



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 4 - SỐ 1
2017

TẬP 453

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

Tạ Thị Kim Oanh (Trưởng ban)
Nguyễn Duy Bắc
Nguyễn Tiến Dũng

Huỳnh Anh Lan
Nguyễn Quốc Trường

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

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

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

SỰ PHÁT TRIỂN VÀ SỰ XOAY CỦA XƯƠNG HÀM DƯỚI LỨA TUỔI 11-12 TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG

Phạm Cao Phong*, Lê Gia Vinh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự phát triển, sự xoay của xương hàm dưới và ảnh hưởng của chúng tới khớp cắn lứa tuổi 11-12 trên phim sọ nghiêng. **Đối tượng nghiên cứu:** Học sinh 11 tuổi theo dõi sau một năm, học tại 3 trường THCS Quận Hai Bà Trưng Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả dọc. **Cỡ mẫu:** 130 học sinh. **Kết quả:** Go-Me ($3,56 \pm 2,15\text{mm}$), SNB ($1,40 \pm 4,58^\circ$), MeGo/SN ($1,36 \pm 1,14^\circ$), Cắn phủ ($-0,38 \pm 1,34\text{mm}$), Cắn chìa ($-0,18 \pm 1,16\text{mm}$), 1/GoMe ($0,01 \pm 3,98^\circ$), 1/1 ($-1,45 \pm 5,05^\circ$). **Kết luận:** Xương hàm dưới tăng trưởng từ 11 đến 12 tuổi ở cả 2 giới, tăng trưởng ra trước và xoay xuống dưới; làm giảm góc giữa trục hai răng cửa giữa, làm giảm độ cắn phủ và độ cắn chìa vùng răng cửa.

Từ khóa: Chỉ số khối xương mặt, sự tăng trưởng và xoay xương hàm dưới, trẻ em 11-12 tuổi.

SUMMARY

CEPHALOMETRIC ASSESSMENT OF MANDIBULAR GROWTH AND ROTATION AMONG CHILDREN FROM 11 TO 12 YEARS OLD

Mandibular growth is distinct since mandible bone rotates in its development process. The mandibular growth will affect to bite. The aim of this study is "Cephalometric evaluation of mandibular growth and rotation and its influence to bite among children from 11 to 12 years old". **Study method:** Descriptive method; **Study subjects:** Pupils aged 11-12 years old at 3 secondary schools in Hai Ba Trung district Hanoi; **Study sample:** 130 pupils. **Results:** Go-Me ($3,56 \pm 2,15$), SNB ($1,40 \pm 4,58$), MeGo/SN ($1,36 \pm 1,14$), Overbite ($-0,38 \pm 1,34$), Overjet ($-0,18 \pm 1,16$), 1/GoMe ($0,01 \pm 3,98$), 1/1 ($-1,45 \pm 5,05$). **Conclusion:** Mandible bone grows significant at both age of 11 and 12. Growth direction is downward and forward, plane angle of two front teeth is decreased, the overbite and overjet are decreased.

Keywords: Facial skeletal indicators, mandibular growth and rotation, children 11-12 years.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển của xương hàm dưới có đặc điểm khác biệt so với các xương khác. Björk và cs (Đan mạch), nghiên cứu sự tăng trưởng của xương hàm dưới đã phát hiện ra sự xoay của

xương hàm dưới trong quá trình tăng trưởng. Sự tăng trưởng cùng với sự xoay làm cho xương hàm dưới ra xa xương hàm trên tạo khoảng trống cho các răng mọc lên. Kiểu xoay của xương hàm khi tăng trưởng ảnh hưởng rõ đến cường độ mọc răng, ảnh hưởng đến hướng mọc răng và vị trí sau cùng của các răng cửa. Ngoài ra, sự xoay cũng sẽ ảnh hưởng trực tiếp tới chiều cao tầng mặt dưới và trục răng cửa dưới. Những hiểu biết về sự tăng trưởng và sự xoay của xương hàm dưới và ảnh hưởng của chúng tới khớp cắn sẽ giúp các Bác sỹ có được kế hoạch cũng như tiên lượng khớp cắn tốt trong tương lai. Vì vậy, Nghiên cứu thực hiện với mục tiêu "Mô tả sự phát triển, sự xoay của xương hàm dưới và ảnh hưởng của chúng tới khớp cắn lứa tuổi 11-12 trên phim sọ nghiêng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh 11 tuổi theo dõi sau một năm, Trường THCS Ngô Quyền, Hà Huy Tập, Lê Ngọc Hân, Q. Hai Bà Trưng – Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Có ông bà, cha mẹ là người Việt Nam, dân tộc Việt.

+ Các răng khoẻ mạnh, hoặc có bệnh lý nhưng đã được điều trị.

+ Khớp cắn bình thường, có thể chấp nhận được về lâm sàng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả dọc.

- **Cỡ mẫu:** Công thức:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times SD^2 / d^2$$

Cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi giới là 43 HS. Chúng tôi lấy 130 HS cho cả 2 giới.

- **Cách chọn mẫu:** Chọn mẫu có chủ đích, đáp ứng theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn, cỡ mẫu 130 cháu (69 Nam, 61 Nữ).

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu.

- Thời gian: Tháng 2/2015 và tháng 2/2016

- Địa điểm nghiên cứu: Viện đào tạo Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Hà Nội.

2.4. Các bước tiến hành: Lựa chọn đối tượng NC, chụp phim, đo đạc các chỉ số (Chụp phim bằng máy Sirona, sử dụng phần mềm Sidexis next Generation).

*Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội.

**Học viên Quân y.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cao Phong

Email: nhakhoahauphong@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 18/1/2017

Ngày duyệt bài: 3/2/2017

2.5. Xử lý số liệu: Xử lý bằng phần mềm EPI-INFO 6.0, SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Sự phát triển của xương hàm dưới.

Bảng 1: Sự phát triển của xương hàm dưới.

Tham số	TB ± ĐLC			Giá trị p ²
	11 tuổi	12 tuổi	Δ	
Go - Me (Chiều dài nền xương hàm dưới)(mm)				
Nam	68,95 ± 4,25	72,82 ± 3,93	3,87 ± 2,57	<0,001
Nữ	68,83 ± 3,28	72,04 ± 3,14	3,21 ± 1,50	<0,001
Chung	68,89 ± 3,81	72,45 ± 3,59	3,56 ± 2,15	<0,001
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	<0,05	
Cd - Go (Chiều cao nhánh đứng xương hàm dưới)(mm)				
Nam	57,93 ± 4,63	60,36 ± 4,32	2,42 ± 2,66	<0,001
Nữ	58,05 ± 3,90	59,84 ± 3,65	2,48 ± 2,03	<0,001
Chung	57,99 ± 4,28	60,44 ± 4,01	2,45 ± 2,38	<0,001
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Xương hàm dưới có sự tăng trưởng mạnh giữa hai lứa tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P<0,001.

2. Sự xoay của xương hàm dưới.

Bảng 2: Sự xoay của xương hàm dưới.

Tham số	TB ± ĐLC			Giá trị p ²
	11 tuổi	12 tuổi	Δ	
S-N-B (Độ nhô hàm dưới)(0°)				
Nam	76,71 ± 3,37	77,72 ± 6,61	1,01 ± 6,21	>0,05
Nữ	77,19 ± 3,50	79,04 ± 3,55	1,85 ± 1,01	<0,001
Chung	76,94 ± 3,43	78,34 ± 5,41	1,40 ± 4,58	<0,001
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	<0,05	
S-N-Id (Tương quan xương ổ răng dưới theo chiều trước sau)(0°)				
Nam	80,40 ± 3,37	81,60 ± 3,41	1,19 ± 1,12	<0,001
Nữ	80,92 ± 3,67	82,08 ± 4,34	1,15 ± 3,04	<0,01
Chung	80,65 ± 3,51	81,82 ± 3,87	1,17 ± 2,22	<0,001
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	>0,05	
Me-Go/SN (Góc giữa MP hàm dưới và đường Sella-Nasion)(0°)				
Nam	36,48 ± 4,67	37,69 ± 4,55	1,21 ± 1,05	<0,001
Nữ	36,12 ± 4,05	37,64 ± 4,11	1,52 ± 1,23	<0,001
Chung	36,31 ± 4,38	37,67 ± 4,33	1,36 ± 1,14	<0,001
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	>0,05	
Art-Go-Me (Góc hàm dưới)(0°)				
Nam	124,27 ± 5,24	125,83 ± 5,02	1,56 ± 1,53	<0,001
Nữ	124,77 ± 5,28	126,21 ± 5,19	1,44 ± 2,02	<0,001
Chung	124,50 ± 5,24	126,01 ± 5,09	1,51 ± 1,77	<0,001
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	>0,05	
S-N- Pog (Độ nhô cằm)(0°)				
Nam	77,51 ± 3,40	79,09 ± 3,46	1,58 ± 1,04	<0,001
Nữ	77,97 ± 3,52	79,82 ± 3,57	1,85 ± 1,32	<0,001
Chung	77,73 ± 3,45	79,43 ± 3,52	1,70 ± 1,18	<0,001
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Xương hàm dưới xoay ra trước và xuống dưới (SNB, SN-Id, SN-Pog, Go- Me/SN) đều tăng qua hai lứa tuổi. Mức độ xoay của hai giới không có sự khác biệt.

3. Ảnh hưởng sự phát triển và sự xoay tới khớp cắn.

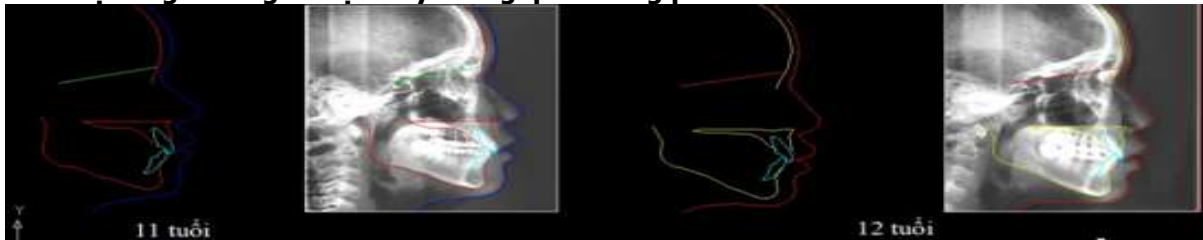
Bảng 3: Ảnh hưởng sự phát triển và sự xoay tới khớp cắn.

Tham số	TB ± ĐLC			Giá trị p ²
	11 tuổi	12 tuổi	Δ	
Độ cắn phủ (mm)				
Nam	4,06 ± 1,64	3,65 ± 1,51	-0,41 ± 1,46	<0,05
Nữ	3,47 ± 1,44	3,12 ± 1,25	-0,35 ± 1,21	<0,05
Chung	3,78 ± 1,57	3,40 ± 1,41	-0,38 ± 1,34	<0,001

Giá trị p ¹	<0,05	<0,05	>0,05	
Độ cắn chìa (mm)				
Nam	4,80 ± 1,59	4,59 ± 1,31	-0,21 ± 1,14	>0,05
Nữ	4,35 ± 1,47	4,20 ± 1,11	-0,15 ± 1,19	>0,05
Chung	4,59 ± 1,54	4,40 ± 1,23	-0,18 ± 1,16	<0,05
Giá trị p ¹	<0,05	<0,05	>0,05	
1/Go-Me (Độ nghiêng răng cửa giữa dưới so với đường Go-Me)(0°)				
Nam	98,22 ± 6,11	98,65 ± 6,91	0,42 ± 3,94	>0,05
Nữ	97,70 ± 5,38	97,25 ± 5,18	-0,45 ± 4,01	>0,05
Chung	97,98 ± 5,76	97,99 ± 6,18	0,01 ± 3,98	>0,05
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	>0,05	
1/1 (Góc giữa răng cửa giữa trên và răng cửa giữa dưới)(0°)				
Nam	115,95 ± 7,98	114,67 ± 8,97	-1,27 ± 5,07	<0,05
Nữ	116,50 ± 7,56	114,86 ± 8,15	-1,65 ± 5,06	<0,01
Chung	116,21 ± 7,76	114,76 ± 8,56	-1,45 ± 5,05	<0,001
Giá trị p ¹	>0,05	>0,05	>0,05	

Nhận xét: Cắn phủ và cắn chìa, góc giữa hai trục răng cửa giữa đều giảm ở cả hai giới.

4. Sự tăng trưởng và sự xoay thông qua chõng phim.



Kết quả chõng phim theo lứa tuổi 11 và 12.

Nhận xét: Kết quả chõng phim cho thấy xương hàm dưới tăng trưởng ra trước và xuống dưới.

IV. BÀN LUẬN

1. Sự tăng trưởng chiều dài xương hàm dưới:

Xương hàm dưới có sự tăng trưởng mạnh giữa hai lứa tuổi, mức độ tăng trưởng theo chiều dài của nam lớn hơn nữ. Kết quả nghiên cứu của Lê Võ Yến Nhi (2009)[3], nghiên cứu của Topozelis N (2002) cũng kết luận sự tăng trưởng có sự khác biệt giữa nam và nữ. Ở lứa tuổi này sự tăng trưởng theo chiều trước sau vẫn diễn ra mạnh, sự bồi xương mặt sau cành lên xương hàm dưới đáp ứng cho sự mọc của răng cối thứ 2, sự tăng trưởng của lồi cầu làm cho xương hàm dưới tăng trưởng xuống dưới và ra trước.

2. Ảnh hưởng sự tăng trưởng, sự xoay tới khớp cắn: Sự gia tăng góc giữa Go -Me/ SN của xương hàm dưới, một mặt do sự tăng trưởng của lồi cầu và quá trình bồi xương và tiêu xương trong quá trình tăng trưởng. Sự xoay xuống dưới và ra trước không làm thay đổi góc giữa trục răng cửa hàm dưới và mặt phẳng hàm dưới nhưng đã làm giảm góc giữa trục răng cửa dưới và trục răng cửa trên (Góc 1/1).

V. KẾT LUẬN

- Xương hàm dưới có sự tăng trưởng mạnh giữa hai lứa tuổi. Mức độ tăng trưởng xương hàm dưới nam lớn hơn nữ.
- Xương hàm dưới tăng trưởng ra trước và xoay xuống dưới.
- Xương hàm dưới xoay xuống dưới làm giảm góc giữa trục hai răng cửa giữa.
- Xương hàm dưới xoay xuống dưới làm giảm độ cắn phủ và độ cắn chìa vùng răng cửa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Phương, Võ Trương Như Ngọc (2013). *Tăng trưởng đầu mặt*. Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam.
2. Björk A. (1969). "Variations du type de croissance de la mandibule chez l'homme: Étude radiographique longitudinale par la méthode des implants", *Rev. d'ODF tome III*, 4, pp. 293-307.
3. Topozelis N., Kavadia S., Sidiropoulou S. (2002), "Cephalometric study of the internal structures of the craniofacial complete in adult Greeks with normal occlusion and harmonious face", *Hellenic Orthodontic Review*, 5, pp. 33-48.
4. Đồng Khắc Thẩm (2010). *Mối liên hệ giữa nền sọ và hệ thống sọ mặt trong quá trình tăng trưởng*, Luận án tiến sỹ y học, ĐHY Dược TP HCM.
5. Bộ môn chỉnh hình răng mặt, ĐHY Dược TP HCM (2004). *Chỉnh hình răng mặt, những kiến thức cơ bản và điều trị dự phòng*, NXB Y học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh.

6. **Lê Nguyên Lâm (2014)**, "*Nghiên cứu sự tăng trưởng cấu trúc sọ mặt răng theo phân tích Ricketts ở trẻ 12-15 tuổi và đánh giá giá trị tiên đoán với giá trị thực tế tại cần thơ*", Luận án tiến sỹ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược 108. Tr 41.

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN CHỨC NĂNG HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT

Phạm Thái Dũng*, Nguyễn Ngọc Thạch**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tình trạng rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não trước và sau phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 65 bệnh nhân chấn thương sọ não người lớn 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 là tiến cứu mô tả theo dõi dọc và ghi nhận điểm Glasgow, tần số thở, SpO₂ và xét nghiệm khí máu tại ba thời điểm trước phẫu thuật (khi chưa có sự can thiệp hô hấp hỗ trợ), sau phẫu thuật 6 và 48 giờ. **Kết quả:** Tình trạng rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não có chỉ định phẫu thuật giải ép lấy máu tụ sau phẫu thuật (48 giờ) bệnh nhân có điểm Glasgow 9-12 số lượng hồi phục tăng từ 33,85% lên 43,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn tần số thở trước phẫu thuật là 83,05% giảm sau phẫu thuật còn 9,23% và chỉ số SpO₂<90% trước phẫu thuật là 78,46% giảm sau phẫu thuật (48 giờ) còn 1,54%. Bệnh nhân có PaO₂<60mmHg trước phẫu thuật là 75,4% giảm sau phẫu thuật còn 3,1% và PaCO₂>45mmHg trước phẫu thuật là 72,3% giảm sau phẫu thuật (48 giờ) còn 15,4%. **Kết luận:** Tình trạng rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não có chỉ định phẫu thuật lấy máu tụ chiếm tỷ lệ cao và được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật

Từ khóa: Rối loạn chức năng hô hấp, chấn thương sọ não

SUMMARY

STUDYING ON RESPIRATORY DYSFUNCTION IN BRAIN TRAUMA PATIENTS BEFORE AND AFTER SURGERY

Objective: To evaluate the status of respiratory dysfunction in brain trauma patients before and after surgery. **Subject and method:** The study was carried out on 65 brain trauma adult 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 and Glasgow score, respiratory rate, SpO₂, blood gas tests at three time points before surgery (without the intervention of respiratory support), at 6 hours and 48 hours after surgery was recorded. **Results:** The Glasgow score 9-12 before surgery was 33.85%, increased in 43.1% at 48 hours after surgery. Respiratory dysfunction situation before surgery was improved at 48 hours after

decompressive craniectomy and hematoma evacuation. The respiratory rate disorder before surgery was 83.05%, decreased in 9.23% at 48 hours after surgery. The SpO₂ < 90% before surgery was 78.46%, decreased in 1.54% at 48 hours after surgery. The PaO₂ < 60mmHg before surgery was 75.4%, decreased in 3.1% at 48 hours after surgery. The PaCO₂ > 45mmHg before surgery was 72.3%, decreased in 15.4% at 48 hours after surgery. **Conclusion:** Respiratory dysfunction situation in brain trauma patients having hematoma evacuation surgical indication occurred high rate and was obviously improved after the surgery

Keywords: Respiratory dysfunction, brain trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại các khoa hồi sức chấn thương sọ não (CTSN) chiếm khoảng 25-30% tổng số bệnh nhân (BN) bị chấn thương nói chung. Trong số đó có 2/3 BN tử vong là do CTSN [10]. Nguyên nhân gây tử vong hàng đầu của CTSN là do máu tụ nội sọ. Trong những năm gần đây sự hiểu biết về các cơ chế gây chấn thương đã giúp nhìn nhận các rối loạn liên hệ giữa thể lưới với vỏ não và dưới vỏ hoặc các nguyên nhân gây tổn thương trực tiếp hay gián tiếp tới thân não, cầu não và hành tủy sau CTSN gây ra rối loạn hô hấp. Rối loạn hô hấp làm nặng thêm các tổn thương não và từ đó tác động trở lại càng làm cho tình trạng hô hấp thêm rối loạn. Theo một số nghiên cứu, rối loạn hô hấp diễn ra từ 35-75% ở BN CTSN nặng [2], [4]. Tại Việt nam đã có nghiên cứu về suy hô hấp trên BN CTSN nặng [4], nhưng vấn đề về tình trạng hô hấp và các yếu tố nguy cơ, vấn đề thông khí sớm hay muộn trước phẫu thuật ở những BN này còn chưa được nghiên cứu một cách đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá tình trạng rối loạn chức năng hô hấp của bệnh nhân chấn thương sọ não trước và sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu các BNCTSN có chỉ định phẫu thuật tại khoa hồi sức cấp cứu và khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện 103 từ tháng 12/2014 đến tháng 5/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân CTSN do các nguyên nhân khác nhau, có chỉ định can thiệp phẫu thuật mở sọ giải áp.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Tổn thương não tiên phát không do chấn thương và BN có thể bị

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thái Dũng

Email: dzungdoctor@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 26/1/2017

Ngày duyệt bài: 6/2/2017

CTSN thứ phát sau đột quy. CTSN không có chỉ định phẫu thuật. CTSN có kèm tổn thương kết hợp khác như shock chấn thương, chấn thương ngực, chấn thương hàm mặt gây ảnh hưởng đến đường thở trên. CTSN có các bệnh mãn tính từ trước.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả theo dõi dọc

2.2.1. Phương tiện nghiên cứu: Xét nghiệm khí máu bằng máy phân tích khí máu AVL compact 2.

- Monitor Lifescope L theo dõi các chỉ số mạch, huyết áp, tần số thở, SpO₂

- Máy CT-scanner của hãng Phillip đánh giá tình trạng tổn thương sọ não trên phim chụp cắt lớp.

2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Tại 3 thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 6h và 48h, ghi nhận điểm Glasgow, tần số thở và SpO₂ (bình thường >95%). Tần số thở: chậm <12^{CK}/phút; Nhanh >25^{CK}/phút.

- Xét nghiệm khí máu tại ba thời điểm (trước mổ - khi chưa có sự can thiệp hô hấp hỗ trợ) và sau phẫu thuật 6h, 48h: PaO₂ bình thường ≥ 95mmHg; < 60mmHg: Suy hô hấp. PaCO₂: bình thường từ 35-45mmHg; ≥ 45mmHg: Suy hô hấp [3].

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 xem khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đánh giá tri giác bệnh nhân chấn thương sọ não theo thang điểm Glasgow trước và sau phẫu thuật

Điểm Glasgow	Thời điểm	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật (48 giờ)	
		Số BN (n=65)	Tỉ lệ (%)	Số BN (n=65)	Tỉ lệ (%)
3-5		3	4,61	0	0
6-8		40	61,54	37	56,9
9-12		22	33,85	28	43,1

Nhận xét: Trước phẫu thuật có 4,61% BN có điểm Glasgow ≤ 5 nhưng sau phẫu thuật không còn bệnh nhân thuộc nhóm này. Nhóm bệnh nhân có điểm Glasgow 9-12 tăng từ 33,85% (trước phẫu thuật) lên 43,1% (sau phẫu thuật).

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân theo tần số thở và SpO₂ trước và sau phẫu thuật

Chỉ tiêu	Thời điểm	Trước phẫu thuật (n=65)		Sau phẫu thuật (n=65)				
		Số BN	Tỷ lệ	6h		48h		
				Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Tần số thở (ck/p)	< 12	5	7,7	83,05	0	0,0	0	0,0
	> 25	49	75,35		26	40	10	15,4
SpO ₂ <90%		51	78,46	6	9,23	1	1,54	

Nhận xét: Rối loạn tần số thở gặp ở 83,05% trường hợp trước phẫu thuật (chưa can thiệp hô hấp) và giảm hẳn so với thời điểm 6 và 12 giờ sau phẫu thuật lần lượt là 40% và 15,4%. Tương tự tỉ lệ bệnh nhân có chỉ số SpO₂<90% cũng giảm từ 78,46% trước phẫu thuật xuống 9,23%; 1,54% so với 6 và 12 giờ sau phẫu thuật.

Bảng 3.3. Thay đổi giá trị trung bình của tần số thở và SpO₂ trước và sau phẫu thuật

Chỉ tiêu	Thời điểm	Trước phẫu thuật (n=65)	Sau phẫu thuật (n=65)		p
			6 giờ	48 giờ	
Tần số thở (ck/p) (X ± SD)		25,94 ± 6,01	22,68 ± 5,25	21,22 ± 2,94	<0,05
SpO ₂ (%) (X ± SD)		83,59 ± 4,28	89,8 ± 4,2	94,3 ± 3,58	<0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình của tần số thở và chỉ số SpO₂ trước phẫu thuật (25,94 ± 6,01 và 83,59 ± 4,28) được cải thiện rõ sau phẫu thuật 6 giờ là (22,68 ± 5,25; 89,8 ± 4,2) và (21,22 ± 2,94; 94,3 ± 3,58) khác biệt giữa các thời điểm có ý nghĩa thống kê với (p < 0,05).

Bảng 3.4. Phân bố bệnh nhân theo chỉ số PaO₂ và PaCO₂ trước và sau phẫu thuật

Chỉ tiêu	Thời điểm	Trước phẫu thuật (n=65)		Sau phẫu thuật (n=65)			
		Số BN	Tỷ lệ %	6 giờ		48 giờ	
				Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
PaO ₂ (mmHg)	> 90	10	15,4	38	58,5	59	90,8
	60 - 90	6	9,2	21	32,3	4	6,2
	< 60	49	75,4	6	9,2	2	3,1
PaCO ₂ (mmHg)	> 45	47	72,3	21	32,3	10	15,4
	35 - 45	9	13,8	24	36,9	40	61,5
	< 35	9	13,8	20	30,8	15	23,1

Nhận xét: Tỷ lệ BN có PaO₂<60mmHg giảm hẳn từ 75,4% trước phẫu thuật xuống còn 9,2 và 3,1% sau phẫu thuật tại thời điểm 6 và 48 giờ. Tương tự tỷ lệ BN có PaCO₂ > 45mmHg cải thiện rõ rệt giảm từ 72,3% trước phẫu thuật xuống còn 32,3 và 15,4% sau phẫu thuật tại thời điểm 6 và 48 giờ.

Bảng 3.5. Thay đổi giá trị trung bình các chỉ số khí máu trước và sau phẫu thuật

Chi tiêu	Thời điểm	Trước phẫu thuật (n=65)	Sau phẫu thuật (n=65)		p
			6 giờ	48 giờ	
$\bar{x} \pm \frac{d}{\sqrt{n}}$	PaO ₂ (mmHg)	55,48 ± 19,75	96,9 ± 29,89	115,03 ± 33,7	<0,05
	PaCO ₂ (mmHg)	47,25 ± 9,2	39,43 ± 7,33	39,82 ± 5,92	<0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình của chỉ số PaCO₂ giảm từ 47,25 ± 9,2 trước phẫu thuật xuống 39,43 ± 7,33 và 39,82 ± 5,92 tại thời điểm 6 và 12 giờ sau phẫu thuật. Sự cải thiện của hai chỉ số PaO₂, PaCO₂ đều khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi điểm Glasgow, tần số thở và SpO₂

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/65 BN chiếm 4,6% là có tình trạng hôn mê sâu (Glasgow ≤ 5 điểm). Những BN này đều là CTSN máu tụ ngoài màng cứng diễn biến ý thức tiến triển đi vào hôn mê sâu ngay sau 1-2 giờ tai nạn và đã nhanh chóng được phẫu thuật cấp cứu mở sọ giải áp lấy máu tụ. Sau phẫu thuật cải thiện rõ rệt về điểm Glasgow không còn BN nào ở tình trạng hôn mê sâu. Chủ yếu BN thuộc nhóm Glasgow 6-8 điểm (37/65 BN chiếm 56,9%). Nhóm BN rối loạn ý thức nhẹ số lượng tăng từ 33,85% lên 43,1%.

Tình trạng rối loạn tần số thở của BN CTSN khi vào viện cũng rất phức tạp và đa dạng với nhiều mức độ khác nhau. Rối loạn tần số thở gặp ở 81,5% trường hợp trong đó thở chậm chiếm 7,7% và thở nhanh chiếm 75,35% (Bảng 3.2). Rối loạn tần số thở cải thiện rõ rệt ở thời điểm 6 và 12 giờ sau phẫu thuật lần lượt là 40% và 15,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các tác giả trong và ngoài nước như nghiên cứu của Nguyễn Quang Bài (2000)[1] hay Davis D. P. (2009) [7], Chowdhury T. (2014) [6].

Giá trị trung bình của tần số thở của BN giảm dần có ý nghĩa sau khi can thiệp mở sọ giải áp, bắt đầu 25,94 ± 6,01 chu kỳ/phút, sau phẫu thuật 6 giờ là 22,68 ± 5,25 chu kỳ/phút và sau phẫu thuật 48 giờ 21,22 ± 2,94 chu kỳ/phút (p<0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của các tác giả Hồ Thị Hồng (2002) khi nghiên cứu BN CTSN nặng tại Bệnh viện Chợ Rẫy [5].

Giá trị trung bình của chỉ số SpO₂ cũng cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật mở sọ giải áp, ban đầu trước phẫu thuật là 83,59 ± 4,28%, sau 6 giờ phẫu thuật là 89,8 ± 4,2% và sau 48 giờ phẫu thuật là 94,3 ± 3,58%; khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05) (Bảng 3.3). Kết quả

nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Nhật Đức (2015) [2] Rosenfeld (2000) khi nghiên cứu rối loạn hô hấp do chấn thương.

4.2. Thay đổi các chỉ số khí máu (PaO₂, PaCO₂)

Trong CTSN nặng với tổn thương nặng, phức tạp và phổi hợp tổn thương, giảm oxy máu sẽ làm cho tình trạng các thương tổn sọ não nặng lên và rộng hơn do thiếu oxy não dẫn đến rối loạn hô hấp nặng lên. Giảm thông khí phế nang làm giảm oxy máu và gây tăng CO₂ máu ngược lại tăng thông khí phế nang gây giảm CO₂ máu. Mức độ CO₂ trong máu động mạch tăng chứng tỏ chức năng trao đổi khí đã giảm và BN đang trong tình trạng hô hấp gắng sức. Tình trạng PaO₂ giảm và PaCO₂ tăng dẫn tới nguy cơ toan hô hấp và nếu kéo dài sẽ dẫn tới toan hỗn hợp.

Tình trạng toan máu và thiếu oxy làm nhiễm toan não dẫn tới làm nặng thêm tình trạng tổn thương của não, tiên lượng kém hơn và nguy cơ tử vong cao hơn. Mức độ CO₂ tăng gây kích thích hô hấp làm tăng tần số thở, tuy nhiên trong CTSN nặng, khi có tổn thương thân não và tổn thương tủy, phản xạ với tăng CO₂ máu chậm và đôi khi mất điều hoà nhịp thở. Đây cũng là biểu hiện rối loạn hô hấp và chống thở máy trên lâm sàng. Khi mức độ CO₂ giảm hơn bình thường sẽ làm co mạch não và làm giảm tưới máu não, do đó làm giảm thể tích máu trong sọ. Đây là cơ sở của phương pháp giảm áp lực nội sọ bằng tăng thông khí vừa phải và nên duy trì PaCO₂ từ 30-35mmHg. Nhưng nếu PaCO₂ giảm quá mức sẽ gây co mạch não và gây thiếu máu não. Nhất là ở những vùng não bị tổn thương, cung lượng máu não giảm do hiện tượng "ăn cắp đảo ngược". Mặt khác, tăng thông khí quá mức gây kiềm hô hấp và sẽ giảm vận chuyển oxy tới mô, nhất là mô não đang bị tổn thương. Hậu quả là tổn thương càng trầm trọng hơn và tiên lượng kém hơn.

Kết quả bảng 3.4 và 3.5 cho thấy tỷ lệ BN có PaO₂< 60mmHg và trị số trung bình của PaO₂ đều được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật. Tỷ lệ BN có PaO₂<60mmHg tại thời điểm trước phẫu thuật là (75,4%) giảm hẳn sau phẫu thuật ở thời

điểm (6 giờ; 48 giờ) lần lượt là (9,2 và 3,1%). Giá trị trung bình của PaO₂ cho thấy sau khi can thiệp phẫu thuật mở sọ giải áp, có xu hướng tăng dần từ (55,48 ± 19,75mmHg) khi chưa phẫu thuật so với (96,9 ± 29,89 và 115,03 ± 33,7mmHg) sau phẫu thuật 6 giờ và 48 giờ. Sự thay đổi giá trị trung bình của PaO₂ trước và sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Nhật Đức (2015) [2] và Davis D. P. (2009) [7].

Tỷ lệ BN có chỉ số PaCO₂ > 45mmHg cải thiện sau phẫu thuật tại thời điểm (6 giờ; 48 giờ) so với trước phẫu thuật (72,3%) giảm xuống lần lượt là (32,3 với 15,4%). Bên cạnh đó giá trị trung bình của chỉ số PaCO₂ có xu hướng giảm dần qua từng thời điểm: trước phẫu thuật là 47,25 ± 9,2mmHg, sau phẫu thuật 6 giờ là 39,43 ± 7,33mmHg, và sau phẫu thuật 48 giờ là 39,82 ± 5,92mmHg khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Nhật Đức (2015) [2].

Như vậy việc phẫu thuật giải phóng chèn ép não do máu tụ là giải quyết được nguồn gốc chính của tình trạng suy hô hấp đang diễn biến ở BN CTSN nặng. BN sau phẫu thuật có tình trạng hô hấp cải thiện đáng kể, góp phần làm giảm áp lực nội sọ và giảm tổn thương não bất trầm trọng thêm.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não có chỉ định phẫu thuật

giải ép lấy máu tụ chiếm tỷ lệ cao và được cải thiện rõ rệt sau phẫu thuật

- Sau phẫu thuật (48 giờ) bệnh nhân có điểm Glasgow 9-12 số lượng hồi phục tăng từ 33,85% lên 43,1%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn tần số thở trước phẫu thuật là 83,05% giảm sau phẫu thuật còn 9,23% và chỉ số SpO₂<90% trước phẫu thuật là 78,46% giảm sau phẫu thuật (48 giờ) còn 1,54%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có PaO₂<60mmHg trước phẫu thuật là 75,4% giảm sau phẫu thuật còn 3,1% và PaCO₂>45mmHg trước phẫu thuật là 72,3% giảm sau phẫu thuật (48 giờ) còn 15,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Bài, Nguyễn Võ Minh (2000), "Nhận xét về nguyên nhân tử vong do chấn thương sọ não tại bệnh viện Saint Paul trong năm 1998-1999", *Y học thực hành*, 9, 20-22.

2. 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*

3. Vũ Văn Đình và cộng sự (2012), "Hồi sức cấp cứu toàn tập" Nhà xuất bản y học, Hà Nội, trang 44-52.

4. 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*

5. Hồ Thị Hồng (2002), "Khảo sát các yếu tố tiên lượng trong chấn thương sọ não nặng", *Thời sự y dược học*, 8, 75-8.

6. Chowdhury T. et al. (2014), "Pre-hospital and initial management of head injury patients: An update", *Saudi J Anaesth*, 8(1), 114-20.

7. Davis D. P. et al. (2009), "Both hypoxemia and extreme hyperoxemia may be detrimental in patients with severe traumatic brain injury", *J Neurotrauma*, 26(12), 2217-23.

YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI VIÊM NHA CHU Ở NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN

Phạm Anh Vũ Thụy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu này là xác định các yếu tố liên quan với viêm nha chu trên người bệnh thận mạn. Nghiên cứu thực hiện trên 120 người mắc bệnh thận mạn và 120 người không mắc bệnh thận mạn tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định Tp. Hồ Chí Minh. Đặc điểm nhân khẩu xã hội học, thói quen nha khoa và hút thuốc lá được thu thập qua bảng câu hỏi tự điền. Tình trạng nha chu được khám. Phân tích hồi quy đa biến được thực hiện để xét các yếu tố liên quan đến viêm

nha chu sau khi kiểm soát các yếu tố gây nhiễu liên quan. Kết quả cho thấy tỷ lệ viêm nha chu trên nhóm bệnh thận mạn là 65%, cao hơn so với nhóm không bệnh thận mạn là 30%. Người trên 60 tuổi có số chênh viêm nha chu là 1,93 so với người trẻ hơn 60 tuổi. Người chải răng 1 hay 2 lần/ngày có số chênh viêm nha chu so với người chải răng 3 lần/ngày lần lượt là 4,27 hay 2,31. Số chênh viêm nha chu của đối tượng không lấy cao răng là 7,95 so với đối tượng có đi lấy cao răng trong vòng năm qua. Số chênh viêm nha chu của người mắc bệnh thận mạn là 2,94 so với người không mắc bệnh thận mạn (p<0,05). Có mối liên quan có ý nghĩa giữa viêm nha chu và bệnh thận mạn. Cần phối hợp giữa bác sĩ thận niệu và bác sĩ răng hàm mặt trong công tác dự phòng và điều trị bệnh nha chu cũng như bệnh thận mạn.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, viêm nha chu, yếu tố nguy cơ

¹Đại 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: 3/2/2016

SUMMARY**FACTORS RELATED TO PERIODONTITIS IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS**

The aim of this study was to assess the factors related to periodontitis in chronic kidney disease patients. The study was conducted on 120 patients with chronic kidney disease and 120 patients non-chronic kidney disease at Gia Dinh people's hospital, Ho Chi Minh city. The socio-demographic characteristic, dental habits and smoking habit were investigated by the self-administered questionnaire. Periodontal status of subjects was examined. The multiple logistic regression analysis was performed to explore risk factors that were associated with periodontitis after adjusting confounding factors. Prevalence of periodontitis in chronic kidney disease group was 65%, there was significantly higher in non-chronic kidney disease group with 30%. Subjects with age more than 60 years had the odd ratio of 1.93 for periodontitis compared to subjects with age less than 60 years. Subjects with tooth brushing 1 or 2 times per day had the odd ratio of 4.27 or 2.31 for periodontitis compared to subjects brushed their teeth 3 times per day respectively. The odd ratio for periodontitis of subjects who did not have dental scaling was 7.95 compared to subjects having dental scaling during the last year. Chronic kidney disease patients had the odd ratio of 2.94 for periodontitis compared to non-chronic kidney disease patients ($p < 0.05$). Chronic kidney disease might be associated with periodontitis. It is necessary to collaborate between doctors of odonto-stomatology and urology-nephrology in prevention, treatment for periodontal disease as well as chronic kidney disease.

Key words: Chronic kidney disease, periodontitis, risk factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là tình trạng chức năng thận suy giảm mạn tính không hồi phục kéo dài hàng tháng đến hàng năm. Hiện nay, người ta sử dụng danh từ bệnh thận mạn (CKD – Chronic Kidney Disease) thay cho suy thận mạn để có đánh giá tốt hơn, giúp điều trị sớm các loại bệnh thận [1]. Bệnh thận mạn là những bất thường về cấu trúc hoặc chức năng thận, kéo dài trên 3 tháng và ảnh hưởng lên sức khỏe người bệnh. Trong vài thập kỷ trở lại đây, bệnh thận mạn đang tăng lên nhanh chóng và trở thành vấn đề y tế toàn cầu. Tại Việt Nam, tần suất hiện mắc năm 2000 vào khoảng 120 người/1 triệu dân, tăng lên 930 người/1 triệu dân vào năm 2010 [3]. Đến năm 2011, có khoảng hơn 5500 bệnh nhân bệnh thận mạn được lọc máu chu kỳ, hơn 1100 người được lọc màng bụng liên tục ngoại trú và hơn 300 người được ghép thận [2]. Có nghiên cứu cho rằng tình trạng nha chu ở người bệnh thận mạn trầm trọng hơn ở người khỏe mạnh; nhưng cũng có nghiên cứu lại cho rằng tình trạng nha chu không khác biệt giữa hai nhóm đối tượng này. Việc xác định các yếu tố liên quan với bệnh nha chu ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn là

cần thiết trong việc tầm soát bệnh, phòng ngừa và điều trị bệnh nha chu trên đối tượng bệnh thận mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang trên 240 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám tại Khoa Khám Bệnh - Bệnh viện Nhân Dân Gia Định TP. Hồ Chí Minh từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2016. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được thu thập những thông tin liên quan đến nhân khẩu xã hội học (tuổi, giới tính, nơi cư trú và trình độ học vấn); thói quen nha khoa (khám răng định kỳ, số lần chải răng, dùng chỉ nha khoa và dùng nước súc miệng); thông tin bệnh nhân có lấy cao răng trong vòng 1 năm qua và thói quen hút thuốc lá cũng được ghi nhận qua bảng câu hỏi tự điền. Tình trạng nha chu gồm chỉ số mảng bám PII (Loe và Silness, 1964), chỉ số nướu GI (Loe và Silness, 1963), độ sâu khe nướu khi thăm dò PPD, độ mất bám dính lâm sàng CAL và tình trạng chảy máu nướu khi thăm dò khe nướu BOP các răng hiện diện trên cung hàm (ngoại trừ răng khôn) của tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này được khám bởi cùng một Bác sĩ Răng Hàm Mặt đã được tập huấn và định chuẩn. Viêm nha chu được xác định khi có ≥ 2 vị trí tiếp cận không cùng trên 1 răng có mất bám dính lâm sàng $\geq 3\text{mm}$ và có độ sâu túi $\geq 4\text{mm}$ hoặc có 1 vị trí có độ sâu túi $\geq 5\text{mm}$.

III. KẾT QUẢ**1. Đặc điểm về nhân khẩu-xã hội, thói quen hút thuốc và bệnh mắc phải của mẫu nghiên cứu**

Trong tổng số 240 đối tượng nghiên cứu, có 95 đối tượng là nam giới chiếm tỷ lệ 39,6% và 145 đối tượng là nữ giới chiếm 60,4%. Ở nhóm không mắc bệnh thận mạn tỷ lệ nam giới (29,2%) thấp hơn nữ giới (50%), ($p = 0,001$). Độ tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu này là $58,5 \pm 11,1$; trong đó tuổi trung bình ở nhóm bệnh thận mạn là $60 \pm 11,2$ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không bệnh thận mạn là $57 \pm 10,8$ ($p = 0,02$). Tỷ lệ bệnh nhân dưới 60 tuổi trong nghiên cứu là 53,8% và thấp hơn ở nhóm mắc bệnh thận mạn (46,7%). Trong toàn bộ mẫu nghiên cứu, có 42,5% đối tượng đã nghỉ hưu; 49,6% đối tượng có học vấn từ cấp 1 trở xuống, không có sự khác biệt giữa nghề nghiệp và trình độ học vấn giữa 2 nhóm. Đa số (87,9%) các đối tượng nghiên cứu cư trú tại TP. Hồ Chí Minh. Khoảng 70% trong tổng số đối tượng nghiên cứu chưa bao giờ hút thuốc; 7,5% đối tượng đang còn hút thuốc ở cả

nhóm người mắc bệnh thận mạn và nhóm không mắc bệnh thận mạn. Tỷ lệ người trước đây có hút thuốc trong nhóm bệnh thận mạn là 32,5%

cao hơn nhóm không mắc bệnh thận mạn (13,3%), ($p < 0,05$).

Bảng 1. Đặc điểm về nhân khẩu - xã hội, thói quen hút thuốc và bệnh lý mắc phải của mẫu nghiên cứu

	Biến số	BTM (+) n(%)	BTM (-) n(%)	Tổng số n(%)	p
Nhóm tuổi	< 60	56 (46,7)	73 (60,8)	129 (53,8)	0,02
	≥ 60	64 (53,3)	47 (39,2)	111 (46,2)	
Giới tính	Nam	60 (50,0)	35 (29,2)	95 (39,6)	0,001
	Nữ	60 (50,0)	85 (70,8)	145 (60,4)	
Học vấn	Từ cấp I trở xuống	65 (54,2)	54 (45,0)	119 (49,6)	0,16
	Trên cấp I	55 (45,8)	66 (55,0)	121 (50,4)	
Nghề nghiệp	Nghỉ hưu	53 (44,2)	49 (40,8)	102 (42,5)	0,6
	Đang làm việc	67 (55,8)	71 (59,2)	138 (57,5)	
Cư trú	TP. Hồ Chí Minh	111 (92,5)	100 (83,3)	211 (87,9)	0,03
	Tỉnh khác	9 (7,5)	20 (16,7)	29 (12,1)	
Hút thuốc	Chưa bao giờ	72 (60,0)	95 (79,2)	167 (69,6)	< 0,002
	Trước đây có hút	39 (32,5)	16 (13,3)	55 (22,9)	
	Đang hút	9 (7,5)	9 (7,5)	18 (7,5)	
Bệnh lý mắc phải	Đái tháo đường	97 (80,8)	0 (0)	97 (40,2)	< 0,001
	Tăng huyết áp	35 (29,2)	0 (0)	35 (14,5)	< 0,001
	Tim mạch	63 (52,5)	0 (0)	63 (26,3)	< 0,001
	Loãng xương	20 (16,7)	0 (0)	20 (8,3)	< 0,001

Kiểm định Chi bình phương; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2. Liên quan giữa các đặc điểm nhân khẩu-xã hội, thói quen hút thuốc và viêm nha chu

Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu - xã hội, thói quen hút thuốc của mẫu nghiên cứu và viêm nha chu được trình bày trong Bảng 2. Có tỷ lệ cao hơn có ý nghĩa thống kê ở đối tượng từ 60 tuổi trở lên bị viêm nha chu (56,8%) so với tỷ lệ này ở nhóm đối tượng nhỏ hơn 60 tuổi (39,53%), $p = 0,008$. Giới tính không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng viêm nha chu.

Bảng 2. Liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu - xã hội, thói quen hút thuốc và viêm nha chu

	Biến số	Viêm nha chu; n (%)		p
		Có	Không	
Nhóm tuổi	≥ 60	63 (56,8)	48 (43,2)	0,008
	< 60	51 (39,53)	78 (60,47)	
Giới tính	Nam	45 (47,37)	50 (52,63)	0,97
	Nữ	69 (47,59)	76 (52,41)	
Học vấn	Trên cấp I	90 (44,12)	114 (55,78)	0,01
	Từ cấp I trở xuống	24 (66,67)	12 (33,33)	
Nghề nghiệp	Đang làm việc	55 (39,86)	83 (60,14)	0,006
	Nghỉ hưu	59 (57,84)	43 (42,16)	
Cư trú	TP. Hồ Chí Minh	107 (50,47)	105 (49,53)	0,01
	Tỉnh khác	7 (25)	21 (75)	
Hút thuốc	Chưa bao giờ	73 (43,71)	94 (56,29)	0,06
	Đang hút	13 (72,22)	5 (27,78)	
	Trước đây có hút	28 (50,91)	27 (49,09)	

Kiểm định Chi bình phương; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Liên quan đến trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu, đối tượng có học vấn từ cấp I trở xuống bị viêm nha chu 66,67%; cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ này trên đối tượng có trình độ học vấn trên cấp I là 44,12% ($p = 0,01$). So với đối tượng đã nghỉ hưu, đối tượng đang làm việc có tỷ lệ bị viêm nha chu thấp hơn có ý nghĩa thống kê.

3. Liên quan giữa thói quen nha khoa và viêm nha chu

Mối liên quan giữa thói quen nha khoa và viêm nha chu được trình bày trong Bảng 3. Không có sự khác biệt về tỷ lệ viêm nha chu và thói quen khám răng định kỳ. Tuy nhiên, tỷ lệ mắc viêm nha chu tỷ lệ nghịch với số lần chải răng trong ngày, số lần chải răng càng ít thì tỷ lệ

bị viêm nha chu càng cao. Đối tượng chải răng 1 lần/ngày, 2 lần/ngày, 3 lần/ngày có tỷ lệ mắc viêm nha chu lần lượt là 78,95%; 53,89%; 23,88% ($p < 0,05$). Những đối tượng không sử

dụng nước súc miệng hoặc không lấy cao răng thì có tỷ lệ viêm nha chu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với đối tượng có dùng nước súc miệng hay có đi lấy cao răng, $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa thói quen nha khoa và viêm nha chu

Biến số		Viêm nha chu; n (%)		p
		Có	Không	
Đi khám răng định kỳ	Định kỳ, thỉnh thoảng	8 (44,44)	10 (55,56)	0,56
	Khám khi có vấn đề	88 (46,32)	102 (53,68)	
	Chưa bao giờ	18 (56,25)	14 (43,75)	
Thói quen chải răng	≥ 3 lần/ngày	16 (23,88)	51 (76,12)	< 0,001
	2 lần/ngày	83 (53,89)	71 (46,11)	
	01 lần/ngày	15 (78,95)	4 (21,05)	
Nước súc miệng	Có	15 (31,25)	33 (68,75)	0,01
	Không	99 (51,56)	93 (48,44)	
Cạo vôi răng	Có	6 (13,33)	39 (86,67)	< 0,001
	Không/không nhớ	108 (55,38)	87 (44,62)	

Kiểm định Chi bình phương; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

4. Liên quan giữa bệnh lý mắc phải và viêm nha chu: Mọi liên quan giữa bệnh lý mắc phải và viêm nha chu được trình bày trong Bảng 4. Những đối tượng mắc bệnh thận mạn hay mắc đái tháo đường có tỷ lệ viêm nha chu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những người không mắc bệnh.

Bảng 4. Liên quan giữa bệnh lý mắc phải và viêm nha chu

Biến số		Viêm nha chu; n (%)		p
		Có	Không	
Bệnh thận mạn	Có	78 (65,0)	42 (35,0)	< 0,001
	Không	36 (30,0)	84 (70,0)	
Đái tháo đường	Có	65 (67,01)	32 (32,99)	< 0,001
	Không	49 (34,26)	94 (65,74)	
Tăng huyết áp	Có	36 (57,14)	27 (42,86)	0,08
	Không	78 (44,07)	99 (55,93)	
Tim mạch	Có	21 (60,0)	14 (40,0)	0,11
	Không	93 (45,37)	112 (54,63)	
Loãng xương	Có	9 (45,0)	11 (55,0)	0,82
	Không	105 (47,73)	115 (52,27)	

Kiểm định Chi bình phương; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

5. Phân tích hồi quy đa biến logistic các yếu tố liên quan đến viêm nha chu: Kết quả phân tích hồi quy logistic trong Bảng 5 cho thấy so với đối tượng không mắc bệnh thận mạn thì người mắc bệnh thận mạn có khả năng bị viêm nha chu gấp 2,94 lần, $p = 0,04$. Đối tượng từ 60 tuổi trở lên có khả năng bị viêm nha chu cao gấp 1,93 lần có ý nghĩa thống kê so với đối tượng dưới 60 tuổi, $p = 0,036$. So với những người có thói quen chải răng 3 lần/ngày, thì những người

có thói quen chải 2 lần/ngày có nguy cơ bị viêm nha chu cao hơn 2,31 lần và những người có thói quen chải 1 lần/ngày có nguy cơ mắc viêm nha chu cao hơn 4,27 lần, ($p < 0,05$). So với đối tượng có lấy cao răng thì người không lấy cao răng có nguy cơ mắc viêm nha chu gấp 7,95 lần; đối tượng đang hút thuốc lá có nguy cơ mắc viêm nha chu cao hơn 4,21 lần đối tượng không hoặc đã bỏ hút thuốc lá ($p < 0,05$).

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến viêm nha chu

Các yếu tố	OR (CI 95%)	p
Mắc bệnh thận mạn	2,94 (1,01-8,59)	0,04
Nhóm tuổi từ 60 trở lên	1,93 (1,04-3,56)	0,036
Chải răng 1 lần/ngày	4,27 (1,06-17,18)	0,04
Chải răng 2 lần/ngày	2,31 (1,12-4,79)	0,02
Không lấy cao răng	7,95 (2,99-21,1)	< 0,001
Đang hút thuốc	4,21 (1,21-14,65)	0,023

Phân tích hồi quy đa biến logistic, sau khi kiểm soát các yếu tố: trình độ học vấn, nghề nghiệp, nơi cư trú, sử dụng nước súc miệng, tăng huyết áp, tim mạch và tình trạng mắc đái tháo đường. OR: tỷ số chênh; CI: khoảng tin cậy 95%; Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này sau khi phân tích hồi quy, chúng tôi nhận thấy những người từ 60 tuổi trở lên hay những người hút thuốc có nguy cơ mắc viêm nha chu cao hơn. Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu trước đây của Phạm Anh Vũ Thụy (2011) trên đối tượng người Việt Nam [4]. Sau khi kiểm soát các yếu tố liên quan nghiên cứu cũng cho thấy những người mắc bệnh thận mạn có khả năng viêm nha chu cao gấp 2,94 lần so với những người không mắc bệnh thận mạn. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới về mối liên quan giữa bệnh thận mạn và viêm nha chu [5,6]. Bệnh thận mạn là một tình trạng suy giảm miễn dịch, suy giảm chức năng tế bào T và tế bào B cũng như bạch cầu đơn nhân và đại thực bào. Người mắc bệnh thận mạn bị tăng nguy cơ nhiễm trùng vì giảm miễn dịch do môi trường Ure huyết. Bệnh thận mạn dẫn đến các nhiễm trùng mạn tính của bệnh nha chu. Các yếu tố gây viêm có thể là một liên kết quan trọng giữa bệnh thận mạn và bệnh nha chu. Ngoài ra, sự thay đổi chức năng thận làm thay đổi cân bằng Canxi dẫn đến cường cận giáp thứ phát được coi như là một nguyên nhân làm gia tăng viêm nướu và tiêu xương ổ răng. Đa số các nghiên cứu cho thấy có tăng mảng bám và viêm nướu, tăng mức trầm trọng viêm nha chu ở người bệnh thận mạn đặc biệt ở giai đoạn cuối và cũng được lý giải là do sự gia tăng mức Ure trong máu dẫn đến rối loạn chức năng miễn dịch, khiếm khuyết tế bào lympho và chức năng bạch cầu đơn nhân. Ngoài Ure, sự hiện diện của các bệnh lý kèm theo khác như đái tháo đường và tim mạch... có thể đóng góp vào sự tăng tỷ lệ và mức trầm trọng của bệnh nha chu, đặc biệt là với bối cảnh tỷ lệ cao của bệnh đái tháo đường trong quần thể bệnh thận giai đoạn cuối và trong dân số nói chung. Sự gia tăng Ure còn dẫn đến thay đổi thành phần nước bọt, tăng Ure, ion Canxi và ion Phosphate trong nước bọt, dẫn đến tăng hình thành vôi răng tạo điều kiện phát triển bệnh nha chu. Đái tháo đường là một bệnh toàn thân mạn tính đặc trưng bởi rối loạn sản xuất insulin, chuyển hóa carbohydrate, chất béo, protein, cấu trúc và chức năng của các mạch máu. Một trong những biến chứng của đái tháo đường là bệnh

thận mạn. Ngoài ra, người mắc đái tháo đường, đường huyết cao mạn tính đưa đến nhanh chóng hình thành glycation và dẫn xuất của nó (AGEs). Các tế bào nội mô và bạch cầu đơn nhân có thụ thể cụ thể cho AGEs trên bề mặt tế bào. Sự tương tác của các đại thực bào với AGEs làm kích thích tăng tiết các chất trung gian gây viêm như TNF- α và IL-1 góp phần tăng tỷ lệ và mức trầm trọng của bệnh nha chu.

Trong nghiên cứu này, biến số đái tháo đường tuy liên quan có ý nghĩa với viêm nha chu trong mô hình đơn biến, nhưng trong mô hình hồi quy đa biến thì mối liên quan này không đủ mạnh so với các biến số khác để cho thấy có ý nghĩa thống kê. Khi phân tích sâu hơn về tình trạng nha chu giữa các đối tượng mắc hoặc không mắc hai bệnh này, chúng tôi thấy rằng tình trạng nha chu ở nhóm bệnh nhân vừa mắc bệnh thận mạn và đái tháo đường xấu hơn nhóm mắc bệnh thận mạn và không mắc đái tháo đường hay nhóm không mắc cả hai bệnh; thể hiện qua tất cả các chỉ số nha chu lâm sàng của nhóm mắc hai bệnh đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chỉ mắc bệnh thận mạn hay không mắc bệnh nào.

V. KẾT LUẬN

Có mối liên quan có ý nghĩa giữa viêm nha chu và bệnh thận mạn. Cần phối hợp giữa bác sĩ thận niệu và bác sĩ răng hàm mặt trong công tác dự phòng và điều trị bệnh nha chu cũng như bệnh thận mạn.

Trong tương lai, cần có những nghiên cứu về mối liên quan giữa bệnh thận mạn và viêm nha chu, tương tác với bệnh đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Quốc Hòa & cs. (2015). Hướng dẫn điều trị - phần nội khoa, Bệnh viện Nhân Dân Gia Định TP. Hồ Chí Minh - lưu hành nội bộ, 1(2), tr. 520-535.
2. Phạm Quốc Cường (2011), Hóa giải nỗi lo bệnh thận mạn tính, địa chỉ truy cập: <http://suckhoedoisong.vn/hoa-giai-noi-lo-suy-than-man-tinh-n44519.html>, ngày truy cập: 9/8/2016.
3. Sài Gòn Giải Phóng Online (2010). Gánh Nặng Suy Thận <http://www.sggp.org.vn/ytesuckhoe/2010/7/231685/9>.
4. Phạm Anh Vũ Thụy, Ueno M, Shinada K, et al. (2011). Periodontal disease and related factors among Vietnamese dental patients. *Oral Health Prev Dent*; 9(2): 185-194.
5. Duran I and Erdemir EO. (2004). Periodontal treatment needs of patients with renal disease receiving haemodialysis. *Int Dent J*; 54: 274-278.
6. Fisher MA, Taylor GW, West BT et al. (2011). Bidirectional relationship between chronic kidney and periodontal disease: a study using structural equation modeling. *Kidney Int*; 79: 347-355.

