 của vòng kinh (có một số đối tượng được sử dụng kết hợp estrogen để giảm tác dụng không mong muốn và tăng hiệu quả phóng noãn). Sau quá trình điều trị và theo dõi nhận thấy đã có sự thay đổi đáng kể về tình trạng kinh nguyệt của đối tượng. Cụ thể trước khi điều trị có tới 82,5% đối tượng bị rối loạn kinh nguyệt, tuy nhiên sau điều trị con số này đã giảm xuống còn 32,5% (OR 2,53). Chỉ số hiệu quả của can thiệp đạt 60% trong việc giảm số đối tượng bị rối loạn kinh nguyệt. Sự khác biệt đã được chứng minh có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0.000$. Nghiên cứu của tác giả Tahira Dar và cộng sự [4] (liều dùng 500mg/ngày dùng trong 6 tháng), cho kết quả 65% đối tượng bị rối loạn chu kỳ sau khi điều trị bằng metformin đã có tình trạng kinh nguyệt bình thường; con số này trong nghiên cứu của Shamsa Zafar là 86%[7] (liều dùng metformin 500mg/ngày dùng trong 6 tháng).

Tình trạng thể trạng của đối tượng cũng đã có những thay đổi có ý nghĩa thống kê. Trước điều trị tỉ lệ đối tượng bị béo phì độ I là 10%, sau điều trị đã không còn đối tượng nào bị tình trạng này. BMI trung bình cũng có sự khác biệt giữa 2 thời điểm, với mức chênh lệch là 1 đơn vị. Hiệu quả giảm cân của metformin cũng đã được chứng minh trong nghiên cứu của Vũ Văn Tâm[1] (liều dùng metformin là 1000mg/ngày chia thành 2 lần bắt đầu dùng ở ngày kinh thứ 2). Nghiên cứu

của tác giả Tahira Dar và cộng sự [4] cho kết quả đã giảm số lượng đối tượng béo phì sau điều trị là 40,0%. Cơ chế của việc giảm cân sau khi sử dụng metformin đó là thuốc có tác dụng làm giảm tiêu thụ thức ăn. Người sử dụng metformin giảm cảm giác đói hơn so với bình thường.

4.2. Thay đổi về dấu hiệu cận lâm sàng

Như đã đề cập độ dày niêm mạc tử cung có ảnh hưởng đến quá trình mang thai, nếu tử cung quá mỏng dẫn đến hậu quả làm thai khó làm tổ và phát triển. Vì vậy việc cải thiện độ dày niêm mạc tử cung sẽ góp phần tăng tỉ lệ người bệnh có thai và mang thai thành công. Theo kết quả nghiên cứu sau khi điều trị tỉ lệ đối tượng có độ dày niêm mạc tử cung < 6mm chỉ còn 2,5% thấp hơn lúc chưa điều trị là 10,%. Chỉ số hiệu quả của can thiệp đạt tăng độ dày niêm mạc tử cung đạt 75,0%.

Đa nang buồng trứng đặc trưng bởi nhiều nang noãn chưa trưởng thành hiện diện trên 2 buồng trứng. Buồng trứng lúc này sẽ có một lớp vỏ dày, chắc và không có sẹo phóng noãn. Nếu không được điều trị, các nang trứng sẽ không phát triển dẫn đến vô sinh - hiếm muộn. Kết quả nghiên cứu cho thấy rõ được tác dụng của metformin trong việc tăng số nang phát triển tới trưởng thành tại buồng trứng. Đã có 22,5% số đối tượng có buồng trứng trở về trạng thái bình thường; 35,0% đối tượng quan sát thấy có sự giảm đáng kể số lượng nang noãn chưa trưởng thành và có các nang trưởng thành tại mỗi buồng trứng và chỉ còn 42,5% đối tượng chưa thấy sự giảm số lượng nang noãn chưa trưởng thành tại buồng trứng.

Bình thường, chu kỳ sinh sản được điều chỉnh bằng cách thay đổi mức độ của kích thích tố sản xuất bởi tuyến yên và buồng trứng. Trong HCBTĐN, thường có sự tăng cao LH và androgen. Điều này lý giải các biểu hiện lâm sàng của HCBTĐN như kinh không đều, rối loạn phóng noãn, rụng trứng và mụn trứng cá. Do đó, một trong những mục tiêu của điều trị là cần phải điều chỉnh LH và androgen về mức bình thường. Kết quả nghiên cứu này đã đạt được mục tiêu trên khi đã giảm nồng độ LH trung bình từ 12,4mUI/mL trước điều trị xuống còn 8,1mUI/mL sau điều trị và sau khi điều trị không còn đối tượng nào có nồng độ LH vượt mức cho phép. Tác dụng này của metformin cũng đã được chứng minh trong nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Tâm và cộng sự [1].