ĐẶC ĐIỂM DI TRUYỀN BỆNH KHÔ DA SẮC TỐ

Lương Thị Lan Anh*, Nguyễn Hữu Sáu*

TÓM TẮT

Khô da sắc tố (XP) là bệnh lý di truyền hiếm gặp. Bệnh đặc trưng bởi sự tăng nhạy cảm với tia cực tím trong ánh sáng mặt trời gây nên các tổn thương da và mắt trầm trọng cùng khả năng ung thư hóa cao. Các nhà khoa học đã phát hiện một dòng họ tại Hòa Bình có nhiều thành viên trong gia đình cùng mắc bệnh khô da sắc tố, tuy nhiên chưa có cá nhân, tổ chức nào nhận nghiên cứu về vấn đề này. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm di truyền của bệnh khô da sắc tố. **Đối tượng:** 564 cá thể bao gồm các bệnh nhân bị bệnh XP và gia đình bệnh nhân. **Phương pháp:** Lập và phân tích gia hệ. **Kết quả:** Đã xây dựng và phân tích được 5 gia hệ. **Kết luận:** Bệnh gặp ở cả 2 giới, nam nhiều hơn nữ. Các bệnh nhân đều trong cùng một dòng họ. Bệnh xuất hiện không liên tục qua các thế hệ. Chưa phát hiện mối liên quan giữa bệnh nhân và hôn nhân cận huyết. Bệnh XP di truyền theo quy luật di truyền lặn trên NST thường.

Từ khóa: Bệnh khô da sắc tố, gia hệ.

SUMMARY

GENETIC CHARACTERISTICS OF XERODERMA PIGMENTOSUM

Xeroderma pigmentosum (XP) is a rare genetic disease. It is characterized by increased sensitivity to ultraviolet radiation in sunlight causes skin and eye lesions, highly capable cancer. Scientists have discovered a family in Hoa Binh province with family members infected with XP, but there are not still any researches. **Objective:** Comments genetic characteristics of the Xeroderma pigmentosum. **Subjects:** 564 individuals including XP patients and families of patients. **Method:** Using pedigree methods. **Results:** Construction and analysis is 5 pedigrees. **Conclusion:** The disease occurs in both two sexes, male than female. The patients are in the same family. It occurs uncontinuously in generations. No consanguinity in XP. XP is an autosomal recessive genetic.

Keywords: Xeroderma Pigmentosum, Pedigree.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khô da sắc tố (Xeroderma Pigmentosum - XP) là bệnh lý di truyền hiếm gặp. XP xảy ra trên toàn thế giới, với tỷ lệ 1 trong 250.000 dân số nói chung. Ước tính 1:1.000.000 ở Hoa Kỳ và ở châu Âu [1], Nhật Bản 1:22.000 [2]. Bệnh đặc trưng bởi sự tăng nhạy cảm với tia cực tím trong ánh sáng mặt trời gây nên các tổn thương da và mắt trầm trọng cùng khả năng ung thư hóa cao.

* Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lương Thị Lan Anh

Email: lanhluong@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 16/1/2017

Ngày duyệt bài: 3/2/2017

DNA của con người bị tổn hại liên tục do tia cực tím, các gốc tự do, hay các chất gây ung thư. Nhờ có hệ thống nhận biết và sửa chữa sai sót DNA mức độ phân tử đặc hiệu, mà bộ gen con người được đảm bảo tính toàn vẹn về cấu trúc và chức năng [3],[4],[5]. Ở bệnh nhân XP, đột biến xảy ra trên các gen có chức năng trong quá trình sửa chữa đặc hiệu các tổn thương DNA do tia UV gây ra. XP ảnh hưởng nặng nề tới chất lượng cuộc sống của bản thân bệnh nhân cũng như gia đình họ. Hiện nay chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu cho bệnh, chủ yếu là điều trị triệu chứng, dự phòng, quản lý, nên còn gặp nhiều khó khăn và hiệu quả chưa cao trong việc cải thiện chất lượng sống của bệnh nhân khô da sắc tố. Quan trọng nhất vẫn là công tác phòng bệnh bằng phát hiện bệnh sớm cá thể bệnh và tư vấn di truyền nhằm hạn chế số bệnh nhân mắc bệnh thêm, giảm gánh nặng bệnh tật cho gia đình và xã hội. Hiện tại, các nhà khoa học đã phát hiện một dòng họ tại Hòa Bình có nhiều thành viên trong gia đình cùng mắc bệnh khô da sắc tố, tuy nhiên chưa có cá nhân, tổ chức nào nhận nghiên cứu về vấn đề này. Nghiên cứu này được thực hiện ở dòng họ này với mục tiêu: Nhận xét đặc điểm di truyền của bệnh khô da sắc tố.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 564 cá thể bao gồm các bệnh nhân bị bệnh XP và gia đình bệnh nhân. Những gia đình này đều trong cùng một dòng họ, nguyên quán tại xã Mường Chiềng - huyện Đà Bắc - tỉnh Hòa Bình.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Lập và phân tích gia hệ. Các ký hiệu dùng để lập gia hệ theo quy ước quốc tế.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã xây dựng được 5 gia hệ, kết quả thể hiện trong hình 3.1, 3.2, 3.3, 3.4 và 3.5.

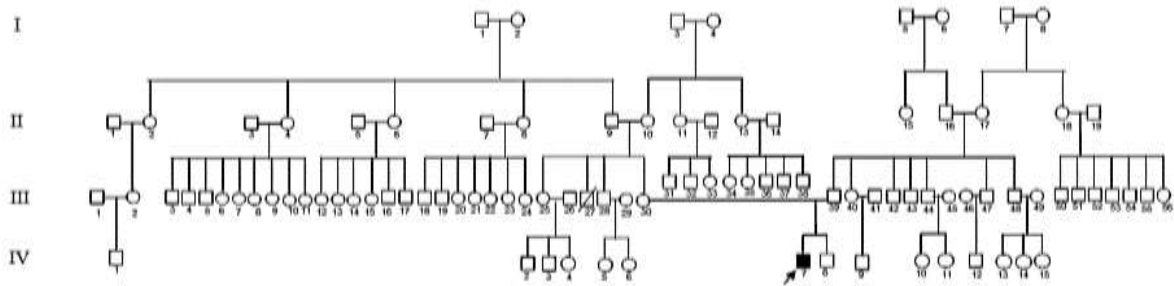
- Gia hệ 1 (hình 3.1):

+ Bệnh chỉ xuất hiện ở thế hệ thứ IV mà không xuất hiện ở các thế hệ trước đó.

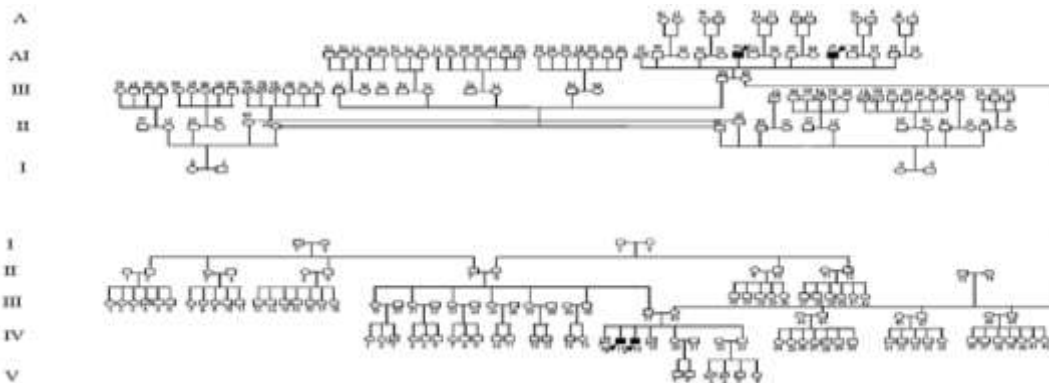
+ Tỷ lệ mắc bệnh của những người con trong gia đình bệnh nhân là 50% (1/2).

+ Tỷ lệ nam: nữ trong các bệnh nhân là 1: 0. Chưa rõ vai trò của bố mẹ trong truyền bệnh cho con.

+ Cặp vợ chồng III.30 và III.39 đều không biểu hiện bệnh, sinh được 2 con trai, trong đó có 1 người mắc bệnh (IV.7) và 1 người không mắc bệnh (IV.8).



Hình 3.1. Gia hệ 1 - Gia đình bệnh nhân Xa Văn T. (IV.7)



Hình 3.2. Gia hệ 2 - Gia đình bệnh nhân Xa Văn M. (IV.17), Xa Văn N. (IV.18) và gia đình bệnh nhân Xa Văn N. (IV.47), Xa Văn T (IV.52)

- Gia hệ 2 (hình 3.2):

- + Bệnh chỉ xuất hiện ở thế hệ thứ IV mà không xuất hiện ở các thế hệ trước đó.
- + Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình bệnh nhân là 28,6% (4/14).
- + Tỷ lệ nam: nữ trong các bệnh nhân là 4:0. Chưa rõ vai trò của bố mẹ trong truyền bệnh cho con.
- + Cặp vợ chồng III.31 và III.43 đều không bị bệnh, sinh được 6 người con, trong đó có 2 con trai mắc bệnh (IV.17 và IV.18), 2 con trai không bị bệnh, đã chết do bệnh phổi (IV.16 và IV.19), và còn 1 con gái (IV.20) và 1 con trai (IV.23) không bị bệnh, đã lập gia đình, sinh con không mắc bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình này là 33,3%.
- + Cặp vợ chồng III.50 và III.68 không bị bệnh, sinh được 8 người con, trong đó có 2 con trai mắc bệnh (IV.47 và IV.52), và 6 người con không mắc bệnh (IV.44, IV.45, IV.49, IV.50, IV.54, IV.56) đã lập gia đình và sinh con không mắc bệnh. Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình này là 25% (2/8).

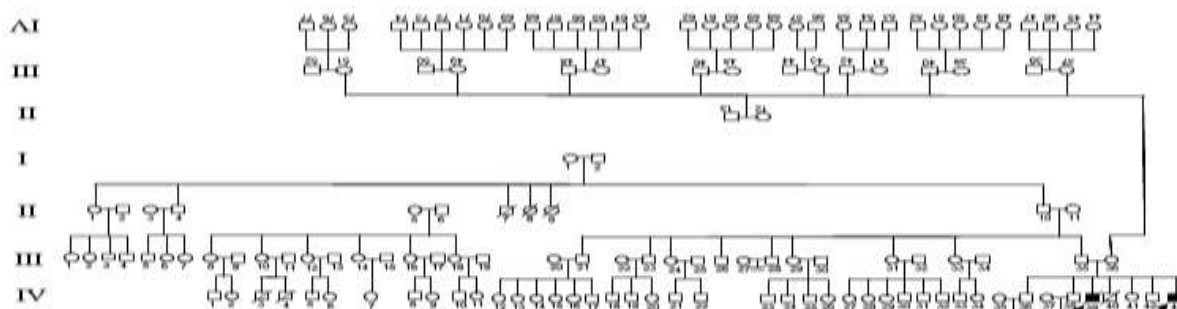
- Gia hệ 3 (hình 3.3):

- + Bệnh chỉ xuất hiện ở thế hệ thứ IV mà không xuất hiện ở các thế hệ trước đó.

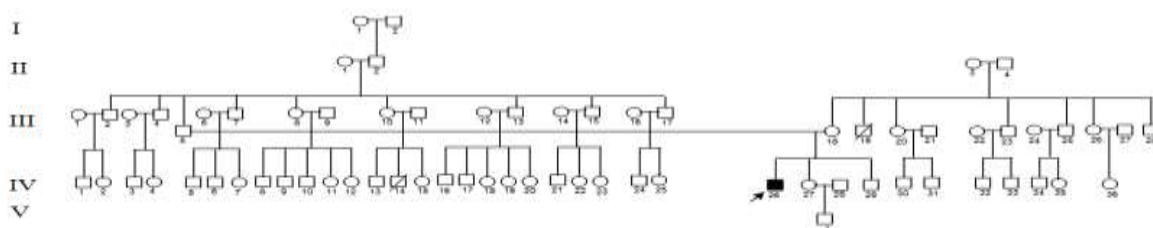
- + Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình bệnh nhân là 28,6% (2/7).
- + Tỷ lệ nam/nữ trong các bệnh nhân là 2:0. Chưa rõ vai trò của bố mẹ trong truyền bệnh cho con.
- + Cặp vợ chồng III.35 và III.36 đều không bị bệnh, sinh được 7 người con, trong đó có 2 con trai bị bệnh (IV.39 và IV.43), 1 con trai không bị bệnh XP đã chết vì bệnh U lympho (IV.40). Còn 3 con trai và 1 con gái không bị bệnh, trong đó có 2 con trai (IV.36 và IV.38) đã lập gia đình và sinh con không bị bệnh.

- Gia hệ 4 (hình 3.4):

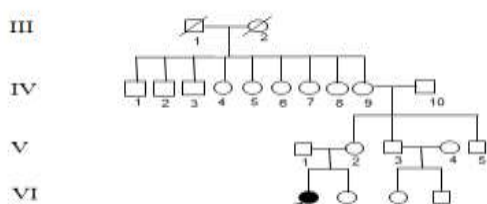
- + Bệnh chỉ xuất hiện ở thế hệ thứ IV mà không xuất hiện ở các thế hệ trước đó.
- + Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình bệnh nhân là 33,3% (1/3).
- + Tỷ lệ nam: nữ trong các bệnh nhân là 1:0. Chưa rõ vai trò của bố mẹ trong truyền bệnh cho con.
- + Cặp vợ chồng III.5 và III.18 đều không bị bệnh, sinh được 3 người con, trong đó có 1 con trai mắc bệnh (IV.26). Còn 1 con trai và 1 con gái không bị bệnh, trong đó con gái đã lập gia đình và sinh con không bị bệnh.



Hình 3.3. Gia hệ 3 - Gia đình bệnh nhân Xa Văn H. (IV.39) và Xa Văn Th. (IV.43)



Hình 3.4. Gia hệ 4 - Gia đình bệnh nhân Xa Văn H. (IV.26)



Hình 3.5. Gia hệ 5 - Gia đình bệnh nhân Hà Phương Th. (IV.1)

- Gia hệ 5 (hình 3.5):

+ Bệnh chỉ xuất hiện ở thế hệ thứ VI mà không xuất hiện ở các thế hệ trước đó.

+ Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình bệnh nhân là 50% (1/2).

+ Tỷ lệ nam: nữ trong các bệnh nhân là 0:1. Chưa rõ vai trò của bố mẹ trong truyền bệnh cho con.

+ Cặp vợ chồng V.1 và V.2 đều không bị bệnh, sinh được 2 con gái, trong đó có 1 người mắc bệnh (VI.1). Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình này là 50%.

- Những cặp bố mẹ của các bệnh nhân đều không phải là kết hôn cận huyết, nhưng đều là thành viên trong dòng họ nghiên cứu.

- Đặc điểm phân bố, xuất hiện của bệnh XP trong các gia hệ được mô tả thông qua số liệu thu được trong bảng 3.1.

Bảng 3.1. Đặc điểm xuất hiện bệnh XP trong các gia hệ

Đặc điểm	Gia hệ 1	Gia hệ 2	Gia hệ 3	Gia hệ 4	Gia hệ 5	Chung
Số con ruột trong gia đình bệnh nhân	2	14	7	3	2	28
Số con trai trong gia đình bệnh nhân	2	11	6	2	0	21
Số con gái trong gia đình bệnh nhân	0	3	2	1	2	7
Số người mắc bệnh	1	4	2	1	1	9
Số nam mắc bệnh	1	4	2	1	0	8
Số nữ mắc bệnh	0	0	0	0	1	1
Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình (%)	50	28,6	28,6	33,3	50	32,1
Tỷ lệ nam mắc bệnh gia đình (%)	50	36,4	33,3	50	0	38,1
Tỷ lệ nữ mắc bệnh trong gia đình (%)	0	0	0	0	50	14,3

Nhận xét: Bệnh có xu hướng gặp ở nam nhiều hơn nữ. Bệnh xuất hiện không liên tục qua các thế hệ. Tỷ lệ mắc bệnh trong gia đình là 28,6% - 50%.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh xuất hiện ở các chi, nhánh trong cùng một dòng họ mà không phát hiện ở các gia đình, dòng họ khác trong khu vực. Nhiều cá thể bệnh ở cùng một thế hệ và tất cả bệnh nhân đều sống trong cùng một giai đoạn thời gian hiện tại. Tỷ lệ xuất hiện bệnh trong các gia đình có bệnh nhân là 25%-50%, trong thế hệ có người bị bệnh là 2,6%-25%. Những đặc điểm này cho thấy đột biến gen gây bệnh XP trong dòng họ chúng tôi nghiên cứu không phải mới phát sinh mà đã phải có từ lâu.

Thông qua gia hệ của các gia đình trong dòng họ nhận thấy: Trong các gia hệ 1 - 4 (hình 3.1 - 3.4), bệnh chỉ xuất hiện ở thế hệ thứ IV trong các gia hệ mà không xuất hiện ở các thế trước đó, đây là kiểu di truyền phân bố ngang. Tỷ lệ xuất hiện bệnh trong các gia đình có bệnh nhân XP là 25% - 50%. Những đặc điểm này cho thấy bệnh không có tính di truyền trội.

Gia hệ 2 (hình 3.2), cặp vợ chồng II.7 và II.8 kết hôn cận huyết, là ông bà nội của 2 bệnh nhân Xa Văn M. (IV.17) và Xa Văn N. (IV.18), tuy nhiên chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa hôn nhân cận huyết và biểu hiện bệnh ở những bệnh nhân này.

Bệnh gặp nhiều ở nam giới. Có nhiều gia đình sinh con bị bệnh đều là con trai như ở cặp vợ chồng III.30 và III.39 (gia hệ 1 - hình 3.1), III.31 và III.43 (gia hệ 2 - hình 3.2), III.50 và III.68 (gia hệ 2 - hình 3.2), III.35 và III.36 (gia hệ 3 - hình 3.3), III.5 và III.18 (gia hệ 4 - hình 3.4). Đặc điểm này giống với đặc điểm di truyền liên kết NST giới tính Y. Tuy nhiên, khi xét cặp vợ chồng V.1 và V.2 (Gia hệ 5 - hình 3.5), hai vợ chồng không mắc bệnh sinh được 1 con gái mắc bệnh (VI.1 - Gia hệ 5). Đặc điểm này không có ở bệnh di truyền liên kết NST giới tính Y. Mặt khác nếu bệnh di truyền liên kết NST giới tính Y thì tất cả con trai trong dòng họ sẽ mắc bệnh. Vì vậy ta loại trừ bệnh di truyền liên kết NST giới tính Y.

Khi xét gia hệ 1-4, số lượng bệnh nhân chiếm tỷ lệ rất thấp so với số lượng thành viên của các gia đình, bệnh chỉ xuất hiện ở thế hệ thứ IV và tất cả đều là nam giới, những đặc điểm này cũng giống với di truyền lặn liên kết NST giới tính X. Tuy nhiên trong các gia hệ này, ta không thấy được đặc điểm di truyền chéo. Do chưa phát hiện có thành viên nào ở các thế hệ trên mắc bệnh, nên nếu bệnh di truyền lặn liên kết NST

giới tính X thì ở các bệnh nhân nam giới trong 4 gia hệ này, gen bệnh phải được di truyền từ những người mẹ dị hợp tử ở các thế hệ trên. Mặt khác, tỷ lệ xuất hiện bệnh nhân nữ là vô cùng hiếm và nếu có thì chắc chắn bố của bệnh nhân phải bị bệnh. Nhưng khi xét gia hệ 5 (hình 3.5), cặp vợ chồng V.1 và V.2 không bị bệnh, sinh được 2 con gái, trong đó có 1 con gái bị bệnh (VI.1). Điều này không phù hợp với bệnh di truyền lặn liên kết NST giới tính X.

Khi tham khảo một số nghiên cứu trước đây về bệnh XP của hai tác giả M. B. Rekaya (Tunisia) [6] và B.S. Verma (Ấn Độ) [7]. chúng tôi đã thấy được một số điểm tương đồng về tỷ lệ mắc bệnh thấp, và có đặc điểm di truyền phù hợp với di truyền lặn trên NST thường. Ngoài ra, một số nghiên cứu trên từ các nước khác nhau trên thế giới, bệnh XP liên quan nhiều tới hôn nhân cận huyết và bệnh chủ yếu gặp trong các gia đình mà bố mẹ bệnh nhân kết hôn cận huyết [6], [7]. Những đặc điểm xuất hiện của bệnh XP ghi nhận được qua các gia hệ 1 - 5 (hình 3.1 - 3.5) phù hợp với đặc điểm của bệnh lý di truyền lặn trên NST thường.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh gặp ở cả 2 giới, nam nhiều hơn nữ. Các bệnh nhân đều trong cùng một dòng họ. Bệnh xuất hiện không liên tục qua các thế hệ.

- Chưa phát hiện mối liên quan giữa bệnh nhân và hôn nhân cận huyết.

- Bệnh XP di truyền theo quy luật di truyền lặn trên NST thường.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu thực hiện thành công nhờ sự hỗ trợ của Ban Giám đốc Bệnh viện Da liễu Trung ương, Bộ môn Y sinh học - Di truyền, trường Đại học Y Hà Nội cùng với những đóng góp chuyên môn của PGS.TS. Trần Đức Phần và BS. Nguyễn Kim Quân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. J. Kleijer, V. Laugel, M. Berneburg et al (2008).** Incidence of DNA repair deficiency disorders in western Europe: Xeroderma pigmentosum, Cockayne syndrome and trichothiodystrophy. *DNA Repair (Amst)*, 7(5), 744-750.
2. **Y. Hirai, Y. Kodama, S. Moriwaki et al (2006).** Heterozygous individuals bearing a founder mutation in the XPA DNA repair gene comprise nearly 1% of the Japanese population. *Mutat Res*, 601(1-2), 171-178.
3. **K. H. Kraemer, M. M. Lee, A. D. Andrews et al (1994).** The role of sunlight and DNA repair in melanoma and nonmelanoma skin cancer. The

- xeroderma pigmentosum paradigm. *Arch Dermatol*, 130(8), 1018-1021.
4. **P. T. Bradford, A. M. Goldstein, D. Tamura et al (2011)**. Cancer and neurologic degeneration in xeroderma pigmentosum: long term follow-up characterises the role of DNA repair. *J Med Genet*, 48(3), 168-176.
 5. **M. Sethi, A. R. Lehmann, H. Fawcett et al (2013)**. Patients with xeroderma pigmentosum complementation groups C, E and V do not have abnormal sunburn reactions. *Br J Dermatol*, 169(6), 1279-1287.
 6. **M. B. Rekaya, O. Messaoud, H. Ouragini et al (2012)**. Severe phenotypes in two Tunisian families with novel XPA mutations: evidence for a correlation between mutation location and disease severity. *Arch Dermatol Res*, 304(2), 171-176.
 7. **B. S. Verma and M. N. Shah (1965)**. A pedigree of xeroderma pigmentosum from Gujarat. *Indian J Pediatr*, 32(214), 349-351.

ĐIỀU TRỊ CHỈNH HÌNH RĂNG MẶT GIAI ĐOẠN RĂNG HỖN HỢP BẰNG KHÍ CỤ CỐ ĐỊNH 2x4

Nguyễn Thế Dũng*

TÓM TẮT

Sử dụng khí cụ cố định 2x4 trong điều trị sớm (fixed 2 by 4 Appliances for early treatment) giai đoạn răng hỗn hợp nhằm thay đổi tương quan khớp cắn đã được một số tác giả trên thế giới nghiên cứu, tuy nhiên ở Việt Nam có rất ít nghiên cứu được công bố về tác dụng điều trị bằng loại khí cụ này. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu điều trị sớm cho 36 bệnh nhân giai đoạn răng hỗn hợp bằng khí cụ cố định 2x4, nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sớm các bệnh nhân giai đoạn răng hỗn hợp bằng khí cụ cố định 2x4. Kết quả nghiên cứu cho thấy khí cụ cố định 2x4 trong điều trị sớm giai đoạn răng hỗn hợp có tác dụng làm thay đổi tương quan khớp cắn theo chiều dọc và chiều ngang, nhóm răng cửa được sắp xếp ngay ngắn, tình trạng cắn chia và cắn sâu giảm hoàn toàn, tình trạng chen chúc của nhóm răng cửa hàm trên không còn. Các chỉ số trên phim Cephalometric trước và sau điều trị cho thấy có tương quan tốt theo chiều trước sau.

Từ khóa: Sai khớp cắn hạng II Angle, khí cụ cố định 2x4 trong điều trị sớm.

SUMMARY

STUDYING IN ORTHODONTAL TREATMENTS AT MIXED DENTITION STAGE USING 2x4 FIXED APPLIANCES

Using fixed appliances 2x4 in early treatment of malocclusion at mixed dentition stage will adjust the relative correlation of occlusion; which has been studied internationally. However, in Vietnam, there are few published studies about the effective function of this appliance in treatment. We have conducted the study about the effects of using this appliances in malocclusion early treatment for 36 mixed dentition stage patients. We aimed for evaluating the results of malocclusion early treatment using 2x4 fixed

appliances. The results have shown the 2x4 fixed appliances in early treatment would adjust the relative correlation of occlusion both vertically and horizontally, in which the front teeth aligned neatly, retroclined and a deep overbite conditions improved significantly and maxillary crowded anterior teeth condition was also corrected. The indexes on Cephalometric before and after treatment demonstrated well correlation in anterior-posterior plane.

Keywords: Angle class II malocclusion, 2x4 fixed appliances in early treatments

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn hạng II Angle, có thể do sự di chuyển của răng, do hàm dưới lùi phía sau hay hàm trên nhô ra trước hoặc do nguyên nhân ở cả hai hàm trên và dưới. Biểu hiện thường thấy là răng mọc lệch lạc đi kèm với sai tương quan của hai xương hàm theo chiều trước sau do sự thích ứng của các răng cửa đối với sự rối loạn chức năng của hệ thống cơ quanh miệng. Chiều rộng cung răng trên cũng bị ảnh hưởng bởi sự bù trừ của hệ thống thần kinh cơ. Do đó mục tiêu của điều trị chỉnh hình can thiệp sai khớp cắn hạng II Angle là sửa đổi sự sai biệt của hai xương hàm theo chiều trước sau bằng cách tác động lên sự tăng trưởng của hai xương hàm trong trường hợp sai khớp cắn hạng II Angle do xương hàm trên, xương hàm dưới hay cả hai. Điều trị phải phù hợp tình trạng khớp cắn, mô mềm và yêu cầu của bệnh nhân, không nên bắt bệnh nhân phải phù hợp với cách điều trị của mình. Để điều trị chỉnh hình can thiệp sai khớp cắn thời kỳ răng hỗn hợp có nhiều phương pháp khác nhau, chúng tôi đã chọn phương pháp điều trị chỉnh hình sớm bằng khí cụ cố định 2x4 cho 36 bệnh nhân nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị sớm các bệnh nhân giai đoạn răng hỗn hợp bằng khí cụ cố định 2x4.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Trường Cao đẳng Y tế Khánh Hòa
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Dũng
 Email: anmypy1954@gmail.com
 Ngày nhận bài: 5/1/2017
 Ngày phản biện khoa học: 4/2/2017
 Ngày duyệt bài: 20/2/2017

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sai khớp cắn hạng II Angle, thời kỳ răng hỗn hợp.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa: Từ 7,5 đến 9 tuổi, mọc đầy đủ các răng cửa và các răng cối đầu tiên (răng 6); sai khớp cắn với các đặc điểm sau: cắn sâu (overbite) $\geq 3\text{mm}$, cắn chìa (overjet) $\geq 5\text{mm}$ và các răng cửa có thể mọc chổng chéo nhau (crowding), đồng ý tham gia chỉnh hình răng mặt.

2.1.1. Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ em bị sai khớp cắn hạng I, III, cắn chéo (crossbites) trên 12 tuổi, không tự nguyện tham gia chỉnh hình răng mặt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, bệnh nhân được thu nhận điều trị từ tháng 2/2008 - 12/2016.

2.3. Thu thập thông tin: Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được ghi lại các thông tin vào mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Thời gian điều trị: Từ lúc bắt đầu gắn khí cụ cố định 2x4 đến khi các răng vĩnh viễn mọc đầy đủ.

2.4. Xử lý số liệu thống kê: Sử dụng phần mềm SPSS for Windows 19.0.

2.5. Đánh giá kết quả: Sự khác nhau về kết quả trước và sau điều trị được phân tích với t-test độc lập và kiểm định chi bình phương, P giá trị thấp hơn 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê. Phân tích Cephalometric: Sử dụng chương trình phần mềm FACAD[®] (Ilexis AB, Thụy Điển) để kiểm tra sự khác biệt trước và sau điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số bệnh nhân 36, nam 14, nữ 22, tuổi trung bình $8,2917 \pm 0,59010$. Thời gian điều trị trung bình: $3,6806 \text{ năm} \pm 0,57511$ tháng.

Bảng 3.1. Trị số trung bình (mm) của cắn chìa, cắn sâu trước và sau điều trị.

Tương quan cắn khớp	Trước điều trị		Sau điều trị		P
	Trị số trung bình	Độ lệch chuẩn	Trị số trung bình	Độ lệch chuẩn	
Cắn chìa (overjet)	4,7242	0,19150	2,0689	0,1036	< 0,001
Cắn sâu (overbite)	3,4167	0,7653	2,0089	0,0066	< 0,001

*Qua 36 đối tượng tham gia nghiên cứu, độ cắn chìa trung bình giảm từ 4,7242 mm còn 2,0689mm ($p < 0,001$) và độ cắn sâu từ 3,4167mm còn 2,0089mm ($p < 0,001$).

Bảng 3.2. Tình trạng nhóm răng cửa mọc chen chúc trước và sau điều trị.

Xương hàm trên	Trước điều trị	Sau điều trị	P
	Số bệnh nhân	Số bệnh nhân	
R. mọc bình thường	9	36	(p < 0,05)
R. mọc chen chúc	27	0	
Cộng	36	36	
Xương hàm dưới			
R. mọc bình thường	11	16	(p > 0,05)
R. mọc chen chúc	25	20	
Cộng	36	36	

*Tất cả 27 bệnh nhân có nhóm răng cửa hàm trên mọc chen chúc, sau điều trị đều trở lại vị trí bình thường với ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Giá trị trung bình của các số đo trên phim cephalometric trước và sau điều trị.

Cephalometric variables	Trước điều trị		Sau điều trị		P
	Trị số trung bình	Độ lệch chuẩn	Trị số trung bình	Độ lệch chuẩn	
SNA	84,8778	0,37880	83,7131	0,13253	< 0,001
SNB	79,6431	0,11411	80,0725	0,03008	< 0,001
ANB	4,3508	0,12489	2,1569	0,06112	< 0,001
I - Pal	110,28	0,32545	109,12	0,3988	< 0,001
I - MP	1,1592	0,3055	1,6186	0,1748	< 0,001
Inter incisal	126,63	0,40994	124,04	0,8634	< 0,001

*Sau điều trị, giá trị trung bình góc SNA giảm từ $84,8778^{\circ}$ còn $83,7131^{\circ}$ với $p < 0,001$, góc SNB tăng từ $79,6431^{\circ}$ lên $80,0725^{\circ}$ với $p < 0,001$, góc ANB giảm từ $4,3508^{\circ}$ còn $2,1569^{\circ}$ với $p < 0,001$, góc giữa trục răng cửa trên và trục răng cửa dưới giảm từ $126,63^{\circ}$ còn $124,04^{\circ}$ với $p < 0,001$, góc I-Pal giảm từ $110,28^{\circ}$ còn $109,12^{\circ}$ với $p < 0,001$, góc I - MP tăng từ $1,1592^{\circ}$ lên $1,6186^{\circ}$ với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điều trị sớm sai khớp cắn hạng II Angle: Điều trị sớm ở hàm răng hỗn hợp là một

vấn đề luôn được bàn cãi giữa nhiều tác giả, mặc dù các sai lệch khớp cắn có thể thấy rõ ở bộ răng hỗn hợp [2]. Các nghiên cứu đã cho thấy một số trẻ em điều trị sớm ở hàm răng hỗn hợp cho thấy khớp cắn sau điều trị ổn định hơn, nguy cơ chấn thương khớp cắn cũng được coi là một lý do để điều trị sớm, như độ cắn chìa lớn đã làm tăng nguy cơ chấn thương răng cửa ở trẻ em [5]. Mặc khác một số tác giả cho rằng điều trị sớm chỉ có kết quả trong khoảng 15-20% rối loạn khớp cắn, nhưng trong một nghiên cứu hồi cứu gần đây ở trẻ em Na Uy, cho thấy điều trị sớm đã được thực hiện để cải thiện tình trạng sai khớp cắn, và sau đó tiếp tục điều trị giai đoạn khi các răng vĩnh viễn đã mọc đầy đủ [4]. Các nghiên cứu về điều trị sớm đã tập trung chủ yếu điều trị hai giai đoạn đối với bệnh nhân sai khớp cắn hạng II Angle. Trên cơ sở lý luận khoa học và thực tiễn qua kết quả điều trị và kinh nghiệm của nhiều nhà lâm sàng làm công tác chỉnh hình răng mặt, chúng tôi đã tiến hành điều trị chỉnh hình sớm bằng khí cụ cố định 2x4 cho 36 bệnh nhân sai khớp cắn, kết quả làm thay đổi được tương quan khớp cắn theo chiều dọc và chiều ngang.

4.2. Khí cụ cố định 2x4 trong điều trị sớm sai khớp cắn hạng II Angle: Khí cụ cố định 2x4 trong điều trị sớm sai khớp cắn hạng II Angle giai đoạn răng hỗn hợp có tác dụng làm thay đổi tương quan khớp cắn theo chiều dọc và chiều ngang, nhóm răng cửa được sắp xếp ngay ngắn, có thể điều chỉnh chiều dài cung hàm và kiểm soát giới hạn vùng răng cối [7]. Trong quá trình thực hiện gắn khâu và mắc cài chúng ta cần lưu ý để tránh chân răng cửa bên di xa và tránh tiêu chân răng này do đối mặt với thân răng nanh vĩnh viễn đang mọc, cần đảo ngược mắc cài răng cửa bên phải và trái để thay đổi hướng thân răng phân kỳ và chân răng hội tụ.

Trong quá trình theo dõi điều trị cho bệnh nhân bị sai khớp cắn hạng II Angle thời kỳ răng hỗn hợp, cần phải nắm vững khoảng "E" vì nó có vai trò quan trọng trong việc tạo ra khớp cắn hạng I răng cối trong hầu hết các trường hợp. Theo chuẩn bình thường trên bệnh nhân, có sự khác biệt có ý nghĩa giữa kích thước răng sữa "E" và răng 5 bên dưới (răng tiền hàm thứ 2). Nếu răng sữa "E" hàm trên mất sớm hơn răng sữa "E" hàm dưới sẽ giảm chiều dài cung răng trên, răng mọc chen chúc ở hàm trên và tương quan khớp cắn hạng II. Còn nếu răng sữa "E" hàm dưới mất sớm hơn răng sữa "E" hàm trên sẽ giảm chiều dài cung răng dưới và răng mọc chen chúc ở hàm dưới. Chúng ta có thể tận dụng khoảng "E" này, nó có thể làm tăng thêm chiều

dài xương hàm dưới từ 3-4mm, nhiều trường hợp răng chen chúc có thể đòi hỏi phải nhổ răng, nếu chúng ta giữ lại khoảng này trước khi khoảng "E" bị mất và sự di gần răng 6 xảy ra, thì lúc này chúng ta không cần nhổ bất kỳ răng nào khi điều trị.

4.3. Điều trị sớm giai đoạn răng hỗn hợp làm giảm cắn chìa, cắn sâu và giảm sự chen chúc nhóm răng cửa hàm trên: Sử dụng khí cụ cố định 2x4 trong điều trị sớm giai đoạn răng hỗn hợp có tác dụng làm giảm độ cắn chìa và cắn sâu. Bergersen cũng nêu lên vấn đề, nếu các răng được điều chỉnh trước khi các sợi collagen trưởng thành có thể ngăn chặn sự tái phát. Như vậy điều trị sớm giai đoạn răng hỗn hợp bằng khí cụ cố định 2x4 có tác dụng điều chỉnh cắn chìa và cắn sâu tốt. Qua 36 bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi, độ cắn chìa trung bình giảm từ 4,7242mm còn 2,0689mm ($p < 0,001$) và độ cắn sâu giảm từ 3,4167mm còn 2,0089mm ($p < 0,001$). Tình trạng nhóm răng cửa hàm trên mọc chen chúc đều trở về vị trí bình thường ($p < 0,05$) (bảng 3.2). Tuy nhiên, những kết quả có được từ phương pháp điều trị sớm giai đoạn răng hỗn hợp sẽ làm tiền đề cho giai đoạn chỉnh hình tiếp theo như một quy luật. Bằng cách điều chỉnh các mối tương quan dọc cùng với sự liên kết đồng thời các răng, khí cụ cố định 2x4 có thể đại diện cho một phương pháp điều trị sớm toàn diện, và theo sau là thời gian lưu giữ lâu dài cho đến khi các răng vĩnh viễn mọc đầy đủ.

V. KẾT LUẬN

Khí cụ cố định 2x4 trong điều trị sớm giai đoạn răng hỗn hợp có tác dụng làm thay đổi tương quan khớp cắn theo chiều dọc và chiều ngang, nhóm răng cửa hàm trên được sắp xếp ngay ngắn, tình trạng chen chúc không còn, tình trạng cắn chìa và cắn sâu giảm hoàn toàn. Các chỉ số trên phim Cephalometric trước và sau điều trị cho thấy có tương quan tốt theo chiều trước sau.

Với kết quả này cho thấy, khí cụ cố định 2x4 có thể là một lựa chọn điều trị có hiệu quả trong việc cải thiện mối tương quan nhóm răng cửa đối với các trường hợp sai khớp cắn hạng II Angle giai đoạn răng hỗn hợp. Cần nhiều nghiên cứu thêm để đánh giá hiệu quả lâu dài của khí cụ cố định 2x4 trong điều trị sớm sai khớp cắn hạng II giai đoạn răng hỗn hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bergersen E.O. (1988) *Preventive and interceptive orthodontics in the mixed dentition with the myofunctional eruption guidance*

appliance: correction of overbite and overjet. The Journal of Pedodontics, 12, 292-324.

2. Keski-Nisula K., Lehto R., Lusa V., Keski-Nisula L., Varrelä J. (2003) Occurrence of malocclusion and need of orthodontic treatment in early mixed dentition. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, 124, 631- 638.
3. Kerosuo H., Väkiparta M., Nyström M., Heikinheimo K. (2008) The seven-year outcome of an early orthodontic treatment strategy. Journal of Dental Research, 87, 584-588.
4. Mc Namar J.A., Brudon W.I., (1993), Orthodontic diagnostic and treatment planning. Orthodontic and orthopedic treatment in the mixed dentition, second edition, Needham Press, pp 13-67.
5. Myrland R, Dubland M, Keski-Nisula K, Kerosuo H. (2015). One year treatment effects of the eruption guidance appliance in 7- to 8-year-old children: a randomized clinical trial. Eur J Orthod. Apr;37(2):128-34.
6. Steven M.H Lee, Course I, Diagnosis and Treatment Plan Cephalometric Analysis Straight Wire Appliances Mixed Dentition Diagnosis and Treatment, 2010.
7. William R. Proffit (2010), Contemporary Orthodontics, fourth edition, Mosby, Inc.

MỘT SỐ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ QUA HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN



1. BN PHẠM VĂN PHÁP 9 tuổi rưỡi. Sai khớp cắn hạng II Angle, răng mọc chen chúc 2 hàm. Kế hoạch điều trị: Sử dụng khí cụ cố định 2x4 và khí cụ cung dây thẳng.



2. BN LÊ ĐAN HÀ 7 tuổi. Sai khớp cắn hạng II Angle. Kế hoạch điều trị: Sử dụng khí cụ cố định 2x4 đến khi răng vĩnh viễn mọc đầy đủ, đánh giá lại, tiếp tục điều trị bằng khí cụ cố định dây cung thẳng.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH BỎ TRỊ Ở THỜI ĐIỂM 12 THÁNG VÀ TÌM HIỂU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VỀ BỆNH NHÂN BỎ TRỊ TẠI CÁC PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ DO DỰ ÁN QUỸ TOÀN CẦU HỖ TRỢ

Lê Thị Hương*, Nguyễn Hữu Hải**

TÓM TẮT

*Cục Phòng, chống HIV/AIDS
 **Quỹ toàn cầu PC HIV/AIDS
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hương
 Email: lehuongvaac@gmail.com
 Ngày nhận bài: 14/12/2016

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ bỏ điều trị ARV tại thời điểm 12 tháng và tìm hiểu một số đặc điểm về bệnh nhân bỏ trị ở người nhiễm HIV tại các phòng khám ngoại trú do Quỹ toàn cầu hỗ trợ. **Phương pháp:** Nghiên cứu định lượng mô tả cắt ngang, hồi cứu số

Ngày phản biện khoa học: 12/1/2017
 Ngày duyệt bài: 3/2/2017

liệu của 2.167 bệnh nhân nhiễm HIV bắt đầu điều trị ARV tại cơ sở nghiên cứu trong giai đoạn 1/1/2014 đến 31/12/2014. **Kết quả:** Tỷ lệ bỏ trị là 7.72%, tỷ lệ tử vong là 5.56% và tỷ lệ chuyển cơ sở điều trị là 3.12%. Có 0,91% bệnh nhân tại thời điểm 12 tháng hiện đang trễ hẹn/Không quay trở lại phòng khám. Một số đặc điểm về bệnh nhân có thể ảnh hưởng đến việc bỏ trị là thu nhập, khoảng cách đến cơ sở điều trị, phải đi làm ăn xa, người hỗ trợ điều trị và kỳ thị từ bản thân người nhiễm. **Kết luận:** Tỷ lệ bỏ trị là 7.72%, tỷ lệ tử vong là 5.56% vẫn là những con số đáng bàn trong chương trình điều trị ARV tại Việt Nam. Bên cạnh đó còn có một số đặc điểm của cá nhân người bệnh dẫn đến tự ý bỏ điều trị. Trong khi đó, để giải quyết được các vấn đề này không chỉ riêng ngành y tế mà cần phải có sự chung tay của bản thân người nhiễm và toàn xã hội.

Từ khóa: Bỏ điều trị, ARV, 12 tháng

SUMMARY

ASSESSMENT ARV TREATMENT MAINTENING AT 12 MONTHS IN LENGTH AND FINDING OUT AFFECTED FACTORS IN OUT PATIENT CLINIC SUPPORTED BY GLOBAL FUND

Objective: Accessing the maintaining and dropping out from ARV treatment at 12 month in length and describing related factors in outpatient clinic. **Methods:** This is a cross sectional quantitative research, retrospectively data from 2,167 HIV-infected patients starting antiretroviral therapy at research facilities in the period 01/01/2014 to 31/12/2014. **Results:** Dropout rate is 7.72%, the mortality rate was 5.56% and the rate of facility transferring is 3.12%. There are 0.91% of patients at 12 months is late/no return clinic. Some characteristics of the patient may affect the dropout as the followings: income, distance to the treatment facility, work away from home, people who support the treatment and self stigma. **Conclusion:** The rate 7.72% of dropout rate and the rate 5.56% of the mortality are worth discussing these numbers in the ARV treatment program in Vietnam. Despite the effort of HIV/AIDS control activities, some characteristics of the patient strongly impact the ability of dropping out. Solving these problems is a big question not for patient and health care individually but also for whole society.

Keywords: ARV, Treatment, dropping out

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong số các quốc gia có dịch HIV/AIDS phát triển mạnh nhất trong khu vực

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu và cơ sở điều trị

Bảng 1.1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học	Tần số	Tỷ lệ %
Tuổi		
<18	19	1,08
18-30	419	23,73
31-40	857	48,53
41-50	365	20,67
>50	106	6

châu Á–Thái Bình Dương. Tính đến ngày 6/2015, trên cả nước có số trường hợp nhiễm HIV hiện còn sống là 227.114 người, số bệnh nhân AIDS hiện tại là 71.115 người, số người nhiễm HIV đã tử vong là 74.442 trường hợp[1]. Bỏ điều trị có thể là kết quả của sự thiếu hụt trong tư vấn điều trị và hệ thống truy tìm bệnh nhân tại các cơ sở điều trị. Để thực hiện được mục tiêu 90% số người được điều trị ARV kiểm soát được tải lượng vi rút ở mức thấp để sống khỏe mạnh và làm giảm nguy cơ lây truyền HIV cho người khác mà Liên Hiệp Quốc đưa ra cho đến năm 2020 thì việc giảm thiểu tỷ lệ bỏ trị là thực sự cần thiết. Nắm rõ xu hướng và các yếu tố dự đoán tình trạng bỏ trị, cũng như duy trì điều trị đóng vai trò rất quan trọng trong việc tối ưu hóa kết quả điều trị ở bệnh nhân. Để tìm hiểu tình hình bỏ trị ở bệnh nhân bắt đầu điều trị ARV, nhằm đưa ra những khuyến nghị cải thiện chương trình trong thời gian tới chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá tình hình bỏ trị ở thời điểm 12 tháng và tìm hiểu một số đặc điểm về bệnh nhân bỏ trị tại các phòng khám ngoại trú do Quỹ toàn cầu hỗ trợ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 2.167 bệnh nhân nhiễm HIV bắt đầu điều trị ARV tại cơ sở nghiên cứu trong giai đoạn 1/1/2014 đến 31/12/2014.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu định lượng mô tả cắt ngang

Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Access hoặc Epi-info và xử lý bằng STATA. Phân tích thống kê mô tả được sử dụng để miêu tả các đặc điểm nhân khẩu học và tình trạng sức khỏe của đối tượng nghiên cứu. Kiểm định χ^2 , Student-t, và ANOVA được sử dụng để so sánh sự khác biệt của các tỷ lệ hoặc giá trị trung bình. Các yếu tố liên quan đến các đầu ra của nghiên cứu được xác định bằng mô hình hồi quy tuyến tính và hồi quy logistic hiệu chỉnh theo hệ số thiên hướng.

Giới tính		
Nam	1.200	66,15
Nữ	614	33,85
Nghề nghiệp		
Thất nghiệp	65	3,61
Lao động tự do	531	29,48
Nông dân	578	32,09
Công nhân	127	7,05
Cán bộ, công chức	30	1,67
Lái xe	39	2,17
Nội trợ/Học sinh/Sinh viên	142	7,88
Khác	145	8,05
Không có thông tin	144	8

Bảng 1.1. cho thấy: Bệnh nhân nam giới (66,15%) chiếm nhiều hơn so với nữ giới. Về độ tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 31 - 40 tuổi với 48.53%, tiếp đến là nhóm tuổi từ 18-30 với 23.73%, 41-50 tuổi (20.67%). Kết quả này tương đồng so với các nghiên cứu trên đối tượng HIV/AIDS độ tuổi trung bình của bệnh nhân HIV và điều trị ARV nằm trong khoảng từ 31 đến 36. Tỉ lệ thất nghiệp chỉ chiếm 3.61%. Hai nhóm nghề chiếm tỉ lệ cao nhất là "Nông dân" (32.09%) và "Lao động tự do" (29.48%).

2. Tình hình bỏ trị

Bảng 2.1. Tình trạng bỏ trị của bệnh nhân tại thời điểm 12 tháng

Tình trạng tại 12 tháng	Tần số	Tỉ lệ %
Tỉ lệ bỏ trị (mất dấu)	136	7,72
Tỉ lệ tử vong	98	5,56
Tỉ lệ chuyển cơ sở điều trị	55	3,12
Tỉ lệ trễ hẹn/Không quay lại phòng khám	16	0,91
Tỉ lệ duy trì điều trị	1.457	82,69

Bảng 2. cho thấy: Tỉ lệ bỏ trị là 7.72%, tỉ lệ tử vong là 5.56%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Duy Cường (9%) [3], nghiên cứu của tác giả Bùi Đức Nguyên [4] và một số nghiên cứu khác tại các nước có thu nhập trung bình và thu nhập thấp [5,6]. Trong khi đó, khá tương đồng với một số kết quả từ các nước phát triển (1-5%) [7]. Điều này có thể cho thấy hiệu quả tích cực của chương trình mở

rộng chăm sóc và điều trị HIV/AIDS tại Việt Nam trong những năm gần đây. Tuy nhiên, vẫn cần có những nghiên cứu tìm hiểu sâu thêm những yếu tố phổ quát ở từng điều kiện của các quốc gia khác nhau quyết định đến sự việc bỏ trị, duy trì điều trị của bệnh nhân, có thể kể đến như thuốc điều trị, phát hiện và điều trị sớm hay quy trình quản lý và theo dõi bệnh nhân.

3. Đặc điểm bệnh nhân bỏ trị

Bảng 3.1. Tình trạng bệnh nhân tại thời điểm phỏng vấn

Tình trạng tại thời điểm liên lạc	Tần số	Tỉ lệ %
Còn sống và đã tiếp tục điều trị ARV	11	10,78
Còn sống và không điều trị ARV	64	62,75
Tử vong	15	14,71
Không liên lạc/Không có thông tin	12	11,76

Bảng 3.1. cho thấy: Tỉ lệ bệnh nhân còn sống và đang tiếp tục điều trị ARV là 10.78%, tỉ lệ đã tử vong là 14.71%. Có tới 62.75% bệnh nhân còn sống nhưng hiện đang không điều trị ARV. Tỉ lệ không liên lạc được lại với bệnh nhân là 11.76%.

Bảng 3.2. Đặc điểm nhân khẩu học nhóm bệnh nhân bỏ trị

Đặc điểm nhân khẩu học	Tần số	Tỉ lệ %
Nghề nghiệp		
Thất nghiệp/Lao động tự do	41	53,95
Công nhân/Nông dân	19	25
Khác	16	21,05
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	18	23,68
Góa/Ly dị/Ly thân	19	25
Sống cùng vợ chồng/Bạn tình	34	44,74
Khác	5	6,58

Điều kiện kinh tế (bắt đầu điều trị)		
<1 triệu/tháng	20	25,97
1-3 triệu/tháng	32	41,56
>3 triệu/tháng	17	22,08
Không có thu nhập/Không trả lời	8	10,39
Điều kiện kinh tế (khi bỏ trị)		
<1 triệu/tháng	14	18,42
1-3 triệu/tháng	17	22,37
>3 triệu/tháng	22	28,95
Không có thu nhập/Không trả lời	23	30,26

Bảng 3.2. cho thấy: Tỷ lệ thất nghiệp trong nhóm này chiếm tới 53.95%. Có 44.74% bệnh nhân hiện đang chung sống với vợ/chồng hoặc bạn tình. Về điều kiện kinh tế hiện tại, tỷ lệ bệnh nhân có thu nhập >3 triệu/1 tháng chỉ chiếm 28.95%, bên cạnh đó, còn tới 18.42% bệnh nhân có thu nhập <1 triệu/1 tháng.

Bảng 3.3. Đặc điểm về thời gian và khoảng cách từ nhà đến cơ sở điều trị

Đặc điểm về thời gian và khoảng cách tới OPC	Tần số	Tỷ lệ %
Khoảng cách từ nhà đến cơ sở điều trị		
<=5 km	23	29,87
>5 - <=15 km	11	14,29
>15 - <=30 km	16	20,78
>30 km	27	35,06
Thời gian đi từ nhà đến cơ sở điều trị		
<=15 phút	22	28,57
>15 - <=30 phút	18	23,38
>30 - <=60 phút	16	20,78
>60 phút	21	27,27
Phương tiện đi lại		
Đi bộ/Xe đạp	6	8
Xe ôm/Người thân chở	11	14,67
Tự đi xe máy	45	60
Phương tiện công cộng khác	13	17,33
Tỷ lệ có người thân đi cùng khi đến OPC	16	21,05

Bảng 3.3 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân có khoảng cách từ nhà đến OPC <=5km là 29.87%; từ 5 đến <=15km là 14.29% và từ 15 đến <=30km là 20.78%. Có tới 35.06% bệnh nhân có khoảng cách trên 30km. Về thời gian đi từ nhà đến OPC, có 27.27% bệnh nhân mất hơn 60 phút để đến được OPC. Phương tiện đi lại chiếm tỷ lệ cao nhất là tự đi xe máy với 60%. Tỷ lệ bệnh nhân có người thân đi cùng khi đến OPC chỉ đạt 21.05%.

Bảng 3.4. Đặc điểm về đường lây truyền và sử dụng ma túy, rượu bia

Đặc điểm về đường lây truyền và hành vi có hại	Tần số	Tỷ lệ %
Đường lây truyền HIV/AIDS		
Tiêm chích ma túy	35	46,67
Quan hệ tình dục	39	52
Khác	1	1,33
Sử dụng ma túy tại thời điểm bỏ trị		
Điều trị thay thế MMT/Suboxone	5	6,58
Sử dụng rượu/bia	22	30,56

Bảng 3.4 cho thấy: Đường lây truyền chiếm tỷ lệ cao nhất là Quan hệ tình dục với 52%, tỷ lệ bệnh nhân lây qua đường tiêm chích ma túy là 46.67%. Có tới 24.68% bệnh nhân vẫn sử dụng ma túy tại thời điểm bỏ trị, bên cạnh đó, tỷ lệ sử dụng rượu/bia thường xuyên là 30.56%. Có 6.58% bệnh nhân được điều trị thay thế bằng Methadone hoặc Suboxone.

Bảng 3.5. Đặc điểm về hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình điều trị

Đặc điểm về hỗ trợ điều trị	Tần số	Tỷ lệ %
Chia sẻ tình trạng HIV		
Vợ/Chồng	42	41,18
Bố/Mẹ	46	45,1

Anh chị	28	27,45
Bạn bè	6	5,88
Con	12	11,76
Người hỗ trợ điều trị		
Vợ/Chồng	36	35,29
Bố/Me	37	36,27
Anh chị	13	12,75
Bạn bè	1	0,98
Con	7	6,86
Người nhắc nhở uống thuốc		
Vợ/Chồng	30	29,41
Bố/Me	31	30,39
Anh chị	8	7,84
Nhân viên y tế	13	12,75
Động viên quay lại điều trị ARV		
Vợ/Chồng	28	27,45
Bố/Me	14	13,73
Anh chị	14	13,73
Bạn bè	5	4,9
Nhân viên y tế	27	26,47

Bảng 3.5. cho thấy: Người hỗ trợ chiếm tỉ lệ cao nhất là Bố/Me với 36.27%, tiếp đến là Vợ/Chồng với 35.29%. Người nhắc nhở uống thuốc chủ yếu cũng là 2 nhóm đối tượng này với Vợ/Chồng là 29.41% và Bố/Me là 30.39%. Tỉ lệ động viên quay lại điều trị ARV cao nhất ở nhóm Vợ/Chồng với 27.45%. Chỉ có 12.75% và 26.47% nhân viên y tế có thực hiện nhắc nhở bệnh nhân uống thuốc và động viên bệnh nhân quay trở lại điều trị ARV.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ cao bệnh nhân đã tử vong hoặc chưa quay trở lại điều trị ARV sau khi bỏ trị. Trong đó, phần lớn bệnh nhân thất nghiệp hoặc nghề nghiệp không ổn định mà có mức thu nhập thấp. Đây là thực trạng đáng lo ngại bởi điều trị toàn diện cho bệnh nhân HIV không chỉ là vấn đề sức khỏe, mục tiêu của chương trình điều trị còn là giúp bệnh nhân hòa nhập xã hội và trở lại trạng thái tâm lý - xã hội ổn định. Bên cạnh đó, không có việc làm càng dẫn đến tình trạng bệnh nhân không có thu nhập, điều kiện kinh tế kém đồng thời gia tăng sự kỳ thị và phân biệt đối xử ở gia đình, cộng đồng cũng như từ chính người bệnh. Hiện tại, điều trị ARV đang được cung cấp miễn phí, tuy nhiên, trong thời gian tới với việc cắt giảm các nguồn tài trợ quốc tế, bệnh nhân sẽ phải đối mặt với các gánh nặng về chi phí điều trị.

Các nghiên cứu đã chỉ ra tình trạng nghiện chích ma túy và cả sử dụng rượu/bia có liên quan chặt chẽ đến việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân sử dụng ma túy tại thời điểm bỏ trị là 24.68% và tỉ lệ thường xuyên sử dụng rượu/bia là 30.56%.

Điều này gợi ý chúng ta cần tăng cường tư vấn và có can thiệp nhằm giảm thiểu tình trạng đồng sử dụng ma túy cũng như rượu/bia ở các bệnh nhân điều trị ARV. Việc lồng ghép các dịch vụ là cần thiết nhằm giảm thiểu chi phí và đem lại đáp ứng tốt về điều trị cho bệnh nhân.

Một số nguyên nhân bỏ trị khác được ghi nhận do bệnh nhân ngại gặp những người khác (14.71%) hoặc người khác kỳ thị xa lánh khi đến lĩnh thuốc (12.75%). Nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra kỳ thị, lo sợ về tình trạng bệnh tật, phân biệt đối xử từ gia đình và cộng đồng có sự liên quan đến tiếp cận điều trị muộn, tuân thủ và đáp ứng điều trị kém và chất lượng cuộc sống thấp ở người nhiễm HIV/AIDS. Do bị kỳ thị và phân biệt đối xử tại nơi làm việc, những người nhiễm HIV bị rơi vào tình trạng thất nghiệp hoặc buộc phải thay đổi công việc thường xuyên, phải thay đổi nơi ở hoặc không thuê được nhà ở, gây ảnh hưởng đến tình trạng kinh tế của họ và gia đình. Những điều này, gián tiếp ảnh hưởng đến việc tiếp cận cũng như duy trì điều trị ở các bệnh nhân HIV/AIDS. Kết quả nghiên cứu gợi ý rằng, cần có can thiệp cụ thể và thực hiện trên diện rộng nhằm giảm thiểu sự kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS, từ đó nâng cao hiệu quả và cải thiện cuộc sống của người nhiễm HIV.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ duy trì điều trị là đạt 82.69 % là một con số không nhỏ cho thấy hiệu quả tích cực của chương trình phòng, chống HIV/AIDS tại Việt Nam. Tuy nhiên, để tiến tới mục tiêu 90% số người được điều trị ARV kiểm soát được tải

lượng vi rút ở mức thấp để sống khỏe mạnh và làm giảm nguy cơ lây truyền HIV cho người khác mà Liên Hiệp Quốc đưa ra cho đến năm 2020 thì cần tham khảo nghiên cứu này và tiến hành thêm các nghiên cứu liên quan để đề ra các hoạt động phù hợp. Tiến tới đạt mục tiêu 90/90/90 vào năm 2020.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **VAAC**, Báo cáo Công tác phòng, chống HIV / AIDS 6 tháng đầu năm 2015 và nhiệm vụ trọng tâm 6 tháng cuối năm 2015. 2015.
2. **Onoka, C.A., et al.**, Retention and loss to follow-up in antiretroviral treatment programmes in southeast Nigeria. *Pathog Glob Health*, 2012. 106(1): p. 46-54.
3. **Cuong do, D., et al.**, Survival and causes of death among HIV-infected patients starting

antiretroviral therapy in north-eastern Vietnam. *Scand J Infect Dis*, 2012. 44(3): p. 201-8.

4. **Nguyen, D.B., et al.**, Outcomes of antiretroviral therapy in Vietnam: results from a national evaluation. *PLoS One*, 2013. 8(2): p. e55750.
5. **Coetzee, D., et al.**, Outcomes after two years of providing antiretroviral treatment in Khayelitsha, South Africa. *Aids*, 2004. 18(6): p. 887-95.
6. **Dalal, R.P., et al.**, Characteristics and outcomes of adult patients lost to follow-up at an antiretroviral treatment clinic in Johannesburg, South Africa. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 2008. 47(1): p. 101-7.
7. **Leone, S., et al.**, Causes of death and risk factors among HIV-infected persons in the HAART era: analysis of a large urban cohort. *Infection*, 2011. 39(1): p. 13-20.

KỸ THUẬT CẢI TIẾN TRONG CẤY GHÉP IMPLANT XƯƠNG GÒ MÁ

Võ Văn Nhân*, Nguyễn Tài Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cấy ghép implant xương gò má bằng kỹ thuật cải tiến trong điều trị phục hồi răng và chức năng nhai cho bệnh nhân tiêu xương hàm trên trầm trọng. **Đối tượng và phương pháp:** 12 bệnh nhân có hàm trên tiêu xương trầm trọng (4 nữ, 8 nam với độ tuổi trung bình 54,6 tuổi) là những bệnh nhân Việt Nam đầu tiên được điều trị với phương pháp implant xương gò má cải tiến. **Kết quả:** Tất cả 36 implant xương gò má và 22 implant thông thường đều có sự tích hợp xương tốt. Tỷ lệ tồn tại của implant là 100%. Răng trên implant đạt chức năng nhai và thẩm mỹ tốt. Không có viêm xoang, nhiễm trùng, viêm mô mềm quanh implant được ghi nhận. **Kết luận:** Implant xương gò má cải tiến là một phương pháp khả thi khắc phục được những nhược điểm của implant truyền thống trong điều trị phục hồi xương hàm trên tiêu trầm trọng.

Từ khóa: Cấy ghép implant, xương gò má.

SUMMARY

THE MODIFIED ZYGOMATIC IMPLANT TECHNIQUE FOR PATIENTS WITH ATROPHIC EDENTULOUS MAXILLA

Objectives: To evaluate the outcome of the modified zygomatic implant technique in rehabilitation for patients with atrophic edentulous maxilla, especially in the posterior region. **Patients and Methods:** 12 patients (4 female and 8 male with a

mean age of 54,6 years) with severely atrophic edentulous maxilla were first Vietnamese patients received zygomatic implant placement with modified technique. **Results:** All of 36 zygomatic implants and 22 standard implants showed good osseointegration. The survival rates were 100%. Good chewing function and aesthetics were obtained. No infections or inflammations of soft tissue around implants were recorded. **Conclusions:** Zygomatic implant is a predictable procedure that overcomes disadvantages of traditional implant protocol in rehabilitation of severely atrophic edentulous maxilla.

Key words: Implant technique, zygoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật cấy ghép implant xương gò má ban đầu được chỉ định cho bệnh nhân bị cắt bỏ xương hàm do ung thư, chấn thương hay các dị tật không răng bẩm sinh như loạn sản ngoại bì [1]. Sau đó, phương pháp này được mở rộng và trở thành chỉ định thường qui có tiên lượng tốt cho những bệnh nhân mất răng tiêu xương hàm trên trầm trọng, đặc biệt là vùng răng trong nơi mà implant tiêu chuẩn không thể đạt được sự ổn định trong vùng xương này. Do vậy, nghiên cứu này xin giới thiệu một kỹ thuật cải tiến trong cấy ghép implant xương gò má khắc phục những nhược điểm của phương pháp cấy ghép implant xương gò má cổ điển, đồng thời đánh giá tính khả thi của kỹ thuật cải tiến này trong điều trị bệnh nhân có xương hàm trên tiêu trầm trọng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 12 bệnh nhân (gồm 4 nữ và 8 nam) có độ tuổi trung bình 54,6 tuổi (từ 50 đến 60 tuổi) không có dấu hiệu viêm xoang hàm trên. Tất

*Bệnh viện Nhân Tâm TP. HCM

** Bệnh viện TƯQĐ108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tài Sơn

Email: drnguyentaison@gmail.com

Ngày nhận bài: 01/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 29/1/2017

Ngày duyệt bài: 20/2/2017

cả bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp phim CT khảo sát mật độ xương và bệnh lý xoang.

Tiêu chuẩn chọn lựa: những bệnh nhân có chiều cao xương còn lại dưới 4mm vùng răng trong và chất lượng xương kém.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có tiền sử viêm xoang hoặc bệnh lý toàn thân không phù hợp với phẫu thuật gây mê.

2.2. Phương pháp: Sử dụng phần mềm Nobel Clinician khảo sát và lên kế hoạch phẫu thuật cấy ghép implant xương gò má có hoặc không kết hợp với implant tiêu chuẩn. Thủ thuật được tiến hành trong điều kiện bệnh nhân được gây mê nội khí quản và gây tê tại chỗ bằng Carbocaine 2% chứa 1:100.000 Adrenaline

Quy trình phẫu thuật: Thực hiện một đường rạch trên đỉnh sống hàm từ lỗ củ hàm trên đến lỗ củ ở bên đối diện. Ở cuối đường rạch này, 1 đường rạch dọc thêm 1cm được thực hiện ở 2 bên. Bóc tách vạt bộc lộ bờ dưới ổ mắt và một phần thân xương gò má. Mở cửa sổ xoang theo chiều dọc với kích thước 5 x 10mm dọc theo hướng của implant xương gò má dự định cấy. Màng xoang được bóc tách từ thành dưới của xoang để chắc rằng implant không băng qua nó. Màng xoang được nâng lên và cửa sổ xoang này được đẩy vào thành giữa. Mào xương ổ và một phần khẩu cái cần được bóc lộ để xác định chính xác vị trí khoan implant. Trong khi khoan cần banh để tránh mũi khoan làm tổn thương mô mềm. Mục tiêu của kỹ thuật cải tiến này là đặt đầu implant trên đỉnh sống hàm sau khi cấy. Để thực hiện được điều này, phải xác định vị trí khoan cách thành ngoài của sống hàm từ 2-4mm. Sử dụng mũi khoan tròn đường kính 2mm khoan vào vị trí đã xác định theo hướng từ trên đỉnh sống hàm, băng qua xoang hàm đã bóc tách màng xoang, đâm thủng xương vỏ ở trần xoang và xương vỏ mặt ngoài của xương gò má. Quá trình khoan được lặp lại với mũi khoan

đường kính 2,9mm và 3,5mm để mở rộng phần phía dưới. Dùng dụng cụ đo độ dài để xác định kích thước implant. Cấy implant trong vị trí xương đã sửa soạn, đặt với tốc độ chậm. Dụng cụ vặn tay được sử dụng để vặn implant vào vị trí mong muốn. Sau khi implant được cấy đúng vị trí, trụ phục hình được kết nối với đầu implant để tạo điều kiện thuận lợi để làm phục hình tạm. Lấy xương khối từ vùng hậu hàm, ghép cố định phía ngoài để gia cố thành ngoài xoang (che phủ cổ implant phía ngoài). Ghép xương trong xoang hàm xung quanh vùng cổ implant và dọc theo chiều dài thân implant với hỗn hợp màng PRF. Sử dụng màng collagen che phủ phần xương ghép. Khâu đóng vạt.

Chăm sóc hậu phẫu: Bệnh nhân được nằm viện 1 ngày sau phẫu thuật, uống thuốc kháng sinh trong 7 ngày (Augmentin 2g/ ngày, Flagyl 1,5g/ ngày), thuốc giảm đau trong 5 ngày và vệ sinh răng miệng với chlorhexidine 0,2% trong 2 tuần.

III. KẾT QUẢ

Tổng cộng 36 implant xương gò má và 22 implant tiêu chuẩn được sử dụng, trong đó, 7 bệnh nhân cấy ghép 4 implant xương gò má, 3 bệnh nhân cấy 2 implant xương gò má kết hợp với 3 đến 4 implant tiêu chuẩn vùng răng trước và 2 bệnh nhân cấy 1 implant xương gò má kết hợp với 5 đến 6 implant tiêu chuẩn. Các implant đều ổn định lâm sàng trong thời gian theo dõi trung bình 17,1 tháng. Phim CT Cone Beam cho thấy tất cả implant đều có sự hình thành xương mới, xương bao phủ đầu implant cả bên ngoài và bên trong, dọc theo chiều dài implant, đặc biệt là đầu implant. Không có bệnh nhân nào bị viêm xoang, viêm mô mềm hay biến chứng nào khác.

Chúng tôi xin giới thiệu một ca lâm sàng áp dụng kỹ thuật cải tiến cấy ghép implant xương gò má cho một bệnh nhân bị tiêu xương hàm trên trầm trọng.



Hình 1: Tình trạng ban đầu của sống hàm



Hình 2: Implant xương gò má cấy ghép với kỹ thuật cải tiến



Hình 3: Vị trí đầu implant trên sóng hàm và phục hình sau cùng



Hình 4: Hình ảnh X-quang trên phim Panorex và phim CT Cone Beam

V. KẾT LUẬN

Cấy ghép implant xương gò má bằng kỹ thuật cải tiến đem lại kết quả khả thi, đáng tin cậy, khắc phục được các bất lợi của tiến trình phẫu thuật ghép xương cấy ghép implant truyền thống. Kỹ thuật này đóng góp một phương pháp mới góp phần hoàn thiện kỹ thuật implant xương gò má của thế giới trong điều trị bệnh nhân tiêu xương hàm trên trầm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Becktor JP, Isaksson S, Abrahamsson P, Sennerby L (2005)**. Evaluation of 31 zygomatic implants and 74 regular dental implants used in 16 patients for prosthetic reconstruction of the atrophic maxilla with cross-arch fixed bridges. Clin Implant Dent Relat Res;7:159-165. B27.
2. **Bedrossian E, Stumpel L III, Beckely M, Indresano T**. The zygomatic implant: preliminary data on treatment of severely resorbed maxillae. A

clinical report. Int J Oral Maxillofac Implants 2002;17:861-865.

3. **Chow J, Wat P, Hui E**, A new method to eliminate the risk of maxillary sinusitis with zygomatic implants, Int J Oral Maxillofac Implants 2010;25(6):1233-40.
4. **Freedman M, Ring M, Stassen LF**. Effect of alveolar bone support on zygomatic implants: a finite element analysis study. Int J Oral Maxillofac Surg 2013; 42:671-676.
5. **Hirsch JM, Ohnell LO, Henry PJ, Andreasson L, Brånemark PI, Chiapasco M**, et al. A clinical evaluation of the zygoma fixture: one year of follow-up at 16 clinics. J Oral Maxillofac Surg 2004;62:22-29.
6. **Kahnberg KE, Henry PJ, Hirsch JM, Ohnell LO, Andreasson L, Brånemark PI**, et al. Clinical evaluation of the zygoma implant: 3-year follow-up at 16 clinics. J Oral Maxillofac Surg 2007;65:2033-2038.
7. **Marx RE, Carlson ER, Eichstaedt RM, Schimmele SR, Strauss JE**. Platelet-rich plasma: Growth factor enhancement for bone grafts. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1998;85:638-46.

HIỆU QUẢ CAN THIỆP NHẪM CẢI THIỆN MỘT SỐ CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN THUẬN CHÂU, TỈNH SƠN LA

Lê Thị Hương*

TÓM TẮT

*Cục Phòng, chống HIV/AIDS, Bộ Y tế

Mục đích: Nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả một số giải pháp can thiệp nhằm cải thiện một số chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La từ tháng 12/2014 đến tháng 12/2015. **Phương pháp:** Đánh giá trước – sau can thiệp không có nhóm chứng. Số liệu được thu thập tại 02 thời điểm: tháng 12/2014 và tháng 12/2015 với 114 bệnh án ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS. **Kết quả:** Sau 01 năm thực hiện các can thiệp nhằm cải thiện chất lượng, kết quả đo lường một số chỉ số cải thiện đáng kể: Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS mới đăng ký điều trị được dự phòng INH tăng từ 79% lên 83.2% với chỉ số hiệu quả (CSHQ) là 5%. Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị ARV được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày tăng không nhiều, từ 96% lên 97% và CSHQ là 1%. Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS đủ tiêu chuẩn được kê đơn dự phòng Cotrimoxazole tại lần khám cuối tăng từ 34% lên 61,9% với CSHQ là 82%. Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được sàng lọc lao tại lần khám cuối tăng từ 96% lên 100% với CSHQ là 4%. Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS được xét nghiệm CD4 thường quy (6 tháng/lần) tăng từ 34% lên 57,9% với CSHQ là 70%. **Kết luận:** Các giải pháp can thiệp đã tác động tích cực đến chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS tại bệnh viện. Các chỉ số đo lường chất lượng điều trị HIV/AIDS có tác động lẫn nhau. Khi một chỉ số cải thiện tốt sẽ tác động đến sự biến đổi tốt hơn của một số chỉ số khác.

Từ khóa: ARV, cải thiện chất lượng điều trị HIV/AIDS.

SUMMARY

EFFECTIVE INTERVENTION INDICATOR TO IMPROVE QUALITY PERFORMANCE FOR HIV/AIDS TREATMENT IN HOSPITAL THUAN CHAU, SON LA PROVINCE

Objective: The study aimed to evaluate the effectiveness of a number of interventions to improve some quality indicators for HIV/AIDS at the General Hospital in Thuan Chau district, Son La province from May 12/2014 to 12/2015. **Methods:** Review before - after intervention without control groups. Data were collected at 02 time: May 12/2014 and 12/2015 with outpatient 114 of patients with HIV/AIDS. **Results:** After 01 years of implementing interventions to improve the quality and outcome measurement indicators significantly improved: The proportion of patients with HIV/AIDS registered INH prophylaxis treatment increased from 79% to 83.2% with performance indicators (CSHQ) is 5%. The percentage of eligible patients were started on ARV ARV treatment within 15 days did not increase much, from 96% to 97% and 1% CSHQ. Patient ratio of HIV/AIDS eligible for cotrimoxazole prophylaxis prescription at last visit increased from 34% to 61.9% with 82% CSHQ. The

proportion of patients with HIV/AIDS were screened for TB at last visit increased from 96% to 100% with 4% CSHQ. The proportion of patients with HIV/AIDS were treatment CD4 routinely (once per 6 months) increased from 34% to 57.9% with 70% CSHQ. **Conclusions:** The intervention had a positive impact on the quality of treatment services for HIV/AIDS at the hospital. The index measuring the quality of treatment for HIV/AIDS has affected each other. When an improved index will impact better variation of a number of other indicators.

Keywords: ARV, improve the quality of treatment for HIV / AIDS.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đến tháng 12/2015, số bệnh nhân HIV/AIDS đang được quản lý và điều trị ARV tại phòng khám ngoại trú huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La là 346. Tháng 6/2013, bệnh viện bắt đầu được Cục Phòng, chống HIV/AIDS giới thiệu, tập huấn và hướng dẫn thực hiện cải thiện chất lượng dịch vụ điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (còn gọi là HIVQUAL). Trước khi triển khai hoạt động HIVQUAL, chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS tại Bệnh viện đa khoa huyện Thuận Châu được đánh giá một cách cảm quan và chưa có bằng chứng cụ thể. Nhằm tìm hiểu chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS thông qua một số chỉ số đo lường chất lượng và có bằng chứng cụ thể cho việc lập kế hoạch của phòng khám ngoại trú HIV/AIDS, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Hiệu quả can thiệp nhằm cải thiện một số chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS tại bệnh viện đa khoa huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh án ngoại trú của bệnh nhân HIV/AIDS được lưu tại bệnh viện tại thời điểm nghiên cứu. Loại trừ những bệnh án của bệnh nhân HIV/AIDS đã bỏ trị hoặc tử vong trước tháng 6/2014.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám ngoại trú HIV/AIDS, Bệnh viện Đa khoa huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La từ tháng 12/2014 đến tháng 12/2015. Nghiên cứu sử dụng phương pháp can thiệp so sánh trước sau không đối chứng. Số liệu sẽ được thu thập tại 02 thời điểm là tháng 12/2014 và tháng 12/2015. Cỡ mẫu của nghiên cứu được tính theo bảng tính cỡ mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới áp dụng cho cải thiện chất lượng dựa trên số lượng bệnh nhân đang quản lý tại phòng khám ngoại trú. Do đó, với tổng số 346 bệnh nhân HIV/AIDS đang quản lý, tại thời điểm tháng 12/2014 cỡ mẫu thu được là $n_1=131$ và tại tháng 12/2015 là $n_2=114$.

Để đo lường các chỉ số đánh giá chất lượng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hương

Email: lehuongvaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 12/1/2017

Ngày duyệt bài: 3/2/2017

điều trị HIV/AIDS, nghiên cứu sử dụng phiếu thu thập thông tin do Cục Phòng, chống HIV/AIDS thiết kế sẵn, nhập liệu và chiết xuất số liệu từ phần mềm HIVQUAL do Cục Phòng, chống HIV/AIDS xây dựng.

Trong nghiên cứu này, chỉ số hiệu quả được tính bằng công thức:

$CSHQ = (\% \text{ sau can thiệp} - \% \text{ trước can thiệp}) / \% \text{ trước can thiệp}$.

Nếu giá trị CSHQ < 0: can thiệp không hoặc kém hiệu quả. Nếu giá trị CSHQ > 0: can thiệp hiệu quả. Giá trị này càng lớn thì hiệu quả can thiệp càng cao. Các can thiệp nhằm cải thiện các chỉ số đo lường chất lượng trong nghiên cứu này tập trung cải thiện cho chỉ số là Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS đủ tiêu chuẩn điều trị ARV được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày và tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS đủ tiêu chuẩn điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole trong lần khám gần nhất.

2. Hiệu quả cải thiện các chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS

Bảng 2. Kết quả một số chỉ số đánh giá chất lượng điều trị và hiệu quả sau 1 năm can thiệp

STT	Chỉ số	12/2014	12/2015	% tăng sau 1 năm can thiệp	CSHQ
1	Tỷ lệ bệnh nhân mới đăng ký điều trị được điều trị dự phòng Lao bằng INH	79.00%	82.61%	4%	5%
2	Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày	96.00%	96.97%	1%	1%
3	Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole tại lần khám gần nhất	34.00%	61.90%	28%	82%
4	Tỷ lệ bệnh nhân được sàng lọc lao tại lần khám gần nhất	96.00%	100.00%	4%	4%
5	Tỷ lệ bệnh nhân được làm xét nghiệm CD4 thường quy (6 tháng/lần)	34.00%	57.89%	24%	70%

Trước khi tiến hành can thiệp (tháng 12/2014), các chỉ số đo lường ở mức cao trên 90%. Có 02 chỉ số ở mức thấp và đều đạt 34% là Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị được điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole tại lần khám gần nhất và tỷ lệ bệnh nhân được làm xét nghiệm CD4 thường quy (6 tháng/lần). Vì vậy, trong nghiên cứu này, các can thiệp tập trung cải thiện vào chỉ số Tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị được bắt đầu điều trị ARV trong vòng 15 ngày (chỉ số bắt buộc thực hiện) và tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn điều trị được điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole tại lần khám gần nhất (chỉ số cải thiện dựa trên thực trạng của phòng khám).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	12/2014	12/2015
Nam	68 (52%)	63 (55%)
Nữ	63 (48%)	51 (45%)
Tổng	131	114

Bảng 1 cho thấy phân bố giới tính giữa nam và nữ trong nghiên cứu này là đồng đều. Tỷ lệ nam nhiều hơn nữ ở cả 2 thời điểm đánh giá. Hạn chế của nghiên cứu: chưa thu thập được đầy đủ các thông tin về đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân như: Tình trạng hôn nhân, tuổi, nghề nghiệp và thông tin về tình trạng thẻ BHYT, thời gian bệnh nhân điều trị ARV...

Bảng 2 cho thấy hiệu quả can thiệp cao nhất được thể hiện ở chỉ số tăng tỷ lệ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được điều trị dự phòng bằng Cotrimoxazole với CSHQ đạt 82%. Mặc dù các can thiệp tập trung vào chỉ số này nhưng các can thiệp lại tác động tích cực đến sự thay đổi tốt hơn của chỉ số Tỷ lệ bệnh nhân được làm xét nghiệm CD4 thường quy với CSHQ đạt 70%. Ba chỉ số còn lại có CSHQ thấp hơn lần lượt là 5%, 1% và 4%. Các chỉ số hiệu quả này thấp hơn bởi tỷ lệ đánh giá trước can thiệp của các chỉ số này khá cao (02 chỉ số đạt trên 90% và 01 chỉ số đạt 79%).

IV. KẾT LUẬN

Các giải pháp can thiệp đã tác động tích cực đến chất lượng dịch vụ điều trị HIV/AIDS tại

bệnh viện. Các chỉ số đo lường chất lượng điều trị HIV/AIDS có tác động lẫn nhau. Khi một chỉ số cải thiện tốt sẽ tác động đến sự biến đổi tốt hơn của một số chỉ số khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2014), *Hướng dẫn thực hiện cải thiện chất lượng điều trị HIV/AIDS đối với hoạt động khám ngoại trú* (ban hành kèm Quyết định số 471/QĐ-BYT ngày 11/2/2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế), Hà Nội.
2. **Bộ Y tế** (2009), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS* (ban hành kèm Quyết định số 3003/QĐ-BYT ngày 19/8/2009 của Bộ trưởng Bộ Y tế), Hà Nội.
3. **Bộ Y tế** (2014), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2014*, Hà Nội.
4. **Bộ Y tế** (2015), *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2015*, Hà Nội.
5. **Sở Y tế Sơn La (2015)**, *Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Sơn La năm 2015*, Sơn La.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI LỆ MẠN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIẾP KHẨU TÚI LỆ-MŨI QUA ĐƯỜNG RẠCH DA CÓ ĐẶT ỐNG SILICON

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng về bệnh viêm túi lệ mạn và đánh giá kết quả phẫu thuật nối thông túi lệ - mũi qua đường rạch ngoài có đặt ống silicon. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu không đối chứng được tiến hành trên 89 mắt của 87 bệnh nhân tại khoa Chấn thương - Chính hình Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 6/2010 đến tháng 6 năm 2012. Dùng phương pháp phẫu thuật nối thông lệ - mũi qua đường rạch da có đặt silicon lệ-mũi. **Kết quả:** Tuổi nhỏ nhất là 16, lớn nhất 58, trung bình là 45. Nữ chiếm đa số với 87,36%. Tỷ lệ bệnh nhân đến sau khi bị bệnh từ 1 đến 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 56,32%. Sau 1 tháng phẫu thuật, tỷ lệ thành công chung sau phẫu thuật chiếm 100%, tỷ lệ này giảm ở tháng thứ 3 còn 98,88% và ở tháng thứ 6 là 96,63%. Biến chứng ít: bầm mí mắt chiếm 14,61%, chảy máu miệng nổi chiếm 5,62% và biến chứng nhiễm trùng chiếm 1,12%. **Kết luận:** Đây là phương pháp kinh điển nhưng kết hợp kỹ thuật mới là đặt ống silicone. Phương pháp cho kết quả khả quan, dễ đào tạo rộng rãi, ít biến chứng và dễ thực hiện.

Từ khóa: viêm túi lệ mạn, nối thông lệ - mũi

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF CHRONIC DACRYOCYSTITIS BY DACRYOCYSTORHINOSTOMY VIA THE SKIN WITH INSERTING SILICONE ROD

Purpose: To investigate the clinical characteristics of chronic dacryocystitis and surgical results of dacryocystorhinostomy via the skin with inserting silicone rod. **Method:** The non-control prospective study, conducted on 89 eyes of 87 patients at the Trauma-Oculoplasty Department, Danang Eye Hospital from Jun 2010 to Jun 2012. The applied surgical method was dacryocystorhinostomy via the skin (Dupuy-temp's method) with inserting the silicone rod. **Results:** The lowest age was 16, the oldest was 58, the mean age was 45. The female took 87,36%. The preoperative duration of chronic dacryocystitis were one to five years (56.32%). After one month, the generally successful rate was 100%. This reduced gradually to 98.8% at the third month, and the sixth month was 96.63%. There were a few of surgical complications: eyelid hematoma 14.61%, hemorrhage at the conjuncton 5.62% and infection 1.12%.

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

Conclusion: This is a traditional method but to be combined with the new technique of inserting the silicone rod. The method brings a satisfactory results, easy to training for big number of surgeons, rare in complication and easy to carry out.

Keywords: Chronic dacryocystitis, dacryocystorhinostomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi lệ mạn là một bệnh thường gặp trong nhãn khoa, đặc biệt là ở những nước đang phát triển và có khí hậu nóng ẩm. Do vậy, việc tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng cũng như phương pháp điều trị bệnh là việc làm cần thiết. Vùng túi lệ có thể căng phồng nhẹ. Khi ấn vào vùng túi lệ, nước có lẫn nhầy mù trào ra ở điểm lệ. Bơm lệ quản, nước kèm nhầy mù trào ra ở điểm lệ đối diện. Và đôi khi, túi lệ có những đợt viêm cấp. Về điều trị, từ trước đến nay đã có nhiều phương pháp điều trị của các nhà nhãn khoa trong nước và ngoài nước như: Thông lệ đạo, đặt ống Silicone tạm thời, cắt bỏ túi lệ: hiệu quả cao để giải quyết vấn đề chảy nhầy, mù cho bệnh nhân. Cắt chỗ bít: đó là phương pháp cắt niêm mạc lệ đạo ở vị trí tắc, phương pháp này có kết quả rất thấp và khi tái phát thì khó điều trị hơn cả lần đầu. Nhưng phổ biến vẫn là phương pháp phẫu thuật nối thông túi lệ mũi qua da (có hay không đặt ống silicon). Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm túi lệ mạn bằng phương pháp phẫu thuật nối thông túi lệ - mũi qua đường rạch da có đặt ống Silicon" nhằm mục tiêu

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng về bệnh viêm túi lệ mạn

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật nối thông túi lệ - mũi qua đường rạch ngoài có đặt ống silicon

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân bị viêm túi lệ mạn đến phẫu thuật nối thông túi lệ - mũi tại khoa chấn thương - chính hình Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 6/2010 đến tháng 8 năm 2012.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân bị viêm túi lệ mạn có hoặc không có kèm theo chảy mù nhầy. Bơm lệ đạo tắc hoặc bán tắc

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị bệnh lý toàn thân không thể phẫu thuật. Bệnh

nhân dưới 16 tuổi. Bệnh nhân không có điều kiện theo dõi ít nhất là 6 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu theo phương pháp tiến cứu, không đối chứng, bệnh nhân đến khám được khám, phẫu thuật, theo dõi sau hậu phẫu trong 3 ngày đầu, 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Bảng đo thị lực Landolt, Kính sinh hiển vi, Thuốc nhỏ mắt Dicain 1%, Bơm tiêm 5ml, Kim bơm lệ đạo, bộ dụng cụ phẫu thuật nội thông túi lệ - mũi qua da, bộ thông lệ đạo. Các loại chỉ phẫu thuật, Chỉ Vicryl 5.0 mã S24, Chỉ Vicryl 7.0, Chỉ Silk 4.0.

2.2.3. Cách tiến hành: Phương pháp phẫu thuật nội thông lệ - mũi qua đường rạch da (Dupuy-Dutemps) có đặt silicon lệ mũi.

2.2.4. Xử lý số liệu: Bằng chương trình Epi info 2002

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật nội thông lệ mũi có đặt ống silicon cho 89 mắt của 87 bệnh nhân (có 2 bệnh nhân mổ hai mắt) tại khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 6 năm 2010 đến tháng 6 năm 2012.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi và giới

Tuổi nhỏ nhất là 16, lớn nhất 58, trung bình là 45. Nữ chiếm đa số với 87,36%

3.1.2. Thời gian mắc bệnh

Bảng 1. Thời gian đến viện sau khi bị bệnh

Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Dưới 3 tháng	4	4,60
Từ 3 tháng đến dưới 6 tháng	8	9,19
Từ 6 tháng đến dưới 1 năm	20	22,90
Từ 1 năm đến 5 năm	49	56,32
Trên 5 năm	6	6,90
Tổng	87	100

Tỷ lệ bệnh nhân đến sau khi bị bệnh từ 1 đến 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 56,32%, tiếp đến là từ 6 tháng đến dưới 1 năm chiếm tỷ lệ 22,9%

3.1.3. Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện

Triệu chứng lâm sàng	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Chảy nước mắt	89	100
Chảy nhầy, mủ tự nhiên	80	89,89
Tắc khi bơm lệ đạo	72	80,90
Bán tắc khi bơm lệ đạo	17	19,10
Nhầy, mủ trào ngược khi bơm lệ đạo	82	92,13
Sưng đau vùng túi lệ	15	16,85
Chảy nhầy, mủ khi ấn vùng túi lệ	80	89,89

Khi nhập viện có nhiều triệu chứng khác nhau trong đó chảy nước mắt 100%, chảy nhầy mủ chiếm 89,89%, Khi bơm lệ đạo có 72 mắt/89 mắt tắc hoàn toàn chiếm tỷ lệ 80,90%, và có 17 mắt/89 mắt bán tắc chiếm tỷ lệ 19,1%. Có 15 mắt/89 mắt bị sưng đau vùng túi lệ chiếm tỷ lệ 16,85%.

3.1.4. Các bệnh kèm theo tại mắt

Chúng tôi có kết quả 100% bệnh nhân có bệnh viêm kết mạc mạn kèm theo, 55,07% bệnh nhân bị đục thủy tinh thể, 7,87% bệnh bị mộng thịt và 4,49% bệnh có sạn vôi.

3.2. Kết quả phẫu thuật

3.2.1. Kết quả chức năng

Bảng 3. Kết quả chức năng

Thời gian	Không chảy nước mắt	Ít chảy nước mắt	Vẫn chảy nước mắt như cũ
2 tuần	89 (100%)	0	0
1 tháng	85 (95,50%)	4 (4,50%)	0
2 tháng	85 (95,50%)	4 (4,50%)	0
3 tháng	82 (92,13%)	6 (6,74%)	1 (1,12%)
4 tháng	82 (92,13%)	6 (6,74%)	1 (1,12%)
5 tháng	82 (92,13%)	4 (4,50%)	3 (3,37%)
6 tháng	82 (92,13%)	4 (4,50%)	3 (3,37%)

Bảng 3 cho thấy trong 2 tuần sau phẫu thuật không có bệnh nhân nào chảy nước mắt. Sau 1 tháng thì có 4,5% chảy nước mắt ít và không có trường hợp nào chảy nước mắt như cũ. Sau 3 tháng bệnh nhân không chảy nước mắt chiếm tỷ lệ 92,13%, bệnh nhân còn chảy nước mắt ít chiếm tỷ lệ 6,75% và bệnh nhân có tình trạng chảy nước mắt như cũ chiếm tỷ lệ 1,12%. Sau 6 tháng bệnh nhân không chảy nước mắt chiếm tỷ lệ 92,13%, bệnh nhân chảy nước mắt ít chiếm tỷ lệ 4,50% và chảy nước mắt như cũ chiếm tỷ lệ 3,37%.

Bảng 4. Kết quả sẹo nơi rạch da

Thời gian	Thâm mỹ vùng da						Tổng số		p
	Phẳng đẹp		Lồi		Lõm		n	%	
	n	%	n	%	n	%			
Sau 1 tháng	86	96,63	3	3,37	0	0	89	100	<0,001
Sau 3 tháng	86	96,63	3	3,37	0	0	89	100	<0,001
Sau 6 tháng	86	96,63	3	3,37	0	0	89	100	<0,001

Kết quả chúng tôi có là 86 mắt/89 mắt có tình trạng sẹo phẳng chiếm tỷ lệ 96,63%, có 3 mắt có tình trạng sẹo lồi chiếm tỷ lệ 3,37% và không có trường hợp nào sẹo lõm. Sự khác biệt giữa sẹo phẳng và sẹo lồi, lõm có ý nghĩa thống kê.

3.2.4. Kết quả phẫu thuật chung: Tỷ lệ thành công chung của phẫu thuật theo tiêu chuẩn đánh giá bao gồm tỷ lệ tốt và tỷ lệ trung bình. Như vậy, qua bảng 3,4 và 5 ghi nhận kết quả qua các thời điểm sau phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy sau 1 tháng phẫu thuật, tỷ lệ thành công chung sau phẫu thuật chiếm 100%, tỷ lệ này giảm ở tháng thứ 3 còn 98,88% và ở tháng thứ 6 là 96,63%.

3.2.5. Biến chứng sau phẫu thuật: Biến chứng hay gặp nhất là bầm mi mắt 13 ca chiếm 14,61%, chảy máu miệng mũi chiếm 5 ca chiếm 5,62% và nhiễm trùng nhẹ 1 ca chiếm 1,12%.

IV. BÀN LUẬN

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Thời gian mắc bệnh: Qua bảng 1, chúng tôi có kết quả bệnh nhân mắc bệnh từ 1 năm đến trên 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 63,22%, tiếp đến là từ 6 tháng đến dưới 1 năm là 22,9%, bệnh bị dưới 6 tháng chiếm 13,79%.

4.2.2. Đặc điểm mắt bị bệnh: Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chủ yếu bị bệnh ở một mắt chiếm tỷ lệ đến 97,7% trong đó mắt phải chiếm tỷ lệ 44,83%, mắt trái chiếm tỷ lệ 52,87%, có 2 bệnh nhân bị 2 mắt chiếm tỷ lệ 2,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với hầu hết các tác giả trong và ngoài nước, như kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Anh Tài (2005), bệnh nhân bị một mắt chiếm 78,57% trong đó tỉ lệ mắc bệnh của mắt phải là 26,19%,

3.2.2. Kết quả về giải phẫu: Chúng tôi ghi nhận: 2 tuần đầu sau phẫu thuật có 89 mắt (100%) được bơm lệ đạo thoát tốt. Sau 1 tháng xuất hiện 2 mắt bơm lệ đạo thông khó chiếm tỷ lệ 2,25%. Sau 3 tháng có 2 mắt bơm lệ đạo thông khó chiếm tỷ lệ 2,25% và 1 mắt bơm lệ đạo tắc chiếm tỷ lệ 1,12%. Sau 6 tháng theo dõi có 3 bệnh nhân bơm lệ đạo tắc chiếm tỉ lệ 3,37%.

3.2.3. Kết quả thẩm mỹ

mắt trái là 52,38%, So với các tác giả tỷ lệ của chúng tôi không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

4.2.3. Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện: Qua bảng 2 chúng tôi có kết quả 100% bệnh nhân có triệu chứng chảy nước mắt, 92,13% bệnh nhân trào ngược nhầy mù khi bơm lệ đạo, 89,89% bệnh nhân chảy nhầy mù tự nhiên và chảy nhầy mù khi ấn vùng túi lệ.

4.2.4. Các bệnh kèm theo tại mắt: Với kết quả về bệnh kèm theo tại mắt trên mắt bị viêm túi lệ mạn ở bảng 3 cho thấy tỷ lệ bệnh viêm kết mạc mạn chiếm tỷ lệ cao nhất 100%. So với Ngô Văn Thắng, nghiên cứu về kết quả của phẫu thuật nối thông lệ mũi phổi hợp áp Mitomycin - C (2002) và tác giả Ngô Anh Tài với nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh viêm túi lệ mạn bằng phẫu thuật nội soi nối thông túi lệ - mũi qua đường mũi (2005), đều có tỷ lệ là 100% bệnh có bệnh viêm kết mạc mạn tại mắt. Điều này có lẽ do chất gây viêm từ túi lệ gây nên.

4.3. Kết quả phẫu thuật

4.3.1. Kết quả chức năng: Có 4 bệnh nhân chảy nước mắt ít chiếm tỷ lệ 4,50%, bao gồm 2 bệnh nhân bị mộng thịt viêm kích thích gây chảy nước mắt.

Sau 3 tháng bệnh nhân không chảy nước mắt chiếm tỷ lệ 92,13%, bệnh nhân còn chảy nước mắt ít chiếm tỷ lệ 6,75% và bệnh nhân có tình trạng chảy nước mắt như cũ chiếm tỷ lệ 1,12%. Như vậy, sau 3 tháng tình trạng chảy nước mắt ít có gia tăng lên 6 trường hợp và có 1 trường hợp bị tắt hoàn toàn, và đây là trường hợp bị nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật.

Sau 6 tháng có 4 bệnh nhân chảy nước mắt ít chiếm tỷ lệ 4,50% và 3 bệnh nhân chảy nước mắt như củ chiếm tỷ lệ 3,37%.

4.3.2. Kết quả giải phẫu và kết quả phẫu thuật: Như vậy, qua bảng 4, bảng 5 và bảng 6 ghi nhận kết quả qua các thời điểm phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy sau 1 tháng phẫu thuật, tỷ lệ thành công chung sau phẫu thuật chiếm 100%, tỷ lệ này giảm ở tháng thứ 3 còn 98,88% và ở tháng thứ 6 là 96,63%. So sánh kết quả thành công với một số tác giả trong và ngoài nước, chúng tôi nhận thấy mình có kết quả gần như tương đương với các tác giả

4.3.3. Kết quả thẩm mỹ: Kết quả chúng tôi có là 86 mắt/89 mắt có tình trạng sẹo phẳng chiếm tỷ lệ 96,63%, có 3 mắt/89 mắt có tình trạng sẹo lõm chiếm tỷ lệ 3,37% và không có trường hợp nào sẹo lõm. Sự khác biệt giữa sẹo phẳng với sẹo lõm và lõm có ý nghĩa thống kê. Với kết quả trên thì tỷ lệ sẹo phẳng được xem là sẹo đẹp, không ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ chiếm tỷ lệ cao, và chúng tôi chỉ có 3 mắt có tình trạng sẹo lõm, trong đó là ở 1 bệnh nhân nữ có tình trạng nhiễm trùng vết mổ sau phẫu thuật, và 2 mắt là ở bệnh nhân nam có tiền sử bị chấn thương vùng mũi mắt, có vết sẹo lõm cũ ở da. So sánh tình trạng sẹo lõm (sẹo xấu) với một số tác giả: Ngô Văn Thắng (2002) có tỷ lệ 3,9%, Tarbet KJ và cộng sự (1995) có tỷ lệ 2,6%, Devoto, Martín H. M.D (2004) có tỷ lệ 9%. So với các tác giả tỷ lệ của chúng tôi không có sự khác biệt.

4.4. Biến chứng

4.4.1. Biến chứng trong phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 27 mắt / 89 mắt chảy máu xương xấp trong quá trình phẫu thuật chiếm 30,34%, biến chứng này gặp trong thì mở cửa sổ xương, khi gặp tình trạng này chúng tôi dùng mech có tẩm adrenaline 0,1% nhét tại cửa sổ xương để cầm máu.

4.4.2. Biến chứng sau phẫu thuật: Qua bảng 3 cho thấy biến chứng sau phẫu thuật hay gặp nhất là bầm mi mắt chiếm 14,61%, đây là biến chứng có thể xảy ra do tổn thương mạch máu do quá trình gây tê tại chỗ, hoặc tổn thương mạch máu trong quá trình rạch da và tách tổ chức, biến chứng này là một biến chứng nhẹ không ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật dù có gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ cho bệnh nhân trong thời gian đầu.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị viêm túi lệ mãn tính bằng phẫu thuật nội thông lệ-mũi có đặt ống silicone mang lại kết quả tốt về mặt giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ. Biến chứng xảy ra ít và đều có thể giải quyết được.

Phương pháp này có thể phổ cập rộng cho các phẫu thuật viên nhãn khoa ở tuyến quận huyện.

Tuy nhiên giá thành dây silicone còn khá đắt mà không thuộc danh mục Bảo hiểm Y tế thanh toán, thuận lợi cho các sở có nhiều bệnh nhân mổ trong cùng một buổi hơn là cơ sở ít bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Ngọc Chương (2008). Giải phẫu và sinh lý cơ quan thị giác. *Giáo trình Nhãn khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 2-4.
2. Nguyễn Hữu Dũng, Trần Minh Trường, Lý Quang Xuân, Nguyễn Hữu Chức (2003). Phẫu thuật mở thông lệ mũi qua nội soi. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 7(1), tr. 84-86
3. Phạm Ngọc Đông (1996). Nghiên cứu các phẫu thuật nội thông lệ - mũi cải tiến. Luận văn Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Phạm Ngọc Đông (2006). Bệnh học lệ bộ. *Nhãn khoa gian yếu I*, Nhà xuất bản Y học, tr. 69-85.
5. Abrishami M, Bagheri A, Salour S.H, Mirdehghan A (2009). Late probing for congenital nasolacrimal duct obstruction. *J ophthalmic Vis Res*, 4, pp. 102-104.
6. American Academy of Ophthalmology (2009). Lacrimal system. *Orbit, Eyelids and Lacrimal system*, 7, pp. 257-235.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẦN MỀM STATA ĐỂ XỬ LÝ KẾT QUẢ TRIPLE TEST TRONG SÀNG LỌC TRƯỚC SINH

Lê Thanh Tùng*

TÓM TẮT

* Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Tùng
 Email: tungpcnd@ndun.edu.vn
 Ngày nhận bài: 18/12/2016
 Ngày phản biện khoa học: 10/1/2017

Các phương pháp sàng lọc và chẩn đoán trước sinh có vai trò quan trọng trong việc hạn chế sinh ra trẻ dị tật. Tuy nhiên các phôi mềm chẩn đoán trước sinh hiện nay thường đi cùng với một hệ thống máy, hóa chất, dây truyền xét và thường có hệ thống tính toán, thống kê và xử lý đặc thù. Mục đích của nghiên

Ngày duyệt bài : 9/2/2017

cứu này là sử dụng phần mềm Stata để xử lý kết quả Triple test. Kết quả xử lý bằng phần mềm Stata sẽ được so sánh với kết quả xử lý bằng phần mềm ASSTRc. Kết quả so sánh cho thấy độ chính xác của Stata so với ASSTRc trong sàng lọc Hội chứng Trisomi 13, 18 và 21 lần lượt là 99,4%; 98,83% và 100%. Cần có những nghiên cứu với những cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá đầy đủ về giá trị cũng như các thông số cần thiết của công thức 3T.

Từ khóa: sàng lọc trước sinh, phần mềm Stata, Triple test

SUMMARY

RESEARCH ON APPLYING STATA SOFTWARE TO PROCESS TRIPLE TEST RESULTS IN PRENATAL SCREENING

Prenatal screening and diagnosis methods play an important role in restricting for delivering babies with malformation. However, the prenatal diagnostic software often associated with a system of machinery, chemicals, testing chain, together with specific calculation, statistics and processing systems. The aim of this study was to examine effectiveness of applying Stata software to process Triple test results. The results got from Stata software were compared with the one got from ASSTRc software. The comparative results showed that the accuracy of Stata versus ASSTRc in screening of Trisomi syndrome 13, 18 and 21 were 99,4%; 98,83% and 100%, respectively. Further studies with larger samples should be required to fully assess not only the value but also the necessary parameters of the 3T formula.

Key words: Prenatal screening, Stata software, Triple test

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sàng lọc và chẩn đoán trước sinh đã trở thành thường quy ở nhiều nước trên thế giới. Theo tổ chức Y tế thế giới, dị tật bẩm sinh gặp vào khoảng 1-2% trẻ được sinh ra. Tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương ở Việt Nam, ước tính cứ 100 trẻ sinh ra có trên hai trẻ có các bất thường bẩm sinh. Trong đó dị tật do rối loạn NST là gây hậu quả nặng nề. Việc sử dụng các phần mềm trong xử lý kết quả của sàng lọc chẩn đoán trước sinh, sơ sinh là hết sức quan trọng vì bản chất của các sàng lọc này không

phải là để chẩn đoán xác định bệnh, tật mà chỉ là xác định khả năng mắc các bệnh tật. Do vậy, việc sử dụng các thuật toán thông kê thông qua các phần mềm sẽ giúp giải quyết được câu hỏi là khả năng mắc các bệnh, tật di truyền của một thai nhi là bao nhiêu.

Đặc điểm chung của các phần mềm này là thường đi cùng với một hệ thống máy, hóa chất, dây truyền xét nghiệm và thường có hệ thống tính toán, thống kê và xử lý đặc thù. Cho đến nay tại Việt Nam đã có một số báo cáo về ứng dụng một số phần mềm để đánh giá hiệu quả sàng lọc trước sinh [1],[2], [3], tuy nhiên chưa có báo cáo nào về ứng dụng phần mềm STATA. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu ứng dụng phần mềm Stata để xử lý kết quả Triple test trong sàng lọc trước sinh" với mục tiêu: "Đánh giá giá trị của phần mềm Stata để xử lý kết quả trong sàng lọc trước sinh"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Các kết quả xét nghiệm triple test và kết quả xử lý các xét nghiệm triple test để sàng lọc trước sinh bằng phần mềm ASSTRc. Phần mềm Stata, tính ứng dụng của phần mềm trong xử lý số liệu của sàng lọc trước sinh.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2015 đến tháng 12/2016.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang định lượng.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn toàn bộ kết quả xét nghiệm triple test và kết quả xử lý xét nghiệm triple test để sàng lọc trước sinh bằng phần mềm ASSTRc được thực hiện trong vòng 6 tháng từ tháng 11/2015-4/2016 tại Phòng khám Sản Phụ khoa 144 Song Hào - TP Nam Định. Số lượng thu được 171 xét nghiệm

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Các thông tin sau khi được thu thập sẽ được quản lý và xử lý bằng phần mềm Stata. Các bảng, biểu được sử dụng để mô tả các thông tin.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1: Kết quả SLTS hội chứng trisomi 21 bằng phần mềm ASSTRc và bằng Stata

Phần mềm ASSTRc		Stata		
		Không	Có nguy cơ	Tổng
Không	n	165	0	165
	%	100,00	0,00	96,50
Có nguy cơ	n	0	6	6
	%	0,00	100,00	3,50
Tổng	n	165	6	171
	%	96,49	3,51	100

Giá trị p = 1,0

Bảng kết quả trên cho thấy, nguy cơ thai nhi mắc Trisomy 21 với ngưỡng 1/300 - 350, nguy

cơ được tính trùng khớp hoàn toàn với phần mềm ASSTRc. Để so sánh cụ thể hơn về độ đồng

nhất giữa hai kết quả nghiên cứu, chúng tôi sử dụng t-test cho ra các chỉ số so sánh khi tính nguy cơ thai mang hội chứng trisomi 21. Khi so sánh kết quả về chỉ số lớn nhất, chỉ số nhỏ nhất cho thấy không có sự khác biệt lớn giữa hai công thức tính. Đặc biệt khi so sánh độ lệch trung

bình sự khác biệt là rất nhỏ, không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,076$. Từ kết quả này cho thấy, việc sử dụng phần mềm Stata khi SLTS không có sự khác biệt so với phần mềm ASSTRc khi tính nguy cơ thai mang hội chứng trisomi 21.

Bảng 3.2: Kết quả SLTS hội chứng trisomi 18 bằng phần mềm ASTRc và bằng Stata

Phần mềm ASTRc		Stata		
		Không	Có nguy cơ	Tổng
Không	n	169	1	170
	%	99,41	0,59	99,4
Có nguy cơ	n	0	1	1
	%	0,00	100,00	0,6
Tổng	n	169	2	171
	%	98,83	1,17	100,00

Giá trị $p = 1,0$

Khi so sánh nguy cơ thai nhi mắc Trisomy 18 với ngưỡng 1/300, nguy cơ được tính bằng phần mềm Stata là 1,17% có xu hướng cao hơn so với phần mềm ASSTRc là 0,6%. Tiếp tục so sánh về độ đồng nhất giữa hai kết quả nghiên cứu, chúng tôi sử dụng t-test cho ra các chỉ số so sánh khi tính nguy cơ thai mang hội chứng trisomi 18.

Bảng 3.3: So sánh chỉ số sàng lọc (mẫu) hội chứng trisomi 18 giữa hai phần mềm

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch	Giá trị p
Phần mềm ASTRc	270	100000	84855,81	32958,24	0,47
Stata	117	100000	83929,23	35834,33	

Kết quả so sánh về chỉ số lớn nhất không có sự khác biệt, chỉ số nhỏ nhất có sự khác biệt, tuy nhiên khi so sánh độ lệch trung bình thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,47$. Như vậy phần mềm tự thiết kế Stata tính nguy cơ thai mang trisomi 18 có xu hướng tính cao hơn so với phần mềm ASSTRc, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4: Kết quả SLTS hội chứng trisomi 13 bằng phần mềm ASTRc và bằng Stata

Phương pháp	Có		Không	
	n	%	n	%
Phần mềm ASTRc	0	0	171	100
Stata	1	0,6	170	99,4

Tiếp tục so sánh nguy cơ thai nhi mắc Trisomy 13 với ngưỡng 1/1000, nguy cơ được tính bằng phần mềm Stata là 0,6% có xu hướng cao hơn so với phần mềm ASSTRc là 0%.

Bảng 3.5: So sánh chỉ số sàng lọc (mẫu) hội chứng trisomi 13 giữa hai phần mềm

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung vị	Giá trị p
Phần mềm ASTRc	524	100000	76522	0,48
Stata	197	6156489	78209	

Kết quả so sánh về chỉ số lớn nhất, chỉ số nhỏ nhất có sự khác biệt, tuy nhiên khi so sánh độ lệch trung bình thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,48$. Như vậy phần mềm tự thiết kế Stata tính nguy cơ thai mang trisomi 13 có xu hướng tính cao hơn so với phần mềm ASSTRc, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Như ta đã biết, các phần mềm sử dụng để tính nguy cơ của các dị tật bẩm sinh ở thai nhi trong sàng lọc trước sinh thường chỉ có giá trị trong việc đưa ra các cảnh báo về nguy cơ và các nhóm có nguy cơ cao hay thấp bị các dị tật bẩm sinh này mà không có giá trị trong chẩn đoán dị tật bẩm sinh. Điều đó có nghĩa là kể cả trong trường hợp người mẹ nằm trong nhóm có nguy cơ cao có thai nhi bị dị tật bẩm

sinh được xác định bằng các biện pháp sàng lọc kể trên thì cũng không có nghĩa là đứa trẻ sinh ra sau này bị dị tật. Và ngược lại, khi kết quả sàng lọc trước sinh cho kết quả thai phụ thuộc nhóm thai nhi có nguy cơ thấp bị dị tật bẩm sinh thì cũng không có nghĩa là thai nhi không bị dị tật. Ngoài ra, các biện pháp sàng lọc trước sinh thường chỉ sàng lọc một số các rối loạn NST và rối loạn chuyển hóa bẩm sinh hay gặp mà không thể sàng lọc tất cả các dị tật bẩm sinh. Đây là kiến thức rất quan trọng cần phải tư vấn cho các thai phụ và gia đình khi làm sàng lọc trước sinh.

Hơn thế nữa, trong những trường hợp thai phụ thuộc nhóm có nguy cơ cao thai bị các dị tật bẩm sinh qua các biện pháp sàng lọc trước sinh thì cần phải tư vấn cho thai phụ làm thêm các

thăm dò khác để xác định chẩn đoán và phát hiện sớm các dị tật bẩm sinh (nếu có) ví dụ như chọc ối là xét nghiệm nước ối (xét nghiệm NST và gen của thai, xét nghiệm phân lập các virus gây dị tật bẩm sinh ở trẻ sơ sinh như CMV,...).