4.3. Kết quả có thai

Trong 40 đối tượng tham gia nghiên cứu có 26 đối tượng chiếm 65% có nhu cầu có thai. Kết quả sau điều trị có 10/26 phụ nữ đã có thai chiếm 38,5%. Trong đó có thai ở tháng đầu tiên sau điều trị là 4 (40%) đối tượng; có thai ở tháng thứ hai là 5 (50%) đối tượng; có thai ở tháng thứ ba là 1 (10%) đối tượng. Kết quả này cao hơn so với kết quả của tác giả Vũ Văn Tâm [1], tỉ lệ có thai sau điều trị chỉ là 24% và của tác giả Bùi Minh Tiến [2] (*liều dùng metformin là 500mg x 2 viên/ngày trong 3 tháng*), tỉ lệ có thai sau điều trị là 20,3%. Có sự khác biệt về tỉ lệ có thai sau điều trị là do cách tính toán của các tác giả. Trong nghiên cứu của hai tác giả trên tỉ lệ số phụ nữ có thai sau điều trị được tính bằng cách lấy số phụ nữ có thai chia cho tổng số phụ nữ tham gia nghiên cứu. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này được tính bằng cách lấy số phụ nữ có thai sau điều trị chia cho số phụ nữ muốn có thai. Nếu tính như cách của 2 tác giả trên thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 25% số phụ nữ có thai sau điều trị. Tuy nhiên không phải phụ nữ nào đi điều trị HCBTĐN đều mong muốn có thai (trong nghiên cứu của chúng tôi có những phụ nữ chưa lập gia đình) vì vậy cách tính của chúng tôi về hiệu quả có thai sau điều trị của metformin là thích hợp hơn.

Xét về thời gian có thai sau dùng thuốc, kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Minh Tiến [2], theo đó số lượng phụ nữ có thai tăng theo thời gian điều trị. Ở tháng thứ nhất chỉ có 2 phụ nữ có thai; ở tháng thứ hai là 4 và tháng thứ ba 5.

Cơ chế của metformin trong giúp tăng khả

năng có thai của phụ nữ bị HCBTĐN là làm giảm nồng độ insulin trong máu, tăng nhạy cảm insulin và làm giảm nồng độ LH do đó làm tăng tỉ lệ phóng noãn và tăng tỉ lệ có thai. Tác dụng này của metformin đã được chứng minh trong nghiên cứu của tác giả Bùi Minh Tiến [2]. Theo đó, sau 3 tháng điều trị tỉ lệ phóng noãn đạt 57,4%; trong số này có 41,9% có thai. Các nhà nghiên cứu nội tiết sinh sản đều cho rằng thông qua cơ chế này, metformin là một tiền bộ quan trọng trong điều trị vô sinh - hiếm muộn.

4.4. Tác dụng không mong muốn của thuốc

Trong nghiên cứu này quan sát thấy tỉ lệ đối tượng sau điều trị gặp các tác dụng không mong muốn do metformin là 12,5%. Các tác dụng không mong muốn gồm: Tiêu chảy tạm thời và buồn nôn 2 trường hợp; chóng mặt 2 trường hợp; Mất cảm giác ngon miệng 1 trường hợp. Nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Tâm [1] và Tahira Dar [4] có tỉ lệ đối tượng gặp các tác dụng không mong muốn lần lượt là 14% và 16%. Các kết quả cho thấy metformin có tính an toàn cao.

V. KẾT LUẬN

Sau quá trình điều trị 40 bệnh nhân bằng metformin liều 1000 mg/ngày dùng từ 5-10 ngày bắt đầu từ ngày 3-5 của vòng kinh, nghiên cứu có một số kết luận sau:

- Metformin có tác dụng tốt trong điều trị hiếm muộn do BTĐN.

- Phác đồ điều trị bằng metformin liều 1000 mg/ngày dùng từ 5-10 ngày bắt đầu từ ngày 3-5 của vòng kinh cũng có tác dụng tương tự như liều dùng metformin 500mg x 2 viên/ngày trong 3 tháng; liều dùng metformin 1000mg/ngày chia thành 2 lần bắt đầu dùng ở ngày kinh thứ 2; liều dùng metformin 500mg/ngày dùng trong 6 tháng.

- Tác dụng không mong muốn của thuốc là không đáng kể và không có tính chất nguy hiểm.

KIẾN NGHỊ: Tiếp tục nghiên cứu việc sử dụng liều ngắn metformin trong điều trị BTĐN để đưa ra phác đồ hiệu quả hơn giúp tăng hiệu quả điều trị, giảm chi phí điều trị và giảm các tác dụng không mong muốn của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Tâm (2007)**, Nghiên cứu tác dụng của metformin trong điều trị vô sinh - hiếm muộn nguyên nhân do hội chứng buồng trứng đa nang, Bệnh viện Phụ - Sản Hải Phòng

2. **Bùi Minh Tiến và Nguyễn Đức Hình (2013)**, "Đánh giá kết quả điều trị vô sinh - hiếm muộn trong hội chứng buồng trứng đa nang bằng nội khoa", *Tạp chí Phụ sản*. 11(3), tr. 89-91.
3. **Gerard Conway (2000)**, The Polycystic Ovary Syndrome: A brief review of the medical background.
4. **Tahira Dar et al. (2011)**, "Benefits of Metformin in Polycystic Ovarian Syndrome", *International Journal of Pharmaceutical Sciences*. 3(1), page 118-124.
5. **Office on Women's Health Department of Health and Human Services (2012)**, Polycystic Ovary Syndrome. <http://www.womenshealth.gov> 22/9/2015
6. **M. Samantha and Sari Kives (2009)**, "Polycystic Ovary Syndrome in the Adolescent", *Obstet Gynecol Clin N Am*. 36, page 129-152.
7. **Zafar Shamsa (2006)**, "Role of metformin in correcting hyperinsulinemia, menstrual irregularity and anovulation in polycystic ovary syndrome", *J Ayub Med Coll Abbottabad* 17(4), tr. 8-14.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ NƯỚC NGOÀI MẠCH PHỔI Ở BỆNH NHÂN THÔNG KHÍ NHÂN TẠO XÂM NHẬP TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Chi*

TÓM TẮT⁵²

Đặt vấn đề: Chỉ số nước ngoài mạch phổi (EVLW) và chỉ số thẩm mạch phổi (PVPI) phản ánh tính thấm của các mạch máu nhỏ trong phổi, vai trò hai chỉ số này trong việc đánh giá và theo dõi tình trạng phổi sẽ được đề cập trong nghiên cứu này. **Mục tiêu:** Nhận xét diễn biến của chỉ số nước ngoài mạch phổi (EVLW) và tính thẩm mao mạch phổi (PVPI) ở bệnh nhân suy hô hấp cấp giảm oxy máu cần thở máy. **Đối tượng và phương pháp:** Quan sát mô tả tiến cứu 31 bệnh nhân suy hô hấp (SHH) cấp cần thở máy xâm nhập tại Khoa cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Nhóm phù phổi cấp (PPC) huyết động có giá trị EVLW cao hơn nhóm PPC tổn thương tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0.059$), đặc biệt chỉ số này có tương quan nghịch với chỉ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ trong nhóm bệnh nhân PPC tổn thương ($r = -0.51, p < 0.05$) và không có tương quan giữa hai chỉ số này trong nhóm PPC huyết động ($r = -0.443, p = 0.18$). Giá trị PVPI ở nhóm PPC huyết động thấp hơn nhóm PPC tổn thương ($p < 0.001$). **Kết luận:** Chỉ số nước ngoài mạch phổi và tính thẩm mao mạch phổi được đo lường bằng kỹ thuật PiCCO là hai chỉ số cho phép đánh giá tình trạng phổi, đặc biệt đối với trường hợp PPC tổn thương (ARDS), hai chỉ số này có tương quan với mức độ giảm oxy máu.

SUMMARY

STUDY ON EXTRAVASCULAR LUNG WATER AND PULMONARY VASCULAR PERMEABILITY INDEX BY PiCCO ON MECHANICALLY VENTILATED PATIENTS DUE TO ACUTE RESPIRATORY FAILURE

* Khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi
Email: chinvvnn@yahoo.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

Objectives: to investigate changes in extravascular lung water (EVLW) and pulmonary vascular permeability index (PVPI) on the acute respiratory failure patients who were on invasive mechanical ventilation. **Subjects and method:** observatory study was done on 31 acute respiratory failure patients who were on invasive mechanical ventilation at the Emergency Department of Bach Mai Hospital. **Results and discussion:** EVLW was higher in patients with cardiogenic pulmonary edema than on those with acute respiratory distress syndrome (ARDS) however it was not statistically significant ($p = 0.059$). It was inversely correlated with $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ ratio among ARDS patients ($r = -0.51, p < 0.05$), however there was no correlation among cardiogenic pulmonary edema ($r = -0.443, p = 0.18$). PVPI was lower in those with ARDS ($p < 0.001$). **Conclusions:** Extravascular lung water and pulmonary vascular permeability index measured by PiCCO are a good indicator of lung. They are correlated well with level of hypoxia among ARDS patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp cấp là tình trạng cấp cứu thường gặp đặc trưng bởi giảm oxy máu. Tổn thương hay gặp nhất là tăng tính thẩm mao mạch phổi (MMPN) và tăng áp lực thủy tĩnh, gây phù khoảng kẽ và phế nang làm giảm thông khí, tạo hiện tượng shunt, gây trở với các liệu pháp oxy thông thường, đòi hỏi phải thông khí nhân tạo (TKNT).

Với những thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng thông thường, không thể đánh giá được chính xác mức độ phù mô kẽ phổi, và ảnh hưởng của nó lên tình trạng hô hấp của bệnh nhân.

Kỹ thuật thăm dò huyết động bằng phương pháp hòa loãng nhiệt PiCCO mới được ứng dụng gần đây có thể đo lường chỉ số nước ngoài mạch phổi (EVLW) ngoài ra còn tính toán được chỉ số thẩm mạch phổi (PVPI) phản ánh tính thấm của các mạch máu nhỏ trong phổi, là hai chỉ số này

đã được sử dụng trong việc đánh giá và theo dõi tình trạng phổi.

Mục tiêu của nghiên cứu này là quan sát, theo dõi và đưa ra nhận xét về hai chỉ số trên trong nhóm bệnh nhân suy hô hấp cấp giảm oxy máu nặng đòi hỏi TKNT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 31 BN SHH cấp nặng cần được TKNT tại khoa cấp cứu Bệnh Viện Bạch Mai.

2. Phương pháp nghiên cứu: Quan sát mô tả, tiến cứu.

Trước khi tiến hành đặt PICCO, bệnh nhân được TNKN, được hỏi bệnh, khám lâm sàng, chụp X quang phổi, làm các xét nghiệm đánh giá tình trạng suy tim, và tình trạng viêm để chẩn đoán và phân ra ba nhóm: PPC tổn thương, PPC huyết động và không phải PPC.

3. Đạo đức y học: Tất cả các bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp đồng thuận tham gia nghiên cứu và cho phép sử dụng các thông tin y học phục vụ nghiên cứu và khoa học với điều kiện đảm bảo bí mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả chung: Nghiên cứu gồm 31 BN, có tuổi trung bình 62.71 ± 18.31 (tuổi), cao nhất 79 tuổi, thấp nhất 19 tuổi

SHH nguyên nhân PPC tổn thương chiếm 51%, PPC huyết động 39%, còn lại là các tổn thương phổi một bên.