IV. KẾT LUẬN

Giá trị của công thức 3T được phát triển từ phần mềm Stata để xử lý kết quả trong sàng lọc trước sinh bằng xét nghiệm tripple test là rất tốt, có tính chính xác cao, cụ thể:

- Giá trị sàng lọc Hội chứng Trisomi 13: độ chính xác là 99,4%

- Giá trị sàng lọc Hội chứng Trisomi 18: độ chính xác là 98,83%

- Giá trị sàng lọc Hội chứng Trisomi 21: độ chính xác là 100%

KHUYẾN NGHỊ: Cần có những nghiên cứu với những cơ mẫu lớn hơn để đánh giá đầy đủ về giá trị cũng nhưng các thông số cần thiết của công thức 3T. Nên nghiên cứu áp dụng công thức 3T sang các xét nghiệm khác như double test, Quadruple test, Intergrated test,... trong

sàng lọc trước sinh. Từ đó có thể triển khai áp dụng trên diện rộng và phổ biến công thức này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Mai Dung, Phạm Thị Mai và Lê Thị Mỹ Ngọc (2012), "Khảo sát nồng độ PAPP-A, Free bhCG ở phụ nữ có thai từ 11 đến 13 tuần 6 ngày ứng dụng sàng lọc trước sinh hội chứng Down", *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 16(4), tr. 38-43.
2. Vũ Cộng Thành, Nguyễn Văn Hưng và Nguyễn Nghiêm Luật (2013), Đánh giá giá trị của xét nghiệm sàng lọc trước sinh (triple test) tại Bệnh viện Đa khoa MEDLATEC, chủ biên, Bệnh viện Đa khoa MEDLATEC.
3. Lê Trần Anh Thư và Võ Hồ Quỳnh Như (2013), "Tầm soát phát hiện thai nhi bị hội chứng Down ở các bà mẹ mang thai ba tháng đầu tại bệnh viện Hoàn Mỹ Đà Nẵng", *Tạp chí phụ sản*. 11(1), tr. 16-21.
4. R. H. Ball và các cộng sự. (2007), "First- and second-trimester evaluation of risk for Down syndrome", *Obstet Gynecol*. 110(1), tr. 10-7.
5. S. Lamlerkittikul và V. Chandeying (2007), "Experience on triple markers serum screening for Down's syndrome fetus in Hat Yai, Regional Hospital", *J Med Assoc Thai*. 90(10), tr. 1970-6.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HUYỆN CẢNG LONG NĂM 2015 - 2016

Phạm Thế Hiền*, Nguyễn Tấn Cường**, Nguyễn Thị Hồng Thoa**

TÓM TẮT

Kết quả: Qua nghiên cứu 100 trường hợp vào điều trị tại khoa Ngoại tại *Bệnh Viện Đa Khoa huyện Cảng Long* trong 2 năm từ 2015 đến 2016 chúng tôi thu được kết quả: VTPM chủ yếu thuộc loại sau vết thương bề mặt chiếm 91%, đâm thủng không dị vật chiếm 2%, xuyên thấu có dị vật chiếm 7%. Lý do vào viện phần lớn do TNSH chiếm 67%, nguyên nhân tiếp theo chiếm tỉ lệ đáng kể là do TNGT chiếm 27%, 1% do TNLD và 5% do TNĐL. Chủ yếu vết thương có chiều dài dưới 5cm (90%). Hầu hết vết thương có vị trí ở đầu mặt cổ 48%, tay 27%, chân 21%. Phần lớn vết thương không bị nhiễm trùng (95%), có 5 bệnh nhân (5%) bị nhiễm trùng vết thương. Tất cả các trường hợp trên được điều trị và cuối cùng cho kết quả tốt. Thời gian chăm sóc trung bình là 7.31 ± 2.250 ngày

Từ khóa: vết thương phần mềm (VTPM)

* Khoa Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh

** Bệnh Viện Đa Khoa huyện Cảng Long

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2017

Ngày duyệt bài: 28.3.2017

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND WOUND SOFTWARE TREATMENT RESULTS IN SURGERY FACULTY CANG LONG DISTRICT HOSPITAL FROM YEAR 2015 – 2016

Results: Over 100 case studies on surgical treatment at Hospital Cang Long district for 2 years from 2015 to 2016 we obtained the results: Wound software mainly in surface wounds categories accounted for 91%, do not puncture the 2% foreign body, foreign body penetration accounted for 7%. The reason TNSH hospitalized due largely accounted for 67%, the next cause significant proportion accounted for 27% due to traffic accidents, occupational accidents by 1% and 5% by TNDL. Mainly wounds less than 5 cm in length (90%). Most of the wound is located at the top of the neck 48%, 27% hands, legs 21%. Most of the wounds are not infected (95%), 5 patients (5%), wound infection. All the above cases were treated and finally for good results. Period average care $7:31 \pm 2.250$ days

Keywords: wound Software (VTPM)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự phát triển của phương tiện giao thông với tốc độ lớn, tai nạn giao thông có xu hướng tăng cả về số lượng lẫn mức độ trầm trọng. Do vậy thương tổn phần mềm cũng tăng. Khi da bị tổn thương sẽ tạo đường vào cho các yếu tố có hại xâm nhập vào cơ thể, làm mất nước ở các tổ chức dưới da gây các tổn thương tiếp theo. Khoa Ngoại bệnh viện đa khoa Huyện Càng Long là nơi hằng ngày tiếp nhận và xử trí nhiều bệnh nhân bị chấn thương, đặc biệt trong đó có nhiều bệnh nhân bị vết thương phần mềm, nên việc nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị vết thương phần mềm tại Khoa Ngoại Bệnh Viện Đa Khoa Huyện Càng Long năm 2015 - 2016", là cần thiết với 2 mục tiêu:

- Liệt kê một số nguyên nhân thường gặp và mô tả đặc điểm lâm sàng của vết thương phần mềm.
- Đánh giá kết quả điều trị vết thương phần mềm

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân bị vết thương phần mềm vào điều trị vết thương Khoa Ngoại Bệnh Viện Đa Khoa Huyện Càng Long từ 1/1/2015 đến 31/11/2016.
- Phương pháp: Nghiên cứu Tiến cứu mô tả hàng loạt ca bệnh.
- Thu thập số liệu và phương tiện nghiên cứu:
 - + Chọn mẫu thuận tiện
 - + Nhập số liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân tai nạn

Nguyên nhân	Số lượng	Tỉ lệ (%)
TNGT	27	27
TNĐL	5	5
TNSH	67	67
TNLĐ	1	1
Tổng	100	100

Nhận xét: lí do vào viện phần lớn do TNSH chiếm 67%, có 27% do TNGT, 1% do TNLĐ và 5% do TNĐL

Bảng 2. Tình trạng vết thương lúc nhập viện

Tình trạng	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Sạch	98	98
Sạch nhiễm	2	2
Tổng	100	100

Nhận xét: vết thương chủ yếu thuộc loại sạch (98%), có 2 bệnh nhân (2%) có vết thương ở gần các khoang tự nhiên

Bảng 3. Phân loại VTPM theo mức độ

Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Vết thương bề mặt	91	90
Vết thương đâm thủng (không dị vật)	2	9
Vết thương xuyên thấu (dị vật)	7	1
Tổng	100	100

Nhận xét: theo mức độ tổn thương: vết thương bề mặt chiếm 91%, đâm thủng không dị vật chiếm 2%, xuyên thấu có dị vật chiếm 7%.

Bảng 4. Phân loại theo chiều dài vết thương

Diện tích (cm)	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nhỏ (khoảng dưới 5cm)	90	90
Trung bình (khoảng từ 6 đến 10cm)	9	9
Lớn (khoảng trên 10 cm)	1	1
Tổng	100	100

Nhận xét: chủ yếu vết thương có chiều dài dưới 5cm (90%), sau đó là vết thương có chiều dài 6-10 cm (9%), chỉ có 1% bệnh nhân có chiều dài trên 10 cm.

Bảng 5. Mối liên quan của tuổi đến thời gian điều trị (ngày)

Nhóm tuổi		Thời gian điều trị			Tổng
		1- 7 ngày	8 - 14 ngày	15 - 21 ngày	
	1 đến 6	19	1	0	20
	7 đến 18	15	2	2	19

	19 đến 60	39	13	1	53
	Trên 60	5	3	0	8
	Tổng	78	19	3	100

Nhận xét: phần lớn vết thương được điều trị trong 1- 7 ngày chiếm 78%, mối liên quan của độ tuổi đến thời gian điều trị không có ý nghĩa thống kê ($p>0,001$)

Bảng 6. Mối liên quan của vị trí vết thương đến thời gian điều trị (ngày)

		Thời gian điều trị			tổng
		1- 7 ngày	8 - 14 ngày	15 - 21 ngày	
vị trí	Đầu mặt cổ	41	7	0	48
	Ngực	1	0	0	1
	Bụng	2	0	0	2
	Lưng	1	0	0	1
	Tay	19	7	1	27
	Chân	14	5	2	21
	Tổng	78	19	3	100

Nhận xét: Mối liên quan của vị trí vết thương đến thời gian điều trị (ngày) không có ý nghĩa thống kê

Bảng 7. Mối liên quan của mức độ chấn thương đến thời gian điều trị (ngày)

		Thời gian điều trị			Tổng
		1- 7 ngày	8 - 14 ngày	15 - 21 ngày	
Mức độ vết thương	Vết thương bề mặt	73	17	1	91
	Vết thương đâm thủng	2	0	0	2
	Vết thương xuyên thấu	3	2	2	7
	Total	78	19	3	100

Nhận xét: 7 Mối liên quan của mức độ chấn thương đến thời gian điều trị (ngày) có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm tuổi: Dựa theo chức năng tâm sinh lí chúng tôi chia nhóm tuổi từ 19 đến 60 tuổi là tuổi trưởng thành, sau đó là lứa tuổi 1 đến 6 tuổi là nhóm trẻ em, từ 7 đến 18 tuổi là nhóm tuổi thanh thiếu niên và trên 60 tuổi: người cao tuổi. Tuổi thấp nhất là 1 tuổi, cao nhất là 78 tuổi. Độ tuổi trung bình là 29.83 ± 21.468 tuổi. Độ tuổi 19-60 chiếm phần lớn: 53%. Do độ tuổi 19-60 lưu lượng tham gia giao thông cao, tỉ lệ còn lao động với những công việc nguy hiểm cao hơn (công nhân xây dựng, làm thuê, làm kính, lái xe...). Hơn nữa, do đặc trưng tâm sinh lí, độ tuổi này thiếu tính an toàn hơn các độ tuổi khác: uống rượu, phóng nhanh vượt ẩu hơn khi tham gia giao thông. Vì thế tai nạn gặp nhiều hơn ở độ tuổi lao động (19-60 tuổi) chiếm 53%.

So với tác giả khác kết quả của chúng tôi khác không đáng kể: như Đàm Quang Thịnh (2002) tuổi trung bình là 31,4 tuổi [3], tỉ lệ trong độ tuổi 16-60 là 89,7%; theo Nguyễn Xuân Thùy (2012) ở lứa tuổi 20-39 là 63,9% [4]; theo Nguyễn Thị Phượng (2013) độ tuổi trung bình là $31,39 \pm 14,910$ tuổi, độ tuổi lao động (18-60 tuổi) chiếm 85%.

Nguyên nhân tai nạn: Lí do vào viện phần lớn do TNSH chiếm 67%, trội hơn hẳn so với các nguyên nhân khác như: cho tay vào máy cửa xe, máy nghiền thịt, gỗ dề, dao cắt vào tay do làm đồng án, xoay bâm thức ăn cho gia súc, trượt chân té ngã va chạm với vật sắc nhọn... Nguyên nhân tiếp theo chiếm tỉ lệ đáng kể là do TNGT chiếm 27%: tình hình tai nạn giao thông ngày càng phức tạp, phương tiện giao thông và người tham gia giao thông ngày một tăng trong khi ý thức của nhiều người dân tham gia giao thông không cao, uống rượu bia khi tham gia giao thông, phóng nhanh vượt ẩu.

Tỉ lệ nhiễm trùng VTPM: Phần lớn vết thương không bị nhiễm trùng (95%), có 5 bệnh nhân (5%) bị nhiễm trùng vết thương, sau quá trình điều trị và chăm sóc tất cả bệnh nhân này đều hết nhiễm trùng (dựa vào bảng 3.8). Như vậy tổng số trường hợp nhiễm trùng chiếm 5%, phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phượng (2013) [1].

Thời gian điều trị: Thời gian điều trị trong vòng 1 tuần (78%), trong đó chỉ có 19% trường hợp được điều trị trong vòng 2 tuần, chỉ có 3 trường hợp (3%) phải điều trị trên 2 tuần.

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả:

Thời gian điều trị ngắn nhất: 3 ngày.

Thời gian điều trị dài nhất: 15 ngày.

Thời gian điều trị trung bình là 7.31 ± 2.250 ngày.

So với nghiên cứu của Phan Thị Nga cùng thời điểm cho kết quả thời gian điều trị trung bình là 7,2 ngày [2] sự khác biệt trên là không đáng kể.

V. KẾT LUẬN

1. Một số nguyên nhân thường gặp và mô tả đặc điểm lâm sàng của vết thương phần mềm:

Phần lớn bệnh nhân tới bệnh viện sớm trong vòng 6 giờ đầu (100%) và chỉ được sơ cứu (1%) do bệnh viện là tuyến đầu tiên tiếp nhận bệnh nhân, các VTPM chủ yếu thuộc loại sau vết thương bề mặt chiếm 91%, đâm thủng không dị vật chiếm 2%, xuyên thấu có dị vật chiếm 7%. Lí do vào viện phần lớn do TNSH chiếm 67%, nguyên nhân tiếp theo chiếm tỉ lệ đáng kể là do TNGT chiếm 27%, 1% do TNLD và 5% do TNĐL. Chủ yếu vết thương có chiều dài dưới 5cm (90%). Hầu hết vết thương có vị trí ở đầu mặt cổ 48%, tay 27%, chân 21%.

2. Nghiên cứu kết quả điều trị vết thương phần mềm: Phần lớn vết thương không bị nhiễm trùng (95%), có 5 bệnh nhân (5%) bị nhiễm trùng vết thương. Tất cả các trường hợp trên được điều

trị và cuối cùng cho kết quả tốt. Thời gian chăm sóc trung bình là 7.31 ± 2.250 ngày.

KIẾN NGHỊ

Do có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị nên việc phân tích một cách thật chi tiết vào mọi khía cạnh của vấn đề còn hạn chế. Vì vậy, cần có một nghiên cứu đa trung tâm với thời gian dài hơn, cỡ mẫu lớn hơn để khắc phục được hạn chế của nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Chính và cộng sự (1995), *Tình hình nhiễm khuẩn vết mổ trong một năm tại bệnh viện Việt Đức (8/1992-7/1993)*, Tạp chí ngoại khoa, số 9, tr. 355.
2. Phan Thị Nga (2013), *Nhận xét kết quả chăm sóc vết thương phần mềm khuyết da được sử dụng gạc thấm hút Urgocell Contact tại viện Chấn Thương Chỉnh Hình- bệnh viện Việt Đức*, Đại học Y HN.
3. Đàm Quang Thịnh (2002), *Nghiên cứu đặc điểm thương tổn và đánh giá kết quả điều trị thi đấu lóc da hở rộng ở chi dưới do chấn thương tại bệnh viện Việt Đức*, đại học Y khoa Hà Nội.
4. Nguyễn Xuân Thủy, Dương Đình Toàn và cộng sự (2009), *Đánh giá kết quả điều trị KHPM 2/3 trên cẳng chân bằng vật cơ bụng chân trong cuống liến*, Tạp chí ngoại khoa, số 59(4), tr. tr41

RỐI LOẠN THẦN KINH GIAO CẢM PHẢN XẠ TRONG THĂM DÒ NIỆU ĐỘNG HỌC Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TỬY SỐNG

Đỗ Đào Vũ*, Cao Minh Châu**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ và triệu chứng tim mạch rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ trong khi thăm dò niệu động học tại bệnh viện Bạch Mai năm 2010-2012. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, cắt ngang 68 bệnh nhân tổn thương tủy sống tổn thương từ L1 trở lên. **Kết quả:** Tỷ lệ xuất hiện rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ 21/68 bệnh nhân (chiếm 30,88%). Đặc điểm triệu chứng tim mạch ở nhóm bị rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ, huyết áp tâm thu thay đổi từ $112,1 \pm 16,3$ mmHg ban đầu lên tới $167,5 \pm 24,0$ mmHg trong khi thăm dò niệu động học ($P < 0,05$) và huyết áp tâm trương từ $72,9 \pm 10,5$ mmHg đến $101,8 \pm 8,8$ mmHg ($P < 0,05$). Huyết áp tăng trong nhóm bị rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ cao hơn

huyết áp nhóm không bị rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ (huyết áp tâm thu $167,5 \pm 24,0$ mmHg và $121,6 \pm 13,4$ mmHg ($P < 0,05$) và huyết áp tâm trương $108,1 \pm 8,8$ mmHg và $70,1 \pm 10,3$ ($P < 0,01$). Sự khác biệt giữa hai nhóm về nhịp tim là không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. **Kết luận:** có tỷ lệ khá cao bệnh nhân bị rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ trong khi thăm dò niệu động học mà không có biểu hiện lâm sàng, được phát hiện khi đo huyết áp.

Từ khóa: rối loạn thần kinh giao cảm, niệu động học, tổn thương tủy sống

SUMMARY

AUTONOMIC DYSREFLEXIA (AD) DURING URODYNAMIC INVESTIGATION IN PATIENTS WITH SPINAL CORD INJURY

Objectives: to evaluate the rate and the cardiac symptoms of autonomic dysreflexia (AD) in urodynamic investigation at Bach Mai hospital during 2010-2015. **Methodology:** a descriptive, cross sectional study on 68 spinal cord injury patients with lesions at and above L1. **Results:** 21 out of 68 cases (30.88%) developed AD. The cardiac symptoms of the AD group includes the increase of the systolic blood

*Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

pressure (SBP) from 112.1±16.3 mmHg to 167.5±24.0 mmHg ($p < 0.05$) and diastolic blood pressure from 72.9±10.5 mmHg đến 101.8±8.8 mmHg ($p < 0.05$) during urodynamic investigation. The blood pressure of AD patients was higher than that of non-AD patients (SBP: 167.5±24.0 mmHg và 121.6±13.4 mmHg respectively ($p < 0.05$) and DBP: 108.1±8.8 mmHg và 70.1±10.3 ($p < 0.01$) respectively). There is no significant difference in heart rates between two groups ($p > 0.05$). **Conclusion:** there is a high rate of patients who develop AD during urodynamic study without clinical symptoms, and they are identified by blood pressure measurement.

Key words: autonomic dysreflexia, urodynamic investigation, spinal cord injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ đặc trưng bởi cơn tăng huyết áp kịch phát kèm theo đau đầu, đỏ mặt, vã mồ hôi và nhịp tim chậm do kích thích không đặc hiệu thần kinh giao cảm tủy dưới mức tổn thương D6 [1]. Rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ có thể xuất hiện tự động hoặc trong quá trình thăm dò, can thiệp điều trị như đo áp lực bàng quang, nội soi bàng quang, kích thích xuất tinh, rung dương vật, thắt tháo, kích thích cảm giác ngoài da... [2],[1]. Các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng thăm dò niệu động học làm tăng huyết áp trong khi không có triệu chứng lâm sàng về rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ [3]. Năm 1997, Armin Curt và cộng sự đánh giá rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ ở bệnh nhân tổn thương tủy sống có biểu hiện triệu chứng của rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ trong khi thăm dò niệu động học. kết quả nhận thấy chỉ 62% bệnh nhân liệt tứ chi phản nản về triệu chứng của rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ [4]. Năm 1998, Giannantoni và cộng sự nghiên cứu cho thấy 41,67% rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ xuất hiện trong khi thăm dò niệu động học [5]. Niệu động học là một thăm dò quan trọng và cần thiết giúp cho chẩn đoán và định hướng điều trị cho bệnh nhân tổn thương tủy sống. Tuy nhiên, thăm dò này cũng là điều kiện làm xuất hiện một số rối loạn chức năng thần kinh giao cảm nếu không được phát hiện xử trí kịp thời có thể nguy hiểm cho bệnh nhân. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "xác định tỉ lệ và triệu chứng tim mạch rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ trong khi thăm dò niệu động học tại bệnh viện Bạch Mai năm 2010-2012".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân bị tổn thương tủy sống từ mức L1 trở lên có rối loạn chức năng đường tiết niệu; (2) Bệnh nhân tình táo có thể hợp tác được với nhân viên y tế

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân còn trong giai đoạn choáng tủy, (2) Bệnh nhân đang bị nhiễm khuẩn tiết niệu, sỏi bàng quang, dị dạng đường tiết niệu dưới, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, các bệnh dễ chảy máu kèm theo...(3) Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.3. Cỡ mẫu: Chọn tất cả 68 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nhóm nghiên cứu tiến hành khám và thăm dò niệu động học

2.1.4. Vật liệu và các công cụ phục vụ nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu; máy đo huyết áp do hãng ALP K2; đồng hồ đếm nhịp tim, máy thăm dò niệu động học do hãng Laborie Canada sản xuất.

2.1.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2010 đến 10/2012.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 68 bệnh nhân tổn thương tủy sống

2.2.2. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

Tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ: Bệnh nhân được tăng huyết áp kịch phát cả huyết áp tâm thu và/hoặc huyết áp tâm trương từ trên 20mmHg so với huyết áp nền ở người trưởng thành và 15mmHg ở trẻ em, thường kèm theo tình trạng nhịp tim chậm [5].

Tiêu chuẩn bệnh nhân sau giai đoạn choáng tủy: Khi bệnh nhân bắt đầu xuất hiện bất kỳ một dấu hiệu thần kinh nào: phản xạ, vận động hoặc cảm giác,...ở dưới mức tổn thương tủy [1]

Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp: Theo JNC II -2003 được hội tim mạch Việt Nam khuyến cáo sử dụng.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhịp chậm: Theo hiệp hội Tim mạch Mỹ, nhịp chậm là tình trạng nhịp tim thấp hơn 60 nhịp/phút [6]

2.2.3. Các biến số nghiên cứu: Biến số nghiên cứu về đặc điểm chung: Tuổi giới, mức độ tổn thương theo ASIA, vị trí tổn thương, thời gian bị bệnh. Biến số về huyết áp nền, huyết áp trong cơn, nhịp tim trong cơn rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ.

2.3. Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 10.0 của Tổ chức Y tế Thế giới. Mức $P < 0,05$ được cho là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	41,82 ±35,29
Thời gian bị bệnh (tháng)	3,97 ± 2,81
Giới (nam/nữ)	54/14

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu 41,82 ±35,29; Thời gian bị bệnh trung bình là 3,97 ± 2,81(tháng); Tỷ lệ giới (nam/nữ) là 54/14;

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo vị trí và mức độ tổn thương tủy sống

	Số bệnh nhân (n=68)	Tỷ lệ %
Tổn thương tủy cổ	19	27,94
Tổn thương tủy ngực	49	72,06
Liệt hoàn toàn	25	36,76
Liệt không hoàn toàn	43	63,24

Vị trí tổn thương tủy cổ 19 bệnh nhân, tủy ngực 49 bệnh nhân; mức độ tổn thương liệt hoàn toàn 25 bệnh nhân, liệt không hoàn toàn 43 bệnh nhân

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo phương pháp điều trị

	Số bệnh nhân (n=68)	Tỷ lệ %
Điều trị bằng tiêm Botulinum toxin nhóm A	44	64,71
Điều trị bằng kháng muscarinic	24	35,29

Bệnh nhân điều trị kết hợp đặt thông tiểu ngắt quãng, trong đó 64,71 được điều trị bằng tiêm Botulinum toxin nhóm A còn lại điều trị bằng thuốc uống kháng muscarinic

3.2. Tỷ lệ và triệu chứng tim mạch rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ trong khi thăm dò niệu động học

Có 21/68 bệnh nhân (30,88%) có biểu hiện rối loạn thần kinh giao cảm trong khi thăm dò niệu động học.

Bảng 4. Triệu chứng tim mạch của nhóm nghiên cứu

Thông số	Nhóm không AD			Nhóm có AD		
	Trước đo niệu động học	Khi đo niệu động học	p	Trước đo niệu động học	Khi đo niệu động học	p
Huyết áp tâm thu (mmHg)	119,1±13,3	121,6±13,4	>0,05	112,1±16,3	167,5±24,0	<0,05
Huyết áp tâm trương(mmHg)	68,9±7	70,1±10	>0,05	72,9±10,5	101,8±8,8	<0,05
Nhịp tim (lần/phút)	73,3±16,3	69,8±14,3	>0,05	74,4±17,5	64,9±19,7	>0,05

AD: Autonomic dysreflexia - rối loạn thần kinh giao cảm. Huyết áp tăng trong nhóm bị rối loạn thần kinh giao cảm cao hơn huyết áp nhóm không có rối loạn thần kinh giao cảm (huyết áp tâm thu 167,5±24,0 mmHg và 121,6±13,4 mmHg (P<0,05) và huyết áp tâm trương 108,1±8,8 mmHg và 70,1±10,3 (P<0,05). Sự khác biệt giữa hai nhóm về nhịp tim là không có ý nghĩa thống kê p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm không bị rối loạn thần kinh giao cảm huyết áp tâm thu trung bình thay đổi từ 119,1±13,3mmHg điều kiện ban đầu tới 121,6±13,4mmHg trong khi thăm dò niệu động học (P>0,05), huyết áp tâm trương từ 68,9±7mmHg điều kiện ban đầu lên tới 70,1±10mmHg trong khi thăm dò niệu động học (P>0,05). Nhóm bị rối loạn thần kinh giao cảm, huyết áp tâm thu thay đổi từ 112,1±16,3mmHg ban đầu lên tới 167,5 ±24,0mmHg trong khi thăm dò niệu động học (P<0,05) và huyết áp

tâm trương từ 72,9±10,5 mmHg đến 101,8±8,8 mmHg (P<0,05). Huyết áp tăng trong nhóm bị rối loạn thần kinh giao cảm cao hơn huyết áp nhóm không có rối loạn thần kinh giao cảm (huyết áp tâm thu 167,5±24,0 mmHg và 121,6±13,4mmHg (P<0,05) và huyết áp tâm trương 108,1±8,8mmHg và 77,0±10,3 (P<0,05). Nhịp tim 73,3±16,3 lần/phút ở nhóm không bị rối loạn thần kinh giao cảm tại thời điểm bắt đầu khám và 69,8±14,3 tại thời điểm kết thúc; ở nhóm bị rối loạn thần kinh giao cảm là 74,4±17,5 và 64,9±19,7. Sự khác biệt giữa hai nhóm về nhịp tim là không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Rối loạn thần kinh giao cảm sau tổn thương tủy sống được ghi nhận đầu tiên vào cuối thập kỷ 90. Năm 1947 Guttman và Whitteridge [5] đã ghi nhận mối liên quan giữa rối loạn thần kinh giao cảm và căng giãn bàng quang. Sinh lý bệnh của rối loạn thần kinh giao cảm như sau: những xung cảm nhận trong cơ thể và xung cảm nhận đau từ bàng quang (bàng quang co bóp hoặc căng giãn bàng quang) lên theo nhiều đường

khác nhau (thần kinh chậu, thần kinh hạ vị) vào dài tủy sống - đôi thị và cột sau; đường ly tâm đi ra ngoài từ sừng bên của tủy sống qua đường giao cảm làm co thắt nội tạng, co thắt động mạch với huyết áp tăng, dựng lông và vã mồ hôi. Trong hoạt động bình thường, hoạt động của thụ thể về áp lực thông qua thần kinh thực vật (dây X) và đi vào tủy sống làm chậm nhịp tim và giãn mạch. Bệnh nhân tổn thương trên D6 (trên mức xung ức chế đường ra nội tạng), mất cân bằng giữa hệ giao cảm và phó giao cảm nên có hiện tượng phản ứng lại các kích thích, kết quả xuất hiện rối loạn thần kinh giao cảm [1]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rối loạn thần kinh giao cảm trong khi thăm dò niệu động học 30,88%, trong những bệnh nhân này có 3 bệnh nhân (14,29%) không có triệu chứng chỉ nhận biết được bằng đo huyết áp thấy tăng huyết áp. Linsenmeyer TA [3] nghiên cứu cho thấy rối loạn thần kinh giao cảm không có triệu chứng lâm sàng cũng không thể loại trừ cơn rối loạn thần kinh giao cảm. Điều này được giải thích do dấu hiệu của bệnh đôi khi không rõ ràng để bệnh nhân cảm nhận được. Như vậy, những bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng rối loạn thần kinh giao cảm tăng có ý nghĩa thống kê cả huyết áp tâm thu và tâm trương. Có 4 trong những bệnh nhân này (10,2%), tất cả đều tổn thương hoàn toàn, có dấu hiệu lâm sàng của rối loạn thần kinh giao cảm. Theo số liệu này rối loạn thần kinh giao cảm nên được xem như phản ứng tăng dần từ không có kích giao cảm nguy hiểm tới rối loạn thần kinh giao cảm. Kết quả này giải thích là do mức tổn thương và diện tổn thương khác nhau, với những đáp ứng khác nhau ở pha đồ đầy và pha bài xuất. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn thần kinh giao cảm thường gặp ở các bệnh nhân tổn thương tủy cổ

hơn do sự mất cân bằng giữa thần kinh giao cảm và phó giao cảm trên và dưới mức tổn thương.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xuất hiện rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ 21/68 bệnh nhân (chiếm 30,88%). Đặc điểm triệu chứng tim mạch ở nhóm bị rối loạn thần kinh giao cảm, huyết áp tâm thu thay đổi từ 112,1±16,3 mmHg ban đầu lên tới 167,5 ±24,0 mmHg trong khi thăm dò niệu động học (P<0,05) và huyết áp tâm trương từ 72,9±10,5 mmHg đến 101,8±8,8 mmHg (P<0,05). Huyết áp tăng trong nhóm bị rối loạn thần kinh giao cảm cao hơn huyết áp nhóm không bị rối loạn thần kinh giao cảm (huyết áp tâm thu 167,5±24,0 mmHg và 121,6±13,4mmHg (P<0,05) và huyết áp tâm trương 108,1±8,8mmHg và 70,1±10,3 (P<0,01). Sự khác biệt giữa hai nhóm về nhịp tim là không có ý nghĩa thống kê (p>0,05)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kurnick NB.** Autonomic hyperreflexia and its control in patients with spinal cord lesions. *Ann Int Med* 1956; 44: 678 - 683.
2. **Erickson RP.** Autonomic hyperreflexia: pathophysiology and medical management. *Arch Phys Med Rehab* 1980; 61: 431 - 434.
3. **Linsenmeyer TA,** Campagnolo DI, Chou I. Silent autonomic dysreflexia during voiding in men with spinal cord injuries. *J Urol* 1996; 155: 519 - 522.
4. **Curt A, Nitsche B,** Rodic B, et al. Assessment of autonomic dysreflexia in patients with spinal cord injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1997;62:473-477
5. **Guttmann L, Whitteridge D.** Effects of bladder distension on autonomic mechanism after spinal cord injuries. *Brain* 1947; 70: 361 - 404.
6. **LindanR, JoinerE, FreehaferAA, et al.** Incidence and clinical features of autonomic dysreflexia in patients with spinal cord injury. *Paraplegia* 1980; 18: 285 - 289.

NGHIÊN CỨU BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI Ở NHÓM ĐỐI BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ CAO

Nguyễn Mạnh Hà¹, Đinh Thị Thu Hương²

TÓM TẮT

¹Bệnh Viện Nội Tiết Trung Ương

²Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hà

Email: tmloan1979@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ BDMCDMT ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 300 bệnh nhân có nguy cơ cao mắc BDMCDMT đến khám tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai. Sử dụng chỉ số ABI sàng lọc chẩn đoán BDMCDMT. **Kết quả:** Tỷ lệ BDMCDMT được phát hiện theo chỉ số ABI là 81 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 27%, số bệnh nhân có ABI bình thường là 219 chiếm tỷ lệ 73%. Không có bệnh nhân có chỉ số ABI >= 1,3. Tỷ lệ mắc BDMCDMT phân bố

nam/nữ là: 3,8/1. Tỷ lệ BDMCDMT tăng dần theo tuổi: 50-59 tuổi là 11,3%; 60-69 tuổi là 22,1%; 70-79 tuổi là 32,4%; Trên 80 Tuổi là: 40%. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc BDMCDMT là cao ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao. Cần sử dụng chỉ số ABI một cách rộng rãi để sàng lọc, chẩn đoán sớm bệnh động mạch chi dưới

Từ khoá: BDMCDMT (bệnh động mạch chi dưới mạn tính); ABI (chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân/cánh tay); bệnh nhân có nguy cơ cao

SUMMARY

PREVALENCE OF LOWER EXTREMITY ARTERIAL DISEASE IN HIGH-RISK PATIENTS USING ANKLE-BRACHIAL INDEX IN GENERAL PRACTICE

Objective: To determine the prevalence of lower extremity artery disease in high-risk patients. **Patients and methods:** 300 patients with high-risk of LEAD (lower extremity artery disease) at Vietnam National Heart Institute were evaluated by history and by measurement of the ankle-brachial index (ABI) for diagnosis of lower extremity artery disease. **Result:** The LEAD was detected in 81 patients (27%); the female-to-male ratio in LEAD prevalence is 3,8/.The LEAD prevalence increased with advancing age: 11,3% in the 50-59 years; 22,1% in the 60-69 years; 32,4% in the 70-79 years là; 40% in the over 80 years. **Conclusions:** Prevalence of LEAD in high-risk patients is high. A simple ABI measurement can be useful for screen and diagnosis the LEAD in these patients

Keywords: LEAD (lower extremity artery disease); the ankle-brachial index (ABI); high-risk patient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BDMCDMT) là tình trạng hẹp một phần hay tắc hoàn toàn lòng động mạch (ĐM) kéo dài, dẫn đến giảm lượng máu tới cho các mô mà ĐM chi phối, với nguyên nhân thường gặp là vữa xơ động mạch (VXĐM). BDMCDMT do vữa xơ có tỷ lệ khá cao trong cộng đồng và tăng dần theo tuổi. BDMCDMT có thể không đe dọa ngay tính mạng của bệnh nhân nhưng làm người bệnh đau đớn, mất sức lao động, đi kèm theo BDMCDMT là các tai biến mạch não và tim, làm giảm tuổi thọ. Do vậy việc phát hiện BDMCDMT sớm thậm chí chưa có biểu hiện lâm sàng, để hạn chế quá trình hình thành và phát triển của bệnh cũng như dự phòng trong nhóm các đối tượng có yếu tố nguy cơ cao mắc BDMCDMT có vai trò hết sức quan trọng. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây tỷ lệ BDMCDMT có xu hướng tăng cao. Hiện tại chưa có tác giả nào sử dụng chỉ số ABI để tiến hành sàng lọc BDMCDMT do vữa xơ trên nhóm đối tượng có nguy cơ cao mắc BDMCDMT. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm hai mục tiêu: *Xác định tỉ lệ bệnh động mạch chi dưới mạn tính ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

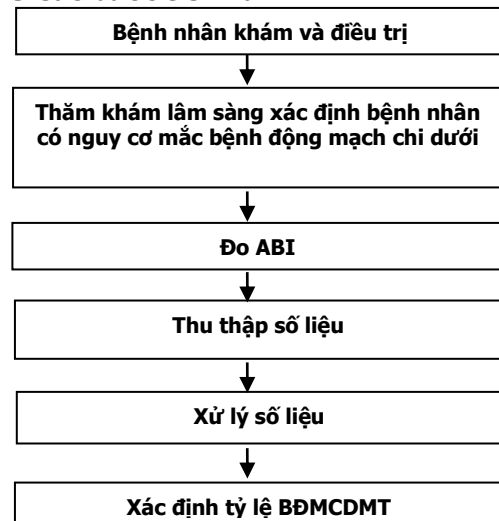
2.1 Đối tượng nghiên cứu: Là 300 bệnh nhân có nguy cơ cao mắc BDMCDMT đến khám tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai

- *Tiêu chuẩn lựa chọn* bệnh nhân có "nguy cơ cao" mắc BDMCDMT. Người dưới 50 tuổi, kèm theo ĐTĐ, và một yếu tố nguy cơ phối hợp khác (thuốc lá, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, tăng homocystein máu). Người tuổi từ 50 – 69, có tiền sử hút thuốc lá hoặc ĐTĐ. Người có tuổi ≥ 70 tuổi. Triệu chứng ở chi dưới liên quan đến gắng sức (đau cách hồi) hoặc đau khi nghỉ do giảm tưới máu. Khám lâm sàng phát hiện bất thường về động mạch chi dưới. Bệnh lý động mạch do xơ vữa đã biết: Bệnh động mạch vành, động mạch cảnh hay động mạch thận

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Tắc động mạch chi dưới cấp. Viêm tắc tĩnh mạch chi dưới. Các bệnh lý động mạch ngoại biên không phải do nguyên nhân xơ vữa mạch máu gây ra (ví dụ: hội chứng Takayasu, bệnh Buerger, hội chứng Raynaud,...). Các nguyên nhân khác gây hẹp hoặc tắc lòng động mạch (khối u chèn ép, các bệnh lý van tim gây huyết khối, chấn thương, phình tách động mạch chủ...). Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 10 năm 2013.

2.3 Các bước tiến hành



Các số liệu thu thập được xử lý trên máy vi tính theo các thuật toán thống kê y học bằng chương trình phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu: Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 300 bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thông số	Giá trị
N (Bệnh nhân)	300
Tuổi trung bình (năm)	70.5 ± 18.4
Nam/nữ	2.5/1
Tiền sử	
Đái tháo đường	27 %
Rối loạn lipid máu	30 %
Hút thuốc lá	64.6 %
THA	50.6 %

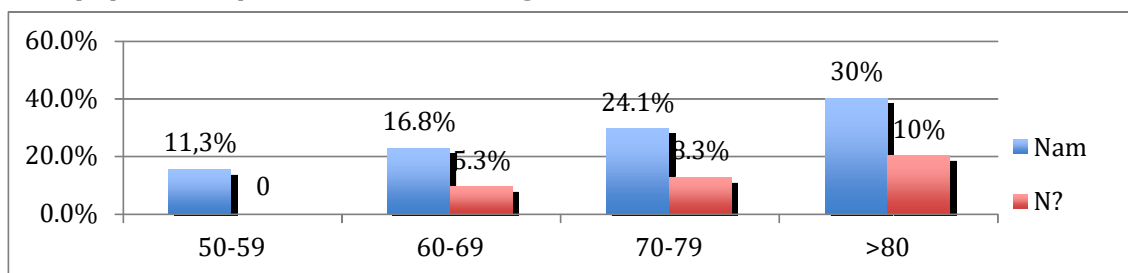
3.2 Tỷ lệ bệnh động mạch chi dưới mạn tính dựa vào ABI

Bảng 2: Tỷ lệ BDMCDMT theo ABI

Số bệnh nhân tham gia nghiên cứu	N = 300
Bình thường (0.9-1.3)	219 (73%)
Bệnh động mạch ngoại biên chi dưới (ABI < 0.9)	81 (27%)
Tỷ lệ mắc BDMCDMT nam/nữ	3,8/1

Nhận xét: Trong tổng số 300 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ BDMCDMT được phát hiện theo chỉ số ABI là 81 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 27%, số bệnh nhân có ABI bình thường là 219 chiếm tỷ lệ 73%.

3.3 Tỷ lệ BDMCD phân bố theo tuổi và giới



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ mắc bệnh phân bố theo tuổi và giới

Theo biểu đồ trên, ta thấy bệnh nhân thuộc lứa tuổi từ 50 tuổi trở lên. Tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi ở cả hai giới và có sự khác biệt rõ rệt về tỉ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ ($p < 0.05$) ở trong từng nhóm tuổi. Ở nhóm tuổi 50 - 59 không có nữ mắc bệnh, ở nhóm tuổi 60-69 tỷ lệ nam và nữ bị bệnh xấp xỉ 3,1/1, trong khi đó ở nhóm tuổi 70-79 tỷ lệ nam/nữ là xấp xỉ 2,9/1, ở nhóm tuổi trên 80, tỷ lệ nam/nữ 3/

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 300 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ BDMCDMT được phát hiện theo chỉ số ABI là 81 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 27%, số bệnh nhân có ABI bình thường là 219 chiếm tỷ lệ 73%. Không có bệnh nhân có chỉ số ABI ≥ 1.3

Theo nghiên cứu PARTNER ở Hoa Kỳ trên 6979 bệnh nhân đến khám ban đầu tại cơ sở y tế (tuổi trên 70 hoặc trên 50 kèm theo tiền sử hút thuốc hoặc ĐTĐ) chỉ ra tỷ lệ BDMCD lên tới 29% [1].

- Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 70.5 ± 18.4 . Lớn nhất là 93 tuổi và thấp nhất là 51 tuổi. Độ tuổi trung bình của nam giới là $69,5 \pm 17,8$. Độ tuổi trung bình của nữ giới là $73 \pm 18,8$. Độ tuổi trung bình của nữ giới cao hơn nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Ở nhóm bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ nam giới là 71.5 %, nữ giới là 28.5%. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 2,5/1. Bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ 27%; bệnh nhân THA là 50,6%; bệnh nhân có rối loạn lipid máu là 30%; bệnh nhân hút thuốc lá là 64,6%;

Trong nghiên cứu NHANES năm 2003, tỷ lệ mắc BDMCD với quần thể trên 40 tuổi là 4,3%, trong đó với độ tuổi trung bình 66 thì tỷ lệ này lên tới 14,5%. Trong một nghiên cứu tại Cộng hòa Pháp trên 3694 bệnh nhân > 40 tuổi, có ít nhất một yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch hoặc đau chi dưới, khi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán là ABI < 0,9, tỷ lệ BDMCD trong quần thể này là 11%, với nam giới là 14,5%, với nữ giới là 7,9%.

Như vậy theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đương về tỷ lệ BDMCDMT được phát hiện so với nghiên cứu PARTNER, tuy nhiên lại cao hơn so nghiên cứu NHANES. Sở dĩ có sự khác biệt như vậy do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những đối tượng có nguy cơ cao bị BDMCDMT tương tự như những đối tượng tham gia nghiên cứu Partner, khác so với đối tượng nghiên cứu trong hai nghiên cứu còn lại, tuổi thấp hơn, có ít nguy cơ bị BDMCDMT hơn

Theo kết quả từ biểu đồ 3.3 cho thấy. Tỷ lệ mắc bệnh có xu hướng tăng dần theo tuổi ở cả

hai giới, kết quả này phù hợp với nghiên cứu Framingham. Theo nghiên cứu Framingham, ở độ tuổi 30 – 44, tần suất mới mắc trung bình của đau cách hồi chi dưới ở nam là 6/10000 và nữ là 3/10000. Với độ tuổi từ 65 – 74, tần suất này tăng lên đến 61/10000 với nam và 54/10000 với nữ. [2]

Tương tự như vậy, nghiên cứu San Diego sử dụng các phương pháp không xâm lấn để chẩn đoán PAD (chụp cộng hưởng từ mạch máu và chụp cắt lớp vi tính mạch máu với nhiều dây đầu dò) cũng cho kết quả: tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh PAD càng cao. Tỷ lệ mắc PAD trong nghiên cứu này là 2,1% với độ tuổi 50-55; tăng lên tới 22,3% ở độ tuổi 70-74 [4]. Nữ giới càng cao tuổi thì tỷ lệ mắc bệnh động mạch chi dưới càng cao. Theo kết quả trên, trong số bệnh nhân bị bệnh, không có nữ dưới 50 tuổi, nữ 50-70 tuổi chiếm 5,5%, nữ trên 70 tuổi chiếm 3,9%. Có thể sự

suy giảm hormon estrogen sau thời kỳ mãn kinh ở nữ giới làm gia tăng sự phát triển của bệnh lý mạch máu ở nữ giới, trong đó có bệnh động mạch chi dưới [5]. Như vậy tuổi càng cao thì càng có nguy cơ mắc BDMCDMT, luôn có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh BDMCDMT giữa hai giới. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ chung và trong từng nhóm tuổi có sự khác biệt rõ rệt. Theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mắc BDMCDMT phân bố nam/nữ chung là 3.8/1, Tỷ lệ phân bố nam/nữ theo từng nhóm tuổi là: Ở nhóm tuổi 50-59 không có nữ mắc bệnh, ở nhóm tuổi 60-69 tỷ lệ nam và nữ bị bệnh xấp xỉ 3,1/1, trong khi đó ở nhóm tuổi 70-79 tỷ lệ nam/ nữ là xấp xỉ 2,9/1, ở nhóm tuổi trên 80, tỷ lệ nam/nữ 3/1. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Dũng [6].

Bảng 3. So sánh với các tác giả khác

Nghiên cứu	Tuổi trung bình	Tỷ lệ nam/nữ
Nhóm nghiên cứu chúng tôi	70.5	3.8/1
Nguyễn Trung Dũng	66.6	4.1/1
Nguyễn Văn Phong	67.5	2.9/1
Vũ Văn Long	70	2.6/1
H. Taniwaki và cộng sự	64	1.5/1
E. Selvin và Thomas P. Erlinger	68	1/1
Annette L. Hogh và cộng sự	66	1,4/1

Tuy nhiên tỷ lệ nam/nữ của chúng tôi khoảng 3.8/1. Sở dĩ có sự khác nhau như vậy có lẽ do các bệnh nhân nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đều có tiền sử nghiện hút thuốc lá, thuốc lào nhiều năm; không có bệnh nhân nữ hút thuốc lào; trong khi tại các nước châu Âu, châu Mỹ, tỷ lệ phụ nữ hút thuốc lá khá cao.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về BDMCDMT ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Tỷ lệ mắc BDMCDMT là cao ở nhóm bệnh nhân này. Cần sử dụng chỉ số ABI một cách rộng rãi để sàng lọc, chẩn đoán sớm bệnh động mạch chi dưới

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hirsch AT, Criqui MH, Treat Jacobson D, et al. Peripheral arterial disease, detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001;286:1317-1324

2. Criqui MH, Langer RD, Fronck A, et al. Mortality over a period of 10 years in patients with peripheral arterial disease. *N ENGL J MED* 1992; 326:381-386.
3. Nguyễn Trung Dũng (2009) Nghiên cứu vai trò của phương pháp đo huyết áp tăng trong chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới có đối chiếu với siêu âm doppler và chụp mạch LVTNCH,
4. Beatrice A. Golomb, Tram T. Dang and Micheal H. Criqui. Peripheral Arterial Disease: Morbidity and Mortality Implications. *Circulation*. 2006;114:688-699.
5. Kannel WB, Skinner JJ Jr, Schwartz MJ, et al 1970. Intermittent claudication: incidence in the Framingham Study. *Circulation*;41:875-83.
6. Russell H. Samson. Hypertension and the Vascular Patient. *Vascular and Endovascular Surgery*. 2004;38:103-119.
7. Beatrice A. Golomb, Tram T. Dang and Micheal H. Criqui. Peripheral Arterial Disease: Morbidity and Mortality Implications. *Circulation*. 2006;114:688-699.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ QUANH RĂNG SAU ĐIỀU TRỊ KHỞI ĐẦU BỆNH QUANH RĂNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Nguyễn Xuân Thực*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số quanh răng sau điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2. **Đối tượng và Phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng tự so sánh trước sau ở 30 bệnh nhân mắc ĐTD týp 2 theo tiêu chuẩn của IDF 2005 có chỉ số CPI2 hoặc CPI3 tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai từ 2/2012 đến 8/2012. Các bệnh nhân được tiến hành điều trị khởi đầu bệnh quanh răng, sau đó theo dõi và đánh giá kết quả sau 3 tháng với các chỉ số nghiên cứu gồm; OHIS, GI và CPITN. **Kết quả:** Tỷ lệ VSRM kém giảm mạnh từ 73,3% xuống 0%; tỷ lệ VSRM tốt từ 0% tăng lên 46,7%; TB chỉ số OHIS từ $4,3 \pm 1,2$ giảm xuống $1,3 \pm 0,6$; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tỷ lệ viêm lợi trung bình và viêm lợi nặng đều giảm mạnh; TB chỉ số GI từ $1,5 \pm 0,4$ giảm xuống còn $0,7 \pm 0,2$; sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Tỷ lệ CPI 1 tăng từ 0% lên 23,3%; tỷ lệ CPI 3 giảm từ 56,7% xuống còn 16,7%; sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Trung bình mỗi BN tăng từ 0 vùng lên 4 vùng lục phân CPI 0 và CPI 1; TB vùng lục phân CPI 3 giảm từ 1,6 vùng còn 0,1 vùng. **Kết luận:** Điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở các bệnh nhân ĐTD týp 2 giúp cải thiện đáng kể một số chỉ số quanh răng như OHIS, GI và CPITN với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

Từ khóa: điều trị khởi đầu bệnh quanh răng, đái tháo đường týp 2, vệ sinh răng miệng, viêm lợi.

SUMMARY

EVALUATE THE CHANGE OF SOME PERIODONTAL INDEXES AFTER INITIAL PERIODONTAL THERAPY IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Objectives: to evaluate the change of some periodontal indexes after initial periodontal therapy in patients with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and Methods:** Using an uncontrolled clinical intervention, compared before - after, in 30 type 2 diabetic patients with CPI2 or CPI3 at the department of OdontoStomatology Bachmai hospital from 2/2012 to 8/2012. The patients were treated with initial periodontal therapy, followed up and evaluated by some indexes such as OHIS, GI and CPITN. **Results:** The proportion of poor oral hygiene significantly reduced from 73.3% to 0%; the ratio of good oral hygiene increased from 0% to 46.7%; the mean of OHIS fell from 4.3 ± 1.2 to 1.3 ± 0.6 ; the differences were statistically significant at $p < 0.001$. The rates of moderate and severe gingivitis were both significantly reduced; the mean of GI fell from 1.5 ± 0.4 to 0.7 ± 0.2 ; the differences were statistically significant at $p < 0.01$. The ratio of CPI1 increased from 0% to 23.3%;

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thuchrmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2017

Ngày duyệt bài: 14.3.2017

the ratio of CPI3 decreased from 56.7% to 16.7%; the differences were statistically significant at $p < 0.01$. Each patient increased from 0 to 4 sextant CPI0 and CPI1; the mean of sextant CPI3 decreased from 1.6 to 0.1. **Conclusions:** Initial periodontal therapy in patients with type 2 diabetes mellitus significantly improved periodontal indexes such as OHIS, GI and CPITN with statistical level $p < 0.01$.

Key words: Initial periodontal therapy, type 2 diabetes mellitus, oral hygiene, gingivitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc phát hiện ĐTD và bệnh QR có mối tương quan sinh học với nhau đã làm thay đổi quan niệm cũ về sinh bệnh học bệnh QR. Các hướng nghiên cứu mới tập chung vào việc xác định các yếu tố nguy cơ của bệnh QR, đồng thời công tác dự phòng và điều trị cũng có nhiều thay đổi khi đã chú trọng hơn tới việc khống chế và loại bỏ các yếu tố nguy cơ có khả năng ảnh hưởng tới sự nhạy cảm của cơ thể trước sự tấn công của các mầm bệnh QR.

Can thiệp bệnh QR trên bệnh nhân ĐTD týp 2 đã được nhiều tác giả nước ngoài quan tâm nghiên cứu. Tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu này cũng không thống nhất. Một số nghiên cứu cho rằng can thiệp bệnh QR ở người ĐTD týp 2 chỉ có tác dụng đơn thuần là cải thiện sức khỏe quanh răng (SKQR) [2]. Ngược lại, một số nghiên cứu khác đã chứng minh rằng: can thiệp tích cực bệnh QR ở bệnh nhân ĐTD týp 2 còn góp phần giúp cải thiện tốt kiểm soát glucose máu ở đối tượng này [3], [4].

Ở Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu can thiệp bệnh QR ở bệnh nhân ĐTD týp 2. Xuất phát từ thực tế trên, nghiên cứu này được tiến hành nhằm đạt được các mục tiêu: "*Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số quanh răng sau điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu.****2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.**

-Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai.

-Nghiên cứu được tiến hành trên các đối tượng có bệnh QR và được chẩn đoán mắc ĐTD týp 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của IDF năm 2005 [5]. Các bệnh nhân hội đủ tiêu chuẩn được can thiệp, theo dõi và đánh giá kết quả từ tháng 2 năm 2012 đến tháng 8 năm 2012.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn: Có bệnh QR với mã CPI cao nhất là CPI 2 và CPI 3.

-Được chẩn đoán mắc ĐTD týp 2 theo IDF - 2005.

- Có ít nhất 4 vùng lục phân còn chức năng.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.
- Có điều kiện tái khám và kiểm tra định kỳ theo yêu cầu của nghiên cứu.
- Hiện tại không mắc các bệnh nội khoa nặng khác mà không thể tự chăm sóc được bản thân.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Những bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.
- Những bệnh nhân không còn đủ ít nhất 4 vùng lục phân còn chức năng.
- Những bệnh nhân có CPI 0, CPI 1 hoặc CPI 4.

2.1.4. Cỡ mẫu: Căn cứ vào các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đã được mời tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, tự so sánh trước sau.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo phần mềm toán thống kê y học Epi-info 6.04

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài.

- Tất cả các đối tượng đều tự nguyện tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân đều được tư vấn VSRM và tiến hành điều trị khởi đầu bệnh QR - là liệu pháp điều trị căn bản nhất trong điều trị bệnh QR, trong khi vẫn được tiến hành điều trị ĐTĐ như thường qui tại bệnh viện.

- Kết quả nghiên cứu sẽ được công bố, đồng thời sẽ đưa ra các khuyến cáo, giúp cho công tác dự phòng và điều trị bệnh QR, đặc biệt là bệnh QR ở người ĐTĐ tít 2 đạt kết quả tốt hơn, góp phần nâng cao chất lượng sống cho các bệnh nhân ĐTĐ tít 2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

- Tuổi thấp nhất là 45; cao nhất là 68. Tuổi trung bình là: $57,6 \pm 5,1$ (tuổi); Tập trung đông nhất là nhóm tuổi từ 45 - 64 với tỷ lệ 76,7%.

- Nam chiếm tỷ lệ 20,0%, nữ chiếm tỷ lệ 80,0%. Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Tỷ lệ nữ/nam = 4

- Thời gian phát hiện mắc ĐTĐ trong vòng 5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 53,3%. Tỷ lệ phát hiện mắc ĐTĐ trên 10 năm chỉ chiếm 16,7%.

Trung bình thời gian phát hiện mắc ĐTĐ là: $6,1 \pm 3,3$ (năm). Theo tiêu chuẩn của WHO năm 2002, tỷ lệ xét nghiệm glucose máu lúc đói và HbA1c xếp loại kém lần lượt là 43,3% và 36,7%. Trung bình glucose máu lúc đói là: $8,4 \pm 4,1$ (mmol/l); Trung bình HbA1c là: $7,2 \pm 1,6$ (%).

3.2. Sự cải thiện một số chỉ số quanh răng sau can thiệp.

3.2.1. Sự cải thiện chỉ số OHIS.

Bảng 3.1 Tình trạng VSRM qua chỉ số OHIS trước và sau can thiệp.

	N	VSRM tốt (OHIS từ 0,1 - 1,2)		VSRM T.B (OHIS từ 1,3 - 3,0)		VSRM kém (OHIS từ 3,1 - 6,0)	
		n	%	n	%	n	%
Trước CT	30	0	0	8	26,7	22	73,3
Sau CT	30	14	46,7	16	53,3	0	0
P		$< 0,001$					

Nhận xét: Trước can thiệp, VSRM kém chiếm tỷ lệ rất cao tới 73,3%, đồng thời không có tỷ lệ VSRM tốt. Sau can thiệp, không còn tỷ lệ VSRM kém, tỷ lệ VSRM tốt tăng đáng kể với 46,7%. Can thiệp giúp cải thiện đáng kể tình trạng VSRM của đối tượng nghiên cứu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.2 Trung bình chỉ số OHIS trước và sau can thiệp.

Thời điểm	n	TB chỉ số OHIS ($\bar{X} \pm SD$)
Trước can thiệp	30	$4,3 \pm 1,2$
Sau can thiệp	30	$1,3 \pm 0,6$
p		$< 0,001$

Nhận xét: Trung bình chỉ số OHIS giảm mạnh sau can thiệp. Sự khác biệt về trung bình chỉ số OHIS của đối tượng nghiên cứu ở thời điểm trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

3.2.2. Sự cải thiện chỉ số GI.

Bảng 3.3 Tình trạng lợi theo chỉ số GI trước và sau can thiệp.

Thời điểm	N	Viêm nhẹ (GI từ 0,1 - 0,9)		Viêm T.B (GI từ 1,0 - 1,9)		Viêm nặng (GI từ 2,0 - 3,0)	
		n	%	n	%	n	%
Trước CT	30	6	20,0	20	66,7	4	13,3
Sau CT	30	22	73,3	8	26,7	0	0
P		$< 0,001$					

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ viêm lợi trung bình và nặng khá cao chiếm tới 80% trong đó tỷ lệ viêm lợi nặng là 13,3%. Sau can thiệp, không còn tỷ lệ viêm lợi nặng. Tình trạng lợi theo chỉ số GI được cải thiện đáng kể sau can thiệp. Sự khác biệt về tình trạng lợi sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3.4 Trung bình chỉ số GI trước và sau can thiệp.

Thời điểm	n	Trung bình chỉ số GI ($\bar{x} \pm SD$)
Trước can thiệp	30	1,5 \pm 0,4
Sau can thiệp	30	0,7 \pm 0,2
p		< 0,01

Nhận xét: Trung bình chỉ số GI giảm đáng kể sau can thiệp. Trung bình chỉ số GI của đối tượng nghiên cứu ở thời điểm trước và sau can thiệp có sự khác biệt với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

3.2.3. Sự cải thiện chỉ số CPITN.

Bảng 3.5 Tình trạng QR qua chỉ số CPITN trước và sau can thiệp.

Thời điểm	N	CPI 1		CPI 2		CPI 3		CPI 4	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Trước CT	30	0	0	13	43,3	17	56,7	0	0
Sau CT	30	7	23,3	18	60,0	5	16,7	0	0
p		< 0,01							

Nhận xét: Trước can thiệp, tỷ lệ CPI 3 cao chiếm tới 56,7%. Sau can thiệp, tỷ lệ CPI 3 giảm mạnh xuống còn 16,7% và không xuất hiện tỷ lệ CPI 4. Sự khác biệt về tình trạng QR qua chỉ số CPITN ở thời điểm trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.6 Số vùng lục phân lành mạnh, có bệnh QR trước và sau can thiệp.