1. Đặc điểm chỉ số EVLW ở các nhóm

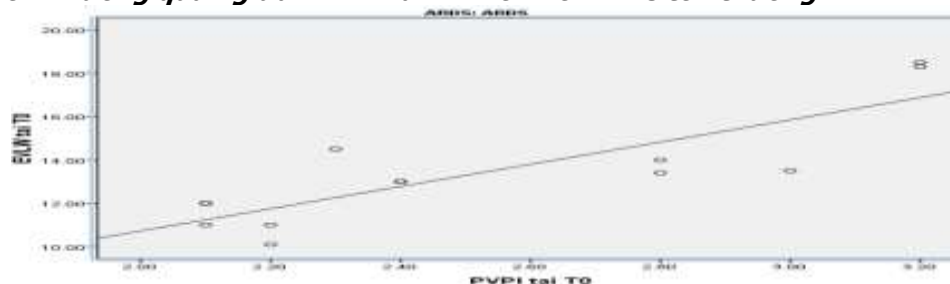
Bảng 1: Đặc điểm của chỉ số EVLW ở các nhóm

Nhóm	N	EVLW (ml/kg)
Nhóm chung	31	14 ± 3.68
Không phải PPC	3	$7.8 \pm 1.05^*$
PPC huyết động	11	$15.8 \pm 3.36^{**}$
PPC tổn thương	17	13.4 ± 2.55

* $p < 0.01$ (so sánh với hai nhóm PPC)

** $p = 0.059$ (so sánh với nhóm PPC tổn thương)

Biểu đồ 1: Tương quan giữa EVLW và PVPI ở nhóm PPC tổn thương



Tương quan chặt chẽ ở nhóm PPC tổn thương ($r = 0.84$, $p < 0.001$)

3.2. Mối tương quan giữa chỉ số EVLW và tỷ lệ P/F giữa các nhóm SHH

Nhận xét: Chỉ số EVLW cao hơn ở nhóm PPC huyết động so với nhóm PPC tổn thương, tuy nhiên sự khác biệt ít có ý nghĩa thống kê. Nhóm không PPC có giá trị EVLW nhỏ hơn hẳn so với nhóm có PPC (khác biệt rất có ý nghĩa thống kê).

2. Đặc điểm chỉ số PVPI

Bảng 2: Đặc điểm chỉ số PVPI theo nhóm

Nhóm	N	PVPI
Nhóm chung	31	2.15 ± 0.55
Không PPC	3	1.8 ± 0.23
PPC huyết động	11	$1.89 \pm 0.52^*$
PPC tổn thương	17	$2.52 \pm 0.42^*$

* $p < 0.001$ (so sánh giá trị PVPI giữa hai nhóm PPC)

Nhận xét: Nhóm PPC tổn thương có giá trị PVPI cao hơn hẳn so với nhóm PPC huyết động, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$.

Quan sát số liệu PICCO chúng tôi nhận thấy, trong nhóm PPC huyết động, có 3 bệnh nhân $PVPI > 2.2$ và bilan viêm dương tính. Như vậy trong số những bệnh nhân được chẩn đoán PPC huyết động dựa vào lâm sàng, vẫn có những bệnh nhân có tình trạng viêm, tăng tính thấm màng MMPN đi kèm.

Cũng như vậy trong nhóm PPC tổn thương có 2 bệnh nhân sau khi được đặt PICCO (ở thời điểm 12h sau nhập viện) có CI giảm thấp (0.9 và 1.1), và 1 bệnh nhân có $CI = 3.2$ (với Dobutamin $10\mu\text{g/kg/p}$), siêu âm tim EF giảm nhẹ: 52%. Tuy vậy những bệnh nhân này đều nhập viện với triệu chứng viêm rất rõ, đồng thời chỉ số $PVPI > 2.2$. Như vậy trong nhóm PPC tổn thương dựa vào LS có 3 bệnh nhân có triệu chứng suy tim đi kèm phát hiện sau thời điểm bệnh nhân vào viện.

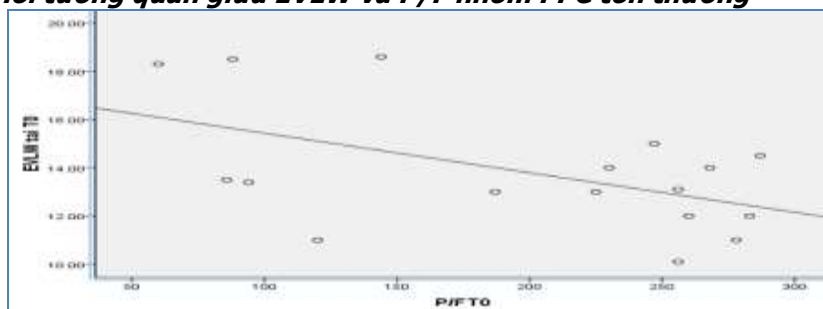
3. Các mối tương quan

3.1. Tương quan giữa EVLW và PVPI ở các nhóm bệnh nhân

Không có tương quan ở nhóm PPC huyết động ($r = 0.177$, $p = 0.6$). Tương quan ở nhóm phù phổi cấp tổn thương