Thời điểm	n	CPI 0		CPI 1		CPI 2		CPI 3		CPI 4		CPI X (Mặt R)	
		T.số vùng	TB	T.số vùng	TB	T.số vùng	TB	T.số vùng	TB	T.số vùng	TB	T.số vùng	TB
Trước CT	30	0	0	6	0,2	123	4,1	48	1,6	0	0	3	0,1
Sau CT	30	24	0,8	99	3,3	51	1,7	3	0,1	0	0	3	0,1

Nhận xét: Trước can thiệp, tổng số vùng lục phân CPI 0 và CPI 1 rất ít. Sau can thiệp, số lượng vùng lục phân CPI 0 và CPI 1 đã tăng lên đáng kể; Đồng thời số vùng lục phân CPI 3 cũng giảm đáng kể (chỉ còn 3 vùng) và không xuất hiện vùng lục phân CPI 4.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự cải thiện chỉ số OHIS: OHIS - chỉ số VSRM đơn giản là tổng của chỉ số cao răng (CIS) và chỉ số cặn bám (DIS). Trước can thiệp, trung bình chỉ số OHIS của đối tượng nghiên cứu là $4,3 \pm 1,2$. Điều này cho thấy hầu hết đối tượng đều có VSRM kém. Tuy nhiên, sau điều trị khởi đầu bệnh QR, tình trạng VSRM đã được cải thiện đáng kể. Bảng 3.1 và 3.2 cho thấy sau can thiệp không còn tỷ lệ VSRM kém, trung bình chỉ số OHIS giảm mạnh từ $4,3 \pm 1,2$ xuống còn $1,3 \pm 0,6$.

Ở đây, nghiên cứu cũng thấy nổi lên một vấn đề là các bệnh nhân ĐTD typ 2 có VSRM kém thường do các nguyên nhân như: lơ là việc chăm sóc bản thân, không biết được tầm quan trọng và mối liên quan giữa SKRM với sức khỏe toàn thân, không biết cách VSRM khoa học, không có thói quen khám và kiểm tra răng miệng định kỳ. Chính vì vậy, việc tuyên truyền giáo dục nha khoa để tăng cường VSRM, nâng cao SKRM cho người ĐTD typ 2 cần phải được tiến hành sâu rộng và thường xuyên mới mong có được những kết quả

khả quan, bởi lẽ cần phải giúp họ không chỉ thay đổi nhận thức mà còn thay đổi cả hành vi nữa.

4.2. Sự cải thiện chỉ số GI: GI là chỉ số lợi, nhằm phản ánh mức độ viêm lợi trên lâm sàng, dựa trên cơ sở màu sắc, trương lực và chảy máu khi thăm dò. Sự cải thiện chỉ số GI sau can thiệp được phản ánh sinh động qua bảng 3.3 và 3.4.

Qua bảng 3.3, sau can thiệp không còn tỷ lệ viêm lợi nặng, đồng thời tỷ lệ viêm lợi trung bình giảm mạnh. Sự khác biệt về tình trạng lợi giữa hai nhóm sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Bảng 3.4 cho thấy trung bình chỉ số GI cũng giảm đáng kể sau can thiệp ($1,5 \pm 0,4$ giảm xuống $0,7 \pm 0,2$).

Trong nghiên cứu này, đối tượng nghiên cứu đã được điều trị khởi đầu bệnh QR, VSRM đã được cải thiện đáng kể nên chỉ số lợi cũng tốt lên là điều dễ lí giải. Mặt khác, ngoài VSRM được tăng cường bởi bệnh nhân được tư vấn các cách VSRM khoa học, được can thiệp lấy cao răng và làm sạch mặt chân răng, thì việc được sử dụng kháng sinh phù hợp, nhằm làm giảm tối đa các mầm bệnh quanh răng, cũng là nhân tố quan

trọng giúp cho tình trạng lợi được cải thiện theo chiều hướng tích cực.

4.3. Sự cải thiện chỉ số CPITN: Chỉ số CPITN do Ainamo đề xuất năm 1982, đã WHO công nhận và áp dụng trên toàn thế giới, nhằm mục đích khám phát hiện và hướng dẫn cá thể hoặc nhóm về nhu cầu điều trị QR. Chỉ số này gồm có hai cách đánh giá: chỉ số quanh răng cộng đồng (CPI: Community Periodontal Index) và nhu cầu điều trị (TN: Treatment Need).

Nghiên cứu này cho thấy, ngoài sự cải thiện chỉ số GI thì chỉ số CPITN cũng được cải thiện đáng kể sau can thiệp. Bảng 3.5 cho thấy trước can thiệp tỷ lệ CPI 3 là 56,7%, không có tỷ lệ CPI 0 và CPI 1. Tuy nhiên, sau can thiệp tỷ lệ CPI 1 đạt 23,3%; đồng thời tỷ lệ CPI 3 giảm xuống còn 16,7%. So sánh kết quả này với một số nghiên cứu can thiệp bệnh QR ở nhóm người bình thường, trong cùng độ tuổi so sánh, thấy không có sự khác biệt. Tác giả Bùi Văn Hân (1990) cho rằng lấy cao răng và hướng dẫn VSRM có tác dụng làm giảm tỷ lệ CPI 2 và CPI 3, kết quả đạt yêu cầu duy trì được tới sau tháng thứ 3. Kết quả so sánh này là khá ngoạn mục, nó không chỉ chứng minh cho quan điểm điều trị khởi đầu là bước điều trị căn bản nhất trong điều trị bệnh QR, mà còn chứng minh can thiệp bệnh QR ở người ĐTĐ tít 2 cũng đạt được kết quả tương tự như ở người không mắc ĐTĐ.

Bảng 3.6 cho thấy trước can thiệp số trung bình vùng lục phân lành mạnh (CPI 0) và vùng lục phân không có cao răng (CPI 1) rất thấp. Tuy nhiên sau can thiệp, trung bình mỗi bệnh nhân có gần 1 vùng lục phân CPI 0 (từ 0 vùng tăng lên 0,8 vùng), có hơn 3 vùng lục phân CPI 1 (từ 0,2 vùng tăng lên 3,3 vùng). Trung bình vùng lục phân CPI 2 và CPI 3 cũng giảm mạnh. Sau can thiệp, trung bình mỗi bệnh nhân có gần 2 vùng lục phân CPI 2 (từ 4,1 vùng giảm xuống còn 2,7 vùng), trung bình vùng lục phân CPI 3 gần như không có (giảm từ 1,6 vùng còn 0,1 vùng), đồng thời không xuất hiện vùng lục phân CPI 4.

Như vậy sau can thiệp, mặc dầu không có bệnh nhân nào có mã số CPI 0 (lợi hoàn toàn lành mạnh) và CPI 1 (chảy máu lợi đơn thuần) chỉ chiếm 23,3%; nhưng xét về trung bình vùng lục phân thì sau can thiệp bình quân mỗi bệnh nhân tới 4 vùng có CPI 0 và CPI 1 và có gần 2 vùng CPI 2 (1,7 vùng), số trung bình vùng lục

phân CPI 3 giảm rất mạnh và gần như bằng 0 (từ 1,6 vùng giảm xuống 0,1 vùng). Với thời gian tái khám sau 3 tháng mà trung bình vùng lục phân có cao răng (CPI 2) vẫn xấp xỉ 2 vùng chứng tỏ cao răng tái tạo khá nhanh, chủ yếu ở vùng răng hàm và răng cửa dưới. Đây cũng là một đặc điểm cần lưu ý để có những khuyến cáo và dẫn dò bệnh nhân tái khám với thời gian phù hợp. Mặt khác, nghiên cứu cũng cho thấy lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng có tác dụng tốt trong việc tái tạo và hình thành bám dính mới. Trung bình vùng lục phân có túi nông (CPI 3) cũng vì thế mà giảm đi đáng kể.

V. KẾT LUẬN

Sau khi nghiên cứu can thiệp quanh răng trên 30 bệnh nhân mắc ĐTĐ tít 2 tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi rút ra kết luận sau: Điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở các bệnh nhân ĐTĐ tít 2 giúp cải thiện đáng kể một số chỉ số quanh răng như OHIS, GI và CPITN với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation** (2009), "Guideline on oral health for people with diabetes", *B-1170 Brussels - Belgium*.
2. **Ainamo JA, Seppala B** (1994), "site-by-site follow-up study on the effect of controlled versus poorly controlled insulin-dependent diabetes mellitus", *J Periodontol*; 21(3): 161-5.
3. **Iwamoto Y, Nishimura F, Nakagawa M, Sugimoto H, Shikata K, Makino H, et al** (2001), "The effect of antimicrobial periodontal treatment on circulating tumor necrosis factor-alpha and glycated hemoglobin level in patients with type 2 diabetes", *J Periodontol*; 72: 774-778.
4. **Lechleitner M, Herold M, Dzien-Bischinger C, Hoppichler F, Dzien A** (2002), "Tumour necrosis factor-alpha plasma levels in elderly patients with type 2 diabetes mellitus-observations over 2 years", *Diabetes Medicine*; 19: 949 - 953.
5. **Tạ Văn Bình** (2006), "Bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu", *Nhà xuất bản Y học*, tr. 24 - 36.
6. **Brochut PF, Marin I, Baehni P, Mombelli A** (2005), "Predictive value of clinical and microbiological parameters for the treatment outcome of scaling and root planing", *J Clin Periodontol*; 32(7): 695-701.
7. **Cugini MA, Haffajee AD, Smith C, Kent RL Jr, Socransky SS** (2000), "The effect of scaling and root planing on the clinical and microbiological parameters of periodontal diseases: 12-month results", *J Clin Periodontol*; 27(1): 30-6.

MÔ TẢ Ý TƯỞNG VÀ HÀNH VI TỰ SÁT Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN TRẦM CẢM NẶNG

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT

Tự sát là một cấp cứu thường gặp trong lâm sàng tâm thần học, đặc biệt là trầm cảm. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng ý tưởng và hành vi tự sát và nhận xét một số yếu tố liên quan đến ý tưởng và hành vi tự sát ở bệnh nhân trầm cảm. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán ICD-10, từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 8 năm 2015. **Kết quả:** Tự sát gặp nhiều nhất ở giai đoạn TC nặng có loạn thần (chiếm tỷ lệ 100%) tiếp theo là RLCTD có loạn thần (88,9%). Các triệu chứng đặc trưng cho trầm cảm nặng có vai trò thúc đẩy tự sát như cảm xúc buồn rầu, bi quan, chán nản, mất hy vọng gặp ở 100% các BN. Nguy cơ của tự sát liên quan đến các yếu tố như bệnh trầm cảm, yếu tố về tâm lý xã hội và các yếu tố ngăn ngừa tự sát. **Kết luận:** ý tưởng và hành vi tự sát thường gặp trong trầm cảm nặng có loạn thần (100% trong rối loạn cảm xúc lưỡng cực, 88,9% trong trầm cảm tái diễn), liên quan chủ yếu trầm cảm tái phát và các yếu tố tâm lý xã hội.

SUMMARY

**DESCRIPTION OF IDEAS AND ACTS
SUICIDE DISORDERS IN PATIENTS
SEVERE DEPRESSION**

Suicide is a common emergency in clinical psychiatry, especially depression. Objective: Describe clinical characteristics and behavior idea of suicide and review a number of factors related to the ideas and behaviors of suicide in depressed patients. Methods: cross-sectional descriptive study, based on diagnostic criteria for ICD-10, from October 2014 to August 2015. Results: Suicide meets the most severe stage of psychosis TC (accounting 100%) followed by RLCTD with psychosis (88.9%). The symptoms characteristic of major depression with suicidal role of promoting feelings as sadness, pessimism, depression, loss of hope found in 100% of patients. The risk of suicide-related factors such as depression, psychological factors and social factors prevent suicide. Conclusion: ideas and suicidal behavior is common in severe depression with psychosis (100% of bipolar disorder, 88.9% in recurrent depression), relating mainly recurrent depression and the psychosocial factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tự sát là một cấp cứu trong lâm sàng tâm thần học. Có nhiều nguyên nhân khác nhau dẫn đến tự sát: do trầm cảm, do các stress tâm lý, do hoang tưởng và ảo giác chi phối, do dọa tự

sát dẫn đến tự sát thực sự. Trầm cảm là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tự sát, nhiều nghiên cứu cho thấy có tới 75% số trường hợp tự sát có liên quan đến rối loạn trầm cảm, trong đó 2/3 là trầm cảm có loạn thần và 10-15% bệnh nhân tự sát thành công. Tự sát có thể xảy ra ở mọi loại trầm cảm nhưng phổ biến hơn cả (nguy cơ cao) ở bệnh nhân có rối loạn trầm cảm nặng. Một số bệnh nhân tự sát được phát hiện và cứu sống, song nguy cơ tái tự sát là rất cao. Ở Việt Nam đã có một số nghiên cứu về tự sát trên các bệnh tâm thần nói chung nhưng cho tới nay chưa có công trình nào nghiên cứu về ý tưởng và hành vi tự sát ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm nặng, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với các mục tiêu nghiên cứu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng ý tưởng và hành vi tự sát ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm nặng.*
2. *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến ý tưởng và hành vi tự sát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 56 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm nặng có ý tưởng và hành vi tự sát theo ICD-10, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Tâm thần Trung ương I, từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 8 năm 2015. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học, có sử dụng chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Trong 56 bệnh nhân, nam chiếm 30 và nữ là 26. Tuổi trung bình $32,71 \pm 12,82$. Người độc thân gặp cao nhất với 34 BN (chiếm 60,7%).

*Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: drdungbm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2017

Ngày duyệt bài: 14.3.2017

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân có hành vi tự sát ở các thể bệnh

Thể bệnh	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
F32.2 = 8	1	12,5	4	50,0	5	62,5
F32.3 = 16	7	43,8	3	18,8	10	62,5
F33.2 = 12	3	25,0	4	33,3	7	58,3
F33.3 = 9	6	66,7	2	22,2	8	88,9
F31.4 = 4		0,0	1	25,0	1	25,0
F31.5 = 7	5	71,4	2	28,6	7	100,0
Cộng = 56	22	39,3	16	28,6	38	67,9

Số BN rối loạn cảm xúc lưỡng cực F31.5 chiếm tỷ lệ tự sát cao (100%).

2. Các yếu tố liên quan đến ý tưởng và hành vi tự sát

Bảng 2: Các yếu tố lâm sàng liên quan đến hành vi tự sát

Yếu tố liên quan	Hành vi TS	Có hành vi TS	Không có hành vi TS	OR (95% CI)	P
	Tái phát TC	Có	26 (46,2%)	7 (12,5%)	3,4
	Không	12 (21,4%)	11 (19,6%)	0,92<OR<13,02	
Hoang tưởng bị tội	Có	27 (48,1%)	7 (12,5%)	3,86	<0,05
	Không	11 (19,6%)	11 (19,6%)	1,03<OR<14,98	
Lạm dụng chất	Có	20 (35,7%)	4 (7,1%)	3,89	<0,05
	Không	18 (32,1%)	14 (25,0%)	0,94<OR<17,25	
Trầm cảm nặng - Beck		28,13±7,01	23,94±5,74	$\bar{u}^2 = 4,9243$	<0,05
Mức độ YTTS - Miller		33,95±5,89	22,78±4,26	$\bar{u}^2 = 23,3594$	<0,01

Trong số các bệnh nhân trầm cảm tái phát, số BN có hành vi TS nhiều gấp 3,4 lần số bệnh nhân không có hành vi tự sát. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở bệnh nhân có lạm dụng chất số BN có hành vi tự sát nhiều gấp 3,89 số bệnh nhân không có hành vi tự sát. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ trầm cảm biểu hiện bằng test Beck và mức độ ý tưởng TS bằng thang Miller ở nhóm bệnh nhân có hành vi tự sát nặng nề hơn nhóm không có hành vi tự sát. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Các yếu tố tâm lý xã hội liên quan đến tự sát

Yếu tố liên quan	Hành vi TS	Có hành vi TS	Không có HVTS	OR (95% CI)	P
	Giới	Nam	22	8	1,72
	Nữ	16	10	0,48<OR<6,21	
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	10	11	4,4	<0,05
	Ly hôn, độc thân	28	7	1,16<OR<17,41	
Sang chấn tâm lý	Có	18	3	4,5	<0,05
	Không	20	15	0,98<OR<23,49	

Nhóm độc thân ở những BN có HVTS nhiều gấp 4,4 lần số BN có gia đình không có HVTS. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nhóm BN có sang chấn tâm lý có HVTS nguy cao gấp 4,5 lần số BN không có sang chấn tâm lý. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4: Các yếu tố ngăn ngừa tự sát

Các yếu tố NNTS	Hành vi TS	Có hành vi TS	Không có hành vi TS	OR (95% CI)	P
	Sự tuân thủ ĐT của người bệnh	Có	7	9	0,23
	Không	31	9	0,05<OR<0,91	
Hỗ trợ của gia đình	Có	1	13	0,16	<0,05
	Không	27	5	0,04<OR<0,63	
Được điều trị đầy đủ	Có	7	9	0,23	<0,05
	Không	31	9	0,05<OR<0,91	

Những bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt thì có tỷ lệ tự sát ít hơn 0,23 lần so với những bệnh nhân không tuân thủ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong số các BN trầm cảm nặng được điều trị kịp thời thì số có

hành vi tự sát ít hơn 0,23 lần so với người không có hành vi tự sát. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng YT và HVTS ở các bệnh nhân nghiên cứu: Bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực, hiện tại giai đoạn trầm cảm nặng có loạn thần chiếm tỷ lệ tự sát cao gặp ở nam. Tiếp theo là RLCTD hiện tại giai đoạn nặng có LT chiếm 88,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Rihmer A (2008) với 1/3 số bệnh nhân trầm cảm đơn cực và 2/3 số bệnh nhân rối loạn cảm xúc lưỡng cực hiện tại trầm cảm có hành vi tự sát.

4.2. Các yếu tố liên quan đến ý tưởng và hành vi tự sát

Mức độ ý tưởng tự sát: Khi sử dụng thang Miller để đánh giá mức độ YTTS cho thấy điểm trung bình của thang Miller ở nhóm có HVTS cao hơn hẳn so với nhóm không có HVTS. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cao với $p < 0,01$. Ý tưởng tự sát là thường xuyên có trong trầm cảm, trong đa số các trường hợp người bệnh nói YTTS của mình trước khi chuyển qua hành động. YTTS càng mãnh liệt thì nguy cơ TS càng cao. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với Kaplan H.I. (1994) khi nhận định là ý tưởng tự sát càng trầm trọng thì càng dễ dẫn đến HVTS.

Các yếu tố tâm lý xã hội liên quan đến hành vi tự sát: Giới tính ít có liên quan đến hành vi tự sát. Sự khác biệt về giới không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo Đào Hồng Thái (2007), khảo sát hồi cứu tại Trung tâm sức khỏe Tâm thần Thành phố Hồ Chí Minh: với 205 bệnh nhân loạn thần có ý tưởng và hành vi tự sát thấy nam chiếm 59,5%, nữ chiếm 40,5%. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ nam và nữ chênh lệch không đáng kể. Tác giả Oyama H (2010) khi nghiên cứu nguy cơ TS ở bệnh nhân TC đã cho rằng, bệnh nhân TC nam có nguy cơ TS cao hơn bệnh nhân nữ.

Tình trạng hôn nhân: phân tích các yếu tố tâm lý xã hội có liên quan đến hành vi tự sát ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm nặng cho chúng tôi thấy nhóm độc thân ở những BN có HVTS nhiều gấp 4,4 lần số BN có gia đình không có HVTS. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đào Hồng Thái thấy những người độc thân chiếm 74%, có gia đình 26%, trong số liệu này không phân biệt được ý tưởng và hành vi tự sát.

Các sang chấn tâm lý: nhóm bệnh nhân có sang chấn tâm lý có hành vi tự sát cao gấp 4,5 lần số bệnh nhân không có sang chấn tâm lý. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nguyễn Hữu Kỳ (1996) cho rằng mâu thuẫn gia đình gặp trong 80,7% số trường hợp tự sát, mâu thuẫn tại cơ quan chỉ chiếm 3,6%, mâu thuẫn xã

hội chiếm 2,2%, bệnh mạn tính gặp ở 1,2%, có thai ngoài ý muốn gặp ở 0,5% số trường hợp. Tác giả cho rằng chỉ một tỷ lệ nhỏ (11,8%) bệnh nhân là không có chấn thương tâm lý.

4.3. Các yếu tố ngăn ngừa hành vi tự sát

Sự tuân thủ điều trị của người bệnh: Theo Pompili. M. (2008) sự hợp tác điều trị của bệnh nhân có liên quan đến vấn đề nhận thức về bệnh và vai trò của điều trị góp phần làm giảm nguy cơ tự sát. Bệnh nhân càng có ý thức hợp tác điều trị tốt thì ý tưởng tự sát càng ít và nguy cơ thực hiện hành vi tự sát càng giảm.

Hỗ trợ của gia đình và xã hội: Tác giả Au AC (2009) khi nghiên cứu về vai trò của gia đình và xã hội đối với tự sát đã kết luận rằng các bệnh nhân có sự giúp đỡ tốt từ gia đình và xã hội thì nguy cơ tự sát sẽ giảm nhiều. Freitas G.V. và cộng sự (2002) khi nghiên cứu trầm cảm và tự sát ở những cô gái trẻ có thai thấy những cô không có bạn trai và ít nhận được sự quan tâm chăm sóc của gia đình và xã hội thì tỷ lệ tự sát cao.

Bệnh nhân được điều trị hợp lý: Nghiên cứu của T. W. Haywood (1995) khi cho rằng những bệnh nhân không được điều trị duy trì đầy đủ có nguy cơ tái phát cao dẫn đến tăng tỷ lệ tự sát. Gaudiano BA. (2005) cho rằng việc theo dõi và điều trị tiếp tục cho các bệnh nhân này là rất cần thiết tránh tái phát. Gonda X. và cộng sự (2007) cho thấy có rất nhiều bệnh nhân tự sát vì họ không được điều trị đầy đủ. Tác giả kết luận rằng để tăng cường công tác phòng chống tự sát, điều quan trọng là tăng cường công tác đào tạo cho các bác sỹ tâm thần, nhất là các bác sỹ đa khoa trong việc chẩn đoán và điều trị rối loạn trầm cảm, đặc biệt những người có ý tưởng và hành vi tự sát. BNTC nặng nếu không được ĐT đầy đủ bởi các thành tố trên, khả năng xuất hiện YT và HVTS nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu khác, trong công tác quản lý điều trị bệnh nhân rối loạn trầm cảm nặng, rất cần phải giải thích cho mọi thành viên trong gia đình của bệnh nhân có rối loạn trầm cảm về nguy cơ tự sát cao của bệnh nhân đã có HVTS để họ biết cách chăm sóc, quản lý và phát hiện sớm YT và HVTS của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

1. Tự sát gặp nhiều nhất ở RLCXLC hiện tại giai đoạn TC nặng có loạn thần (chiếm tỷ lệ 100%), tiếp theo là RLCTD có loạn thần (88,9%). Các triệu chứng đặc trưng cho trầm cảm nặng có vai trò thúc đẩy tự sát như cảm xúc

buồn rầu, bi quan, chán nản, mất hy vọng gặp ở 100% các trường hợp.

2. Các yếu tố liên quan đến YT và HV tự sát:
Bệnh trầm cảm: Trầm cảm tái phát có tỷ lệ tự sát cao gấp 3,4 lần. Trầm cảm có loạn thần nguy cơ tự sát cao hơn trầm cảm không có loạn thần 3,68 lần. *Các yếu tố về tâm lý xã hội:* Những người độc thân, ly hôn có nguy cơ tự sát cao gấp 4,4 lần. Những bệnh nhân có sang chấn tâm lý nguy cơ TS cao gấp 4,5 lần so với bệnh nhân không có sang chấn tâm lý. *Các yếu tố ngăn ngừa tự sát:* Nguy cơ tự sát thấp hơn ở bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt, có sự quan tâm, giúp đỡ của gia đình và được điều trị hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Kỳ (1996), *Nghiên cứu sự liên quan giữa yếu tố ngoại lai, nhân tố tâm lý và nhân tố*

bệnh tâm thần ở những người toan tự sát, Luận án tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr 45-70.

2. Au AC, Lau S, Lee M.T. (2009), "Suicide ideation and depression: the moderation effects of family cohesion and social self-concept". *Adolescence*. Winter press;44(176):851-868.
3. Gelder M., Gath D., Mayor R. (1988). "Affective disorders", *Oxford textbook of Psychiatry*, (Second edition), p. 268-323.
4. Guillaume S, Jaussent I, Jollant F, et al. (2010), "Suicide attempt characteristics may orientate toward a bipolar disorder in attempters with recurrent depression", *J Affective Disorders*. Apr;122(1-2):53-59.
5. Pompili M, Innamorati M, Raja M, et al. (2008), "Suicide risk in depression and bipolar disorder: Do impulsiveness-aggressiveness and pharmacotherapy predict suicidal intent", *Neuropsychiatr Dis Treat*, (Feb;4(1)), pp. 247-255.
6. Yoshimura R. (2007). "Treatment of depression from the point of view of suicide prevention", *Seishin Shinkeigaku Zasshi*.109(9):822.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH GIÃN TĨNH MẠCH TINH BẰNG KỸ THUẬT SANDWICH KẾT HỢP COIL VÀ KEO TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Văn Khánh*, Bạch Nguyễn Trà My**, Nguyễn Xuân Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng kỹ thuật sandwich kết hợp coil và keo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán và can thiệp thành công giãn tĩnh mạch tinh tại Bệnh viện Bạch Mai từ 12/2014 đến 6/2016, các bệnh nhân được khám lâm sàng, làm tinh dịch đồ, siêu âm ở thời điểm trước nút mạch và sau nút mạch 6 tháng. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình 22,6 tuổi, lý do vào viện chủ yếu là đau tức bìu chiếm 76,7%. Kết quả sau 6 tháng điều trị tất cả bệnh nhân đều giảm triệu chứng đau, thang điểm đau Vas giảm từ 6,7 điểm xuống 1,2 sau 6 tháng, $p < 0,05$. Mật độ tinh trùng tăng lên từ 10 triệu/ml lên 21 triệu/ml, độ di động tinh trùng tăng từ 27% lên 55%, $p < 0,05$. Đường kính tĩnh mạch tinh trở về giới hạn bình thường và không còn dòng trào ngược khi làm Valsava sau 6 tháng. Không có các biến chứng lớn hay nhỏ trong quá trình can thiệp và 6 tháng sau can thiệp. **Kết luận:** Điều trị can thiệp nội mạch với kỹ thuật sandwich kết hợp coil và keo trong điều trị giãn tĩnh mạch tinh là an toàn và hiệu quả cao.

SUMMARY

RESULTS OF INTERVENTION INTERVENTION TREATMENT RESULTS THE SANDWICH MECHANISM OF SANDWICH COIL AND CLEAR COMBINATION AT BACH MAI HOSPITAL

Purpose: Assessing the result of varicocele endovascular intervention by sandwich technique combining coil and hystocryl (glue). **Methods and objectives:** 30 patients were diagnosed and treated successfully at Bach Mai hospital from 12/2014 to 6/2016, they were examined, performed semen analysis and ultrasound at before and after 6 months of embolization. **Result:** The average age of 22.6 years old, the hospitalized reasons is mainly scrotal pain, with 76.7%. After 6 months of treatment, all patients have pain reduction, the pain scores decreased from 6.7 points to 1.2, $p < 0.05$. Increasing sperm concentration from 10 million/ml to 21 million/ml, sperm mobility increased from 27% to 55%, $p < 0.05$. Spermatic vein diameter returns to normal limits and have no reflux line after 6 months. No major or minor complications during the

intervention and 6 months after intervention. **Conclusion:** Embolization of spermatic vein with technique sandwich combined coil and glue to treat varicocele is safe and high effective.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn tĩnh mạch tinh là bệnh lý gây ra bởi sự trào ngược dòng máu tĩnh mạch vào tĩnh mạch tinh, hậu quả là sự giãn các tĩnh mạch ở bìu tạo thành búi ngoằn ngoèo. Ước tính có 9-15% nam giới bị giãn tĩnh mạch tinh, và ngày nay được xem là nguyên nhân gây vô sinh hàng đầu ở nam giới [1][2][3]. Nguyên nhân do tĩnh mạch tinh trái dẫn lưu máu từ tinh hoàn về tĩnh mạch thận trái, khi có sự suy van hoặc thiếu hụt các van máu tĩnh mạch cùng một số sản phẩm chuyển hóa, prostaglandin sẽ trào ngược về tinh hoàn làm biến đổi tinh hoàn, kết quả làm biến đổi số lượng - chất lượng tinh trùng. Một số nghiên cứu đã chỉ ra tầm quan trọng của việc điều trị giãn tĩnh mạch tinh ở tuổi thiếu niên để tránh vô sinh ở tuổi trưởng thành [4]. Phương pháp điều trị giãn tĩnh mạch tinh kinh điển là phẫu thuật thắt tĩnh mạch tinh bằng nội soi hoặc mổ mở. Tuy nhiên phương pháp này bệnh nhân phải trải qua cuộc gây mê hoặc gây tê tùy sống, tỷ lệ tái phát của phương pháp này còn cao [5]. Hiện nay với sự tiến bộ của điện quang can thiệp, phương pháp can thiệp nội mạch bằng sự kết hợp vật liệu coil và keo để điều trị cho giãn tĩnh mạch tinh cho thấy nhiều ưu điểm và có thể khắc phục được nhược điểm của phẫu thuật, hay nút mạch bằng keo hoặc coil thông thường, do đó ngày càng được chỉ định rộng rãi ở các bệnh viện lớn, trong đó có Bệnh viện Bạch Mai.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tổng số 30 bệnh nhân được chẩn đoán giãn tĩnh mạch tinh bên trái, có đầy đủ các xét nghiệm chẩn đoán cơ bản (siêu âm doppler tĩnh mạch tinh, xét nghiệm tinh dịch đồ), và xét nghiệm đánh giá tình trạng chung. Bệnh nhân được giải thích và đồng ý chọn phương pháp điều trị can thiệp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả can thiệp, hồi cứu và tiến cứu

Các biến số nghiên cứu: đặc điểm đau trước và sau nút theo thang điểm Vas, siêu âm doppler

*Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai

** Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền

Email: drhuykhanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017

Ngày duyệt bài: 22.3.2017

trước và sau nút 6 tháng, chất lượng tinh dịch đồ trước và sau nút 6 tháng (mật độ tinh trùng, độ di động tinh trùng).

2.3. Thủ thuật nút tĩnh mạch tinh

Chụp tĩnh mạch: Chọc tĩnh mạch đùi. Tiến hành dùng Sonde 4-5F có đầu cong chụp tĩnh mạch thận trái trong lúc làm nghiệm pháp Valsalva với liều cản quang 7-15ml tốc độ 5ml/s. Mục đích xác định điểm xuất phát của tĩnh mạch tinh và các biến thể giải phẫu tĩnh mạch tinh trái nếu có. Sau đó dùng microcather 2.7F đưa xuống đoạn thấp của tĩnh mạch tinh ngang mức lỗ bẹn sâu để chụp đánh thêm mức độ trào ngược và các nhánh bên, để phân độ các type đưa ra chiến lược điều trị.

Gây tắc tĩnh mạch tinh: Có một số phương pháp gây tắc mạch đã được tiến hành, tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng kỹ thuật sandwich kết hợp giữa vật liệu coil và keo hystocryl. Coil được tắc ở ngang mức lỗ bẹn sâu, tùy thuộc mức độ giãn của mạch để chọn kích thước coil, mục đích ngăn không cho kéo di chuyển sâu phía dưới, sau đó dùng keo hystocryl pha với lipiodol bơm phía trên với tỷ lệ 1/4 (0.5 ml hystocryl/ 2ml lipiodol), sau đó tiến hành thả coil phía trên vị trí bơm keo mục đích giữ keo.

Tuần hoàn sau khi nút mạch: Sau khi tĩnh mạch tinh bị tắc, các tĩnh mạch dẫn lưu máu từ đám rối tĩnh mạch ở bìu sẽ theo các tĩnh mạch nhỏ dẫn lưu máu về tĩnh mạch chậu trong.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tuổi.

Nhóm tuổi	18-24	25-35	36-50
Số bệnh nhân/tỷ lệ (%)	24/80	5/16	1/4
Min/Max	16/52		
Tuổi trung bình (n=30)	22,6		

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,6 tuổi. Tuổi lớn nhất là 52 tuổi, thấp tuổi nhất là 16 tuổi.

3.2. Lý do vào viện

Lý do	Số bệnh nhân (n =30)	Tỷ lệ (%)
Đau tức bìu	23	76,7
Vô sinh	5	16,7
Cả hai	2	6,6
Số bệnh nhân bị biến đổi tinh dịch đồ	13	34%

Nhận xét: Lý do vào viện chủ yếu của bệnh nhân là đau tức bìu chiếm 76,7%. Số bệnh nhân bị biến đổi tinh dịch đồ trong số bệnh nhân được nút mạch chiếm tỷ lệ cao 34%.

3.4. Mức độ đau theo thang điểm Vas của bệnh nhân trước nút mạch.

Số điểm	Số bệnh nhân (n=25)	Tỷ lệ (%)
Đau nhẹ (1-3)	6	24
Đau vừa (4-7)	15	60
Đau nặng (8-10)	4	16

Nhận xét: Bệnh nhân có đau bìu chủ yếu là nhóm đau vừa chiếm tỷ lệ 60%.

3.4. Đường kính tĩnh mạch tinh trước nút mạch trước có và không làm valsalva.

Siêu âm (n=30)	Không valsava	Có valsava
Đường kính trung bình (mm)	2,8	3,9
Min/ Max (mm)	2,6/3,7	3,5/5,7

Nhận xét: đường kính tĩnh mạch tinh trước trước Valsava và sau Valsava là 2,8mm và 3,9mm, dao động từ từ 2,6mm và 5,7mm.

3.5. Phân độ giãn tĩnh mạch tinh dựa vào Dubin và Amelar

Mức độ	I	II	III
Số bệnh nhân (n=30)	18	10	2
Tỷ lệ (%)	60	30	10

Nhận xét: trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh ở nhóm I, II chiếm 90%, chỉ có 2 bệnh nhân chiếm 10% nặng hơn thuộc nhóm III.

3.5. Phân loại giãn tĩnh mạch tinh trên chụp DSA theo Bahren 1983

Type	I	II	III	IV	V
Số bệnh nhân (N=30)	15	3	10	1	1
Tỷ lệ (%)	50	10	33,4	3,3	3,3

Nhận xét: Trong nghiên cứu chủ yếu là giãn type I và III với 50% và 33,4%.

3.6. Mức độ giảm triệu chứng đau tức bùi sau nút mạch 6 tháng.

Thang điểm đau (Vas) (n=25)	Trước nút mạch	Sau nút mạch 6 tháng
Điểm trung bình	6,7	1,2
Tỷ lệ giảm (%)		80
P		< 0,05

Nhận xét: Bệnh nhân có thang điểm đau trung bình trước nút mạch là 6,7 điểm, sau nút mạch giảm 80% so với trước nút chỉ còn 1,2 điểm, với $p < 0,05$.

3.7. Mức độ giảm triệu chứng đau của từng nhóm.

Thang điểm đau (Vas) (n=25)	Trước nút mạch	Sau nút mạch 6 tháng	Tỷ lệ giảm %	P
Nhóm đau nhiều (8-10) (1)	9,2	1,3	86	$P(1,3) < 0,05$
Nhóm đau trung bình (4-7) (2)	5,3	1,6	69,8	$P(2,3) < 0,05$
Nhóm đau ít (1-3) (3)	2,1	0,9	57	$P3 < 0,05$

Nhận xét: có sự khác biệt khi so sánh mức độ giảm đau của nhóm đau nhiều, đau trung bình với nhóm đau ít với $p < 0,05$.

3.8. Tinh dịch đồ trước và sau 6 tháng nút mạch

Công thức tinh dịch đồ (n=13)	Trước nút mạch	Sau nút mạch 6 tháng	P
Mật độ tinh trùng (triệu/ml)	10 +/- 8,2	21 +/- 13,5	<0,05
Độ di động (%)	27 +/- 12,5	55 +/- 8,1	<0,05

Nhận xét: Mật độ tinh trùng, độ di động tinh trùng trước nút mạch tương ứng là 10 triệu/ml và 27%. Sau nút mạch 6 tháng có sự tăng lên đáng kể có ý nghĩa thống kê với mật độ tinh trùng là 21 triệu/ml, và độ di động là 55%, $p < 0,05$.

3.9. Siêu âm doppler sau nút mạch 6 tháng.

Đặc điểm	Đường kính (mm)	Valsava
Trước nút mạch	3-6	Có
Sau 6 tháng nút mạch	< 2,5	Không

Nhận xét: Sau nút mạch sau 6 tháng, tất cả bệnh nhân đều có đường kính tĩnh mạch tinh trở về bình thường và không còn dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp Valsava.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trước nút mạch.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 22,6 tuổi, thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất 52 tuổi, trong đó nhóm tuổi từ 18-24 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 80%. Lý do bệnh nhân đến khám chủ yếu là đau tức bùi trái đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất với 76,7%, ở nhóm này chủ yếu là bệnh nhân đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất với 60% (15/25 số bệnh nhân đau tức bùi), số bệnh nhân bị biến đổi tinh dịch đồ bao gồm giảm mật độ tinh trùng, độ di động tinh trùng, chiếm tỷ lệ khá cao 34%, kết quả tương đồng với nghiên cứu của Gandini [6]. Kết quả siêu âm ở các nhóm bệnh nhân được nút giãn tĩnh mạch tinh cho

thấy đường kính trung bình tĩnh mạch tinh giãn trước Valsava là 2,8mm, sau Valsava là 3,9mm, như vậy đường kính tĩnh mạch tinh trước nút đều lớn hơn 2.5mm, và dao động trong khoảng 3-6mm. Dựa vào lâm sàng và siêu âm doppler có thể phân loại mức độ của giãn tĩnh mạch tinh thành 3 type theo Dubin và Amelar, theo đó trong nghiên cứu chúng tôi gặp chủ yếu là type I với 60% và type II với 30%. Trong số các bệnh nhân được nút mạch có tới 15 bệnh nhân có biến đổi về tinh dịch đồ chú ý nhất là sự di động của tinh trùng, đây là yếu tố chính để có thai. Như vậy chỉ với dấu hiệu đau tức bùi bệnh nhân đã có biến đổi về tinh dịch đồ, nếu muộn hơn những thay đổi này sẽ đáng kể và có thể gây vô sinh.

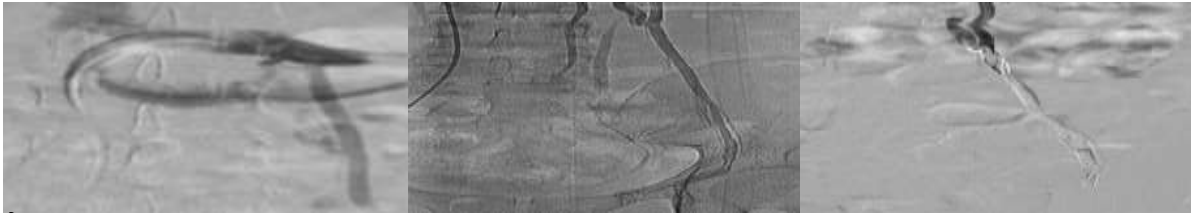


Anh 1: Siêu âm bệnh nhân trước nút, thứ tự là trước làm Valsava trên siêu âm 2D, sau Valsava trên siêu âm 2D, sau Valsava có trào ngược khi phổ màu.

4.2. Kết quả chụp mạch và vật liệu sử dụng nút mạch.

Hình thái giải phẫu giãn tĩnh mạch tinh dựa trên bảng phân loại của Bahren 1983 chia thành 5 type, theo đó trong nghiên cứu của chúng tôi type I chiếm 50%, và type III chiếm 33,4%, ít gặp các type còn lại, đặc biệt trong nhóm type III có tới 4 bệnh nhân đã có tiền sử mổ và tái phát. Về vật liệu nút mạch, tất cả bệnh nhân đều được kết hợp giữa thả coil và bơm keo. Dựa vào siêu âm, tĩnh mạch tinh giãn từ 3-6mm, và kết hợp đo đường kính tĩnh mạch tinh giãn trên chụp tĩnh mạch tinh trên DSA, đường kính coil đầu đặt

ở lỗ bẹn sâu có đường kính 6-8mm, coil phía trên vị trí bơm keo thường chọn coil 8-12mm, tùy vào mức độ giãn tĩnh mạch của bệnh nhân. Số lượng coil trung bình 2,2 coil/ bệnh nhân. Việc kết hợp bơm keo thay vì thả coil đơn độc sẽ làm giảm số lượng coil, giảm chi phí cho bệnh nhân, thay vì sử dụng coil đơn thuần, bên cạnh đó việc dùng coil chặn đầu dưới sẽ làm cho keo không di chuyển sâu xuống vùng bìu bẹn, hạn chế các tác dụng phụ sau nút mạch như viêm tinh hoàn, tràn dịch tinh hoàn như một số tác giả khác đã công bố khi chỉ sử dụng chất gây xơ (keo) không [7].



Ảnh 2: Bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh typ III theo Bahren 1983 được nút tắc tĩnh mạch tinh theo kỹ thuật Sandwich. Trên hình lần lượt là chụp gốc tĩnh mạch thận, chụp chọn lọc tĩnh mạch tinh, và chụp kiểm tra sau nút tắc.

4.3. Kết quả điều trị sau 6 tháng nút mạch.

Trên siêu âm doppler sau 6 tháng tất cả các bệnh nhân không còn bị giãn tĩnh mạch tinh, đường kính tĩnh mạch tinh < 2.5mm, và không còn dòng trào ngược khi làm nghiệm pháp valsava.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 15 bệnh nhân có thay đổi tinh dịch đồ. Và sau 6 tháng sự cải thiện về tinh dịch đồ là khá đáng kể, cụ thể mật độ tinh trùng tăng từ 10 triệu lên 21 triệu tinh trùng/ml, với $p < 0,05$, độ dị động tinh trùng tăng lên từ 27% lên 55%, với $p < 0,05$. Kết quả này cũng khá tương đồng với một số tác giả khác [3, 5]. Như vậy có thể thấy rằng nút mạch cho những bệnh nhân giãn tĩnh mạch tinh có thể giúp cải thiện về số lượng, sự di động cũng như số lượng tinh trùng sống. Tuy nhiên do thời gian theo dõi còn ngắn nên chúng tôi chưa đánh giá về khả năng có con của những bệnh nhân đến khám vì vô sinh hay có thay đổi tinh dịch đồ.

4.4. Tỷ lệ tái phát, tác dụng phụ và biến chứng: Trên thế giới đã có một số báo cáo về tỷ lệ tái phát sau điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng can thiệp từ 0-8%[6], tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi hiện tại chưa gặp bệnh nhân có tái phát sau điều trị có thể do thời gian nghiên cứu của chúng tôi còn ngắn, và số lượng bệnh nhân chưa nhiều. Các tác dụng phụ thường gặp đã được một số tác giả báo cáo thường gặp là viêm đám rối tĩnh mạch tinh hay tràn dịch màng tinh hoàn, những biến chứng này do chất

gây xơ trào vào đoạn xa của tĩnh mạch tinh. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi chưa phát hiện biến chứng nào, có thể do chúng tôi dùng coil chặn đầu nên keo không trào được đến đoạn xa của tĩnh mạch tinh.

V. KẾT LUẬN

Điều trị giãn tĩnh mạch tinh bằng phương pháp nút mạch sử dụng kỹ thuật sandwich kết hợp thả coil và bơm keo là phương pháp an toàn, hiệu quả, giảm – hết triệu chứng đau tức bìu cùng như tăng mật độ cũng như độ di động tinh trùng từ đó làm giảm tỷ lệ vô sinh ở người trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berger OG, *Varicocele in adolescence*. ClinPediatr (Phila), 1998. **19**:(810-811).
2. Aziz N, Agarwal A, Nallella KP, et al. *Relationship between epidemiological features and aetiology of male infertility as diagnosed by a comprehensive infertility service provider*. Reprod Biomed Online, 2006. **12**: p. 209-214.
3. Bigot JM and et al. *Trait ment endovasculaire des varicocèles*. Radiodiagnosis – Urologie-Gynécologie, 2003(34-450-D).
4. Kurgan A, Nunnelee J., Zilberman M. *The importance of the early detection of varicocele in adolescent males*. 1994. **19**: p. 36-37.
5. Homonnai ZT, Engelhard Y, Rudberg Z, David MP, Paz G. *Varicolectomy and male fertility: comparison of semen quality and recurrence of varicocele following varicolectomy by two techniques*. Int J Androl 1997. **3**: p. 447-458.

6. Roberto Gandini and et al. *Transcatheter foam sclerotherapy with sodium tetradecyl sulfate--outcome in 244 patients*. Radiology, 2008. **246**: p. 2.

7. Kian-Hiong Tay and et al. *Selective Spermatic Venography and Varicocele Embolization in Men with Circumcotic Left Renal Veins*. Journal vascular interventional radiology 2002. **13**: p. 739-742.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KHÓA ĐÀO TẠO KỸ NĂNG GIAO TIẾP QUA Ý KIẾN CỦA ĐIỀU DƯỠNG

Lê Thu Hòa*

TÓM TẮT

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:** *Nghiên cứu phản hồi của điều dưỡng về khóa học "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế"*. **Kết quả:** Khóa học đã đào tạo kiến thức cập nhật về KNGT (99%), với những nội dung thú vị (98%) và áp dụng được vào thực tế làm việc tại bệnh viện (100%); Học phần thực hành Kỹ năng giao tiếp rất cần thiết để điều dưỡng rèn luyện kỹ năng ngay trong khóa học (98.5%). Khóa học đã giúp tăng cường KNGT của điều dưỡng (99.5%). Giảng viên khóa học có phương pháp sư phạm tốt (99.5%), kỹ năng giao tiếp với học viên và kỹ năng tích cực hóa học viên tốt (99.5%)%. Giảng viên thực hiện bài giảng đạt hiệu quả cao (100%). **Kết luận:** Khóa 1 "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" đã được phát triển với những nội dung và phương pháp dạy-học thích hợp để đào tạo giao tiếp, ứng xử cho điều dưỡng tại bệnh viện.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF TRAINING COURSE ON COMMUNICATION SKILLS THROUGH NURSES' OPINIONS

The study was conducted with 199 nurses at Hanoi Medical University Hospital after completing the 1st training course of "Communication skills for health workers". **Objective:** *To study feedback from nurses on training course of "Communication skills for health workers"*. **Results:** The course has provided an update knowledge of communication skills (99%), with interesting contents (98%) as well as had the ability to apply in practice in hospital (100%); Module practice of communication skills was essential for nurses to practice skills within courses (98.5%). The course has helped strengthen communication skills for nurses (99.5%). Lecturers have good teaching methods (99.5%). They communicated and encouraged learners very well (99.5%)%. Lecturers implemented lectures quite well (100%). **Conclusion:** The 1st course of "Communication skills for health workers" were developed with appropriate contents

* Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Hòa

Email: lethuhua@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2017

Ngày duyệt bài: 13.3.2017

and teaching-learning methods in order to train communication skills for nurses in hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương trình tổng thể cải cách hành chính nhà nước giai đoạn 2011-2020 đã nêu rõ "sự hài lòng của cá nhân đối với dịch vụ do đơn vị sự nghiệp công cung cấp trong lĩnh vực y tế được kỳ vọng sẽ đạt tới mức trên 60% vào năm 2015 và trên 80% vào năm 2020 [1]. Trong chăm sóc sức khỏe, sự hài lòng của người bệnh không chỉ phụ thuộc vào hiệu quả chẩn đoán, điều trị bệnh, mà còn liên quan đến thái độ giao tiếp, ứng xử của nhân viên y tế.

Đào tạo liên tục để nâng cao năng lực chuyên môn là một nhiệm vụ đối với mọi bác sĩ, điều dưỡng. Kỹ năng giao tiếp là một môn học trong chương trình đào tạo bác sĩ và điều dưỡng chính quy tại trường Đại học Y Hà Nội. Khóa "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" đã được bộ môn Giáo dục y học và Kỹ năng tiền lâm sàng của trường Đại học Y Hà Nội phát triển để thực hiện đào tạo liên tục cho bác sĩ, điều dưỡng tại các cơ sở y tế. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Nghiên cứu phản hồi của điều dưỡng về khóa học Kỹ năng giao tiếp* nhằm cung cấp bằng chứng để điều chỉnh chương trình đào tạo kỹ năng giao tiếp ngày càng đạt hiệu quả tốt hơn.

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

2.4. *Công cụ:* Bộ câu hỏi tự điền

2.5. *Xử lý số liệu:* sử dụng phần mềm Epidata và Stata.

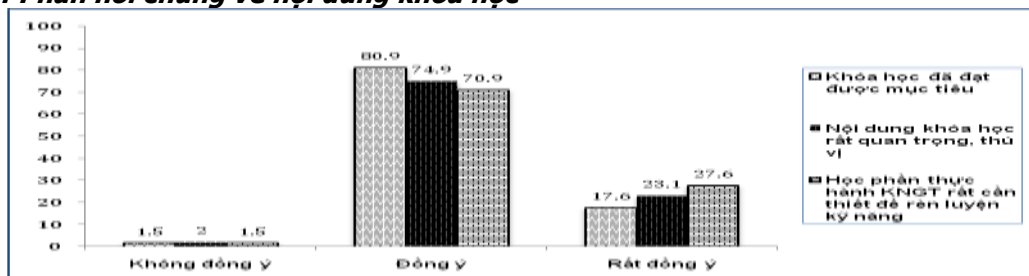
2.6. *Đạo đức trong nghiên cứu:* Đối tượng tham gia được giải thích về nội dung, phương pháp nghiên cứu... Thông tin sẽ được mã hóa. Đối tượng tự nguyện và ký vào bản cam kết trước khi tham gia nghiên cứu.

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).

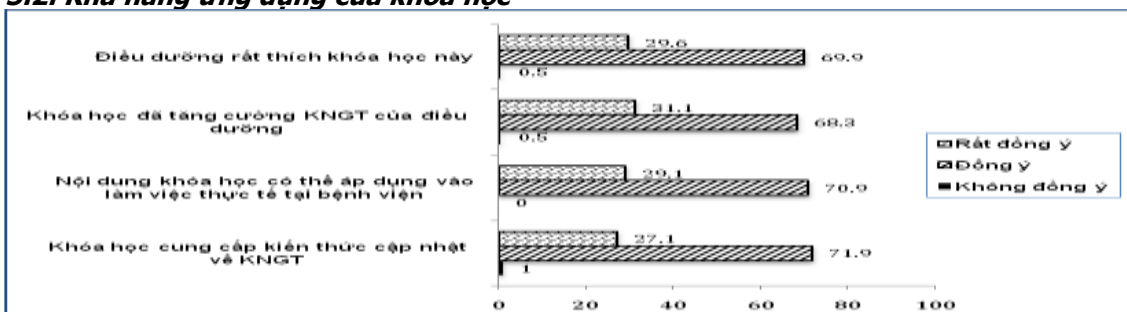
3.1. Phản hồi chung về nội dung khóa học



Hình 1. Ý kiến của điều dưỡng về nội dung khóa học

Nhận xét: Khóa học đã đạt được mục tiêu học tập (98.5%); Nội dung khóa học rất thú vị (98%); Học phần thực hành Kỹ năng giao tiếp rất cần thiết để rèn luyện kỹ năng (98.5%).

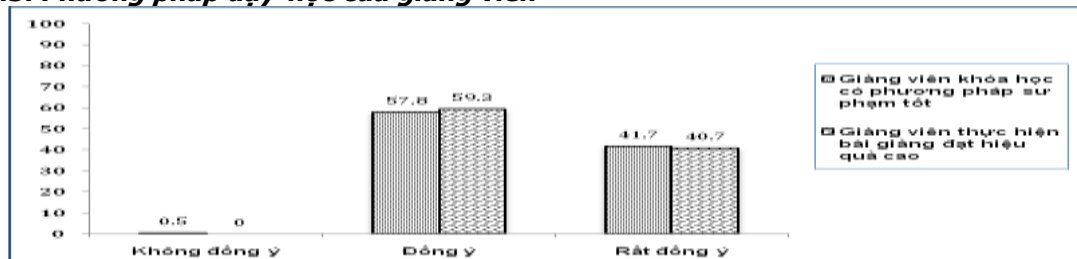
3.2. Khả năng ứng dụng của khóa học



Hình 2. Ý kiến của điều dưỡng về khả năng ứng dụng của khóa học

Nhận xét: Khóa học đã cung cấp kiến thức cập nhật về KNGT (99%). Nội dung khóa học áp dụng được vào thực tế tại bệnh viện (100%). Khóa học đã giúp tăng cường KNGT của điều dưỡng (99.5%), và điều dưỡng yêu thích khóa học (99.5%).

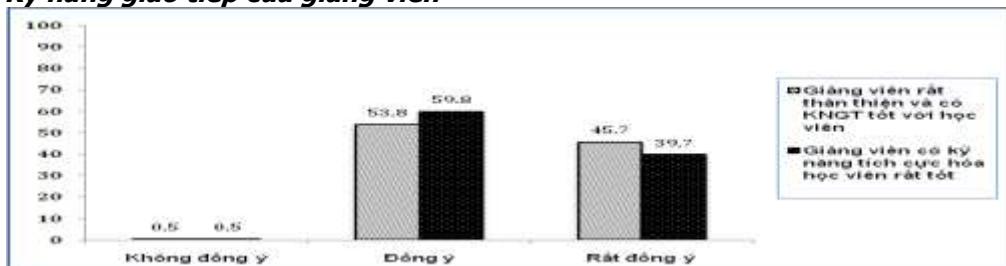
3.3. Phương pháp dạy-học của giảng viên



Hình 3. Ý kiến của điều dưỡng về phương pháp dạy-học của giảng viên

Nhận xét: Giảng viên khóa học có phương pháp sư phạm rất tốt (99.5%). Giảng viên thực hiện bài giảng đạt hiệu quả cao (100%).

3.4. Kỹ năng giao tiếp của giảng viên



Hình 4. Ý kiến điều dưỡng về kỹ năng giao tiếp của giảng viên khóa học

Nhận xét: Giảng viên của khóa học rất thân thiện và có kỹ năng giao tiếp với học viên rất tốt (99.5%), kỹ năng tích cực hóa học viên rất tốt (99.5%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phản hồi chung về nội dung khóa học: Kế hoạch “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh” của Bộ Y tế đã đặt ra yêu cầu cụ thể đối với tất cả nhân viên tại các cơ sở y tế. Để hướng tới sự hài lòng của người bệnh, nhân viên y tế phải thực sự thay đổi về nhận thức, thái độ và phong cách phục vụ [2]. Tuy nhiên, thái độ giao tiếp, ứng xử lại là một lĩnh vực khó đào tạo và khó lượng giá. Làm thế nào để các điều dưỡng đang làm việc tại bệnh viện thay đổi thực sự về văn hóa giao tiếp, là một nhiệm vụ rất khó khăn.

Khóa 1 “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” được phát triển để dành riêng đào tạo cho nhóm điều dưỡng tại các cơ sở y tế. Khóa học được thiết kế với đầy đủ các cấu phần của một khóa đào tạo lại. Với những mục tiêu cụ thể, khóa học đã được các điều dưỡng đánh giá là đạt được toàn bộ mục tiêu học tập đã giới thiệu (98.5%);

Nội dung đào tạo gồm những bài giảng lý thuyết và thực hành, vừa cung cấp kiến thức cơ bản về giao tiếp, đồng thời tạo cơ hội để học viên rèn luyện kỹ năng ngay trong khóa học. Những bài về Nguyên lý cơ bản của Đạo đức y học; 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; Quy tắc giao tiếp của cán bộ y tế, đã mang đến kiến thức và sự hấp dẫn, thú vị trong từng bài giảng (98%).

Khóa đào tạo “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” đã thiết kế học phần thực hành để tạo cơ hội cho các học viên được rèn luyện kỹ năng đúng tiêu chuẩn ngay trong khóa học. Học phần thực hành kỹ năng giao tiếp đã được các học viên đánh giá là rất cần thiết (98.5%).

4.2. Khả năng ứng dụng của khóa học: Mỗi khóa đào tạo liên tục phải mang lại lợi ích học tập cho học viên, nghĩa là giúp học viên tăng cường về kiến thức, kỹ năng và thái độ. Thái độ của mỗi điều dưỡng đã được hình thành trong suốt thời gian học tập trước đây và thể hiện bằng hành vi giao tiếp. Trong thực hành nghề nghiệp, kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh được phát triển tiếp qua hình thức tự học tập hoặc được đào tạo liên tục.

Với trách nhiệm chính là đáp ứng và làm hài lòng những người bệnh có nhu cầu chăm sóc điều dưỡng, thì người điều dưỡng phải có đủ

kiến thức, kỹ năng và thái độ đúng mực trong mọi tình huống. Khi đã nhận thức được đúng vai trò quan trọng của kỹ năng giao tiếp trong thực hành nghề nghiệp thì các điều dưỡng sẽ phải thực sự thay đổi, thể hiện giao tiếp với người bệnh và gia đình người bệnh theo quy chuẩn. Do đó, điều dưỡng phải thể hiện được kỹ năng giao tiếp tốt với người bệnh, gia đình người bệnh trong chăm sóc sức khỏe.