Không có tương quan ở nhóm PPC huyết động ($n = 11$, $r = -0.43$, $p = 0.18$). Có tương quan ở nhóm PPC tổn thương

Biểu đồ 2 *Mối tương quan giữa EVLW và P/F nhóm PPC tổn thương*



Có tương quan nghịch mức độ trung bình ở nhóm PPC tổn thương ($n=14$ $r = -0.51$, $p < 0.05$)

IV. BÀN LUẬN

1. Bàn luận về giá trị EVLW và PVPI:

Nhóm PPC huyết động có EVLW cao hơn nhóm PPC tổn thương 15.8 [$11-23$] và 13.4 [$10 - 18.6$], tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0.059$) (Bảng 1). Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán PPC đều có $EVLW \geq 10$, phù hợp với điểm cut-off được đưa ra trong các nghiên cứu trước để chẩn đoán PPC dựa theo giá trị này. Nhóm PPC huyết động PVPI khá thấp 1.89 [$0.8-2.5$], và thấp hơn nhóm PPC tổn thương 2.52 [$2.1-3.2$], khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.001$) (Bảng 2)

Khi so sánh giá trị PVPI thu được này với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Chew 2012, giá trị PVPI trung bình của nhóm ALI là 2.1 và của nhóm ARDS là 2.3 , còn trong nghiên cứu của tác giả Ma LJ 2008 trên nhóm bệnh nhân phù phổi thì giá trị cut off của chỉ số PVPI cho chẩn đoán ALI là 2.2 với độ nhạy 0.92 , và độ đặc hiệu 0.93 . Như vậy, với chỉ số tính thấm mạch phổi ≥ 2.2 ta có thể kết luận bệnh nhân có tăng tính thấm màng phế nang – mao mạch.

Trong nhóm PPC tổn thương, sau khi tiến hành thăm dò huyết động bằng PiCCO chúng tôi nhận thấy có 3 bệnh nhân có CI giảm hoặc phụ thuộc Dobutamin, các bệnh nhân này đều không có tiền sử bệnh tim, không có NMCT, hay rối loạn nhịp tim mới, triệu chứng suy tim trên lâm sàng không rõ ràng nhưng triệu chứng viêm và bilan viêm rất rõ, hai bệnh nhân giảm CI đều có bệnh cảnh shock nhiễm khuẩn nặng ngay từ lúc vào. Như vậy có thể thấy trong số những bệnh nhân được chẩn đoán PPC tổn thương vẫn có thể có những bệnh nhân có tình trạng suy tim đi kèm, hoặc suy tim là thứ phát sau nhiễm khuẩn. Cùng với ba bệnh nhân trong nhóm PPC huyết

động có bilan viêm tăng cao và $PVPI > 2.2$, chúng tôi xếp 6 bệnh nhân này vào nhóm PPC cơ chế kết hợp, đây là nhóm bệnh nhân khó, phức tạp cần được nghiên cứu thêm.

2. Mối tương quan giữa EVLW với các chỉ số khác

Không có mối tương quan giữa EVLW và PVPI trong tổng chung 31 bệnh nhân nghiên cứu ($r = 0.15$, $p = 0.42$) và cả trong nhóm phù phổi huyết động, nhưng chúng tương quan rất chặt trong nhóm phù phổi tổn thương ($r = 0.84$, $p < 0.001$) (Biểu đồ 1). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả thu được ở nhóm ARDS trong nghiên cứu của Kushimoto ($r = 0.73$, $p < 0.01$).

Dù EVLW rất cao ở nhóm PPC huyết động, song EVLW không có tương quan với tỷ lệ P/F, là một chỉ số để đánh giá mức độ nặng của giảm oxy máu. Ngược lại hai chỉ số này có tương quan mức độ trung bình trong nhóm PPC tổn thương ($r = -0.51$, $p < 0.05$) (Biểu đồ 2). Tương quan này chặt chẽ hơn trong nghiên cứu của Kushimoto trên nhóm ARDS ($r = -0.21$, $p < 0.01$) và càng chặt chẽ ($r = -0.35$, $p < 0.001$) sau khi tác giả loại bỏ 12 bệnh nhân có PEEP cài đặt < 5 cmH₂O theo tiêu chuẩn chẩn đoán ARDS của Berlin 2012

V. KẾT LUẬN

Chỉ số nước ngoài phổi tăng cao hơn ở nhóm bệnh nhân phù phổi huyết động và ít tăng hơn ở nhóm phù phổi tổn thương (15.8 ± 3.36 và 13.4 ± 2.55)

Chỉ số tính thấm mao mạch phổi tăng ở nhóm PPC tổn thương (2.52 ± 0.4) và cao hơn nhóm PPC huyết động (1.89 ± 0.5).

Không có mối tương quan chặt giữa chỉ số nước ngoài phổi và chỉ số tính thấm trong tổng chung 31 bệnh nhân nghiên cứu, hay trong

nhóm PPC huyết động, nhưng có tương quan rất chặt giữa hai chỉ số này trong nhóm PPC tổn thương ($r = 0.844$, $p < 0.001$)

Không có mối tương quan giữa chỉ số nước ngoài phổi này với mức độ suy hô hấp (tỷ lệ P/F) ở nhóm bệnh nhân phù phổi có cơ chế suy tim, quá tải dịch và có mối tương quan mức độ trung bình ở nhóm bệnh nhân phù phổi do tăng tính thấm màng PNMM ($r = -0.55$, $p < 0.05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kushimoto** (2012): "The clinical usefulness of extravascular lung water and pulmonary vascular permeability index to diagnose and characterize pulmonary edema: a prospective multicenter study on the quantitative differential diagnostic definition for acute lung injury/acute respiratory distress syndrome." *Critical Care Med* 16: 1-15
2. **Ma LJ, Qin YZ** (2008). "Clinical investigation of extravascular lung water index and pulmonary vascular permeability index in diagnosis and continuous monitoring of lung edema", *China Intensive care journal* 20(2):111-4.
3. **Chew et al** (2012) "Extravascular lung water index improves the diagnostic accuracy of lung injury in patients with shock". *Critical Care Med*, 16:R1
4. **Monnet X, Anguel N** (2007): "Assessing pulmonary permeability by transpulmonary thermodilution allows differentiation of hydrostatic pulmonary edema from ALI/ARDS". *Intensive Care Med*, 33(3):448-53
5. **Katzenelson R, Perel A** (2004), "Accuracy of transpulmonarythermodilution versus gravimetric measurement of extravascular lung water". *Crit Care Med* 32:1550-1554.
6. **Michard F** (2007), "Bedside assessment of extravascular lung water by dilution methods: temptations and pitfalls". *Crit Care Med*, 35:1186-1192.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 452 - THÁNG 3 - SỐ 2 - 2017
VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - MARCH - 2017

----- oOo -----

- 1 **Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng**
Short - term outcome of laparoscopic colectomie for colon cancer
Huỳnh Thanh Long, Vũ Huy Nùng, Nguyễn Hoàng Bắc
- 2 **Nghiên cứu mối liên quan giữa mức độ tổn thương trên phim cắt lớp vi tính và tình trạng rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não**
Studying on relation between injury level on computerized tomography and situation of respiratory dysfunction in brain trauma patients
Phạm Thái Dũng, Nguyễn Tài Thu
- 3 **Đặc điểm nhân khẩu học, biểu hiện lâm sàng và kết quả điều trị viêm thương thanh môn cấp ở người lớn**
Demographic characteristics, and clinical manifestations psoriasis treatment results shanghai level in adult glottis
Phạm Thị Bích Đào, Phạm Trần Anh
- 4 **Teo và hẹp tá tràng ở trẻ em: Kết quả điều trị tại bệnh viện nhi đồng 2**
Congenital duodenal atresia and stenosis (CDAS) repair in children: Short-term outcome
Trần Thanh Trí, Hồ Phi Duy, Lâm Thiên Kim, Bùi Hải Trung, Lê Tấn Sơn
- 5 **Tình trạng răng trên bệnh nhân bệnh thận mạn**
Dental status in chronic kidney disease patients
Phạm Anh Vũ Thụy
- 6 **Kết quả ung thư học của phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng**
Oncologic outcome of laparoscopic colectomie for colon cancer
Huỳnh Thanh Long, Vũ Huy Nùng, Nguyễn Hoàng Bắc
- 7 **Vỏ bảo vệ laser cải tiến trong nội soi mềm niệu quản ngược dòng tán sỏi sỏi đài thận**
Modified protective laser sheath in flexible uretereorenoscopy for management renal stone
Phạm Ngọc Hùng, Lê Đình Khánh
- 8 **Nghiên cứu một số đặc điểm giải phẫu chuỗi hạch thần kinh giao cảm ngực trên xác ướp và trong phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay nguyên phát**
Study anatomy of the upper thoracic sympathetic chain applies on cadavers and in thoroscopic sympathotomy surgery for the treatment of primary palmar hyperhidrosis
Nguyễn Văn Nam
- 9 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật đục thể thủy tinh ở trẻ em**
Research on clinical characteristics and treament results of cataract surgery in children
Nguyễn Quốc Đạt
- 10 **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính 64 dãy trong chẩn đoán chảy máu não do dị dạng mạch máu não tại bệnh viện bạch mai**
Study the characteristics image of 64-slice msct scans in diagnosis of cerebral vascular malformations at bach mai hospital
Nguyễn Xuân Hiền, Nguyễn Văn Khải
- 11 **Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của chấn thương cột sống cổ tại 7 bệnh viện năm 2013**

Clinical and imaging features of cervical spine injury spinal in 7 hospitals in 2013

**Võ Văn Thanh, Nguyễn Lê Bảo Tiến,
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Trần Bách**

- 12 **Đánh giá công tác chăm sóc điều dưỡng ở bệnh nhân sau mổ kết hợp xương hàm dưới có cố định khớp cắn tại khoa răng hàm mặt bệnh viện bạch mai**

Evaluation of nursing care in patients after surgery combined with occlusion fixing at odontostomatology department bachmai hospital

Nguyễn Xuân Thục, Nguyễn Thị Mỹ Dung

- 13 **Kiến thức về sự cố y khoa và sự sẵn sàng báo cáo sự cố của điều dưỡng, kỹ thuật viên bệnh viện đại học y hà nội năm 2015**

Knowledge of medical adverse events and willingness to report events of nurses, technicians at hanoi medical university hospital

Lê Thu Hòa, Nguyễn Hữu Dự, Nguyễn Thị Bạch Yến

- 14 **Thực hành phòng ngừa và điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi tại thành phố mỹ tho năm 2013**