Tham gia đào tạo liên tục là cơ hội để tăng cường kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng (99.5%). Với thiết kế hướng đến học viên, khóa “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” đã thực sự được học viên yêu thích (99.5%). Những hướng dẫn của giảng viên trong khóa học như 6 cách mở đầu và kết thúc cuộc giao tiếp lịch sự, 6 cách thể hiện sự thân thiện với người bệnh, thể hiện sự đồng cảm, an toàn và tin tưởng... đều có thể giúp điều dưỡng thực hành ngay trong các hoạt động tiếp xúc với người bệnh hàng ngày.

4.3. Phương pháp dạy-học của giảng viên: Các giảng viên của khóa học “Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế” đã sử dụng rất hiệu quả các phương pháp dạy-học nhằm tạo cơ hội cho học viên hình thành năng lực. Nhiều phương pháp dạy-học được giảng viên sử dụng như seminar, đóng vai, phân tích tình huống, thảo luận nhóm, trình bày nhóm và cá nhân... Mỗi phương pháp đều có những ưu điểm riêng trong đào tạo. Việc kết hợp nhiều phương pháp dạy-học đã mang đến hiệu quả tốt hơn cho khóa học. Phản hồi từ các học viên cho thấy rằng giảng viên khóa học đã có phương pháp sư phạm rất tốt (99.5%) và các giảng viên thực hiện bài giảng đạt hiệu quả cao (100%). Để thay đổi hành vi giao tiếp của một điều dưỡng, thì phải bắt đầu thay đổi từ tư duy. Môi trường dạy-học giao tiếp phải thân thiện, an toàn để khuyến khích các học viên tích cực học tập.

Qua các tình huống cụ thể, học viên đã được thảo luận và đóng vai nhằm giải quyết vấn đề của người bệnh. Nhiều vấn đề khó trong giao tiếp với người bệnh, gia đình người bệnh, hay đồng nghiệp, lãnh đạo đã được học viên trình bày để giảng viên hướng dẫn phân tích. Dựa trên kiến thức lý thuyết đã được cung cấp trong khóa học, các học viên đã cùng nhau rèn luyện để hình thành hành vi giao tiếp chuẩn mực cho từng tình huống.

4.4. Kỹ năng giao tiếp của giảng viên: Các khóa đào tạo nhằm cung cấp kiến thức và

chuẩn hóa lại kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng với các đối tác trong thực hành nghề nghiệp như người bệnh, gia đình người bệnh/người chăm sóc, đồng nghiệp, lãnh đạo. Giao tiếp hiệu quả với người bệnh và gia đình người bệnh là một yêu cầu trong tiêu chuẩn năng lực của người điều dưỡng [6].

Để làm mẫu kỹ năng chuẩn mực, các giảng viên khóa học đã có phương pháp sư phạm rất tốt. Thái độ thân thiện và kỹ năng giao tiếp với học viên rất tốt của giảng viên đã giúp các học viên giao tiếp tốt hơn (99.5%). Học viên không còn thụ động nữa mà rất chủ động tham gia vào bài học nhờ kỹ năng tích cực hóa học viên rất tốt của giảng viên (99.5%). Như vậy, điều dưỡng bắt buộc phải có kỹ năng giao tiếp tốt để có thể thực hiện chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh. Mỗi quan hệ chuyên môn của điều dưỡng với người bệnh được xây dựng trên nền tảng là kỹ năng giao tiếp tốt của chính điều dưỡng.

Tất cả giảng viên của khóa học về kỹ năng giao tiếp (cho sinh viên đại học hoặc cho nhân viên y tế) đều cần phải có thái độ giao tiếp rất chuẩn mực. Giảng viên không chỉ truyền đạt kiến thức đến sinh viên, học viên, mà còn cần thực hiện mẫu kỹ năng để học viên làm theo.

Quy định về kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế đối với từng đối tác (người bệnh, gia đình người bệnh, đồng nghiệp...) đã được thể hiện trong Thông tư 07/2014/TT-BYT. Nhân viên y tế phải học tập thường xuyên để nâng cao trình độ, chuyên môn, nghiệp vụ, đạo đức nghề nghiệp và kỹ năng giao tiếp, ứng xử [7].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ý kiến của 199 điều dưỡng của bệnh viện Đại học Y Hà Nội có được kết luận: Khóa đào tạo "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" đã cung cấp kiến thức và cơ hội rèn luyện kỹ năng rất tốt cho các điều dưỡng (99%), với những nội dung thú vị (98%) và áp dụng được khi làm việc tại bệnh viện (100%); Giảng viên khóa học có phương pháp sư phạm tốt (99.5%) và thực hiện bài giảng đạt hiệu quả cao (100%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Chính phủ nước CHXHCN Việt Nam (2011)**, Nghị quyết số 30c/NQ-CP về Chương trình tổng thể cải cách hành chính nhà nước giai đoạn 2011-2020, ngày 8/11/2011
- 2. Bộ Y tế (2015)**, Kế hoạch triển khai thực hiện "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh", Quyết định số 2151/QĐ-BYT, ngày 4/6/2015.
- 3. World Medical Association (2005)**, Declaration on the Rights of the patients, 2 pages
- 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 hạng trên toàn quốc, Chỉ thị số 06/CT-BYT, ngày 29/3/2016.
- 5. Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2009)**, Luật Khám bệnh, chữa bệnh, số 40/2009/QH12, 40 trang, ngày 23/11/2009
- 6. 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
- 7. 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.

SO SÁNH MỨC ĐỘ AN THẦN, GÂY QUÊN VÀ GIẢM LO LẮNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP PCS SỬ DỤNG MIDAZOLAM VÀ PROPOFOL TRONG CAN THIỆP PHẪU THUẬT RĂNG

Nguyễn Quang Bình*, Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: so sánh mức độ an thần, gây quên và chống lo lắng của midazolam và propofol trong can thiệp phẫu thuật răng. **Đối tượng phương pháp:** 105 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật răng khôn, tuổi 18 – 60, ASA I - II chia làm 3 nhóm ngẫu nhiên.

*Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình
 Email: nguyenvinh3010@gmail.com
 Ngày nhận bài: 9.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017
 Ngày duyệt bài: 20.3.2017

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 quên hoàn toàn ở nhóm midazolam 54,29% cao hơn (p < 0,05) so với nhóm propofol 22,86%; mức lo sợ sau phẫu thuật ở nhóm midazolam 3,14 ± 0,35 điểm và propofol 3,29 ± 0,66 điểm khác nhau không ý nghĩa (p > 0,05) nhưng thấp hơn so với nhóm GTĐT 10,29 ± 3,29 điểm. **Kết luận:** PCS sử dụng midazolam kết hợp

với gây tê tại chỗ có mức an thần thấp hơn, mức gây quên cao hơn, mức giảm lo sợ như nhau so với PCS sử dụng propofol trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam, propofol.

SUMMARY

COMPARE THE LEVEL OF SEDATION, MEMORY LOSS AND ANTI-ANXIETY IN PCS USING MIDAZOLAM AND PROPOFOL IN DENTAL SURGERY

Objective: To compare the level of sedation, memory loss and anti-anxiety through PCS method by using midazolam and propofol in dental surgery.

Subjects of methods: 105 patients with surgical indications for wisdom teeth removal, 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 in between $4 < OAA/S < 5$; complete memory loss in midazolam group is 54.29%, higher ($p < 0.05$) than propofol group with 22.86%; post-operative anxiety level is 3.14 ± 0.35 points for midazolam group and 3.29 ± 0.66 points for propofol group, showing no significant difference ($p > 0.05$), however, both are lower than GA group with 10.29 ± 3.29 points.

Conclusion: PCS using midazolam combined with local anesthesia has lower sedation level, higher memory loss level and similar anti-anxiety level when compared to PCS using propofol in lower wisdom teeth surgery.

Keywords: Sedation, PCS, midazolam, propofol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lo lắng, sợ hãi và đau là một trong những biểu hiện thường gặp để bệnh nhân trì hoãn các điều trị nha khoa như cấy ghép implant, ghép xương ổ răng, cắt nang răng,.. đặc biệt là răng khôn hàm dưới. Ngoài việc thực hiện các kỹ thuật khó trong khoang miệng mà còn ảnh hưởng tâm lý của bệnh nhân. Sự kết hợp giữa gây tê tại chỗ với an thần tĩnh giúp cho bệnh nhân thoải mái, giảm thực sự lo lắng và có thể quên đi các sự việc và hiện tượng trong khi mổ. Propofol và midazolam ở liều thấp có tác dụng an thần, chống lo âu, giảm lo sợ và có thể gây quên sau ít phút khi kết thúc phẫu thuật. Tuy nhiên, PCS (patient controlled sedation) ở Việt Nam sử dụng an thần tĩnh kết hợp gây tê vùng trong nha khoa vẫn chưa thực sự phổ biến và là vấn đề còn mới. Chính vì lẽ đó, chúng tôi nghiên cứu "So sánh mức độ an thần, gây quên và chống lo lắng của midazolam và propofol trong phẫu thuật nha khoa" để thấy được ưu và nhược điểm của từng loại thuốc khi áp dụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật một răng khôn hàm dưới 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 tại chỗ đơn thuần): n = 35 bệnh nhân

- Nhóm 2 (PCS bằng midazolam): n = 35 bệnh nhân: gây tê tại chỗ kết hợp với an thần bằng midazolam theo phương pháp PCS.

- Nhóm 3 (PCS bằng 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.

2.2.3. Phương pháp đánh giá

***Các tiêu chí đánh giá:** Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, ASA.

- Đánh giá mức độ an thần theo OAA/S (mắt, vè 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 gây quên theo Rodrigo: không quên (nhớ lại toàn bộ sự việc trong lúc mổ); quên một phần (không nhớ đầy đủ sự việc trong mổ); quên hoàn toàn (không nhớ các sự việc diễn ra khi mổ).

- Mức độ lo sợ của bệnh nhân: mức độ lo sợ trước phẫu thuật theo DAS (không lo sợ < 4 điểm, nhẹ 4 – 8 điểm, vừa 9 – 12 điểm, nặng 13 – 20 điểm), sau phẫu thuật theo SQFD ((không lo sợ < 4 điểm, nhẹ 4 – 8 điểm, vừa 9 – 12 điểm, nặng 13 – 20 điểm).

***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 bệnh nhân: 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 3.2. 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 gây quên

Bảng 3.3. Mức độ gây quên theo Rodrigo

Mức gây quên	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		Nhóm 3 (n = 35)	
	BN	%	BN	%	BN	%
Không quên	35	100	0	0	10	28,57
Quên một phần	0	0	16	45,71	17	48,57
Quên hoàn toàn	0	0	19	54,29 [*]	8	22,86 ^{**}

Ghi chú: *: $p < 0,05$ so với nhóm 3 và **: $p < 0,05$ so với nhóm 1

3.4. Mức độ lo sợ trước và sau phẫu thuật

Bảng 3.4. Mức độ lo sợ trước theo DAS và sau phẫu thuật theo SQFD (điểm).

Mức lo sợ của bệnh nhân (Điểm)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD (Min – Max)	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD (Min – Max)	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD (Min – Max)
Trước phẫu thuật theo DAS	9,97 ± 3,50 (4 - 17)	9,43 ± 3,95 (4 - 17)	9,53 ± 3,43 (4 - 16)
Sau phẫu thuật theo SQFD	10,29 ± 3,29 (4 - 16)	3,14 ± 0,35 [*] (1 - 4)	3,29 ± 0,66 [*] (1 - 4)

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

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Ở 3 nhóm về tuổi, giới, cân nặng, tình trạng toàn thân (ASA) khác nhau không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng, tình trạng toàn thân (ASA) và mức độ khó phẫu thuật răng khôn hàm dưới ở 3 nhóm nghiên cứu là tương đồng.

4.2. Mức an thần theo quan sát lâm sàng OAA/S: Kết quả ở bảng 3.2 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 đều thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm chứng GTĐT và đều ở trong giới hạn vùng an thần tình (4 < OAA/S < 5). Như vậy, ở 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, ở cả hai nhóm dùng an thần đều 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. Pac-soo (1996) sử dụng midazolam và fentanyl không đặt khoảng thời gian trở thấy một bệnh nhân già không đáp ứng mệnh lệnh và phải tiêm flumazenil để giải tác dụng của midazolam. Điều này có thể là do tích lũy liều midazolam ở người già [4]. 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. Bổ sung fentanyl có thể có lợi khi an thần bằng propofol vì fentanyl có thể làm tăng mức an thần và giảm nói nhiều. Nói nhiều đôi khi xảy ra ở bệnh nhân dùng propofol. Có thể không cần thiết fentanyl khi sử dụng với midazolam [6]. Satish và CS (2011) so sánh mức độ an thần ở 3 nhóm sử dụng propofol, midazolam và nhóm GTĐT trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Tác giả cho thấy hiệu quả an thần của nhóm propofol ưu việt hơn midazolam và gây tê tại chỗ [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi dùng đơn độc midazolam hoặc propofol và không kết hợp với nhóm opioid cũng như đặt khoảng thời gian trơ 1 phút. Vì vậy, dù sử dụng midazolam hay propofol đều đạt mức an thần tỉnh và không bị an thần sâu hay quá mức.

4.3. Mức gây quên của midazolam và propofol: ở bảng 3.3, về mức độ quên hoàn toàn ở nhóm midazolam cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm propofol nhưng cả hai nhóm sử dụng an thần mức độ gây quên một phần và quên hoàn toàn cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm chứng GTĐT. Ở nhóm sử dụng midazolam tỉ lệ số bệnh nhân nhớ lại các sự việc, hiện tượng trong khi can thiệp thủ thuật thấp hơn, quên một phần gần như nhau và quên hoàn toàn cao hơn so với nhóm sử dụng propofol. Ở nhóm chỉ GTĐT bệnh nhân hoàn toàn biết các hình ảnh và sự kiện trong khi thực hiện phẫu thuật như kim gây tê, dụng cụ thăm khám, khoan cắt xương, kim nhổ răng, kim chỉ khâu... là yếu tố tâm lý khách quan làm cho bệnh nhân lo sợ, thậm trí ảnh hưởng đến thái độ từ chối cuộc phẫu thuật. Tác dụng gây quên ở nhóm sử dụng an thần trong khi can thiệp phẫu thuật giúp bệnh nhân không biết hoặc không nhớ các sự kiện và hình ảnh đáng sợ, dễ chấp nhận can thiệp không những lần này mà còn lần sau nếu phải phẫu thuật. Điều này cho thấy, quên trong mổ ở nhóm sử dụng midazolam tốt hơn nhóm sử dụng propofol. Cook (1993) cho rằng các phản ứng do tâm lý cho thấy propofol có tác dụng gây quên kém hơn đối với midazolam [2]. Leitch và CS (2004) nghiên cứu so sánh ngẫu nhiên sử dụng an thần propofol và midazolam cho thấy propofol có tác dụng gây quên kém hơn midazolam, mặc dù mức độ an thần như nhau [3]. Midazolam có tác dụng gây quên gần như hoàn toàn và êm dịu không phụ thuộc vào liều sử dụng. Rudkin (1992) cho rằng quên sau mổ xảy ra với midazolam nhưng không xảy ra với propofol [6]. Như vậy, mức độ gây

quên của midazolam hơn hẳn so với propofol, đây là một lợi ích khi sử dụng midazolam. Tuy nhiên, midazolam có nhược điểm là khó đáp ứng với thay đổi của từng bệnh nhân và thời gian tác dụng kéo dài nên lâu tỉnh hơn propofol. Satish (2011) so sánh mức độ gây quên ở 3 nhóm sử dụng propofol, midazolam và nhóm gây tê tại chỗ trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Tác giả cho thấy midazolam có tác dụng gây quên tốt hơn propofol [7]. Chúng tôi cho rằng hồi tưởng các sự kiện và hình ảnh trong lúc mổ sẽ phụ thuộc vào độ sâu của an thần. Có lẽ an thần càng sâu hồi tưởng càng giảm. Tuy nhiên, khi an thần sâu có thể gây giảm huyết áp và ngừng thở, đó là biến chứng đặc biệt nguy hiểm đối với phẫu thuật trong miệng vốn rất khó xác định mức độ an thần trên lâm sàng.

4.4. Mức độ lo sợ trước và sau phẫu thuật: Bệnh nhân thường có tâm lý lo sợ trước khi can thiệp nha khoa là do khách quan: có thể nhìn thấy người trước mình, hình ảnh nhân viên đi lại, dụng cụ phẫu thuật... hoặc do lần trước đã từng được can thiệp hoặc do truyền đạt của bệnh nhân trước đó. Người ta cho rằng khoang miệng là nơi có nhiều cảm giác tinh tế, mọi sự can thiệp đều khiến bệnh nhân có tâm lý lo sợ. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.4 cho thấy mức độ lo sợ trước phẫu thuật răng khôn hàm dưới ở cả 3 nhóm theo tiêu chuẩn DAS khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) và đều ở mức lo sợ vừa. Ở mức lo sợ này bệnh nhân mong muốn sử dụng an thần. Mức lo sợ sau phẫu thuật theo SQFD ở hai nhóm sử dụng an thần midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm chứng GTĐT. Như vậy, phương pháp PCS sử dụng an thần midazolam và propofol đã thực sự làm cho bệnh nhân không lo sợ, trong khi đó ở nhóm GTĐT vẫn lo sợ sau phẫu thuật. Rasa Racciene (2004) nghiên cứu về mối liên quan giữa lo sợ nha khoa và lo sợ chung ở 557 bệnh nhân. Tác giả cho rằng lo sợ trong can thiệp nha khoa có liên quan đến nhiều đặc tính: nhút nhát, lo sợ trước các kích thích răng cơ bản và nhìn thấy kim gây tê. Tác giả kết luận: mức độ lo sợ chung có sự tương quan thuận với mức lo sợ nha khoa [5]. Theo chẩn đoán thống kê về các rối loạn tâm lý cho biết lo sợ trong nha khoa là một trong những lo sợ thường gặp nhất và được xếp loại lo sợ đặc biệt [1]. Lo sợ nha khoa dẫn đến việc từ chối điều trị và ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng của bệnh nhân. Leitch và CS (2004) so sánh hiệu quả an thần của propofol và midazolam trong phẫu thuật răng khôn cho biết

propofol có tác dụng an thần làm giảm mức độ lo sợ vượt trội so với midazolam ($p = 0,01$) [3]. Như vậy, sử dụng propofol phạm vi rộng hơn midazolam ở bệnh nhân lo sợ nha khoa.

V. KẾT LUẬN

PCS sử dụng midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ có mức an thần thấp hơn, mức gây quên cao hơn, mức giảm lo sợ như nhau so với PCS sử dụng propofol trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.; DSM-IV-TR), Washington DC.
2. Cook L. B., Lockwood G. G., Moore C. M., Whitwam J. G. (1993), "True patient-controlled sedation", *Anaesthesia*, 48(12), pp. 1039-44.
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. Pac-Soo C. K., Deacock S., Lockwood G., Carr C., et al (1996), "Patient-controlled sedation for cataract surgery using peribulbar block", *Br J Anaesth*, 77(3), pp. 370-374.
5. Raciene R. (2004), "Dental Fear Among Teenagers. Individual Anxiety Factors", *Baltic dental and maxillofacial journal*, 6, pp. 118-121.
6. 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.
7. 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.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ MỔ CẮT THÙY PHỔI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 TRONG THỜI GIAN 4/2010- 4/2015

Trần Trọng Kiểm*, Nguyễn Ngọc Trung**

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF THORACOSCOPIC LOBECTOMY AT THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL IN PERIOD 4/2010 – 4/2015

Objective: Evaluation the early results of thoracoscopic lobectomy. **Method:** Prospective and descriptive study for all patients, who had non – small cell lung cancer stage I, II; local bronchiectasis, lobar abscess and sequestrations were performed thoracoscopic lobectomy in the 108 Military Central Hospital from 4/2010 to 04/2015. **Results:** there were 140 patients (72 males and 68 females), included 108non - small cell lung cancers, 20 local bronchiectasises, 6 lobar abscess and 6 sequestrations. Lesion's position included 32 right upper lobes, 8 right middle lobes, 60 right lower lobes, 8 left upper lobes and 32 left lower lobes. Mean age was $57,8 \pm 12,6$ years. Mean operating time was $120,5 \pm 23,9$ minutes, mean hospitalization was $6,9 \pm 3,7$ days, no complication. **Conclusion:** This method has many advantages such as decreased postoperative pain, better postoperative respiratory function, short hospitalization.

Key word: thoracoscopic lobectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1993, Kirby đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi đầu tiên [4]. Từ đó đến nay, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi được tiến hành ngày càng rộng rãi trên thế giới [5], [7].

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả bệnh chứng các trường hợp ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II; giãn phế quản khu trú, áp xe phổi và phổi biệt lập được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi tại Khoa ngoại lồng ngực – Bệnh viện TƯQĐ 108 từ 04/2010 đến 04/2015. **Kết quả:** 140 bệnh nhân 72 nam, 68 nữ, trong đó: 108 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, 20 bệnh nhân giãn phế quản khu trú một thùy, 6 bệnh nhân áp xe phổi, 6 bệnh nhân phổi biệt lập. Vị trí tổn thương: thùy trên phổi phải 32, thùy giữa 8, thùy dưới phổi phải 60, thùy trên phổi trái 8, thùy dưới phổi trái 32. Tuổi trung bình là $57,8 \pm 12,6$ tuổi. Thời gian mổ trung bình $120,5 \pm 23,9$ phút, ngày nằm viện sau mổ trung bình $6,9 \pm 3,7$ ngày, không có tai biến, biến chứng. **Kết luận:** Đây là phương pháp phẫu thuật có nhiều ưu điểm: đường mổ ngực nhỏ, hậu phẫu nhẹ nhàng, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: cắt thùy phổi nội soi

*Bệnh viện TW quân đội 108

** Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiểm
Email: dr.trantrongkiem.b4.h108@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017
Ngày duyệt bài: 30.3.2017

Các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam đều nhận thấy ưu điểm của phương pháp phẫu thuật này so với phẫu thuật cắt thùy phổi kinh điển.

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi được thực hiện tại bệnh viện nhi Trung ương năm 2006, viện 103 năm 2009 tiếp theo đã được thực hiện thường xuyên ở một số Bệnh viện lớn: Bệnh viện Chợ rẫy, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện TWQĐ108, Bệnh Viện quân y 103, Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch...

Tại Bệnh viện TƯQĐ 108, phẫu thuật nội soi cắt thùy trên phổi trái cho một bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ vào 07/2007, kỹ thuật này không được thực hiện thường xuyên. Từ tháng 4/2010 phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi mới được tiến hành thường xuyên và tỷ lệ mổ nội soi ngày càng chiếm ưu thế.

Với kinh nghiệm hơn 10 năm áp dụng kỹ thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả bệnh chứng

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 140 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi tại Khoa Ngoại lồng ngực - Bệnh viện TWQĐ108 từ tháng 4/2010 đến tháng 04/2015.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được chụp CT, soi phế quản, chọc xuyên vách hoặc chọc xuyên thành, với những bệnh nhân chưa có kết quả dương tính, chúng tôi sinh thiết tức thì trước phẫu thuật (đối với bệnh nhân u phổi), MR sọ

não, Xạ hình xương, đánh giá giai đoạn ung thư cho tất cả các bệnh nhân ung thư phổi.

Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Không có bệnh lý màng phổi hoặc đã can thiệp vào khoang màng phổi trước đó
- Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn I, II kích thước khối u < 5cm
- Giãn phế quản hoặc áp xe phổi khu trú ở 1 thùy, phổi biệt lập

Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư phổi không tế bào nhỏ: T3, T4, hạch N2, N3
- Có chống chỉ định phẫu thuật
- Không đồng ý phẫu thuật nội soi

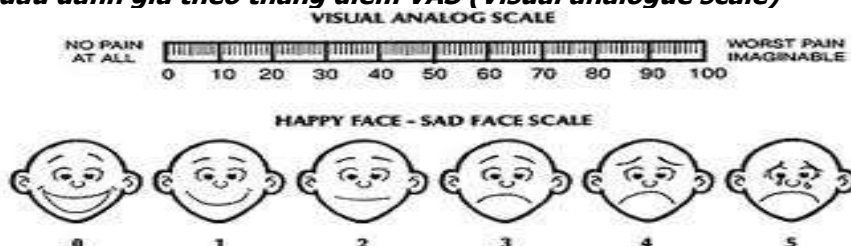


Ảnh: Bộc lộ động mạch phổi biệt lập (Viện 108)



Ảnh: Cắt phế quản thùy (Viện 108)

- Mức độ đau đánh giá theo thang điểm VAS (Visual analogue scale)



- +Mức độ I (0 điểm): không thấy bất kỳ đau đớn gì
- +Mức độ II (1-3 điểm): bệnh nhân thấy đau nhẹ
- +Mức độ III (4-6 điểm): bệnh nhân thấy đau vừa
- +Mức độ IV (7-8 điểm): Bệnh nhân thấy đau nhiều
- +mức độ V (9-10 điểm): bệnh nhân đau rất nhiều

Tuổi trung bình là $57,8 \pm 12,6$ tuổi. Lớn nhất là 79 tuổi, nhỏ nhất là 18 tuổi.

Bảng 1: Phân bố giới tính

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Nam	72	51,4
Nữ	68	48,6
Tổng	140	100

III. KẾT QUẢ

3.1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2: Tiền sử

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Hút thuốc lá	72	51,4
Bệnh phổi mạn tính	12	8,6
Tiếp xúc hóa – xạ	0	0
Tiền sử gia đình	16	11,4
Bình thường	40	28,6

Nguyên nhân: hút thuốc là chủ yếu

Bảng 3: Vị trí tổn thương trên CT ngực

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ %
Thùy trên phổi phải	32	22,8
Thùy giữa	8	5,7
Thùy dưới phổi phải	60	42,9
Thùy trên phổi trái	8	5,7
Thùy dưới phổi trái	32	22,8
Tổng	140	100

Thùy dưới phổi phải chiếm tỷ lệ 42,9

Bảng 4: Kết quả giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh		Số lượng	Tỷ lệ %
Lành tính		32	22,8
Ác tính	K tế bào vảy	28	20,0
	K biểu mô tuyến	72	51,5
	K không biệt hóa	0	0
	K tế bào lớn	8	5,7
Tổng	140	100	

Giải phẫu bệnh lý: chủ yếu là K biểu mô tuyến.

3.2. Kỹ thuật và kết quả điều trị**Bảng 5: Đặc điểm về kỹ thuật**

Đặc điểm	Trung bình
Thời gian phẫu thuật (phút)	120,5 ± 23,9
Số lượng dẫn lưu	1
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	2,5 ± 1,1
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	6,9 ± 3,7
Chiều dài đường hữu dụng (cm)	3 ± 0,6
Số đường rạch	3

Thời gian phẫu thuật ngắn(2,5)

Bảng 6: Tai biến và biến chứng

Tai biến – biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tử vong trong mổ	0	0
Tử vong chu phẫu	0	0
Chảy máu chân trocar	1	0,7
Chảy máu trong lồng ngực	0	0
Rò khí kéo dài	0	0
Viêm phổi, xẹp phổi	1	0,7
Suy hô hấp	0	0
Không tai biến – biến chứng	138	98,6
Tổng	140	100

Tai biến, biến chứng thấp, chỉ chiếm 1,4%

Bảng 7: Mức độ đau sau mổ

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ 0	0	0
Độ 1	0	0
Độ 2	68	48,6
Độ 3	64	45,7
Độ 4	8	5,7
Độ 5	0	0
Tổng	140	100

Bệnh nhân đau ở mức độ 2 và mức độ 3 là chủ yếu

IV. BÀN LUẬN**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

Trong thời gian từ 4/2010 đến 04/2015, tại khoa phẫu thuật lồng ngực, chúng tôi đã phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi cho 140 bệnh nhân. Trong đó có 72 nam (chiếm 51,4%), 68 nữ (chiếm 48,6%). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 57,8 ± 12,5 tuổi (lớn nhất 75 tuổi, nhỏ nhất 14 tuổi) thấp hơn nghiên cứu của Berry (75,7 ± 0,2 tuổi), Onaitis (65 ± 11 tuổi). Như vậy, chúng ta có thể nhận thấy phẫu thuật nội soi có thể chỉ định tốt cho bệnh nhân lớn tuổi. Tuy nhiên, tuổi càng cao, nguy cơ tai biến, biến chứng càng lớn.

Bảng 2 cho thấy đặc điểm về tiền sử: hút thuốc lá là yếu tố tiền sử chiếm tỷ lệ cao nhất (51,4%), tiền sử gia đình mắc bệnh phổi chiếm tỷ lệ thứ hai (11,4%). Điều này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả: hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ quan trọng nhất trong bệnh lý phổi, đặc biệt với ung thư phổi, tỷ lệ bệnh nhân có liên quan thuốc lá chiếm trên 80%.

Chúng tôi áp dụng phẫu thuật nội soi cho cả bệnh lý phổi lành tính và ung thư phổi. Trong 140 bệnh nhân, có 108 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, 20 bệnh nhân giãn phế quản, 6 bệnh nhân áp xe phổi và 6 bệnh nhân phổi biệt lập, với bệnh nhân ung thư phổi chúng tôi có tiến hành vét các nhóm hạch, kết quả rất khả quan. Theo Yim: 80% bệnh nhân nghiên cứu của tác giả là ung thư phổi nguyên phát giai đoạn sớm. Mc Kenna thực hiện phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi cho cả bệnh nhân giãn phế quản, kén khí phổi lớn và một số u phổi lành tính. Trong nghiên cứu của Anthony Yim, 20% bệnh nhân được chỉ định cắt thùy phổi nội soi là bệnh lành tính như: giãn phế quản, lao kháng thuốc [1],[5],[6].

Kết quả phẫu thuật: Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kỹ thuật nội soi toàn bộ. Theo quan điểm của Shigemura và cộng sự, nội soi toàn bộ

khác với nội soi hỗ trợ ở một số điểm sau: (a) không banh sườn, (b) không thao tác kỹ thuật qua lỗ mở hữu dụng, (c) thực hiện kỹ thuật hoàn toàn dưới camera, (d) chỉ sử dụng dụng cụ thiết kế cho phẫu thuật nội soi. Bảng 5 cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $120,5 \pm 23,9$ phút. Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương hoặc kéo dài hơn một số tác giả khác. Chiều dài đường mổ không phải là yếu tố quan trọng quyết định kết quả điều trị. Tuy nhiên, với hiệu quả điều trị như nhau, đường mổ nhỏ có ưu thế hơn hẳn về mặt thẩm mỹ và tâm lý đối với bệnh nhân. Chiều dài đường mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $3,0 \pm 0,6$ cm, ngắn hơn rất nhiều so với đường mổ mở thông thường (khoảng 8-15cm).

Nghiên cứu của chúng tôi trên 140 bệnh nhân, không có trường hợp nào tử vong chu phẫu, tỷ lệ biến chứng chiếm 1,4% (1 trường hợp chảy máu chân trocar không phải mở ngực cầm máu, 1 bệnh nhân bị viêm phổi), phần lớn bệnh nhân đau ít sau mổ (94,3%).

Kết quả trên phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả: phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi có ưu điểm là giảm mất máu, ít đau sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, thời gian hồi phục ngắn, ít hạn chế chức năng vận động khớp vai, hồi phục chức năng hô hấp tốt...

Tính an toàn của phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi cũng được chứng minh qua nhiều nghiên cứu. Trong những nghiên cứu gần đây, không có bệnh nhân tử vong trong mổ và trong giai đoạn chu phẫu. Kết quả nghiên cứu 1578 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi của Angellilo-Mackinlay thấy rằng: chỉ có 1 bệnh nhân tử vong trong mổ do nhồi máu cơ tim. Trong một nghiên cứu tương tự trên những bệnh nhân được mổ mở, tỷ lệ tử vong chiếm từ 1%

đến 11% (trung bình 1,6% - 8 bệnh nhân). Tỷ lệ tử vong sau mổ là 1,2%; thấp hơn nhiều so với mổ mở [3],[4].

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi có thể áp dụng cho mọi lứa tuổi, với các bệnh lý phổi có chỉ định phẫu thuật. nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trong nhóm nghiên cứu (14 – 75 tuổi), tuổi trung bình là $57,8 \pm 12,5$ tuổi, cho cả hai giới nam 51,4%, nữ 48,6%.

- Chỉ định tốt cho cả ung thư phổi giai đoạn sớm (77,2%) và bệnh phổi lành tính (22,8%).

- Phẫu thuật an toàn: không có tử vong chu phẫu, tỷ lệ tai biến – biến chứng thấp (1,4%).

- Có tính thẩm mỹ cao: đường mổ nhỏ ($3,0 \pm 0,6$ cm), thời gian nằm viện ngắn, thời gian hậu phẫu ngắn, đau sau mổ ít.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anthony P.C. Yim, MD. (2002).** VAST major pulmonary resection revisited-controversies, Technique, and results. *Ann Thorac Surg*, 74: p 615-623
2. **Berry MF, Hanna J, Tong BC, Burfeind WR Jr, Harpole DH, D'Amico TA, Onaitis MW. (2009),** "Risk factors for morbidity after lobectomy for lung cancer in elderly patients", *Ann Thorac Surg*.
3. **Flornyes RM. and Alam NZ(2007).** Video-Assisted Thorascopic Surgery. Major Lung Resections. Difficult decision in thoracic surgery. p 140 -146
4. **Kirby TJ., Priest BP (1994).** Video assisted thorascopic lobectomy. Atlas of video-assisted thoracic surgery .p221-226.
5. **McKenna RJ, Jr(2007).** "Anatomic pulmonary Resections by videoassisted Thoracic surgery". Advanced therapy in thoracic surgery, p68-74
6. **McKenna RJ. Jr(2005).** Video-Assisted Thoracic Surgery for Wedge Resection, Lobectomy, and Pneumonectomy. *General Thoracic Surgery*, p524 -532
7. **Onaitis M & D'Mico TA(2005).** Lung Cancer: Minimally Invasive Approaches. *Surgery of the Chest* , p277-284.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI PARAQUAT HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC PARAQUAT ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG LỌC MÁU HẤP THỤ

Ngô Đức Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

¹Khoa Cấp cứu A9 bệnh viện Bạch Mai
²Bộ môn HSCC Đại học Y Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc
 Email: ngoducngoc@gmail.com
 Ngày nhận bài: 27.12.2016
 Ngày phản biện khoa học: 6.3.2017
 Ngày duyệt bài: 13.3.2017

Mục tiêu: nhận xét sự thay đổi paraquat huyết tương ở bệnh nhân ngộ độc paraquat được điều trị bằng lọc máu hấp thụ. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. 92 bệnh nhân ngộ độc paraquat được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm chống độc Bạch Mai. **Kết quả:** Sau lọc máu hấp thụ cho thấy: Sau lọc máu hấp thụ lần 1: Nồng độ paraquat trung bình giảm từ $4,3\mu\text{g/ml}$ xuống $0,23\mu\text{g/ml}$ ($p < 0,001$). Sau lọc máu hấp thụ lần 2: Nồng độ paraquat trung bình giảm từ $0,23\mu\text{g/ml}$

xuống 0,18 μ g/ml $p < 0,001$. Sau lọc máu hấp phụ lần 3: Nồng độ paraquat trung bình giảm từ 0,18 μ g/ml xuống 0,005 μ g/ml $p < 0,001$. **Kết luận:** Nồng độ Paraquat huyết tương giảm nhanh chóng sau 3 lần lọc, phần lớn dưới ngưỡng phát hiện 0,013 μ g/ml.

Từ khóa: paraquat, lọc máu, ngộ độc, ngộ độc paraquat

SUMMARY

STUDY THE CHANGES PLASMA PARAQUAT CONCENTRATION WITH PATIENTS POISONING PARAQUAT TREATED BY HEMOPERFUSION

Objective: To review the changes paraquat in plasma with patients poisoning paraquat treated with absorbing dialysis. **Subjects and Methods:** Retrospective, cross-sectional descriptive. Paraquat poisoning 92 patients were diagnosed and treated at Bach Mai poison control center. **Results:** After hemoperfusion time 1: Paraquat concentration decreased from 4.3 μ g/ml to 0.23 g/ml ($p < 0.001$). After hemoperfusion time 2: Paraquat concentration decreased from 0.23 μ g/ml to 0.18 μ g/ml, $p < 0.001$. After hemoperfusion time 3: Paraquat concentration decreased from 0.18 μ g/ml to 0.005 μ g/ml, $p < 0.001$. **Conclusion:** Paraquat plasma concentrations decreased rapidly after 3 times filtered, largely undetectable 0.013 μ g/ml.

Keywords: paraquat, dialysis, toxicity, paraquat poisoning

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Paraquat là loại thuốc bảo vệ thực vật phổ biến ở Việt Nam, rất độc hại đối với con người. Tỷ lệ ngộ độc Paraquat rất cao và thường dẫn tới tử vong [1]. Tỷ lệ tử vong do ngộ độc Paraquat có thể lên tới 70-80% [2], [3], [4]. Nguyên nhân gây tử vong thường do suy hô hấp hoặc suy đa tạng. Trong các phương pháp điều trị ngộ độc Paraquat tại Trung tâm chống độc, biện pháp lọc máu hấp phụ đang được sử dụng ngày càng rộng rãi. Vì vậy, cần có những chỉ số đáng tin cậy để có thể theo dõi, đánh giá hiệu quả lọc máu hấp phụ. Định lượng Paraquat huyết tương thường được sử dụng để tiên lượng tỷ lệ tử vong [3]. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, vậy nên chúng tôi thực hiện nghiên

cứu "Nghiên cứu sự thay đổi paraquat huyết tương ở bệnh nhân ngộ độc paraquat được điều trị bằng lọc máu hấp phụ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 92 bệnh nhân ngộ độc paraquat điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai từ 4/2015 đến 5/2016.

- Tiêu chuẩn lựa chọn

Chẩn đoán ngộ độc paraquat dựa vào: bệnh nhân có 1 trong 2 tiêu chuẩn:

+ Bệnh nhân uống thuốc trừ cỏ paraquat và có biểu hiện lâm sàng ngộ độc paraquat.

+ Xét nghiệm định tính độc chất nước tiểu tìm thấy paraquat.

- Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi, thận, gan hoặc những bệnh nhân ngộ độc đồng thời các chất độc khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Chỉ tiêu nghiên cứu chính:

+ Nồng độ paraquat lúc vào viện và khi kết thúc mỗi lần lọc hấp phụ.

+ Tỷ lệ tử vong: tại viện; sau 3 tháng

+ Lượng uống

+ Thời gian đến Trung tâm chống độc

+ Thời gian bắt đầu điều trị

Thang điểm độ nặng ngộ độc (Poison Severity Score - PSS): Nhẹ (độ 1): nhẹ, thoáng qua, các triệu chứng có thể tự hồi phục. Trung bình (độ 2): triệu chứng rõ hoặc kéo dài. Nặng (độ 3): triệu chứng nặng, đe dọa đến tính mạng.

Qui trình lọc máu: Xét nghiệm trước và sau mỗi lần lọc hấp phụ gồm: Công thức máu, đông máu cơ bản: PT giây, PT%, INR, APTT giây, APTT b/c, fibrinogen. Hóa sinh: ure, đường, creatinin, AST, ALT, điện giải đồ. Độc chất: paraquat niệu.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 14.0. Chọn giá trị $\alpha = 0,05$ có ý nghĩa thống kê, $\beta = 0,2$. Sử dụng phân tích hồi quy logistic để giá trị của định lượng paraquat huyết tương trong tiên lượng độ nặng và tử vong.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Thời gian từ lúc uống đến Trung tâm chống độc

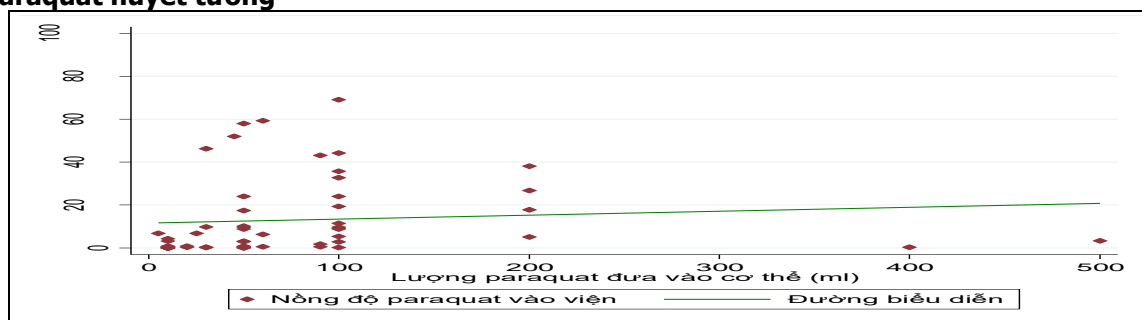
Thời gian	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 2 h	5	5,4
$>2-6$ h	48	52,2
>6 h	39	42,4
Tổng	92	100

Nhận xét: 57,6% bệnh nhân đến Trung tâm chống độc trước 6 giờ. 42,4% bệnh nhân đến Trung tâm chống độc muộn sau 6 giờ.

Bảng 3.2. Xử trí trước và tại Trung tâm Chống độc

Địa điểm	Xử trí	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tại chỗ	Cố	2	2,2
	Không	92	97,8
Tuyến dưới	Gây nôn	4	4,4
	Rửa dạ dày	72	78,3
	Than hoạt	58	63,0
	Thở oxy	3	3,3
	Truyền dịch	53	57,6
	Ức chế miễn dịch	9	9,8
Trung tâm Chống độc	Gây nôn	0	0
	Rửa dạ dày	60	65,5
	Than hoạt + sorbitol	60	65,5
	Ức chế miễn dịch	80	86,9
	Thẩm tách máu	1	1,1
	Lọc máu liên tục	0	0
	Lọc máu hấp phụ than hoạt	56	60,9
	Thở oxy	2	2,2
Đặt nội khí quản	2	2,2	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có áp dụng các biện pháp xử trí tại chỗ rất thấp (2,2%), chỉ có 2 bệnh nhân được gây nôn. Phần lớn bệnh nhân được rửa dạ dày, dùng than hoạt và truyền dịch ở tuyến dưới. Chỉ 9,8% bệnh nhân được điều trị đặc hiệu luôn bằng corticoid và cyclophosphamid. Hầu hết các bệnh nhân được điều trị rửa dạ dày, than hoạt, ức chế miễn dịch, và lọc máu hấp phụ ở Trung tâm Chống độc.

Biểu đồ 3.1. Môi trường quan giữa số lượng Paraquat đưa vào cơ thể và nồng độ Paraquat huyết tương**Biểu đồ 3.1. Môi trường quan giữa số lượng Paraquat đưa vào cơ thể và nồng độ Paraquat huyết tương**

Nhận xét: Có mối tương quan yếu giữa nồng độ Paraquat khi mới vào viện và lượng Paraquat đưa vào cơ thể (uống hoặc tiêm), $r = 0,45$, $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Kết quả định lượng nồng độ Paraquat khi vào viện và mức độ nặng tính theo thang điểm PSS

Nồng độ Paraquat ($\mu\text{g/ml}$)	PSS		
	Nặng	Trung bình	Nhẹ
<10	0	1	2
10-<20	5	0	1
20-<30	6	0	0
30-<40	2	2	6
40-<50	4	0	1
≥ 50	36	11	0
p	<0,05		

Nhận xét: Các bệnh nhân có nồng độ Paraquat trên $50\mu\text{g/ml}$ chiếm 51,4 tổng số bệnh nhân có mức PSS nặng, 78,6% số bệnh nhân có PSS trung bình.

Bảng 3.4. Kết quả định lượng nồng độ Paraquat khi vào viện liên quan với tỷ lệ tử vong

Nồng độ Paraquat ($\mu\text{g/ml}$)	Tử vong	
	n	Tỉ lệ (%)
<10	0	0
10-<20	1	1,1
20-<30	7	7,6
30-<40	7	7,6
40-<50	11	12,0
≥ 50	31	33,7
p	<0,05	

Nhận xét: Kết quả nồng độ paraquat huyết tương lúc vào Trung tâm chống độc của bệnh nhân càng cao thì tỷ lệ tử vong của bệnh nhân càng cao. Sự khác biệt về tỉ lệ tử vong giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Thay đổi nồng độ Paraquat huyết tương qua các thời điểm

Thời điểm	Nồng độ paraquat ($\mu\text{g/ml}$)	n	P
Vào viện	4,30 (0-100,00)	92	
Sau lần 1	0,23(0-9,76)	49	<0,001
Sau lần 2	0,18 (0-2,70)	41	<0,001
Sau lần 3	0,005(0-1,44)	16	0,069
Sau lần 4	0(0-0,05)	5	

Nhận xét: Nồng độ Paraquat rất dao động trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tuy nhiên nồng độ Paraquat giảm nhanh chóng sau 3 lần lọc, phần lớn đến giới hạn dưới ngưỡng phát hiện 0,013 $\mu\text{g/ml}$.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian đến Trung tâm chống độc:

Chúng tôi nhận thấy trong các bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ chỉ khoảng gần 60% bệnh nhân đến Trung tâm chống độc trước 6 giờ, 42,4% bệnh nhân đến sau 6 giờ - nằm ngoài khoảng điều trị tốt nhất.

Lọc máu hấp phụ: Trong nghiên cứu của chúng tôi lọc máu hấp phụ bằng quả lọc hấp phụ resin chiếm tỉ lệ cao. Hầu hết các bệnh nhân này đều được áp dụng trong vòng từ 6-12h sau ngộ độc. Hấp phụ là biện pháp tăng đào thải paraquat ra khỏi cơ thể đã được nhiều nghiên cứu chứng minh giảm được tỷ lệ tử vong xuống dưới 50%. Trong nghiên cứu của Tabei, có 5/23 (21,7%) bệnh nhân sống sau lọc máu hấp phụ [6]. Lọc máu hấp phụ có một ý nghĩa quan trọng nhưng nó phụ thuộc nhiều vào thời gian từ khi bị ngộ độc đến khi được lọc máu, vì khi chất độc đã gắn với tế bào phổi typ 1 và 2 thì không có khả năng lọc. Việc sử dụng định lượng nồng độ Paraquat huyết tương có một ý nghĩa quan trọng vì đó là bằng chứng nên tiến hành lọc máu hay không.

Giá trị xét nghiệm định lượng paraquat huyết tương trong chẩn đoán mức độ nặng bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat

Các bệnh nhân ở nhóm sống nồng độ paraquat huyết tương lúc vào Trung tâm chống độc thấp hơn hẳn nhóm tử vong ($2,60 \pm 4,92$ so với $23,80 \pm 27,64$, $p < 0,001$). Thêm nữa, nồng độ Paraquat huyết tương có liên quan với độ

nặng tính theo PSS ($p < 0,05$). Nhận định này của chúng tôi cũng giống với Vũ Anh Phương [5]. Paraquat gây độc cho toàn bộ cơ thể thông qua hàng loạt chất chuyển hóa các gốc này phản ứng với ô xy tạo thành gốc tự do superoxyde. Gốc này làm giảm NADPH gây tổn thương lớp lipid màng dẫn đến phá hủy cấu trúc tế bào. Ngoài ra paraquat còn gây ức chế trực tiếp vận chuyển chuỗi điện tử của ty lạp thể, làm rối loạn hoạt động của ty lạp thể, gây ra kiệt năng lượng của tế bào. Như vậy tình trạng ngộ độc ban đầu của bệnh nhân có thể biểu hiện không nặng nhưng tình trạng tổn thương các cơ quan vẫn tiếp diễn ở những ngày sau. Chính vì vậy, ngay từ ban đầu nếu chỉ dựa vào các biểu hiện lâm sàng sẽ rất khó để nhận định tiên lượng nặng và tử vong. Nhưng nếu biết nồng độ và đặc biệt là thời gian từ khi uống đến khi định lượng nồng độ thì hai thông số này rất có giá trị trong tiên lượng tử vong. Theo Senaratha, có thể gây tử vong nếu paraquat máu $> 1 \text{ mg/L}$ sau khi uống 4 giờ và $> 0,1 \text{ mcg/ml}$ nếu còn lớn hơn 0,1 mcg/ml xét nghiệm sau khi uống 24 giờ [6]. Nghiên cứu Vũ Anh Phương tại Trung tâm Chống độc có kết quả bệnh nhân đến viện trong vòng 10 giờ có nồng độ Paraquat cao hơn 10 $\mu\text{g/ml}$ đều tử vong [7].

Theo tính toán dựa vào động học độc chất, thời gian vàng để lọc máu hiệu quả là 10 tiếng kể từ khi phơi nhiễm với độc chất. Tuy nhiên, trong khá nhiều trường hợp khó xác định thời

gian uống, hơn nữa số lượng uống và các thức ăn trong dạ dày cũng là một trong những yếu tố có thể làm độc chất tiếp tục ngấm vào.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy định lượng nồng độ Paraquat huyết tương trước và sau lọc chứng minh lọc máu hấp phụ có tác dụng rõ rệt trong việc lấy Paraquat ra khỏi cơ thể, đặc biệt là lần lọc đầu tiên. Khi nồng độ Paraquat đã giảm thấp, hiệu quả ở 2 lần lọc sau vẫn còn giá trị dù không bằng lần lọc đầu. Nồng độ Paraquat giảm nhanh chóng sau 3 lần lọc, phần lớn đến giới hạn dưới ngưỡng phát hiện 0,013 µg/ml. Do cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ và không phải bệnh nhân nào cũng lọc máu tới khi Paraquat huyết tương về âm tính, một số do nặng xin về, một số không có điều kiện kinh tế. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Vũ Anh Phương[7]. Nghiên cứu của Yunying Shi và cộng sự trên 85 bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat từ 6/2010 đến 3/2011 cho thấy sau 1 giờ lọc máu HP, tốc độ thanh thải sau 1 giờ là $37,06 \pm 21,81\%$, sau 2 giờ hemoperfusion, tốc độ thanh thải chung là $45,99 \pm 23,13\%$ [5].

V. KẾT LUẬN

Định lượng Paraquat có giá trị tốt trong theo dõi điều trị bệnh nhân ngộ độc Paraquat bằng phương pháp lọc máu hấp phụ. Nồng độ Paraquat huyết

tương giảm nhanh chóng sau 3 lần lọc, phần lớn dưới ngưỡng phát hiện 0,013µg/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyen Thi Thanh Tam, Ha Tran Hung (2016)**. The relationship between the resin hemoperfusion and three-month survival rate of acute paraquat poisonings. *VJMP* 10 (1), 87-91.
2. **Sazaroni MR, Awang R, Zyoud SH et al (2011)**. Review on Paraquat Poisoning in Malaysia after Lifting of Ban. *Scientific Congress of the Asia Pacific Association of Medical Toxicology (APAMT)*, Penang, Malaysia
3. **Watts M. (2010)**. Paraquat. *Pesticide action network Asia & the pacific*, 1011-1055.
4. **Tabei K, Asano Y, Hosoda S.** Efficacy of charcoal hemoperfusion in paraquat poisoning. *Artif Organs* 1982 Feb;6(1):37-42.
5. **Yunying Shi, Yangjuan Bai, Yuangao Zou, et al.** The Value of Plasma Paraquat Concentration in Predicting Therapeutic Effects of Haemoperfusion in Patients with Acute Paraquat Poisoning. *PLoS One*. 2012; 7(7): e40911.
6. **Senarathna L1, Eddleston M, Wilks MF, et al.** Prediction of outcome after paraquat poisoning by measurement of the plasma paraquat concentration. *QJM* 2009 Apr;102(4):251-9. doi: 10.1093/qjmed/hcp006. Epub 2009 Feb 19.
7. **Vũ Anh Phương và cs (2016)**. Giá trị xét nghiệm định lượng Paraquat huyết tương trong tiên lượng sống và đánh giá hiệu quả lọc máu hấp phụ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 43 (9), 191-197.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG SUY GIẢM NHẬN THỨC CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN HỒI PHỤC TẠI TRUNG TÂM PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Thị Kim Liên*, Lê Thị Hà**

TÓM TẮT

51 bệnh nhân bị liệt nửa người do nhồi máu não, được phục hồi chức năng tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2016 đến tháng 9/2016 nhằm đánh giá tình trạng suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não bằng thang điểm đánh giá nhận thức Montreal (Montreal Cognitive Assessment). **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não cao chiếm 70,9%, trong đó chủ yếu là suy giảm nhận thức trung bình (39,2%) và nhẹ (19,6%).

Các lĩnh vực suy giảm nhận thức thường gặp là rối loạn trí nhớ (chiếm 94,1%); rối loạn tập trung (chiếm 84,3%), rối loạn khái quát hóa, trừu tượng (chiếm 62,7%); rối loạn ngôn ngữ (chiếm 49,0%), rối loạn khả năng thị giác (chiếm 39,2%) và rối loạn định hướng (chiếm 19,6%). **Kết luận:** Suy giảm nhận thức thường gặp ở bệnh nhân nhồi máu não, trong đó hay gặp nhất là rối loạn trí nhớ, thứ đến là rối loạn tập trung và rối loạn khái quát hóa, trừu tượng.

Từ khóa: nhồi máu não, rối loạn nhận thức, MoCA.

SUMMARY

TO STUDY THE COGNITIVE IMPAIRMENT OF PATIENTS WITH INFARCTION IN RECOVER STAGE, REHABILITATION BACH MAI HOSPITAL

51 infarction patients in Rehabilitation Centre Bachmai Hospital from January 2016 to September 2016 were assessed the cognitive impairment by

*Trường Đại học Y Hà Nội,

**Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Liên

Email: lienrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

Montreal Cognitive Assessment (MoCA). **Methods:** the Cross-sectional study method. **Results:** The rate of cognitive impairment of the infarction patients is high (70.9%), which includes mainly moderated cognitive impairment (39.2%) and mild cognitive impairment (19.6%). The common cognitive impairments are: memory impairment (94.1%), attention impairment (84.3%), abstraction impairment (62.7%), language impairment (49.0%), visuo-spatial impairment (39.2%) and orientation impairment (19.6%). **Conclusion:** The cognitive impairment frequently occurs in of the infarction patients. The most common cognitive impairments is memory impairment, the second common impairment is attention.

Key words: Infarction, the cognitive impairment, MoCA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não hay nhồi máu não để lại các di chứng gây phiền phức cho người bệnh như giảm khả năng vận động, rối loạn về ngôn ngữ giao tiếp, rối loạn về thị giác, cảm giác, ý thức.... Trong đó, suy giảm nhận thức là một trong các biến chứng nặng nề dẫn đến sa sút trí tuệ ở người bệnh. Tỷ lệ suy giảm nhận thức sau tai biến mạch máu não khoảng 65% [1]. Bệnh cảnh lâm sàng của suy giảm nhận thức thường gặp là: giảm trí nhớ gần do khả năng ghi nhận kém, rối loạn quá trình nhớ, giảm khả năng nhớ từ, giảm độ tập trung và chú ý, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn định hướng. Chính vì vậy, bệnh nhân không thể thực hiện được các sinh hoạt hàng ngày như tắm, mặc quần áo, ăn uống, vận động và vệ sinh cá nhân, làm cho bệnh nhân không hòa nhập được với gia đình và xã hội. Vì vậy, việc phát hiện sớm bệnh nhân bị suy giảm nhận thức để điều trị, tiên lượng và phục hồi chức năng nhận thức là hết sức quan trọng.

Ở Việt Nam, chưa có nhiều tác giả nghiên cứu về tình trạng suy giảm nhận thức này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá tình trạng suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não bằng thang điểm đánh giá nhận thức Montreal (Montreal Cognitive Assessment).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 51 bệnh nhân bị liệt nửa người do nhồi máu não được chẩn đoán xác định là nhồi máu não dựa theo tiêu chuẩn của tổ chức Y tế Thế giới, có chụp cắt lớp vi tính sọ não và đã điều trị giai đoạn cấp tại khoa

Thần kinh, sau đó được phục hồi chức năng tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2016 đến tháng 9/2016.

-**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân bị nhồi máu não lần đầu tiên, giao tiếp được, từ 18 tuổi trở lên, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

-**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân rối loạn chức năng nặng: hôn mê; rối loạn ngôn ngữ nặng hay rối loạn vận ngôn ảnh hưởng đến việc đánh giá nhận thức; Có bệnh lý tâm thần, sa sút trí tuệ trước khi bị nhồi máu não.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Các chỉ số trong nghiên cứu

- Tên, tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, bên liệt, tay thuận.

- Đánh giá tình trạng rối loạn nhận thức: thang điểm MoCA (Montreal Cognitive Assessment) [2].

Thang điểm đánh giá nhận thức Montreal - MoCA gồm 8 phần, gồm: Đánh giá thị giác, điền tên, đánh giá khả năng ghi nhớ, đánh giá độ tập trung, ngôn ngữ, khái quát hóa, trí nhớ ngắn hạn, định hướng. Thang điểm được thực hiện trong khoảng 10 phút. Tổng điểm tối đa của thang điểm là 30 điểm trong đó:

+ 0-7 điểm: rối loạn nhận thức mức độ nặng.

+ 8 - 20 điểm: rối loạn nhận thức mức độ trung bình.

+ 21-25 điểm: rối loạn nhận thức mức độ nhẹ.

+ ≥ 26 điểm: bình thường.

2.3. Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành tại bệnh viện Bạch mai với sự đồng ý của lãnh đạo Trung tâm, bệnh viện. Nghiên cứu dựa trên 3 nguyên tắc cơ bản của đạo đức là tôn trọng, không gây hại và tạo ra sự công bằng cho tất cả bệnh nhân. Bệnh nhân đều được giải thích rõ mục đích, nắm được trách nhiệm và quyền lợi, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Tình trạng suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não

3.1.1 Tỷ lệ suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não

Bảng 1. Tỷ lệ suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não

TT	Suy giảm nhận thức	n	Tỷ lệ (%)
1	Có	36	70,6
2	Không có	15	29,3
3	Tổng	51	100

Nhận xét: 70,6% đối tượng suy giảm nhận thức gặp sau nhồi máu não

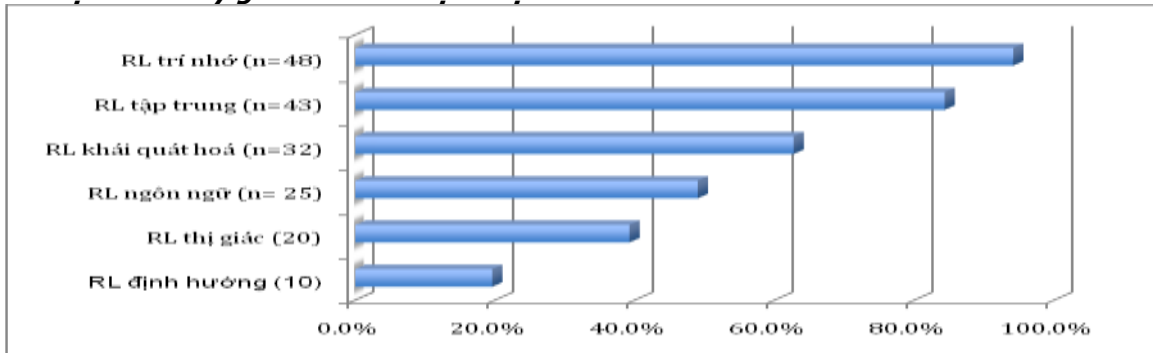
2. Mức độ suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não

Bảng 2. Mức độ suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não

TT	Mức độ	n	Tỷ lệ (%)
1	Bình thường (≥ 26 điểm)	15	29,3
2	Nhẹ (21 - 25 điểm)	10	19,6
3	Trung bình (8 - 20 điểm)	20	39,2
4	Nặng (0 - 7 điểm)	6	11,7

Nhận xét: 19,6% suy giảm nhận thức mức độ nhẹ; 39,2% suy giảm nhận thức mức độ trung bình; 11,7% suy giảm nhận thức mức độ nặng và 29,3% không có suy giảm nhận thức.

3. Đặc điểm suy giảm các lĩnh vực nhận thức



Biểu đồ 1. Đặc điểm các lĩnh vực suy giảm nhận thức

Nhận xét: Rối loạn trí nhớ (n=48 chiếm 94,1%); rối loạn tập trung (n=43 chiếm 84,3%), rối loạn khả năng quát hóa, trừu tượng (n=32 chiếm 62,7%); rối loạn ngôn ngữ (n=25 chiếm 49,0%), rối loạn khả năng thị giác (n=20 chiếm 39,2%) và rối loạn định hướng (n=10 chiếm 19,6%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ và mức độ suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não

Trong nghiên cứu trên 51 bệnh nhân thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức sau nhồi máu não chiếm tỷ lệ cao (36 bệnh nhân chiếm 70,9%). Trong đó, 19,6% suy giảm nhận thức mức độ nhẹ; 39,2% suy giảm nhận thức mức độ trung bình; 11,7% suy giảm nhận thức mức độ nặng và 29,3% không có suy giảm nhận thức.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ suy giảm nhận thức cao hơn của các tác giả có lẽ là do cách chọn đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. Tuy nhiên, có thể nhận thấy tỷ lệ suy giảm nhận thức sau tai biến mạch máu não chiếm tỷ lệ cao. Do vậy, suy giảm nhận thức cần được quan tâm để phát hiện, điều trị và phục hồi chức năng nhận thức sớm, tránh làm ảnh hưởng đến hiệu quả của quá trình vật lý trị liệu.

4.2. Đặc điểm các lĩnh vực suy giảm nhận thức

Kết quả từ biểu đồ 1 cho thấy các lĩnh vực nhận thức bị suy giảm thường gặp là rối loạn trí nhớ (chiếm 94,1%); rối loạn tập trung (chiếm 84,3%), rối loạn khả năng quát hóa, trừu tượng

(chiếm 62,7%); rối loạn ngôn ngữ (chiếm 49,0%), rối loạn khả năng thị giác (chiếm 39,2%) và rối loạn định hướng (chiếm 19,6%).

Nghiên cứu của Trần Thị Lý Thanh (2014) trên 30 bệnh nhân bị suy giảm nhận thức sau tai biến mạch máu não bằng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (MMSE) tại khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện C Đà Nẵng từ tháng 1/2014 đến tháng 9/2014, có 100% bệnh nhân có rối loạn trí nhớ, 60% rối loạn ngôn ngữ; 66,67% rối loạn trừu tượng; 56,67% rối loạn định hướng; 33,3% rối loạn về chú ý [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt về các lĩnh vực nhận thức bị suy giảm cũng như tỷ lệ của các lĩnh vực đó so với các tác giả. Sự khác biệt này có thể do cách chọn đối tượng, thời gian nghiên cứu và cỡ mẫu của chúng tôi. Hơn nữa, nghiên cứu của Trần Thị Lý Thanh sử dụng thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (MMSE), trong khi nghiên cứu của chúng tôi sử dụng thang điểm đánh giá nhận thức Montreal (MoCA), thang điểm này nhạy hơn trong việc phát hiện các suy giảm nhận thức nhẹ, đánh giá toàn diện các lĩnh vực suy giảm nhận thức và

cung cấp thông tin lâm sàng hữu ích hơn so với MMSE [4].

Theo Nguyễn Thị Tuyết Mai và cộng sự (2010), các lĩnh vực gặp trong suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não là trí nhớ bị suy giảm nhiều nhất tuy nhiên sự chú ý và ngôn ngữ ít bị ảnh hưởng. Đồng thời tác giả còn cho rằng, Thật vậy, tác giả khi nghiên cứu áp dụng thang điểm MMSE là thang điểm đánh giá khá đơn giản dễ sử dụng nhưng không chi tiết, đặc biệt là phần đánh giá về sự chú ý, và ngôn ngữ. Chính vì vậy, tỉ lệ các lĩnh vực suy giảm nhận thức (chú ý và ngôn ngữ, thị giác) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng có kết quả cao hơn là điều có thể giải thích được [5].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tình trạng suy giảm nhận thức trên 51 bệnh nhân nhồi máu não tại Trung tâm Phục hồi chức năng từ tháng 1/2016 đến tháng 9/2016 bằng thang điểm đánh giá nhận thức Montreal - MoCA, chúng tôi rút ra các kết luận sau:

- Tỷ lệ suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não cao chiếm 70,9%, trong đó chủ yếu là rối loạn nhận thức trung bình (39,2%) và

nhẹ (19,6%). Suy giảm nhận thức mức độ nặng chiếm 11,7%.

- Các lĩnh vực nhận thức bị suy giảm thường gặp là rối loạn trí nhớ (chiếm 94,1%); rối loạn tập trung (chiếm 84,3%), rối loạn khái quát hóa, trừu tượng (chiếm 62,7%); rối loạn ngôn ngữ (chiếm 49,0%), rối loạn khả năng thị giác (chiếm 39,2%) và rối loạn định hướng (chiếm 19,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lisman W.A (1987)**. Organic Psychiatry - the psychological consequences of cerebral disorder. *Oxford Blackwell Scientific Publications*, 319 - 369.
2. **Nasreddine ZS, (2005)**. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*, 53, 695 - 699.
3. **Trần Thị Lý Thanh (2014)**. Bước đầu đánh giá hiệu quả của hoạt động trị liệu trên bệnh nhân suy giảm nhận thức sau tai biến mạch máu não tại khoa phục hồi chức năng bệnh viện C Đà Nẵng. *Tạp chí Y học thực hành*, 96, 96 - 100.
4. **Arun Aggarwal, Emma Kean (2010)**. Comparison of the Folstein Mini Mental State Examination (MMSE) to the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) as a Cognitive Screening Tool in an Inpatient Rehabilitation Setting. *Neuroscience & Medicine*, 1, 39 - 42.
5. **Nguyễn Thị Tuyết Mai (2010)**. Nhận xét đặc điểm lâm sàng rối loạn nhận thức sau nhồi máu não ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên. *Khoá luận tốt nghiệp bác sỹ y khoa*, Trường Đại học Y Hà Nội.

THỪA CÂN-BÉO PHÌ VÀ CÁC YẾU TỐ XÁC ĐỊNH HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA TRÊN PHỤ NỮ 20-59 TUỔI TẠI HAI PHƯỜNG, QUẬN BẮC TỪ LIÊM, HÀ NỘI

Cao Thị Thu Hương*, Lê Danh Tuyên*

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 898 phụ nữ 20-59 tuổi tại 2 phường, quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội nhằm xác định tỷ lệ thừa cân (TC), béo phì (BP), BP trung tâm và xác định các yếu tố của hội chứng chuyển hóa (HCCH) trên 250 đối tượng BP trung tâm. Đối tượng tham gia nghiên cứu được cân, đo chiều cao, đo chu vi vòng eo, đo huyết áp (HA). Khoảng 60% đối tượng có BP trung tâm được chọn ngẫu nhiên (theo từng nhóm tuổi) để lấy máu định lượng triglycerid (TG), HDL-C và glucose huyết tương. Ngưỡng xác định BP trung tâm, tăng HA, tăng TG, giảm HDL-C và rối loạn glucose máu theo IDF, 2006. Kết quả nghiên cứu cho

thấy: tỷ lệ TC-BP ở phụ nữ 20-59 tuổi là 21,5% (TC: 19,5% và BP: 2,0%), BP trung tâm là 44,7%. Tỷ lệ đối tượng có HA tâm thu (HAtt) \geq 130mmHg là 36% trong đó có 19,6% đối tượng có HAtt \geq 140mmHg. Tỷ lệ đối tượng có HA tâm trương (HAttr) \geq 85mmHg là 27,2% trong đó có 20,4% là có HAttr \geq 90mmHg. Có 32% đối tượng có Glucose huyết tương \geq 5,6mmol/L, trong đó 5,2% đối tượng có glucose \geq 7,0mmol/L. Đối tượng có TG \geq 1,7mmol/L là 44,4% trong đó có 10,0% đối tượng có TG $>$ 2mmol/L. Tỷ lệ đối tượng có HDL-C $<$ 1,29mmol/L là 72,4% trong đó 4,0% đối tượng có HDL-C $<$ 0,9 mmol/L

Key word: béo phì trung tâm, huyết áp, triglycerid, HDL-C, Glucose huyết tương

SUMMARY

OVERWEIGHT-OBESITY AND FACTORS IDENTIFYING OF METABOLIC SYNDROME IN WOMEN AGED 20-59 YEARS IN TWO COMMUNES OF BAC TU LIEM DISTRICT, HANOI

*Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

A cross-sectional study was conducted in 898 women aged 20-59 years in 2 communes of Bac Tu Liem district, Ha Noi in 2014 to determine prevalence of overweight, obesity and prevalence of factors identifying metabolic syndrome in 250 women had central obesity. The subjects' weight, height, waist circumference, blood pressure was collected. About 60% of women having central obesity were randomly selected to take blood for analyzing plasma triglyceride, Glucose, HDL-C. The results showed that: prevalence of overweight- obesity in women aged 20-59 was 21.5%, in which overweight accounted for 19.5% and obesity was 2.0%. Prevalence of subjects had systolic blood pressure ≥ 130 mmHg was 36.0%, in which 19.6% had systolic blood pressure ≥ 140 mmHg. Prevalence of subjects suffered from diastolic blood pressure ≥ 85 mmHg was 27.2%, in which 20.4% had diastolic blood pressure ≥ 90 mmHg. Subjects having plasma glucose ≥ 5.6 mmol/L accounted for 32.0%, in which 5.4% had plasma glucose ≥ 7.0 mmol/L. Prevalence of subjects had TG ≥ 1.7 mmol/L was 44.4%, in which 10.0% had TG > 2 mmol/L. Prevalence of HDL-C < 1.29 mmol/L was 72.4%, in which 4.0% had HDL-C < 0.9 mmol/L.

Key word: central obesity, blood pressure, triglyceride, HDL-C, plasma glucose

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của tổ chức Y tế thế giới (WHO) có khoảng 1 tỷ người đang bị thừa cân (TC) và 300 triệu người bị béo phì (BP), trong số đó phụ nữ tuổi sinh đẻ tuổi từ 20-39 chiếm tỷ lệ tương ứng là 26% và 29%. BP ảnh hưởng đến sức khỏe của phụ nữ ở nhiều phương diện. Bị TC hay BP đồng nghĩa với nguy cơ cao mắc bệnh đái tháo đường và tim mạch. Phụ nữ BP có nguy cơ bị đau dưới thắt lưng và viêm khớp gối, mắc bệnh ung thư... BP còn ảnh hưởng đến quá trình thụ thai và sinh sản của người phụ nữ. Ở người BP, tăng dự trữ mỡ bụng và mỡ nội tạng sẽ làm tăng khả năng kháng insulin của cơ thể dẫn tới tăng nguy cơ đái tháo đường và bệnh tim mạch. Nhiều nghiên cứu chỉ ra hàm lượng cholesterol trong máu và huyết áp tăng lên theo mức độ béo, ngược lại cân nặng giảm sẽ kéo theo giảm huyết áp và cholesterol. Ở các nước phát triển, tỷ lệ BP lên đến 30-40%, nhất là lứa tuổi trung niên [1]. Việt Nam đang ở trong giai đoạn chuyển tiếp và chịu gánh nặng kép về dinh dưỡng, bên cạnh thiếu năng lượng trường diễn,

tình trạng TC-BP xuất hiện, tồn tại và đang có xu hướng gia tăng [2].

Cùng với sự phát triển của xã hội và tốc độ đô thị hóa, Hà Nội ngày càng được mở rộng. Quận Bắc Từ Liêm là quận mới được thành lập từ tháng 03/2014, quận bao gồm các xã thuộc huyện Từ Liêm cũ. Để tìm hiểu thực trạng TC, BP cũng như những yếu tố của hội chứng chuyển hóa (HCCH) trên đối tượng TC-BP, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: i) Đánh giá tình trạng dinh dưỡng nhằm xác định tỷ lệ TC-BP của phụ nữ 20-59 tuổi tại 2 phường thuộc quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội. ii) Xác định các yếu tố của HCCH trên đối tượng BP trung tâm 20-59 tuổi tại 2 phường thuộc quận Bắc Từ Liêm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Phụ nữ 20-59 tuổi, không mắc một số bệnh lây nhiễm (bệnh lao, HIV) có khả năng giao tiếp (không bị câm, điếc)

Địa điểm: tại 2 phường Cổ Nhuế và Xuân Đình

Thời gian: Tháng 8-12 năm 2014

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

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

Cỡ mẫu tính theo công thức cho điều tra cắt ngang: $n = [Z_{\alpha}^2 p (1-p)] / d^2$

$Z_{\alpha} = 1,96$ ($\alpha = 0,05$), p : tỷ lệ ước đoán của chỉ tiêu cần; d : sai số cho phép (0,05)

- Cỡ mẫu cho tỷ lệ TC-BP: ước tính tỷ lệ BP là 18%; cỡ mẫu tính được là 230 đối tượng/nhóm tuổi, có 4 nhóm tuổi (20-29 tuổi, từ 30-39 tuổi, từ 40-49 tuổi, từ 50-59 tuổi). Mỗi nhóm tuổi tính thêm 10 đối tượng (4,3%) để phòng bỏ cuộc. Thực tế, có 898 đối tượng.

- Cỡ mẫu xác định các yếu tố của HCCH: ước tính tỷ lệ tăng huyết áp (HA), tăng triglycerid (TG), HDL-C thấp và tăng glucose máu tương ứng là 37%; 37%; 26% và 27% [3] với $Z_{\alpha} = 1,64$ ($\alpha = 0,1$) và $d=0,05$. Cỡ mẫu để đáp ứng là 250 đối tượng. Số đối tượng thực tế là 250 đối tượng.

Tỷ lệ đối tượng BP trung tâm được tham gia xác định các yếu tố chuyển hóa là 60% (250/412 đối tượng). Cỡ mẫu được phân theo tỷ lệ đối tượng BP trung tâm của từng nhóm tuổi (bảng dưới).

Bảng 2.1 Phân bố cỡ mẫu để xác định các yếu tố HCCH trên phụ nữ BP trung tâm

Nhóm tuổi	20- 29tuổi	30 - 39 tuổi	40-49 tuổi	50-59 tuổi	Tổng(n=459)
VE ≥ 80 cm (n)	44	102	116	149	412
Cỡ mẫu cho từng nhóm tuổi	28	61	69	92	250

2.4. Phương pháp thu thập số liệu và các chỉ tiêu đánh giá

Thu thập số liệu: Sử dụng cân TANITA (độ chính xác 0,1 kg), đo chiều cao bằng thước được

thiết kế theo UNICEF độ chính xác 0,1cm. Vòng eo đo bằng thước dây không co giãn. Đo huyết áp bằng huyết áp điện tử OMRON.

Đo huyết áp (HA) theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). 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 hóa sinh: Lấy 3 ml máu tĩnh mạch khi đói (đối tượng nhịn ăn ít nhất 10 tiếng nhưng không được quá 16 tiếng), lấy vào buổi sáng từ

6h30-8h30. Mẫu máu được ly tâm lấy huyết tương (trong vòng 30 phút sau khi lấy máu), bảo quản lạnh đưa về labo sinh hóa Viện Dinh dưỡng để phân tích ngay trong ngày.

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.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu đã tuân thủ đầy đủ các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng

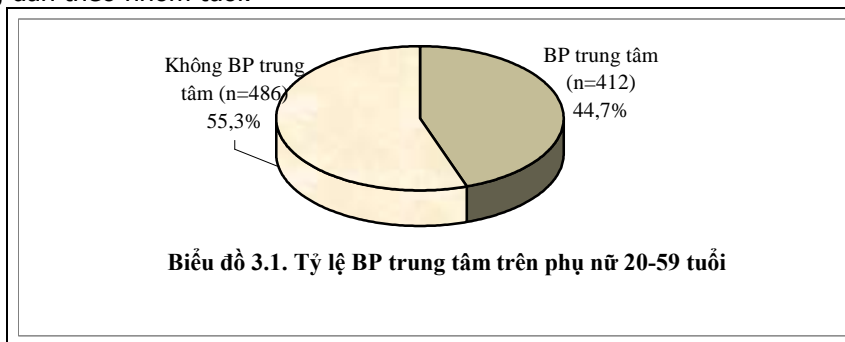
Nhóm tuổi	Tần số (n=898)	%
20-29	203	22,6
30-39	228	25,4
40-49	232	25,8
50-59	235	26,2

Kết quả bảng 3.1 cho thấy đối tượng phân bố theo các nhóm tuổi tương đối đồng đều, không có sự khác biệt về tỷ lệ đối tượng giữa các nhóm tuổi (p>0,05)

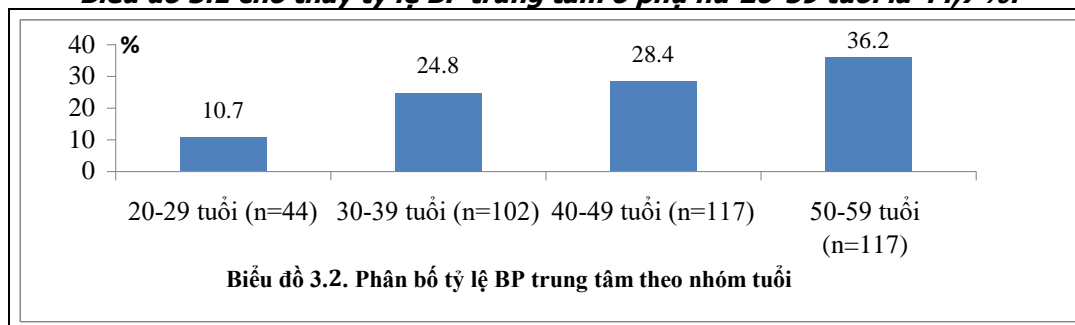
Bảng 3.2: Tình trạng dinh dưỡng theo nhóm tuổi

Biến số	Nhóm tuổi	20 – 29	30 – 39	40 – 49	50 – 59	Tổng N=898
		(n = 203)	(n = 228)	(n=232)	(n=235)	
Tình trạng dinh dưỡng	Thiếu năng lượng TD	29 (3,2)	14 (1,6)	7 (0,8)	7 (0,8)	57 (6,4)
	Bình thường	159 (17,7)	162 (18)	170 (19,9)	157 (17,5)	648(73,1)
	TC	13 (1,5)	46 (5,1)	49 (5,4)	67 (7,5)	175(19,5)
	BP	2 (0,2)	6 (0,7)	6 (0,7)	4 (0,4)	18 (2,0)
	Tổng TC-BP	15 (1,7)	52 (5,8)	55 (6,1)	71 (7,9)	193(21,5)

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ đối tượng bị thiếu năng lượng TD là 6,4%. Tỷ lệ phụ nữ có TTDD bình thường là 72,2%; tỷ lệ TC là 19,5% và BP là 2,0%. Tổng tỷ lệ TC-BP là 21,5%. Tỷ lệ TC-BP có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi.



Biểu đồ 3.1 cho thấy tỷ lệ BP trung tâm ở phụ nữ 20-59 tuổi là 44,7%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố tỷ lệ BP trung tâm theo nhóm tuổi

Biểu đồ 3.2 cho thấy: tỷ lệ BP trung tâm tăng dần theo nhóm tuổi: từ 10,7% lên 24,8%; 28,4% và 36,2% tương ứng với nhóm tuổi 20-29; 30-39 tuổi; 40-49 tuổi và 50-59 tuổi.

Bảng 3.3: Trị số trung bình các đặc điểm cận lâm sàng và lâm sàng của đối tượng béo phì trung tâm (n=250)

Đặc điểm	\bar{X}	SD
Huyết áp tâm thu (mmHg)	124,9	18,5
Huyết áp tâm trương (mmHg)	79,9	11,7
Glucose máu lúc đói (mmol/l)	5,5	1,2
Triglycerid (mmol/l)	2,0	1,4
HDL-C (mmol/l)	1,2	0,2

Kết quả bảng 3.3 cho thấy trên đối tượng BP trung tâm, giá trị trung bình HAtt là $124,9 \pm 18,5$ mmHg; HAttr là $79,9 \pm 11,7$ mmHg; Glucose máu lúc đói là $5,5 \pm 1,2$ mmol/L; TG là $2,0 \pm 1,4$ mmol/L và HDL-C là $1,2 \pm 0,2$ mmol/L

Bảng 3.4: Tình trạng huyết áp, glucose và lipid máu của đối tượng PN 20-59 tuổi có BP trung tâm

Các biến số		Số đối tượng (n=250)	%
HAtt mmHg	HAtt ≥ 140	49	19,6
	$130 \leq$ HAtt < 140	41	16,4
	HAtt ≥ 130	90	36,0
HAttr mmHg	HAttr ≥ 90	51	20,4
	$85 \leq$ HAttr < 90	17	6,8
	HAttr ≥ 85	68	27,2
HAtt ≥ 140 mmHg hoặc HAttr ≥ 90 mmHg	Có	65	26,0
	Không	185	74,0
Glucose (mmol/L)	Glucose ≥ 7	13	5,2
	$5,6 \leq$ Glucose $< 7,0$	67	26,8
	Glucose $\geq 5,6$	80	32,0
Triglycerid (mmol/L)	TG > 2	86	34,4
	$1,7 \leq$ TG ≤ 2	25	10,0
	TG $> 1,7$	111	44,4
HDL-C (mmol/L)	HDL-C $< 0,9$	10	4,0
	$0,9 \leq$ HDL-C $< 1,29$	171	68,4
	HDL-C $< 0,9$	181	72,4

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ đối tượng BP trung tâm có HAtt ≥ 130 mmHg là 36% trong đó 19,6% đối tượng có HAtt ≥ 140 mmHg. Tỷ lệ đối tượng có HAttr ≥ 85 mmHg là 27,2% trong đó 20,4% có HAttr ≥ 90 mmHg. Có 32% đối tượng có Glucose huyết tương $\geq 5,6$ mmol/L, trong đó đối tượng có Glucose $\geq 7,0$ mmol/L (đái tháo đường) chiếm 5,2%. Đối tượng có TG $\geq 1,7$ mmol/L là 44,4% trong đó 10,0% là có TG > 2 mmol/L. Tỷ lệ đối tượng có HDL-C $< 1,29$ mmol/L là 72,4% trong đó có 4,0% là HDL-C thấp $< 0,9$ mmol/L.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ phụ nữ từ 20-59 tuổi tại 2 phường thuộc quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội bị TC là 19,5%; BP là 2% và BP trung tâm là 44,7%. Nghiên cứu của Lê Bạch Mai và CS cũng cho kết quả tương đồng ở khu vực thành phố với tỷ lệ TC là 16,2% và BP là

2,4%. Tuy nhiên tỷ lệ BP trung tâm (26,8%) thì thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng BP trung tâm của phụ nữ có xu hướng tăng theo nhóm tuổi, nhóm tuổi 20-29 chỉ có 10,7% là có BP trung tâm nhưng đối với nhóm phụ nữ từ 40-49 tuổi thì tỷ lệ BP trung tâm tăng lên là 28,4% và nhóm 50-59 là 36,2%. Như vậy, trong độ tuổi từ 40-59 tuổi, cứ 3 người thì có 1 người bị BP trung tâm. Nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Diệp cũng cho kết quả tương tự nhưng với nhóm tuổi lớn hơn (từ 60-69 tuổi)

Trên đối tượng BP trung tâm, kết quả nghiên cứu đã đưa ra các giá trị trung bình: HAtt ($124,9 \pm 18,5$ mmHg), HAttr ($79,9 \pm 11,7$ mmHg), Glucose huyết tương lúc đói ($5,5 \pm 1,2$ mmol/l); TG ($2,0 \pm 1,4$ mmol/l) tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Bạch Mai [2].

Bên cạnh BP trung tâm thì HAtt, HAttr, TG, HDL-C là những yếu tố cần được đánh giá nhằm xác định HCCH. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi có tỷ lệ tăng HAtt và tăng HAttr cao hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Diệp với tỷ lệ tương ứng là 14,4% và 0,2%. Tương tự với các yếu tố tăng TG và giảm HDL-C máu cũng như rối loạn đường huyết trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Diệp (đối tượng nữ 30-69 tuổi) tương ứng là 22,6%; 23,6% và 11,7%. Sở dĩ có sự khác biệt các về tỷ lệ trên có thể do nhóm đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là nhóm BP trung tâm trong khi đó đối tượng nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Diệp có BMI từ 18,5 đến 23 [5]. Tỷ lệ đối tượng có glucose huyết tương $\geq 5,6$ mmol/L (tiền đái tháo đường/rối loạn đường huyết) trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,8% cao hơn so với kết quả điều tra về dịch tễ học đái tháo đường toàn quốc năm 2012 của Viện nội tiết trung ương (13,7%), còn tỷ lệ đối tượng bị đái tháo đường (Glucose huyết tương $\geq 7,0$ Mmol/L) là 5,2% tương đồng với tỷ lệ chung toàn quốc là 5,4% [6]. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trương Tuyết Mai, Nguyễn Thị Lâm (2014) trên 312 đối tượng TC, BP ở 1 phường nội thành Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc HCCH là 61,3% [7].

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ TC-BP ở phụ nữ 20-59 tuổi là 21,5% trong số đó TC là 19,5% và BP là 2,0%. Tỷ lệ béo phì trung tâm là 44,7%.

2. Tỷ lệ đối tượng BP trung tâm có HAtt ≥ 130 mmHg là 36% trong đó có 19,6% đối tượng có HAtt ≥ 140 mmHg. Tỷ lệ đối tượng có HAttr ≥ 85 mmHg là 27,2% trong đó có 20,4% là có HAttr ≥ 90 mmHg. Có 32% đối tượng có nồng độ Glucose huyết tương $\geq 5,6$ mmol/L, trong đó đối

tượng có Glucose $\geq 7,0$ mmol/L chiếm 5,2%. Đối tượng có nồng độ TG $\geq 1,7$ mmol/L là 44,4% trong đó 10,0% có TG > 2 mmol/L. Tỷ lệ đối tượng có HDL-C $< 1,29$ mmol/L là 72,4% trong đó 4,0% có HDL-C thấp $< 0,9$ mmol/L.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tìm hiểu các yếu tố nguy cơ liên quan đến tình trạng TC-BP và HCCH của phụ nữ 20-59 tuổi tại một số phường thuộc quận Bắc Từ Liêm, HN

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2010)**. Global strategy on diet, physical activity and health. Obesity and overweight. 2010. Available http://www.who.int/dietphysicalactivity/publication_s/facts/obesity/en/. Accessed November 11, 2010.
2. **Lê Bạch Mai và cộng sự (2010)**. "Tình trạng rối loạn dinh dưỡng Lipid ở người 25-74 tuổi tại cộng đồng và một số yếu tố nguy cơ", *Đề tài nhánh cấp nhà nước*, Mã số KC10.05.
3. **Đỗ Thị Ngọc Diệp, Phan Nguyễn Thanh Bình, Trần Quốc Cường, Lê Thị Kim Quý (2012)**. Dịch tễ học bệnh rối loạn chuyển hóa tại thành phố Hồ Chí Minh: xu hướng gia tăng và trẻ hóa.
4. **IDF (2006)**. The IDF consensus worldwide definition of the methabonism syndrome
5. **Đỗ Thị Ngọc Diệp, Phan Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Nhân Thành (2013)**. Béo phì trung tâm và các rối loạn chuyển hóa ở người trưởng thành có BMI bình thường tại thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm*, tập 9, số 3, 1-8
6. **Nguyễn Quốc Việt, Nguyễn Quang Vinh (2014)**. Kết quả hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học, đái tháo đường toàn quốc năm 2012. *Tạp chí y học thực hành*, số 929-930, 82-90.
7. **Trương Tuyết Mai và Nguyễn Thị Lâm (2014)**. "Tình trạng kháng Insulin và hội chứng rối loạn chuyển hóa ở người trưởng thành 40 - 59 tuổi thừa cân béo phì tại một phường nội thành Hà Nội", *Tạp chí Y tế công cộng*, 33, 42-49.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐIỂM ASA VÀ TỶ LỆ NHIỄM KHUẨN VẾT MỒ

Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT

Có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) trong đó có yếu tố là điểm ASA, tình trạng người bệnh trước phẫu thuật có điểm ASA càng lớn thì nguy cơ NKVM càng cao. **Mục tiêu:** Tìm hiểu mối liên quan giữa điểm ASA với NKVM. **Đôi**

tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên 4965 bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện TWQĐ108 từ tháng 4 đến tháng 11 năm 2015. **Kết quả:** Nhóm ≤ 20 tuổi, so với những bệnh nhân có điểm ASA=I thì những bệnh nhân điểm ASA=II và ASA=III có tỷ lệ NKVM lớn hơn nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$), nguy cơ NKVM ở những bệnh nhân điểm ASA=IV và ASA=V lớn hơn 13,5 và 45,1 lần ($p < 0,001$). Nhóm từ 21-40 tuổi, so với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I, nhóm ASA=III, ASA=IV và ASA=V, nguy cơ NKVM lớn gấp 3,1; 5,8 và 11,7 lần ($p < 0,05$). Nhóm từ 41-60 tuổi, so với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I thì nhóm ASA=III có nguy cơ NKVM lớn hơn 3,58 lần, còn 2 nhóm ASA=IV và ASA=V có nguy cơ

*Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: drtrung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

NKVM lớn hơn 5,6 và 7,1 lần ($p < 0,01$). Nhóm tuổi > 60 , so với nhóm những bệnh nhân điểm ASA=II, những bệnh nhân điểm ASA=III có nguy cơ NKVM gấp 1,5 lần, nhóm ASA=IV và ASA=V có nguy cơ NKVM lớn hơn 5,5 và 34,2 lần ($p < 0,001$)

Từ khóa: Điểm ASA, nhiễm khuẩn vết mổ

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN ASA SCORE AND SURGICAL INFECTION RATE

There are many risk factors related to surgical site infection (SSI) including factors ASA score, status of patients before surgery with ASA score greater the risk of SSI high. **Objective:** Explore the relationship between the ASA score to SSIs. **Subjects and Methods:** Prospective study, described in the 4965 surgical patients in 108 Military Central Hospital, from April to November 2015. **Results:** In patients under age 20, compared to patients with ASA score = I, patients with ASA score = II and ASA score= III, with a larger proportion of SSIs but not significantly ($p > 0,05$), the risk of SSIs in patients with ASA score = IV and ASA score = V are 13.5 times and 45.1 times large than ($p < 0,001$). From 21-40 years of age group, compared to patients with ASA score = I, group of patients with ASA score = (III, IV, V) with SSIs risk are 3.1 times, 5.8 times and 11.7 times large than ($p < 0,05$). From 41-60 years of age group, compared to patients with ASA score = I, group of patients with ASA score = (III, IV, V) with SSIs risk are 3.58 times, 5.6 times and 7.1 times large than ($p < 0,01$). In the group over 60 years, compared to patients with ASA score = II, group of patients with ASA score = III with SSIs risk is 1.5 times large than, group of patients with ASA score = (IV, V) are 5,5 times and 34,2 times large than ($p < 0,001$).

Key word: ASA score, surgical site infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảng điểm ASA của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ

Điểm ASA	Thể trạng bệnh nhân
I	Bệnh nhân toàn trạng bình thường
II	Bệnh nhân có rối loạn toàn thân
III	Bệnh nhân rối loạn toàn thân nặng, hoạt động hạn chế nhưng không tàn phế
IV	Tình trạng toàn thân nặng, nguy cơ tử vong
V	Tình trạng toàn thân rất nặng, khả năng tử vong trong 24 h dù có phẫu thuật hay không

Theo phân loại trên nếu ASA > II thì nguy cơ nhiễm khuẩn sau mổ tăng lên rõ rệt

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành từ tháng 4 đến tháng 11 năm 2015, tại các khoa ngoại của Bệnh viện TWQĐ108.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả

2.4. Xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 16.0

3. Kết quả nghiên cứu:

Bảng 1: Phân nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu

	Nhóm tuổi				Tổng
	≤ 20 tuổi n(%)	21-40 tuổi n(%)	41-60 tuổi n(%)	> 60 tuổi n(%)	
Số bệnh nhân	402 (8,1)	1552 (31,3)	2273 (45,8)	738 (14,9)	4965

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp sau phẫu thuật. Có nhiều yếu tố nguy cơ liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ trong đó có yếu tố điểm ASA. Theo phân loại của Hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ (American Society of Anesthesiologists), tình trạng người bệnh trước phẫu thuật càng nặng thì nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ càng cao, người bệnh phẫu thuật có điểm ASA từ 4 đến 5 điểm có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ cao nhất [4]. Ở trong nước cũng đã có một số nghiên cứu về mối liên quan giữa điểm ASA với tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào trong các bệnh viện quân đội, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu tìm hiểu mối liên quan giữa điểm ASA với nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

$$n = \frac{1.96^2}{0.03^2} \times 0.05(1-0.05) \quad n = 202$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu

z = 1.96 với khoảng tin cậy 95%

P là tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ, được tính là 5%.

d = 0.03

Theo công thức tính được cỡ mẫu là 202 bệnh nhân. Thực tế trong nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu của nghiên cứu là 4.965 bệnh nhân.

NKVM (+)	8 (2,0)	50 (3,2)	101 (4,4)	46 (6,2)	205
-----------------	---------	----------	-----------	----------	-----

Nhận xét: nhóm bệnh nhân từ 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ phẫu thuật là 45,8%.

Bảng 2: Liên quan giữa điểm ASA với NKVM ở nhóm BN dưới 20 tuổi

ĐiểmASA	NKVM (+)n (%)	NKVM (-) n (%)	p χ^2 ; OR95%CI
ASA = In = 204	1 (0,5)	203 (99,5)	- ASA = I - ASA = II: p = 0,56 - ASA = III: p = 0,09; $\chi^2 = 2,82$ - ASA = IV: p = 0,007; $\chi^2 = 7,29$; OR = 13,5; CI: -0,14 - 20,38 - ASA = V: p < 0,001, $\chi^2 = 23,48$; OR = 45,1; CI: 1,63-51,29
ASA = II n = 89	1 (1,1)	88 (98,9)	
ASA = III n = 66	2 (3,0)	64 (97,0)	
ASA = IV n = 32	2 (6,3)	30 (93,7)	
ASA = V n = 11	2 (18,2)	9 (81,8)	
$\Sigma_n = 402$	8 (2,0)	394 (98,0)	

Nhận xét: So với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I, nhóm bệnh nhân điểm ASA=II và ASA=III có tỷ lệ NKVM lớn hơn nhưng không rõ rệt (p>0,05), nhóm ASA=IV và ASA=V có tỷ lệ NKVM lớn hơn 13,5 và 45,1 lần (p<0,01).

Bảng 3: Liên quan giữa điểm ASA với NKVM ở nhóm BN từ 21-40 tuổi

ĐiểmASA	NKVM (+)n (%)	NKVM (-)n (%)	p χ^2 ; OR95%CI
ASA = In = 675	7 (1,0)	668 (99,0)	- ASA = I - ASA = II: p = 0,75 - ASA = III: p = 0,03, $\chi^2 = 4,43$, OR = 3,11; CI: 0,19-6,32 - ASA = IV: p < 0,0001, $\chi^2 = 16,9$, OR = 5,86; CI: 1,73- 9,17 - ASA = V: p < 0,001, $\chi^2 = 49,0$; OR=11,77; CI: 5,83- 19,77
ASA = II n = 427	5 (1,2)	422 (98,8)	
ASA = III n = 158	5 (3,2)	153 (96,8)	
ASA = IV n = 190	11 (5,8)	179 (94,2)	
ASA = V n = 102	13 (12,7)	89 (87,3)	
$\Sigma_n = 1552$	41 (2,6)	1511 (97,4)	

Nhận xét: So với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I, nhóm ASA=III, ASA=IV và ASA=V có tỷ lệ NKVM lớn hơn 3,1 và 5,8 và 11,7 lần (p<0,05).

Bảng 4: Liên quan giữa điểm ASA với NKVM ở nhóm BN từ 41-60 tuổi

ĐiểmASA	NKVM (+)n (%)	NKVM (-)n (%)	p χ^2 ; OR95%CI
ASA = I n = 156	2 (1,3)	154 (98,7)	- ASA = I - ASA = II: p > 0,05 - ASA = III: p = 0,045, $\chi^2 = 4,0$; OR = 3,58; 95%CI: 0,01-5,31 - ASA = IV: p = 0,0093; $\chi^2 = 6,7$; OR = 5,6 ; CI: 1,4-8,7 - ASA = V: p = 0,003, $\chi^2 = 8,8$; OR = 7,1; CI: 2,2-12,4
ASA = II n = 442	6 (1,4)	436 (98,6)	
ASA = III n = 1129	54 (4,8)	1075 (95,2)	
ASA = IV n = 369	25 (6,8)	344 (93,2)	
ASA = V n = 177	15 (8,5)	162 (91,5)	
$\Sigma_n = 2273$	102 (4,4)	2171 (95,6)	

Nhận xét: So với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I, nhóm ASA=III có tỷ lệ NKVM lớn hơn 3,58 lần còn 2 nhóm ASA=IV và ASA=V có tỷ lệ NKVM lớn hơn 5,6 và 7,1 lần (p<0,01).

Bảng 5: Liên quan giữa điểm ASA với NKVM ở nhóm BN trên 60 tuổi

ĐiểmASA	NKVM (+)n (%)	NKVM (-)n (%)	P χ^2 ; OR95%CI
ASA = In = 15	0	15 (100)	- ASA = II - ASA = III: p < 0,05; $\chi^2 = 4,17$, OR = 1,51; CI: 0,01-6,68 - ASA = IV: p = 0,0053; $\chi^2 = 7,78$; OR = 5,52; CI: 1,84 - 10,89 - ASA = V: p < 0,0001, $\chi^2 = 22,16$; OR = 34,2; CI: 7,02 - 33,59
ASA = II n = 67	1 (1,5)	66 (98,5)	
ASA = III n = 395	20 (5,1)	375 (94,9)	
ASA = IV n = 220	17 (7,7)	203 (92,3)	
ASA = V n = 41	8 (19,5)	33 (80,5)	
$\Sigma_n = 738$	46 (6,2)	692 (93,8)	

Nhận xét: So với nhóm bệnh nhân điểm ASA=II, nhóm bệnh nhân điểm ASA=III có tỷ lệ NKVM gấp 1,5 lần, nhóm ASA=IV và ASA=V có tỷ lệ NKVM lớn hơn 5,5 lần và 34,2 lần ($p < 0,001$).

III. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy, nhóm bệnh nhân từ 41-60 tuổi chiếm tỷ lệ phẫu thuật nhiều nhất tới 45,8%. Qua bảng 2, ở lứa tuổi ≤ 20 , khi so sánh với nhóm những bệnh nhân có điểm ASA=I, những bệnh nhân điểm ASA=II và ASA=III có tỷ lệ NKVM lớn hơn nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$), nguy cơ NKVM ở những bệnh nhân điểm ASA=IV và ASA=V lớn hơn 13,5 và 45,1 lần [OR=13,5; CI: -0,14-20,38; $p=0,007$]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có khác với kết quả nghiên cứu của Đặng Hồng Thanh tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2011 trên 506 bệnh nhân phẫu thuật sạch và sạch nhiễm thấy rằng, nhóm 474 BN có điểm ASA=I, tỷ lệ NKVM là 4,4%, nhóm 32 BN có điểm ASA=II, tỷ lệ NKVM là 15,6%, sự khác nhau giữa 2 nhóm BN là rất rõ rệt ($p < 0,05$; OR=3,4, 1,2-8,0) [2].

Qua bảng 3, ở nhóm từ 21-40 tuổi, so với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I, nhóm bệnh nhân điểm ASA=II có tỷ lệ NKVM lớn hơn nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$), còn ở nhóm ASA=III, ASA=IV và ASA=V, nguy cơ NKVM lớn hơn 3,1 lần [OR = 3,11; CI: 0,19-6,32; $p=0,03$]; 5,8 lần [OR = 5,86; CI: 1,73-9,17; $p < 0,0001$] và 11,7 lần [OR = 11,77; CI: 5,83-19,77; $p < 0,0001$]. Ở nhóm tuổi từ 41-60, kết quả ở bảng 4 cho thấy, so với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I, nhóm bệnh nhân điểm ASA=II có tỷ lệ NKVM lớn hơn nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$). Nhóm ASA=III có tỷ lệ NKVM lớn hơn 3,58 lần [OR = 3,58; 95%CI: 0,01-5,31; $p < 0,05$], còn 2 nhóm ASA=IV và ASA=V có tỷ lệ NKVM lớn hơn 5,6 lần [OR = 5,6 ; CI: 1,4-8,7; $p < 0,01$] và 7,1 lần [OR = 7,1 ; CI: 2,2-12,4; $p < 0,01$]. Còn ở bảng 5, kết quả phân tích trên nhóm tuổi > 60 cho thấy, nhóm bệnh nhân ASA=I không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn vết mổ. So với nhóm bệnh nhân điểm ASA=II, nhóm bệnh nhân điểm ASA=III có tỷ lệ NKVM gấp 1,5 lần ($p < 0,01$), nhóm ASA=IV và ASA=V có tỷ lệ NKVM lớn hơn 5,5 lần [OR = 5,52; CI: 1,84-10,89; $p = 0,0053$] và 34,2 lần [OR=34,2; CI: 7,02-33,59; $p < 0,001$]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu của Lê Anh Thư tại Bệnh viện Chợ Rẫy (2011) [3] và Hüseyin Buğra Karakaş tại Thổ Nhĩ Kỳ (2016) đó là các yếu tố điểm ASA > 2 có nguy cơ rất lớn đến NKVM [5].

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu mối liên quan giữa điểm ASA với nguy cơ NKVM trên 4.965 bệnh nhân phẫu thuật tại Bệnh viện TWQĐ108, chia theo nhóm tuổi, chúng tôi có những kết luận sau:

- Nhóm ≤ 20 tuổi, so với những bệnh nhân có điểm ASA=I thì những bệnh nhân điểm ASA=II và ASA=III có tỷ lệ NKVM lớn hơn nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$). Nguy cơ NKVM ở những bệnh nhân điểm ASA=IV và ASA=V lớn hơn 13,5 lần [OR=13,5; CI: -0,14-20,38; $p < 0,01$] và 45,1 lần [OR = 45,1; CI: 1,63-51,29; $p < 0,001$].

- Nhóm từ 21-40 tuổi, so với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I, nhóm bệnh nhân điểm ASA=II có tỷ lệ NKVM lớn hơn nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$), còn ở nhóm ASA=III, ASA=IV và ASA=V, nguy cơ NKVM lớn hơn 3,1 lần [OR = 3,11; CI: 0,19-6,32; $p=0,03$]; 5,8 lần [OR = 5,86; CI: 1,73-9,17; $p < 0,0001$] và 11,7 lần [OR = 11,77; CI: 5,83-19,77; $p < 0,0001$].

- Nhóm từ 41-60 tuổi, so với nhóm bệnh nhân điểm ASA=I, nhóm bệnh nhân điểm ASA=II có tỷ lệ NKVM lớn hơn nhưng không rõ rệt ($p > 0,05$). Nhóm ASA=III có nguy cơ NKVM lớn hơn 3,58 lần [OR = 3,58; 95%CI: 0,01-5,31; $p < 0,05$], còn 2 nhóm ASA=IV và ASA=V có nguy cơ NKVM lớn hơn 5,6 lần [OR = 5,6 ; CI: 1,4-8,7; $p < 0,01$] và 7,1 lần [OR = 7,1 ; CI: 2,2-12,4; $p < 0,01$].

- Nhóm tuổi > 60 , so với nhóm những bệnh nhân điểm ASA=II, những bệnh nhân điểm ASA=III có nguy cơ NKVM gấp 1,5 lần [OR = 1,51; CI: 0,01-6,68; $p < 0,01$], nhóm ASA=IV và ASA=V có nguy cơ NKVM lớn hơn 5,5 lần [OR = 5,52; CI: 1,84-10,89; $p = 0,0053$] và 34,2 lần [OR=34,2; CI: 7,02-33,59; $p < 0,001$].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Biên Cương (2015)**, *Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Tạp chí y dược lâm sàng 108, Tập 10- Số 6/2015.
2. **Đặng Hồng Thanh (2011)**, *Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2011*. Báo cáo khoa học tại hội nghị khoa học bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình.
3. **Le Thi Anh Thu, MD, PhD**; Michael J. Dibley; MBBS, MPH; Vo Van Nho, MD, PhD et al (2007), Reduction in surgical site infection in neurosurgical patients associated with a bedside hand hygiene program in Vietnam, *Infection Control and Hospital epidemiology*, Vol 28, No5, pp.583-588.
4. **American Society of Anesthesiologists**. *ASA Physical Status Classification System Accessed 10/5/2015*.

5. **Hüseyin Buğra Karakaş, İzzet Çiçekbilek,** Adem Tok, Tamer Aışkan, and Bülent Akduman (2016), *Comparison of intraoperative and postoperative complications based on ASA risks in patients who underwent percutaneous nephrolithotomy*, Turk J Urol. Sep; 42(3): 162–167.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Nguyễn Thị Tâm Thuận*, Hà Thị Việt Nga*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Đánh giá tác dụng cải thiện triệu chứng lâm sàng của Độc hoạt Ký sinh thang trong điều trị thoái hóa khớp gối. 2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của bài thuốc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước - sau điều trị trên 30 bệnh nhân thoái hóa khớp gối, thời gian điều trị 6 tháng. **Kết quả:** Sau 6 tháng điều trị kết quả điều trị giảm đau theo thang điểm VAS loại tốt (63,33%), loại khá chiếm 33,33%; 100% bệnh nhân có chức năng vận động khớp gối được cải thiện. **Kết luận:** Độc hoạt tang ký sinh thang có tác dụng cải thiện các triệu chứng lâm sàng trong điều trị thoái hóa khớp gối và an toàn.

Từ khóa: Độc hoạt ký sinh thang, Thoái hóa khớp gối.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECT OF ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH THANG IN IMPROVING CLINICAL SYMPTOMS OF

Objective: 1. Evaluate the effect of **Độc hoạt tang ký sinh thang** improving for clinical symptoms of Osteoarthritis. 2. Survey side effect (s) in clinical practice. **Subject and research method:** An open clinical trial compared before - after treatment involved 30 chronic Osteoarthritis patients; treatment duration was 6 months. **Result:** After 6 months of treatment, VAS score of the rate of good result was 63,33%, fair result was 33,33%. The movement ability had reached 100%. **Conclusion(s):** **Độc hoạt tang ký sinh thang** improves the symptoms of pain in clinical trial and safe.

Keyword(s): Độc hoạt ký sinh thang, Osteoarthritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là bệnh thoái hóa loạn dưỡng của khớp, gây nên tổn thương của toàn bộ khớp, biểu hiện sớm nhất ở sụn khớp, sau là biến đổi ở bề mặt khớp và tổ chức xương dưới sụn, màng hoạt dịch, dây chằng và các cơ cạnh khớp của một hay nhiều khớp. Tổn thương diễn biến chậm tại sụn kèm theo các biến đổi hình thái, biểu hiện bởi các hiện tượng: Tân tạo xương (gai xương), hẹp khe khớp và hình ảnh dày xương dưới sụn trên phim X quang, cuối cùng dẫn đến biến dạng khớp.

**Bệnh viện Y học cổ truyền TW*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Thuận

Email: ntamthuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 28.3.2017

Ở Việt Nam, theo thống kê trong 10 năm (1991-2000) về bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai thì thoái hóa khớp đứng hàng thứ 3 (4,66%) trong nhóm các bệnh có tổn thương khớp. Trong đó thoái hóa khớp gối chiếm 56,5% [1].

Theo Đông y bệnh thoái hóa khớp thuộc phạm vi chứng tý do can thận hư kết hợp với phong, hàn, thấp gây ra. Việc điều trị đều nhằm lưu thông khí huyết ở gân cơ để đưa tà khí ra ngoài và bồi bổ khí huyết, can thận để nâng cao chính khí chống lại tà khí. Tại bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương có nhiều bài thuốc Đông y được áp dụng điều trị các bệnh thoái hóa khớp trong đó bài thuốc "Độc hoạt tang ký sinh" là bài thuốc cổ phương đã được sử dụng từ nhiều năm nay để điều trị các bệnh lý về xương khớp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm 2 mục tiêu:

1, Đánh giá tác dụng cải thiện triệu chứng lâm sàng của Độc hoạt tang ký sinh trong điều trị thoái hóa khớp gối

2, Khảo sát tác dụng không mong muốn của liệu pháp điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu: Bài thuốc bắt nguồn từ "Thiên Kim phương"

Độc hoạt 12g; Tang ký sinh 16g; Cam thảo 4g
Tần giao 12g; Phòng phong 12g; Đường quy 12g
Đỗ trọng 12g; Đảng sâm 12g; Bạch thược 12g
Tế tân 8g; Ngưu tất 12g; Xuyên khung 12g
Phục linh 12g; Quế chi 6g; Thục địa 12g

2.2. Đối tượng nghiên cứu

- 30 Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối

- Bệnh nhân được điều trị ngoại trú, tại khoa nội Bệnh viện YHCTTW

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Gồm 30 BN đến khám tại khoa Nội Bệnh viện YHCTTW thỏa mãn các điều kiện sau:

- BN tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp.

- Bệnh nhân 18 tuổi – 70 tuổi

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

- Được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo YHHTD theo tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ năm 1991 (ACR- American College of Rheumatology 1991).

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp gối
- Bệnh nhân có tiêm Corticoid tại khớp gối trong vòng 6 tháng
- Thoái hóa khớp gối kèm theo các bệnh lý toàn thân nặng, có các bệnh khớp viêm khác (viêm khớp dạng thấp), các bệnh lý rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch nặng, nhiễm khuẩn toàn thân, bệnh lý ác tính, suy giảm miễn dịch, đang dùng liệu pháp chống đông...

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng mở, chọn mẫu chủ đích, so sánh trước và sau điều trị.
- Bệnh nhân uống thuốc thang 2 gói/ngày, chia 2 lần trong 6 tháng, lúc 10 giờ sáng và 16 giờ chiều. Kết hợp tiêm 1 ống HA vào mỗi một khớp gối, 1 mũi/1 tuần trong 3 tuần liên.
- Thời gian nghiên cứu: 6 tháng

2.3.2. Các chỉ tiêu theo dõi:

- +Mức độ đau theo thang điểm VAS và Lequesne
- + Chức năng vận động của khớp gối
- + Các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng: ỉa chảy, táo bón, mất ngủ, nôn, buồn nôn.

2.4. Phương pháp đánh giá kết quả: Dựa vào Tiêu chí đánh giá theo thang điểm VAS và Lequesne và Wavren A.Katz (1977)

2.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian thực hiện đề tài từ tháng Từ tháng 6/2015 đến 6/2016. Tại BVYHCTTW

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học. Các số liệu được xử lý trên máy vi tính qua phần mềm SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tác dụng cải thiện các triệu chứng trên lâm sàng

3.1.1. Đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm Lequesne.

Bảng 3.1. Kết quả điều trị theo thang điểm Lequesne

Thời điểm		Điểm trung bình	p
T0		11,1±0,9	>0,05
T1		7,9±0,8	
T2		6,3±0,8	>0,05
T3		4,3±1,0	<0,05
T12		3,2±0,5	<0,01
T24		2,5±0,6	<0,01
Mức chênh	T3-T0	6,8 ± 0,95	
	T12-T0	4,8 ± 0,7	
	T24-T0	8,6± 0,75	

Nhận xét : Sau điều trị bắt đầu từ tuần thứ 1 điểm Lequesne đã cải thiện khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.05. Tuy nhiên từ sau mũi tiêm thứ 3 thì mức độ đau giảm nhanh hơn và duy trì đến tuần 24. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.01.