Practice prevention and treatment of hypertension in the elderly in mytho city in 2013

Tạ Văn Trầm, Phạm Thế Hiền

- 15 **Khảo sát tình hình việc làm sau tốt nghiệp của học sinh, sinh viên trường cao đẳng y tế tiền giang năm 2015**

Survey on the employment after graduation of tien giang medical college' students in 2015

Ngô Thanh Phương

- 16 **Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố gây suy hô hấp bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn tại trung tâm chống độc bệnh viện bạch mai**

The charateristics and risk factors of respiratory failure in patients bitten by bungarus fasciatus in poison control center bach mai hospital

Đinh Quang Kiên, Ngô Đức Ngọc

- 17 **Đánh giá một số khía cạnh chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau chấn thương tủy sống tại bệnh viện bạch mai năm 2016**

Evaluation of life quality of individuals after spinal cord injuries at bach mai hospital in 2016

Đỗ Đào Vũ, Nguyễn Văn Tú

- 18 **Đặc điểm điện thế kích thích thị giác ở bệnh nhân viêm thị thần kinh hậu nhãn cầu**

Characteristics of visual evoked potentials in retrobulbar neuritis patients

Nguyễn Đức Quỳnh, Lê Đình Tùng

- 19 **Liệu pháp thay thế nội tiết tố sinh dục nam trong điều trị suy tuyến sinh dục nam giới**

Male sex hormones alternative therapy in treatment of andropause

Phạm Quang Vinh, Nguyễn Phương Hồng

- 20 **Nghiên cứu hiệu quả thuốc bevacizumad (avastin) trong điều trị phù hoàng điểm do tắc nhánh tĩnh mạch võng mạc**

Research on the effectiveness of bevacizumad (avastin) to treat macular edema due to branch retinal vein occlusion

Nguyễn Quốc Đạt

- 21 **Nghiên cứu tổn thương dạ dày ở bệnh nhân hội chứng thận hư nguyên phát sau điều trị corticoid**

Recherche the stomach lesions in nephrotic syndroma after corticoid treatment

Nguyễn Thị Bích Ngọc, Nguyễn Xuân Hiền

- 22 **Kết quả xạ hình tưới máu cơ tim trong chẩn đoán bệnh động mạch vành ở bệnh nhân**

tăng huyết áp nguyên phát có block nhánh trái

The characteristics of myocardial perfusion imaging in diagnosis of coronary artery disease in primary hypertensive patients with left bundle branch block

Hà Quang Tạo, Phạm Thái Giang

- 23 **Nghiên cứu vai trò của một số tế bào viêm và cytokine trong máu ngoại vi ở trẻ hen phế quản**

Study on the role of inflammatory cells and cytokines in *unselected peripheral* blood of children with asthma

Lê Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Diệu Thuý

- 24 **Một số yếu tố nguy cơ của nhồi máu não ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại khoa thần kinh-bệnh viện bạch mai**

Risk factors of cerebral infraction among patients above 60 years old at neurology department – bach mai hospital

Nguyễn Anh Tuấn

- 25 **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh u nguyên bào thận trên cắt lớp vi tính trước và sau điều trị hóa chất theo phác đồ siop**

Research on imaging characteristics of nephroblastoma (wilms tumor) by ctscanner before and after preoperative chemotherapy following siop procedure 2009-2016

Lê Hồng Nhung, Nguyễn Xuân Hiền

- 26 **Đánh giá kết quả chăm sóc và điều trị chấn thương cột sống cổ tại khoa phẫu thuật thần kinh của 7 bệnh viện năm 2013**

The results of care and treatment of cervical spine injury in 7 hospitals in 2013

Nguyễn Trần Bách, Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn

- 27 **Đặc điểm lâm sàng, xquang gãy xương gò má cung tiếp tại khoa răng hàm mặt bệnh viện bạch mai**

Clinical and radiographic features of zygomatic arch fractures at odontosmatology department bachmai hospital

Nguyễn Xuân Thực

- 28 **Phản hồi của điều dưỡng bệnh viện đại học y hà nội về chương trình khóa đào tạo "kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế"**

Feedback from nurses about training course of "communication skills for health workers"

Lê Thu Hòa

- 29 **Khảo sát tình hình mắc bệnh ung thư giai đoạn cuối có sử dụng morphin tại huyện càn long**

Survey on end-stage cancer have used morphine in cang long district

Phạm Thế Hiền, Đỗ Thị Hồng Lưu, Nguyễn Văn Truyền

- 30 **Đánh giá môn học sức khỏe trẻ em của học sinh trường cao đẳng y tế tiền giang**

Assessment of students on children health's subjects at the tien giang medical college

Ngô Thanh Phương

- 31 **Tình trạng chấn thương lồi cầu tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương hà nội**

Phạm Hoàng Tuấn, Nguyễn Quang Bình

- 32 **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện bạch mai năm 2016**

A study on factors related to lower urinary tract dysfunction in patients with diabetes

type 2 at bach mai hospital in 2016

Đỗ Đào Vũ, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Lê Văn Nông

- 33 **Biến chứng phẫu thuật tái tạo hạ họng thực quản bằng ống dạ dày trong điều trị ung thư hạ họng thanh quản xâm lấn thực quản cổ**

Complication of gastric pull-up reconstruction for pharyngolaryngoesophagectomy of hypopharynx and cervical esophageal carcinoma

Trần Anh Bích, Trần Minh Trường, Lâm Việt Trung

- 34 **Đặc điểm dịch tễ lâm sàng bệnh nhi ngộ độc chì tại trung tâm chống độc bệnh viện bạch mai**

Lead poisoning children epidemiology in poison control center bach mai hospital

Bế Hồng Thu, Ngô Đức Ngọc

- 35 **Đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở trẻ thừa cân – béo phì 11-15 tuổi tại 2 trường trung học cơ sở đồng đa và phương mai, quận đồng đa, hà nội**

Characteristics of metabolic syndrome in overweight-obesity children aged 11-15 years in 2 secondary schools, dong da and phuong mai, dong da distric, hanoi

Cao Thị Thu Hương, Lê Danh tuyên

- 36 **Nghiên cứu một số đặc điểm tế bào máu ngoại vi và tỷ lệ prothrombin của trẻ đẻ non tại bệnh viện xanh pôn**

Study on some characteristics peripheral blood and coagulation of premature infants at saint paul hospital

Bùi Thành Đạt, Nguyễn Thanh Thúy

- 37 **Nhận xét tình trạng sỏi tiết niệu tại khoa thận tiết niệu bệnh viện bạch mai**

Comment status urinary stones in nephrology departement in bach mai hospital

Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Văn Thanh, Đỗ Gia Tuyền

- 38 **Các kiểu đột biến gen gây bệnh β -thalassemia trên bệnh nhân nhi khu vực đồng bằng sông cửu long năm 2014-2016**

Gene mutant type causing beta-thalassemia in children patient of mekong delta area, 2014-2016

Phạm Thị Ngọc Nga, Nguyễn Trung Kiên

- 39 **Đặc điểm dịch tễ học bệnh hen phế quản trẻ em từ 6 đến 15 tuổi tại đảo cát hải, hải phòng**

Epidemiology characteristics of bronchial asthma in children aged 6 to 15 years in cat hai island, hai phong

Nguyễn Thị Ánh Hoàng, Thái Lan Anh, Nguyễn Văn Khải

- 40 **Đánh giá kết quả mở thông dạ dày ra da bằng nội soi (PEG) tại bệnh viện e trung ương**

Result of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) in e hospital

Vũ Hồng Anh, Đỗ Nguyệt Ánh, Vũ Đức Định

- 41 **Hiệu quả điều trị huyết thanh kháng nọc trong điều trị một số loài rắn độc cắn**

Effective treatment research of anti-snake venom serum in treating patients bitten by some venomous snakes

Ngô Đức Ngọc

- 42 **Thừa cân – béo phì và các yếu tố xác định hội chứng chuyển hóa trên học sinh thừa cân béo phì, tại 2 trường trung học cơ sở, quận đồng đa, hà nội**

Overweight – obesity and factors identifying metabolic syndrome in overweight – obesity students in 2 secondary schools of dong da distric, hanoi

Phạm Vĩnh An, Cao Thị Thu Hương

- 43 **S**o sánh hiệu quả an thần của midazolam và propofol bằng phương pháp pcs (patient controlled sedation) trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới
Compare the effectiveness of midazolam sedation and propofol in pcs (patient controlled sedation) in lower wisdom teeth surgery.

Nguyễn Quang Bình, Phạm Hoàng Tuấn

- 44 **K**ết quả điều trị phác đồ paclitaxel, cisplatin bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB, IV tại bệnh viện trung ương thái nguyên
Results of treatment using paclitaxel, cisplatin chemotherapy in non-small cell lung cancer patients at stage IIIB, IV in thai nguyen general hospital

Trần Bảo Ngọc, Hoàng Minh Tú,

Nguyễn Thị Hoa, Phạm Cẩm Phương

- 45 **L**àm thế nào để tránh phải cắt bỏ tinh hoàn toàn bộ khi tình cờ chẩn đoán được một khối u của tinh hoàn
How to avoid to remove both testicles in case of testicular tumors

Nguyễn Phú Việt, Nguyễn Phương Hồng

- 46 **Đ**ánh giá kỹ thuật khâu nối họng-ống dạ dày theo kiểu tận-bên trong phẫu thuật tái tạo thực quản bằng ống dạ dày
End-to-side anastomosis in gastric pull-up reconstruction for pharyngolaryngo-esophagectomy of hypopharynx and cervical esophageal carcinoma

Trần Anh Bích, Trần Minh Trường, Lâm Việt Trung

- 47 **N**ghiên cứu một số yếu tố liên quan đến tử vong do viêm phổi ở trẻ hiv/aids tại bệnh viện nhi trung ương
Risk factors for community- acquired pneumonia death in hiv-infected children at vietnam national hospital of pediatrics

Nguyễn Văn Lâm, Phạm Nhật An, Lê Đình Tùng

- 48 **T**ình hình bệnh võng mạc trẻ đẻ non trong số trẻ đẻ non tại thành phố đà nẵng
The situation of retinopathy of prematurity among the premature delivery children

Nguyễn Quốc Đạt

- 49 **K**hảo sát tình hình bệnh tim bẩm sinh và một số yếu tố liên quan ở trẻ em dưới 16 tuổi trên địa bàn tỉnh nghệ an
Survey on congenital heart disease and some related factors on children under 16 years old in nghe an province

**Dương Đình Chính, Nguyễn Huy Lợi,
Phạm hồng Phương, Nguyễn Hữu Nam**