Bảng 3.2. Phân mức kết quả điều trị theo thang điểm Lequesne

Thời điểm	Kết quả điều trị							
	Tốt		Khá		Trung bình		Kém	
	n	%	n	%	n	%	n	%
T1	14	46,67	8	26,67	6	20	2	6,67
T2	15	50,0	10	33,33	5	16,67	0	0
T3	17	56,67	8	26,67	4	13,33	1	3,33
T12	18	60,0	7	23,33	5	16,67	0	0
T24	19	63,33	10	33,33	1	3,33	0	0
p, x²	pT1T3>0,05; pT1T24<0,01; pT3T24>0,05							

Nhận xét : Tỷ lệ khớp gối có kết quả điều trị tốt và khá theo thang điểm Lequesne tăng dần theo thời gian. Tuy nhiên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ thấy khi so sánh giữa thời điểm T1 với T24 với p<0,01

Bảng 3.3. Kết quả điều trị theo thang điểm VAS

Thời điểm	Điểm trung bình	p
T0	8,6±1,0	>0,05
T1	5,8±1,1	
T2	4,4±0,9	>0,05

T3		3,3±0,8	<0,01
T12		2,0±0,7	<0,01
T24		1,8±0,8	<0,01
Mức chênh	T3-T0	5,3 ± 0,8	
	T12-T0	6,5 ± 0,9	
	T24-T0	6,8 ± 0,9	

Nhận xét: mức độ đau của khớp gối theo điểm VAS đều giảm dần theo thời gian điều trị và duy trì đến tuần 24, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Phân mức kết quả điều trị theo thang điểm VAS

Thời điểm	Kết quả điều trị							
	Tốt (%)		Khá (%)		Trung bình (%)		Kém (%)	
	N	%	n	%	n	%	N	%
T1	14	46,6	7	23,33	6	20,0	3	10,0
T2	17	56,67	7	23,33	4	13,33	2	6,67
T3	18	60,0	8	26,67	2	6,67	2	6,67
T12	19	63,33	8	26,67	3	10,0	0	0
T24	20	66,67	10	33,33	0	0	0	0
So sánh (p, χ^2)	pT1T2>0,05; pT3T24>0,05; pT1T24<0,01; pT12T24>0,05							

Nhận xét: Tỷ lệ khớp gối có kết quả điều trị tốt theo thang điểm VAS tăng dần theo thời gian điều trị. Tuy nhiên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ thấy khi so sánh giữa thời điểm T1 với T24

Bảng 3.5. Kết quả điều trị qua biên độ gấp duỗi khớp gối

Thời điểm đánh giá	Biên độ gấp duỗi khớp gối (tỷ lệ %= 100%)					
	Cải thiện nhiều		Cải thiện ít		Không thay đổi	
	N	%	n	%	n	%
T1	16	53,33	11	36,67	3	10,0
T2	20	66,67	9	30,0	1	3,33
T3	22	73,33	7	23,33	1	3,33
T12	27	90,0	3	10,0	0	0
T24	28	93,33	2	6,67	0	0
So sánh (p, χ^2)	pT1T2 >0,05; pT2T3>0,05 pT3T12 > 0,05; pT1T24<0,01					

Nhận xét: Biên độ khớp gối gấp duỗi cải thiện nhiều sau thời gian điều trị và kéo dài đến tuần 24. Sự khác biệt có ý nghĩa chỉ thấy khi so sánh giữa thời điểm T1 với T24

3.2. Tác dụng không mong muốn của liệu pháp phối hợp điều trị

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn của liệu pháp điều trị trên lâm sàng

Vị Trí	Tác dụng không mong muốn	(n=30)	Tỉ lệ (%)
Tại chỗ	Nhiễm trùng tại khớp	0	0
	Đau tăng sau tiêm	2	6,67
Toàn Thân	Shock	0	0
	Cảm giác nóng bừng	1	3,33
	Buồn nôn và nôn	2	6,67
	Đại tiện phân lỏng	1	3,33

Nhận xét: Tác dụng phụ tại chỗ và toàn thân của liệu pháp phối hợp điều trị là không trầm trọng có 6,67% đau tăng sau tiêm, có 3,33% cảm giác nóng bừng, có 6,67% buồn nôn và nôn, có 3,33% đại tiện phân lỏng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng trong điều trị thoái hóa khớp gối

Thang điểm Lequesne là thang điểm đánh giá khá toàn diện cả tình trạng đau cũng như chức năng vận động của khớp gối, mức độ đau ở

nhiều tư thế, khả năng đi bộ và một số vận động khác. Cho đến nay, đây vẫn là thang điểm được áp dụng khá phổ biến có độ tin cậy cao trong bệnh lý thoái hóa khớp.

Dựa theo thang điểm Lequesne hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động được cải thiện rõ

ngay sau mũi tiêm đầu tiên và ở tất cả các thời điểm điều trị, Đặc biệt sau 3 mũi tiêm (T3) thang điểm Lequesne trung bình đạt được $4,3 \pm 1,0$ (so với $11,0 \pm 0,9$ trước điều trị) ở bảng 3.1.

Khi quan sát kết quả điều trị theo thang điểm Lequesne, hiệu quả điều trị đạt được ngay sau mũi tiêm thứ nhất, thang điểm Lequesne giảm rõ rệt sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (bảng 3.2). Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động tiếp tục tăng lên sau 4 tuần.

Theo tác giả khác, khi nghiên cứu 63 bệnh nhân thoái hóa khớp gối được tiêm Hyaluronic acid kết quả cho thấy: 92,3% bệnh nhân duy trì được kết quả tốt sau 6 tháng theo dõi [2].

Nghiên cứu của Lee S và cộng sự tại Hàn Quốc, cũng cho kết quả tương tự, điểm số của thang điểm Lequesne giảm ngay sau mũi tiêm đầu tiên và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm sau tiêm 4,8,12 tuần. Moreland và cộng sự cũng nhận thấy thang điểm Lequesne giảm 4,4 điểm ở nhóm điều trị bằng Hyaluronan so với 2,8 điểm ở nhóm chứng. Ngoài ra cũng đã có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới như Brandt KD (2001), Chang CJ (2004), Goldberg VM và cộng sự... các nghiên cứu có kết quả tương tự. [3,4,5,6]

Thang điểm VAS là thang điểm đánh giá cảm giác đau chủ quan của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi thang điểm VAS được đánh giá khi bệnh nhân đi bộ trên đường bằng. Bảng 3.3, cho thấy mức độ đau đã được cải thiện ngay sau mũi tiêm đầu tiên và các mũi tiếp theo. Sau 3 mũi tiêm (T3) thang điểm VAS trung bình đạt được là $3,3 \pm 0,8$ so với $8,6 \pm 1,0$ ở thời điểm trước điều trị (T0), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Thông qua thang điểm VAS đánh giá mức độ cải thiện (bảng 3.3, 3.4) đa số bệnh nhân đạt được hiệu quả từ khá đến tốt. Mức độ đau được cải thiện rõ rệt và kéo dài tới 24 tuần. Kết quả của chúng tôi tương tự Nguyễn Văn Pho, Brandt KD, Dixon AS và một số tác giả khác [3,4,5,6].

4.2 Đánh giá hiệu quả điều trị qua độ gấp duỗi khớp gối theo Warven A Kat: Hạn chế vận động trong thoái hóa khớp gối thường do nhiều yếu tố kết hợp: Đau, dịch khớp giảm chất lượng và số lượng phân tử Hyaluronic acid (dẫn đến giảm chức năng của dịch khớp như tính bôi trơn, tính đàn hồi...), phản ứng viêm của màng hoạt dịch, tổn thương bao khớp, mất sụn khớp, hẹp khe khớp. Chức năng vận động của khớp gối thông qua khả năng đi bộ, leo cầu thang, ngồi xổm, đi trên mặt đất lồi lõm... là một

trong các tiêu chí của thang điểm Lequesne. Ngoài thang điểm Lequesne, chúng tôi đánh giá thêm chức năng vận động khớp gối ở trạng thái tự do, không chịu tác động của trọng lượng của cơ thể biểu hiện bằng độ gấp duỗi khớp gối.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 99% bệnh nhân có cải thiện chức năng vận động kể từ sau mũi tiêm thứ 3 (T3). Hiệu quả cải thiện vận động tăng dần và duy trì đến tuần 24.

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng: Qua 6 tháng theo dõi chúng tôi không phát hiện thấy tác dụng không mong muốn đáng kể trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

1. Độ hoạt tang ký sinh thang có tác dụng cải thiện các triệu chứng đau và chức năng vận động ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối.

2. Độ hoạt tang ký sinh thang phối hợp liệu pháp tiêm HA khớp gối an toàn trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Vĩnh Ngọc, Trần Ngọc Ân, Nguyễn Thị Thu Hiền (2002) "Đánh giá tình hình bệnh khớp tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm từ 1991-2000" *Báo cáo khoa học toàn quốc lần thứ 3, Hội thấp khớp học Việt Nam*.
2. Karel Pavelka et al (2002), "Total joint replacement after glucosamine sulphate treatment in knee osteoarthritis: results of a mean 8-year observation of patients from two previous 3-year, randomized, placebo-controlled trials", *Osteoarthritis Cartilage* 2008 Feb; 16(2):254-260.
3. Karel Pavelka et al (2002), "Total joint replacement after glucosamine sulphate treatment in knee osteoarthritis: results of a mean 8-year observation of patients from two previous 3-year, randomized, placebo-controlled trials", *Osteoarthritis Cartilage* 2008 Feb; 16(2):254-260.
4. Chang CJ, Wang CT, Lin J (2004). "Therapeutic Effects of Hyaluronic Acid on osteoarthritis of the knee. A meta-analysis of randomized controlled trials", *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)* 2004 Mar; 86-A(3):538-545
5. Dougados M et al (2001). "Evaluation of the structure-modifying effects of diacerein in hip osteoarthritis : ECHODIAH, a three-year, placebo-controlled trial. Evaluation of the Chondromodulating Effect of Diacerein in OA of the Hip", *Arthritis Rheum* 2001 Nov; 44(11); 2539-2547.
6. Jubb RW, Piva S, Beinat L, Dacre J, Gishen P (2003). "A one-year, randomized, placebo (saline) controlled clinical trial of 500-730 kDa sodium hyaluronate (Hyalgan) on the radiological change in osteoarthritis of the knee". *Int J Clin Pract*, 2003 Jul-Aug; 57(6):467-474.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG THEO THANG ĐIỂM SGA Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG

Đặng Thị Việt Hà^{1,2}, Nguyễn Văn Thanh^{1,2}, Đỗ Gia Tuyền^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) bằng thang điểm SGA (subjective global assessment) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân lọc màng bụng. **Đối tượng:** 51 BN lọc màng bụng, điều trị nội trú tại Khoa Thận tiết niệu. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ SDD theo SGA là 62,7% (SDD nhẹ - vừa: 52,9%, SDD nặng: 9,8%). Tỷ lệ SDD theo BMI là 35,3%. Tỷ lệ SDD theo albumin huyết thanh là 70,58%. Tỷ lệ SDD theo SGA cao hơn có ý nghĩa thống kê so với theo BMI ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ SDD theo SGA và albumin. Tỷ lệ SDD cao hơn ở nhóm có phù so với không phù ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ SDD ở nhóm viêm phúc mạc, dịch dư > 500ml/ngày so với nhóm còn lại. Không có mối liên quan giữa SDD với tình trạng thiếu máu và các cận lâm sàng khác. **Kết luận:** Tỷ lệ SDD theo SGA là 62,7%, cao hơn theo BMI, nhưng không khác biệt so với tỷ lệ SDD theo albumin huyết thanh. Các yếu tố như viêm phúc mạc, dịch dư < 500ml/ngày, thiếu máu và một số yếu tố cận lâm sàng không liên quan tới tình trạng SDD.

Từ khóa: Suy dinh dưỡng, lọc màng bụng.

SUMMARY

ASSESS MALNUTRITION WITH SCALE OF SGA IN DIALYSIS PERITONEAL PATIENTS

Objectives: Assess malnutrition with a scale of SGA (subjective global assessment) and learn some related factors in patients with dialysis peritoneal. Subjects: 51 patients with dialysis peritoneal, inpatient in the Department of Nephrology. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The rate malnutrition according to SGA is 62.7% (mild - moderate malnutrition: 52.9%, severe malnutrition: 9.8%). The rate malnutrition according to BMI ratio is 35.3%. The rate of malnutrition according to serum albumin is 70.58%. The rate of malnutrition according to SGA significantly higher than according to BMI ($p < 0.05$). There is no difference in the rates of malnutrition according to SGA and albumin. The rate of malnutrition was higher in the group oedema than the other ($p < 0.05$). There is no difference in the rate of malnutrition among peritonitis, residual residual fluid > 500ml/day compared to the other group. No association between malnutrition with anemia and

other paraclinical. **Conclusions:** The rate of malnutrition according to SGA was 62.7%, higher than according to BMI ratio, but not significantly different according to the serum albumin. Factors such as peritonitis, residual fluid < 500ml / day, anemia and some paraclinical factors unrelated to the state of malnutrition.

Keywords: Malnutrition, dialysis peritoneal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn tính và bệnh thận giai đoạn cuối luôn là một vấn đề sức khỏe mang tính toàn cầu. Năm 2012 cả nước ta có khoảng 10.000 bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối đang điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ, 1.400 người đang lọc màng bụng và 500 người đã được ghép thận. Mặc dù có những cải tiến đáng kể trong kỹ thuật điều trị thay thế thận và trong đó, lọc màng bụng là một phương pháp đơn giản và hiệu quả để thay thế chức năng thận cho những bệnh nhân này. Tỷ lệ biến chứng và tử vong ở những bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối vẫn còn duy trì ở mức cao, trong đó có vai trò rất quan trọng của tình trạng suy dinh dưỡng protein – năng lượng. Đây là nguy cơ chính của lọc màng bụng lâu dài do mất protein và các acid amin qua dịch lọc, ngoài ra còn do tình trạng ăn kém, ăn không ngon miệng,...[1] đồng thời suy dinh dưỡng cũng là một yếu tố dự báo mạnh mẽ của tình trạng bệnh tật và tử vong ở những bệnh nhân này [2].

Có nhiều phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính như đánh giá theo BMI, theo nồng độ albumin huyết thanh, đo độ dày nếp gấp da, hoặc theo phương pháp đánh giá tổng thể đối tượng (Subjective Global Assessment – SGA),... Trong số đó, phương pháp SGA là một công cụ rất hữu ích bởi những ưu điểm trong thực hành lâm sàng như dễ sử dụng và giúp phát hiện sớm tình trạng cũng như nguy cơ suy dinh dưỡng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng bằng thang điểm SGA và tìm hiểu một số yếu tố liên quan với tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc màng bụng 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: 51 bệnh nhân đang lọc màng bụng liên tục ngoại trú, có biến chứng phải vào điều trị nội trú tại khoa Thận - Tiết niệu Bệnh viện Bạch Mai. Tuổi ≥ 16 .

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Thận tiết niệu Bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Việt Hà

Email: dangvietha1968@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 28.3.2017

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân bị liệt hoặc bất động lâu ngày, bị bệnh lý gan nặng, rối loạn tinh thần, bị chấn thương, được phẫu thuật chưa hồi phục, có phẫu thuật cắt đoạn ruột dài.

- *Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:* Phân loại BMI theo khuyến cáo của WHO (2002) đối với người Châu Á. Phân loại thiếu máu theo Hội thảo học quốc tế 2002.

Mức đánh giá SGA: *Mức A:* Không có nguy cơ suy dinh dưỡng (Tình trạng dinh dưỡng tốt).

Mức B: Suy dinh dưỡng mức độ nhẹ – vừa.

Mức C: Suy dinh dưỡng mức độ nặng.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Các bước tiến hành: Đo chiều cao, cân nặng, đánh giá tình trạng phù, số lượng nước

2. Đánh giá dinh dưỡng theo thang điểm SGA

Bảng 1: Phân loại SGA theo giới và tuổi

Phân loại SGA	Nam		Nữ		Tổng số		Tuổi ≤ 40		Tuổi > 40	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Không SDD (SGA A)	11	35,5	8	40	19	37,3	10	58,8	9	26,5
SDD nhẹ – vừa (SGA B)	17	54,8	10	50	27	52,9	5	29,4	20	58,8
SDD nặng (SGA C)	3	9,7	2	10	5	9,8	2	11,8	5	15,0
Tổng số	31	100	20	100	51	100	17	100	34	100
P	0,941 (Kiểm định χ^2)						0,079 (Kiểm định χ^2)			

Nhận xét: Tỷ lệ chung BN có SDD là 62,7%, trong đó SDD nhẹ – vừa là 52,9% và SDD nặng là 9,8%. Tỷ lệ SDD ở BN nam cao hơn BN nữ. Không có sự khác biệt về tỷ lệ SDD giữa hai nhóm bệnh nhân nam và nữ cũng như theo lứa tuổi ($p > 0,05$).

3. Đánh giá dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể và albumin máu

Bảng 2: Đánh giá dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể và albumin máu

Phân loại suy dinh dưỡng		Nam		Nữ		Tổng số	
		N	%	N	%	N	%
Theo BMI	Có SDD (< 18,5)	10	32,3	8	40,0	18	35,3
	Không SDD (≥ 18,5)	21	67,7	12	60,0	33	64,7
	Tổng số	31	100	20	100	51	100
	P	0,572 (Kiểm định χ^2)					
Theo albumin máu	Không SDD (≥ 35 g/l)	8	36,4	7	24,1	15	29,42
	Có SDD (< 35 g/l)	14	63,6	22	75,9	36	70,58
	Tổng số	22	100	29	100	51	100

Nhận xét: Tỷ lệ SDD theo BMI là 35,3 %.. Tỷ lệ SDD đánh giá theo nồng độ albumin huyết thanh là 70,58%. Không có sự khác biệt giữa nhóm BN nam và nhóm BN nữ về tỷ lệ này

4. Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm SGA với thông số lâm sàng

Bảng 3: So sánh tình trạng dinh dưỡng theo SGA với chỉ số BMI và albumin máu

Phân loại dinh dưỡng	Theo SGA (1)		Theo BMI (2)		Theo Albumin (3)	
	N	%	N	%	N	%
Không SDD	19	37,3	33	64,7	15	29,42
SDD	32	62,7	18	35,3	36	70,58
Tổng	51	100	51	100	51	100
P	p(1,2): 0,02 ; p(1,3): 0,111					

Nhận xét: Tỷ lệ SDD khi đánh giá bằng phương pháp SGA là 62,7 % cao hơn khi đánh giá bằng BMI (tỷ lệ là 35,3 %) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ SDD khi đánh giá bằng phương pháp SGA thấp hơn so với khi đánh giá bằng nồng độ albumin huyết thanh, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,111$).

tiểu, dịch lọc dư/24 giờ, tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể (BMI), theo Albumin huyết thanh, theo thang điểm SGA. Xét nghiệm công thức máu, ure, creatinine, SGOT, SGPT, acid uric, protein toàn phần, albumin, triglycerid, cholesterol, HDL – C, LDL – C, phospho, calci, sắt, ferritin, transferrin, $\beta 2$ microglobulin, PTH máu.

3. Xử lý số liệu: Theo phần mềm SPSS 16.0. Tính trị số trung bình, tỉ lệ phần trăm, tương quan tuyến tính.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nghiên cứu trên 51 bệnh nhân. Tuổi trung bình: $44,8 \pm 12,3$. Nam giới chiếm 60,8%, nữ chiếm 39,2%. Tỷ lệ nam/nữ: 1,55/1.

Bảng 4: Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA với VPM, phù, dịch dư

Phân loại SGA	Dịch dư ≥ 500 ml/ngày	Dịch dư < 500 ml/ngày	Viêm phúc mạc (VPM)	Không viêm phúc mạc	Không phù	Phù
	N, %	N, %	N, %	N, %	N, %	N, %
Không SDD	7(43,8%)	12(34,3%)	12(32,4%)	7(50%)	10(55,6%)	9(47,4%)
Có SDD	9(56,2%)	23(65,7%)	25(67,6%)	7(50%)	8(44,4%)	24(72,7%)
Tổng số	14(100%)	37(100%)	37(100%)	14(100%)	20(100%)	31(100%)
p	0,517		0,247		0,046	

Nhận xét: Tỷ lệ SDD cao hơn ở nhóm BN có phù so với nhóm BN không phù. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ SDD ở nhóm BN có thể tích dịch dư < 500 ml/ngày và VPM cao hơn so với nhóm bệnh nhân có dịch dư ≥ 500 ml/ngày và không VPM, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

5. Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm SGA với thông số cận lâm sàng

Bảng 5: Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA với tình trạng thiếu máu

Phân loại thiếu máu	Phân loại SGA		Tổng
	Không SDD: N (%)	Có SDD: N (%)	
Không thiếu máu – thiếu máu nhẹ	13 (37,1%)	22(62,9%)	35 (100%)
Thiếu máu trung bình – nặng	6(37,5%)	10(62,5%)	16(100%)
p	0,980 (Kiểm định χ^2)		

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tỷ lệ SDD theo mức độ thiếu máu.

Bảng 6: Liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng theo SGA với một số chỉ số sinh hóa

Chỉ số sinh hóa	Phân loại dinh dưỡng theo SGA		p (kiểm định T test)
	Không SDD	Có SDD	
Sắt (umol/l)	8,41 \pm 6,27	6,61 \pm 3,05	0,001
Transferrin (mg/dl)	169,12 \pm 11	136,3 \pm 7,21	0,418
Ferritin (ng/ml)	658,98 \pm 170,71	1160,94 \pm 480,39	0,318
Triglycerid (mmol/l)	1,94 \pm 0,27	1,13 \pm 0,1	0,005
Cholesterol (mmol/l)	4,57 \pm 0,23	3,97 \pm 0,18	0,687
HDL – C (mmol/l)	1,02 \pm 0,12	2,77 \pm 1,67	0,207
LDL – C (mmol/l)	2,73 \pm 0,21	2,4 \pm 1,45	0,926
Protein (g/l)	65,91 \pm 2,35	64,18 \pm 1,7	0,455
Albumin (g/l)	29,77 \pm 1,44	26,0 \pm 1,02	0,588
Calci (mmol/l)	1,96 \pm 0,05	2,0 \pm 0,04	0,716
PTH (pmol/l)	92,94 \pm 20,51	101,02 \pm 31,12	0,303

Nhận xét: Nồng độ sắt và triglycerid huyết thanh trung bình ở nhóm BN không SDD cao hơn nhóm BN có SDD và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về nồng độ ferritin, transferrin, cholesterol, HDL-C, LDL-C, protein, albumin, calci, PTH giữa 2 nhóm BN có SDD và nhóm BN không SDD theo thang điểm SGA ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi đã bước đầu đánh giá chỉ số SGA và mối liên quan của nó với các chỉ số dinh dưỡng khác. Kết quả cho thấy có 9,8% số BN có giá trị SGA ở mức SDD nặng, 52,9% số BN ở mức SDD nhẹ – vừa và 37,3% số BN không có nguy cơ SDD (Bảng 1), cao hơn so với nghiên cứu đa trung tâm tại Mỹ và Canada trên bệnh nhân LMB năm 1996 theo phương pháp SGA có 8% số BN ở mức SDD nặng, 32% số BN ở mức SDD nhẹ – vừa và 60% không có nguy cơ SDD [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ SDD theo phương pháp SGA ở giới nam (64,5%) cao hơn giới nữ (60%) tuy nhiên sự

khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), khác với đánh giá của Chung S.H. và cộng sự [5] trong đó tỷ lệ SDD ở giới nam thấp hơn ở nữ. Theo kết quả từ bảng 3 cho thấy không có sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng theo thang điểm SGA giữa 2 nhóm tuổi ≤ 40 và nhóm tuổi > 40 ($p > 0,05$). Đánh giá của chúng tôi cũng tương đồng với các tác giả khác. Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy có 35,3% bệnh nhân có BMI ở mức thấp $< 18,5$ và sự khác nhau về tình trạng dinh dưỡng theo BMI giữa 2 nhóm BN nam (32,3%) và BN nữ (40%) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi khá cao có thể do BN của chúng tôi là BN nội trú

phải nhập viện do nhiều biến chứng nặng khác nhau, chính vì vậy mà chỉ số khối cơ thể (BMI) cũng giảm theo. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ SDD đánh giá theo nồng độ albumin huyết thanh là 70,58%, trong đó tỉ lệ SDD của nhóm nam giới là 63,6% và nhóm nữ giới là 75,9% ($p > 0,05$). Nồng độ albumin máu ở bệnh nhân LMB thấp hơn so với bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ có thể được giải thích bởi nhiều lý do khác nhau (1) bệnh nhân LMB có tình trạng chán ăn phổ biến do luôn có một lượng dịch trong ổ bụng gây nên cảm giác đầy bụng; (2) luôn tiếp xúc với dịch chứa glucose khiến bệnh nhân cảm thấy no và không muốn ăn; (3) do bệnh nhân bị mất một lượng protein qua dịch lọc. Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu Yanowsky-Escatell F.G. [6]. Điều này càng khẳng định hơn độ tin cậy của SGA. Chính vì vậy NFK- K/DOQI đã khuyến cáo nên sử dụng thang điểm SGA để đánh giá dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính chưa điều trị thay thế cũng như lọc máu. Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ SDD (cả mức độ nhẹ và mức độ nặng) của nhóm bệnh nhân có phù (tỉ lệ là 72,7%) cao hơn so với nhóm bệnh nhân không phù (tỉ lệ là 44,4%) và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỉ lệ SDD của nhóm biến chứng viêm phúc mạc (là 67,6%) cao hơn so với nhóm không có viêm phúc mạc, tuy vậy sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Chúng tôi không thấy có sự khác biệt về tỉ lệ SDD theo các mức độ thiếu máu, tương tự kết quả nghiên cứu của Yanowsky – Escatell F.G.[6] cho thấy tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân LMB ít bị ảnh hưởng bởi tình trạng thiếu máu. Điều này có thể giải thích là tình trạng thiếu máu không chỉ do nguyên nhân SDD mà còn bởi tình trạng thiếu hụt erythropoietin, giảm đời sống hồng cầu trong bệnh thận mạn, bên cạnh đó còn có tình trạng viêm mạn tính, cường cận giáp, chế độ ăn uống thiếu hụt sắt, vitamin B₁₂, acid folic,...

Theo kết quả ở bảng 6 cho thấy nồng độ sắt huyết thanh trung bình ở nhóm không SDD cao hơn so với nhóm SDD có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra tình trạng dinh dưỡng càng nặng thì nồng độ sắt huyết thanh càng giảm. Chúng tôi cũng thấy nồng độ triglycerid huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh nhân không SDD cao hơn so với nhóm bệnh nhân SDD có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự nghiên cứu của thấp hơn và không tương đồng so với kết quả của tác giả Chung S.H và cộng sự [5]. Kết quả ở bảng 7 cũng cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê về nồng độ cholesterol, HDL-C, LDL-C huyết thanh và cũng không thấy khác biệt về ure, creatinin, protit, albumin, ferritin, transferin, canxi. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu Yanowsky- Escatell F.G.[6] nhưng khác với của Chung S.H [5]. Chúng tôi nhận thấy là tình trạng dinh dưỡng đánh giá theo SGA không chỉ đơn thuần dựa vào nồng độ albumin, protein huyết thanh mà còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác.

V. KẾT LUẬN

-Tỉ lệ suy dinh dưỡng theo thang điểm SGA là 62,7%, trong đó suy dinh dưỡng nhẹ - vừa là 52,9% và suy dinh dưỡng nặng là 9,8%. Tỉ lệ SDD theo BMI là 35,3%. Tỉ lệ SDD đánh giá theo nồng độ albumin huyết thanh là 70,58%. Tỉ lệ SDD theo SGA cao hơn có ý nghĩa thống kê so với theo BMI ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỉ lệ SDD theo SGA và theo albumin.

- Tỉ lệ SDD không khác biệt trong các nhóm thiếu máu. Nồng độ sắt và triglycerid huyết thanh trung bình ở nhóm BN không SDD cao hơn nhóm BN có SDD. Không có sự khác biệt về nồng độ ferritin, transferrin, cholesterol, HDL – C, LDL – C, protein, albumin, calci, PTH giữa 2 nhóm BN có SDD và nhóm BN không SDD theo thang điểm SGA ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kopple J. D (1999).** Therapeutic approaches to malnutrition in chronic dialysis patients: the different modalities of nutritional support. *Am J Kidney Dis*, 33 (1), 180-185.
- Espahbodi F, Khoddad T và Esmaili L (2014).** Evaluation of malnutrition and its association with biochemical parameters in patients with end stage renal disease undergoing hemodialysis using subjective global assessment. *Nephrourol Mon*, 6 (3), e16385.
- Steiber A. L, Kalantar-Zadeh K, Secker D và cộng sự (2004).** Subjective Global Assessment in chronic kidney disease: A review. *Journal of Renal Nutrition*, 14 (4), 191-200.
- CANUSA Peritoneal Dialysis Study Group (1996).** Adequacy of dialysis and nutrition in continuous peritoneal dialysis: association with clinical outcomes. Canada-USA (CANUSA) Peritoneal Dialysis Study Group. *J Am Soc Nephrol*, 7 (2), 198-207.
- Chung S. H, Na M. H, Lee S. H and all (1999).** Nutritional status of Korean peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int*, 19 Suppl 2, S517-522.
- Yanowsky-Escatell F. G, Pazarin-Villasenor L, Andrade-Sierra J and all (2015).** Association of Serum Albumin and Subjective Global Assessment on Incident Peritoneal Dialysis Patients. *Nutr Hosp*, 32 (6), 2887-2892.
- Enia G, Mallamaci F, Benedetto F.A and all (2001).** Long-term CAPD patients are volume expanded and display more severe left ventricular hypertrophy than haemodialysis patients. *Nephrol Dial Transplant*, 16 (7), Pp. 1459-1464.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẠI MŨI HỌNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH NĂM 2016

Phạm Thế Hiền*

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán có bệnh TMH (Kể cả các bệnh nhân nhập viện, bệnh nhân được kê đơn và bệnh nhân chuyển tuyến trên điều trị) tại khoa TMH và phòng khám TMH BVĐK Trà Vinh từ 1/1/2016 đến hết ngày 30/12/2016, kết quả: Nhóm bệnh về Mũi xoang: 46.7%, trong đó bệnh viêm mũi họng cấp (cảm thường) có tỉ lệ số BN cao nhất 19.6%, kể đến là bệnh viêm xoang mạn 7.0. Nhóm bệnh về Họng thanh quản: 40.0%, trong đó bệnh viêm họng cấp có tỉ lệ số BN cao nhất 14.4%. Nhóm bệnh Tai: 9.0 %, trong đó bệnh viêm tai giữa không nung mủ có tỉ lệ số BN cao nhất 2.9%. Nhóm bệnh khác của TMH: 6.9%. Nhóm bệnh về chấn thương TMH: 1.6%.

Từ khoá: cơ cấu bệnh TMH, Bệnh viện Trà Vinh

SUMMARY

TO STUDY THE DISEASE STRUCTURE OF EAR, NOSE AND THROAT OF TRA VINH HOSPITAL IN THE YEAR 2016

Objectives: The purpose of this study is to determine: The characteristics of otorhinolaryngological diseases. The prevalence of otorhinolaryngological diseases according to ICD 10 classification, the rate of groups of ENT diseases and some of their relationships. **Materials and Methods:** This is a retrospective cross – sectional research. **Object of study:** all patients were diagnosed with ENT disease (including patients admitted to the hospital and the patient was prescribed treatment and referral of patients) at the Department of ENT and ENT clinics Tra Vinh hospital from 1/1/2016 to 12/30/2016. To analyse and process data by SPSS 15.0. **Nose sinus disease group:** 46.7%, including nasopharyngitis grade disease (common cold) has the highest rate of 19.6% of patients, followed by 7.0% of chronic sinusitis. **Group of the larynx and throat diseases:** 40.0%, including sore throats, who issued the highest number of patients 14.4%. **Tai Group diseases:** 9.0%, in which patients are not purulent otitis media with the highest rate of 2.9% of patients. **Other diseases of ENT Group:** 6.9%. **The group of trauma patients TMH:** 1.6%.

Key word: disease structure of Ear, Nose and Throat, Tra Vinh hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai Mũi Họng là cửa ngõ, là cơ quan đảm nhận sự trao đổi trực tiếp giữa cơ thể và môi

trường bên ngoài, là nơi gần và có liên hệ chặt chẽ với hệ thần kinh trung ương. Vì vậy, bệnh lý TMH nếu không phát hiện, điều trị kịp thời, dứt điểm sẽ trở nên mạn tính và gây ra các biến chứng nặng nề, làm ảnh hưởng đến sức khỏe, chất lượng cuộc sống của bản thân và gia đình người bệnh.

Đặc tính của bệnh TMH là khác nhau theo các đặc điểm địa lý, kinh tế, văn hóa xã hội. Theo nghiên cứu của tác giả Phùng Minh Lương năm 2007 tại các BV tuyến tỉnh Tây Nguyên có tỷ lệ Mũi Xoang chiếm 36,92%, Tai 31,16% và Họng 17.56%. Theo báo cáo tại hội nghị Khoa Học Kỹ Thuật BV Tai Mũi Họng TP.HCM ngày 14-12-2006 thì có gần 69% trẻ em tuổi mẫu giáo ở các trường Mầm Non mắc bệnh TMH. Ngoài ra tình trạng ô nhiễm môi trường hiện nay đang tỷ lệ thuận với số ca mắc bệnh về TMH và diễn biến phức tạp hơn gây khó khăn cho quá trình chẩn đoán và điều trị. Xuất phát từ những vấn đề nêu trên chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu cơ cấu bệnh tai mũi họng tại BVĐK Trà Vinh năm 2016" nhằm mục tiêu nghiên cứu sau:

1. *Xác định các đặc điểm của bệnh TMH tại BVĐK Trà Vinh.*

2. *Xác định tỉ lệ từng loại bệnh TMH theo phân loại ICD 10, tỉ lệ các nhóm bệnh TMH và một số mối tương quan của chúng tại BVĐK Trà Vinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. *Đối tượng nghiên cứu:* Bệnh nhân tới khám tại phòng khám và khoa TMH, thuộc BVĐK Trà Vinh và được chẩn đoán có bệnh lý TMH (Kể cả các bệnh nhân ĐT nội trú, ĐT ngoại trú và ĐT vượt tuyến), trong năm 2016.

2.2. *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 10 năm 2016 đến hết tháng 12 năm 2016.

2.3. *Địa điểm nghiên cứu:* tại BVĐK Trà Vinh (TP Trà Vinh).

2.4. *Phương pháp nghiên cứu*

2.4.1. *Thiết kế nghiên cứu:* Hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.4.2. *Tiêu chuẩn chọn mẫu:*

- Danh sách bệnh nhân khám chữa bệnh lưu trữ trong phần mềm khám bệnh của phòng khám và khoa TMH đạt các tiêu chí sau:

- Những danh sách bệnh nhân có chẩn đoán bệnh lý TMH (Kể cả các bệnh nhân nhập viện, bệnh nhân được kê đơn và bệnh nhân chuyển

*Khoa Y – Dược, Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

tuyến trên điều trị) tại khoa TMH và phòng khám TMH BVĐK Trà Vinh.

- Được khám, kê đơn hoặc nhập viện điều trị trong thời gian từ 1/1/2016 đến hết ngày 30/12/2016.

- Nếu trên cùng bệnh nhân có nhiều bệnh thuộc TMH lấy chẩn đoán bệnh chính

-Nếu có kèm bệnh lý khoa khác chọn bệnh lý TMH

2.4.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không thuộc diện nghiên cứu đối với những trường hợp khám sức khỏe.

- Danh sách BN không đầy đủ thông tin giúp cho việc nghiên cứu.

2.4.4. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu qua danh sách khám chữa bệnh được lưu trữ trong phần mềm khám bệnh trên máy vi tính của phòng khám, và của khoa TMH BVĐK Trà Vinh, qua đó thu thập những biến số cần nghiên cứu.

2.5. Xử lý số liệu: thu thập được bằng phần SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ

Trong năm 2016 tại phòng khám TMH BVĐK Trà Vinh có tất cả 12480 lượt bệnh nhân tới khám bệnh, thống kê số liệu được thể hiện như sau:

3.1. Tỷ lệ bệnh TMH theo phân loại Quốc tế ICD 10.

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh TMH

Nhóm bệnh	Tên bệnh	Mã ICD10	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tai	Viêm tai ngoài	H60	209	1.7
	Viêm tai giữa không nung mủ	H65	362	2.9
	Viêm tai giữa nung mủ và không đặc hiệu	H66	298	2.4
	Viêm tai giữa tiết nhầy mạn	H65.3	152	1.2
	Thủng màng nhĩ	H72	21	0.2
	RL chức năng tiền đình	H81	60	0.5
	Nút ráy tai	H61.2	25	0.2
	Viêm xương chũm và tình trạng liên quan	H70	16	0.1
Mũi Xoang	Viêm mũi họng cấp (Cảm thường)	J00	2447	19.6
	Viêm mũi, viêm mũi họng.	J31	833	6.7
	Viêm mũi do vận mạch và dị ứng	J30	128	1.0
	Chảy máu cam	R04.0	477	3.8
	Lệch vách mũi	J34.2	23	0.2
	Polyp mũi	J33	104	0.8
	Viêm xoang cấp	J01	606	4.9
	Viêm xoang mạn	J32	879	7.0
	U nang và u nhầy của xoang mũi	J34.1	186	1.5
	Vật lạ trong mũi, trong TQ (Dị vật đường ăn, đường thở)	T17.0	145	1.2
Họng-TQ	Viêm họng cấp	J02	1793	14.4
	Viêm họng mạn	J31.2	1650	13.2
	Viêm Amidan cấp	J03	1257	10.1
	Abces quanh Amidan	J36	20	0.2
	Viêm TQ và KQ cấp	J04	62	0.5
	Viêm TQ và viêm thanh khí quản mạn	J37	38	0.3
	Viêm tuyến nước bọt	K11.2	40	0.3
	Nốt nhỏ dây thanh âm	J38.2	41	0.3
	Bướu ác của hầu và miệng	C10	14	0.1
	Viêm họng thanh quản cấp	J36.0	55	0.4
	Bệnh mạn tính của Amidan và sùi dạng tuyến	J35	22	0.2
Chấn thương TMH	Vỡ xương sọ và xương mặt	S02	162	1.3
	Vỡ xương mũi	S02.2	80	0.6
	Vết thương TMH hở (Vết thương TQ, KQ, ống tai...)	J01.2	32	0.3

Bệnh TMH khác	Bệnh khác của tai (Tai ngoài, tai trong)	H61	143	1.1
	Bệnh khác của mũi và xoang mũi (Gai VN, vẹo VN..)	J34	34	0.3
	Bệnh khác của họng (Viêm VA, nang giáp móng...)	J39.2	86	0.7
Tổng			12480	100

***Nhận xét:** có 3 bệnh thường gặp nhất với số lượng chiếm hơn 1 ngàn lượt khám, điều trị/năm đứng đầu là viêm mũi họng cấp (Cảm thường) 19.6%, kế đến là bệnh Viêm họng cấp 16,5% và thứ ba là viêm Amidan 6.9%. Có ba bệnh ít gặp nhất đó là: Viêm xương chũm và tình trạng liên quan 0,1%, bướu ác của hầu và miệng 0.1%, abces quanh Amidan 0,2%.

3.2. Tỷ lệ bệnh TMH phân theo nhóm bệnh.

Bảng 2: tỷ lệ bệnh TMH phân theo nhóm.

Nhóm bệnh	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Tai	1123	9.0
Mũi xoang	5828	46.7
Họng thanh quản	4992	40.0
Chấn thương TMH	274	2.2
Bệnh khác của TMH	263	2.1
Tổng	12480	100

***Nhận xét:** Bảng 3.2 cho thấy trong 5 nhóm bệnh thì nhóm mũi xoang là thường gặp nhất có 5828 BN chiếm 46.7% tổng số bệnh, kế đến là nhóm họng-TQ, nhóm tai, nhóm bệnh khác của TMH và cuối cùng là nhóm chấn thương TMH ít gặp nhất 263 BN chiếm 2.1% tổng số bệnh.

3.3. Tỷ lệ bệnh TMH phân bố theo độ tuổi.

Phân Bố Theo Độ Tuổi	Số BN	Tỷ Lệ (%)
Nhỏ hơn 5 tuổi	2595	20.8
Từ 6 – 15 tuổi	2134	17,1
Từ 16 – 60 tuổi	6190	49.6
Lớn hơn 60 tuổi	1561	12.5

***Nhận xét:** Bảng 3.3 cho thấy bệnh TMH tập trung nhiều ở độ tuổi từ 16-60 tuổi có tới BN chiếm 49,6%, kế đến là nhóm <6 tuổi có BN chiếm 20,8%. Nhóm tuổi ít mắc bệnh nhất là nhóm >60 tuổi có BN chiếm 12,5%.

3.4. Tỷ lệ bệnh TMH phân bố theo thành phần dân tộc:

Bảng 3: Tỷ lệ bệnh phân bố theo thành phần dân tộc.

Thành phần dân tộc	Số BN	(%)theo bệnh
DT Khơme	7962	63.8
DT Kinh	4268	34.2
DT khác	250	2.0
Tổng	12480	100.0

***Nhận xét:** Bảng 3.4 cho thấy bệnh TMH tập trung nhiều nhất ở người Khơme có 7962 BN chiếm 63.8%, kế đến là DT Kinh 4268 BN chiếm 34,2% và DT khác có số lượng BN thấp nhất 250 BN chiếm 2.0%

3.5. Tỷ lệ bệnh phân bố theo nghề nghiệp:

Bảng 4: Tỷ lệ bệnh TMH phân bố theo nghề nghiệp.

Nghề nghiệp	Số lượng BN	Tỷ lệ (%)
Nhỏ (chưa có NN)	2930	23.5
Làm Nông	4502	36.1
Công nhân	2456	19.7
Viên chức	950	7.6
Hs - Sv	1055	8.5
Già	794	6.4
Nghề khác	207	1.7
Tổng	12480	100.0

***Nhận xét:** Qua 7 nghề nghiệp ở bảng 3.7 cho thấy: nghề làm nông là nghề có số lượng BN đông nhất 4502 BN (36.1%), đối tượng nhỏ (Chưa có nghề nghiệp) cao thứ hai 2930 BN (23.5%),

Công Nhân có số lượng BN đông thứ ba 2456 BN (19,7%), kế đến là HS-SV 1055 BN (8.5%), đối tượng viên chức có 950 BN (7.6%), Người Già 794 BN (6.4%), cuối cùng là đối tượng nghề khác có tỉ lệ mắc thấp nhất 207 BN (1.7%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu tổng số 12480 lượt BN tới khám và điều trị bệnh TMH tại BVĐK TRÀ VINH năm 2016 chúng tôi nhận thấy rằng: Bệnh TMH thường gặp nhất là bệnh về mũi xoang có tới 5828 lượt BN tới khám chiếm 46.7% trong tổng số bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phùng Minh Lương "Tìm hiểu cơ cấu bệnh lý TMH tại BV tuyến tỉnh Tây Nguyên năm 2007" có tỉ lệ bệnh mũi xoang là 36,92%, (cao nhất trong tổng số bệnh). Các bệnh như viêm mũi họng cấp (Cảm thường), viêm mũi dị ứng và viêm xoang cấp mạn có tỉ lệ cao có thể là do đặc điểm của khí hậu tỉnh Trà Vinh, cùng với sự mất cân bằng về sinh thái, ô nhiễm môi trường sống là những yếu tố thuận lợi gây ảnh hưởng đến hệ mũi xoang.

Về độ tuổi mắc bệnh chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt trong 4 nhóm tuổi được chia. Bệnh TMH tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 16-60 tuổi 49.6%. Vì theo thống kê thì nhóm tuổi này có số lượng người dân đông nhất. Mặt khác lứa tuổi này nằm trong độ tuổi lao động, chính vì thế họ thường xuyên phải lao động nặng và cũng thường xuyên phải tiếp xúc với môi trường có nhiều nguy cơ hơn.

Về thành phần dân tộc: Qua bảng 3.5 có thể thấy tỉ lệ số BN TMH tập trung nhiều nhất ở DT Khơme và DT khác là ít nhất. Sự khác biệt này có thể là do phong tục tập quán, vệ sinh môi trường kém, điều kiện làm việc còn chưa đảm bảo dẫn đến việc chưa có điều kiện quan tâm chăm sóc cho sức khỏe của đồng bào.

Về nghề nghiệp chúng tôi nhận thấy rằng bệnh TMH có tỉ lệ số BN nhiều nhất ở nghề làm nông chiếm 36.1%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phùng Minh Lương "Tìm hiểu cơ cấu bệnh lý TMH ở BV tuyến tỉnh Tây nguyên năm 2007" có tỉ lệ bệnh ở nghề nông cao nhất (49.6%). Có thể giải thích rằng nghề làm nông họ thường xuyên phải làm những công việc nặng nhọc và cũng thường xuyên phải tiếp xúc với điều kiện khí hậu khắc nghiệt, môi trường ô nhiễm.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm bệnh TMH

- Tỉ lệ số BN mắc bệnh TMH tập trung nhiều ở lứa tuổi 16-60 tuổi 49.6%.

- Tỉ lệ số BN mắc bệnh TMH ở DT Khơme chiếm 63.8%.

- Nghề làm nông là nghề có tỉ lệ số BN cao nhất chiếm 36.1%.

5.2. Tỉ lệ bệnh TMH tại Bệnh viện:

- Nhóm bệnh về Mũi xoang: 46.7%, trong đó bệnh viêm mũi họng cấp (cảm thường) có tỉ lệ số BN cao nhất 19.6%, kế đến là bệnh viêm xoang mạn 7.0%

- Nhóm bệnh về Họng thanh quản: 40.0%, trong đó bệnh viêm họng cấp có tỉ lệ số BN cao nhất 14.4%.

- Nhóm bệnh Tai: 9.0%, trong đó bệnh viêm tai giữa không nung mủ có tỉ lệ số BN cao nhất 2.9%.

- Nhóm bệnh khác của TMH: 6.9%.

- Nhóm bệnh về chấn thương TMH: 1.6%.

VI. KIẾN NGHỊ

- Ngành Y Tế tỉnh Trà Vinh nói chung và chuyên ngành TMH nói riêng kết hợp cùng các ban ngành đoàn thể trên địa bàn cần có kế hoạch về vệ sinh môi trường, truyền thông GDSK, tập huấn cho nhân viên Y tế cơ sở và Y tế phường, xã về bệnh TMH. Đầu tư hơn nữa về trang thiết bị, thuốc men và con người... Nhằm dự phòng, điều trị tốt hơn bệnh TMH cho đồng bào.

- Tiếp tục có những nghiên cứu sâu rộng hơn tìm ra các yếu tố liên quan, nhằm tìm ra nguyên nhân của các sự khác biệt nói trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đức (1980). *Những bệnh thông thường về họng*. NXB Y Học Hà Nội.
2. Phạm Thế Hiền, Nguyễn Hữu Khôi, Huỳnh Khắc Cường "Nghiên cứu mô hình một số bệnh TMH ở người lớn và các yếu tố dịch tễ liên quan tại tỉnh Cà Mau". *Y Học TP HCM*, Tập 8 phụ bản số 1/2004.
3. Phùng Minh Lương (2007). *Giáo trình Tai Mũi Họng*. Bộ Môn TMH Trường ĐH Tây Nguyên.
4. Phùng Minh Lương "Tìm hiểu cơ cấu bệnh lý TMH tại Bệnh Viện tuyến tỉnh ở Tây Nguyên 2007". *Y Học thực hành*, số 1/2009 (641+642).
5. Nguyễn Quang Quyền (1983). *Giải Phẫu Học* NXB Y học.
6. Nguyễn Đình Tạo "Điều kiện tự nhiên". http://www.lamdong.gov.vn/vi-VN/home/about/Pages/dieu_kien_tu_nhien
7. Võ Tấn (1991). *Tai Mũi Họng thực hành* tập I,II,III. NXB Y Học.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM 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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và niệu động học rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới (CNĐTND) ở bệnh nhân ĐTĐ typ2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 152 bệnh nhân ĐTĐ typ2. **Kết quả:** tỷ lệ rối loạn CNĐTND là 27,63%. Triệu chứng lâm sàng rối loạn CNĐTND: Điểm trung bình AUA - SI là 15,38 ± 5,46. Dòng tiểu chậm 90,91% ở nam, 85% ở nữ; cảm giác tiểu không hết ở nam 86,36%, nữ 80%; tiểu gấp chiếm tỷ lệ thấp 9,09%. Đặc điểm niệu động học: chỉ số BCI kém 68,8%, chỉ số BVE% thấp 46,73%; tiểu tồn lưu còn nhiều 320,71ml, thể tích bàng quang tại thời điểm có cảm giác buồn đi tiểu đầu tiên tăng 424,72ml. **Kết luận:** Rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 chiếm tỷ lệ khá cao với đặc điểm lâm sàng đa dạng như dòng tiểu chậm, cảm giác không hết và các thông số niệu động học như hiệu suất tổng xuất BVE% hay chỉ số cơ bóp BCI giảm so với ngưỡng bình thường.

Từ khóa: đường tiết niệu dưới, ĐTĐ typ 2

SUMMARY

A STUDY ON CHARACTERISTICS OF LOWER URINARY TRACT DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT BACH MAI HOSPITAL IN 2016

Objectives: To survey the rate, clinical and urodynamical characteristics of lower urinary tract dysfunction (LUTD) in patients with type 2 diabetes. **Subjects and methodology:** a cross sectional study on 152 patients with type 2 diabetes. **Results:** the rate of the patients with LUTD is 27.63%. Clinical symptoms of LUTD include: AUA-SI score is 15.38± 5.46. 90.91% of the males and 85% of the females have flow urine stream; the feeling of incomplete bladder emptying is felt both the men and women (86.36% and 80% respectively) urgency occurs to a modest 9.09% of surveyed patients. Urodynamic symptoms of LUTD are: a low BCI of 68.80, a low BVE of 46.73%; a high volume of residual urine (320.71 ml); an increased bladder volume at the first desire (424.72 ml). **Conclusions:** A fairly rate of patients with type 2 diabetes develop LUTD. The clinical symptoms are diverse, ranging from slow urine stream, feelings of incomplete bladder emptying. Such

urodynamic symptoms as BVE% (Bladder voiding efficiency) or BCI (Bladder contractility index) are lower than normal indices.

Key words: lower urinary tract dysfunction, diabetes type 2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường 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 do ĐTĐ ít được đề cập đến và thường bị bỏ qua trong thực hành lâm sàng. Ở những bệnh nhân này, dấu hiệu lâm sàng sớm của rối loạn chức năng bàng quang khó được phát hiện, dẫn đến chẩn đoán muộn, mất cơ hội dự phòng sớm các biến chứng đường tiết niệu dưới. Tại Việt Nam, chẩn đoán sớm rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 mới được quan tâm và còn ít nghiên cứu được công bố. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu: "khảo sát tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và niệu động học rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ typ2"

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 theo tiêu chuẩn của hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2014.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: ĐTĐ typ 1; Bệnh nhân bị rối loạn CNĐTND không do biến chứng ĐTĐ typ 2 như: (dị dạng đường tiết niệu dưới; sỏi bàng quang, hẹp niệu đạo, phì đại lành tính tiền liệt tuyến, u bàng quang, ung thư tiền liệt tuyến; Sa sinh dục, sỏi tiểu găng sức; tổn thương tủy sống, bệnh Parkinson, tổn thương não, nhiễm khuẩn tiết niệu; do thuốc chẹn kênh can xi, kháng cholinergic, thuốc đồng vận α , β adrenergic, chống chống trầm cảm ba vòng, thuốc lợi tiểu); Bệnh nhân không hợp tác được như sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần; Bệnh nhân không đồng ý tham gia đầy đủ quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân ĐTĐ typ 2 điều trị tại

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

khoa Nội tiết và Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai thỏa mãn tiêu chuẩn chọn

2.2.3. Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện 152 bệnh nhân bị ĐTĐ tít 2 đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn, có 42 bệnh nhân có triệu chứng đường tiết niệu dưới AUASI ≥ 8 điểm.

2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện 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.

2.5. Tiêu chí đánh giá: Chẩn đoán rối loạn CNĐTND bằng bộ câu hỏi AUA-SI ≥ 8 điểm. Chẩn đoán bằng quang tăng hoạt theo Hội tiểu không tự chủ quốc tế 2002. Tiêu chuẩn bằng quang giảm hoạt (giảm chỉ số cơ bóp bàng quang (BCI) < 100 ; Giảm hiệu suất tổng xuất nước tiểu của cơ bàng quang (BVE%) $< 75\%$); Tiểu nhiều lần là số lần đi tiểu trong ngày ≥ 8 lần; Tiểu đêm là số lần đi tiểu trong đêm ≥ 2 lần; Sức chứa bàng quang tối đa bình thường 250-400ml; Thời gian đi tiểu bình thường 60-67 (s). Chỉ số (BCI) được tính bằng $PdetQmax \pm 5 Qmax$ (BCI > 150 cơ bàng quang tăng cơ bóp; BCI 100-150 cơ bàng quang cơ bóp bình thường; BCI < 100 cơ bàng quang cơ bóp kém); Hiệu suất (BVE%) được tính là thể tích tự đi/[thể tích tự đi tiểu + thể tích tiểu tồn lưu] (BVE% $< 75\%$ giảm hiệu suất; BVE% $\geq 75\%$ hiệu suất bình thường)

2.6. 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

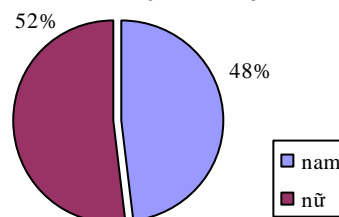
3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới.

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Bệnh nhân (n = 152)	Tỷ lệ %
≥ 60 tuổi	68	44,74
< 60 tuổi	84	55,26
Trung bình \pm SD	61,97 \pm 13,03	

Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 61,97 \pm 13,03 (năm), (ít tuổi nhất là 41 tuổi, cao nhất là 86 tuổi). Trong đó nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao (55,26%).



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Phân bố bệnh nhân theo giới cho thấy tương đồng giữa hai giới nam và nữ chiếm tỷ lệ lần lượt là 48,03% và 51,97%.

3.1.2. Tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng và niệu động học rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2.

- Tỷ lệ rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới ở 152 đối tượng nghiên cứu bằng câu hỏi AUA-SI và niệu động học là 42/152 bệnh nhân chiếm 27,63%.

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng theo AUA-SI

Giới Đặc điểm	Nam		Nữ		p
	Bệnh nhân (n=42)	Tỷ lệ %	Bệnh nhân (n=42)	Tỷ lệ %	
Dòng tiểu chậm	20	90,91	17	85	>0,05
Cảm giác tiểu không hết	19	86,36	16	80	
Tiểu nhiều lần	18	81,82	16	80	
Tiểu phải rặn	17	77,27	12	60	
Tiểu đêm	16	72,73	14	70	
Dòng tiểu ngắt quãng	14	63,63	13	65	
Tiểu gấp	2	9,09	3	15	
Tổng	22	100	20	100	

Dòng tiểu chậm, cảm giác tiểu không hết hay gấp nhất, tiểu gấp ít gấp hơn, không có sự khác biệt giữa nam và nữ, $p > 0,05$, (p của χ^2 test).

Bảng 3.3: Đặc điểm niệu động học rối loạn CNĐTND ở BN ĐTĐ tít 2

Chỉ số	Trung bình \pm độ lệch chuẩn		
	Nam	Nữ	chung
Sức chứa bàng quang tối đa (ml).	602,64 \pm 244,49	634,8 \pm 331,93	617,95 \pm 286,25
Thời gian đi tiểu (giây)	67,28 \pm 41,98	61,42 \pm 30,99	64,49 \pm 36,83
Thể tích tiểu tồn dư (ml)	319,55 \pm 243,53	322 \pm 338,64	320,71 \pm 289
Hiệu suất tổng xuất nước tiểu (BVE%)	43,83 \pm 24,37	49,92 \pm 24,57	46,73 \pm 24,36
Chỉ số cơ bóp cơ bàng quang (BCI)	64,44 \pm 35,47	73,61 \pm 35,64	68,80 \pm 35,42
Tổng	22	20	42

Hiệu suất tổng xuất nước tiểu và chỉ số co bóp cơ bàng quang giảm, không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ $p > 0,05$; (p của Mann-Whitney test).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ rối loạn CNĐTND ở 152 đối tượng nghiên cứu bằng câu hỏi AUA-SI là 42/152 bệnh nhân chiếm 27,63%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đây dao động từ 25-90% [5]. Bảng kết quả 3.1 chúng tôi nhận thấy tần suất xuất hiện các triệu chứng đường tiết niệu dưới theo bảng điểm của Hoa Kỳ AUA-SI là rất thay đổi. Triệu chứng dòng tiểu chậm và cảm giác tiểu không hết thường gặp nhất ở cả hai giới lần lượt là 90,91% nam, 85% nữ và 86,36% ở nam, 80% ở nữ. Tỷ lệ này tương đồng với một số nghiên cứu trên thế giới, tác giả Lee W.C ghi nhận tiểu ngắt quãng (chiếm 62%), dòng tiểu chậm (52%) và tiểu không hết (45%), của Chiharu Y triệu chứng thường gặp nhất là tiểu rặn, dòng tiểu ngắt quãng và yếu [3],[6],[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng tiểu gấp chiếm tỷ lệ không cao có 5 bệnh nhân (9,09%). Số bệnh nhân bị bàng quang tăng hoạt có tiểu gấp trong nhóm nghiên cứu thấp hơn các nghiên cứu trước đây được công bố tỷ lệ dao động từ 39% đến 61% [4]. Theo Ho và cộng sự khi nghiên cứu 94 bệnh nhân ĐTĐ, tác giả nhận thấy có 36,2% trường hợp bàng quang tăng hoạt, Kaplan và cộng sự thì cho rằng tỷ lệ này là 55%. Các chỉ số niệu động học đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán biến chứng rối loạn CNĐTND do ĐTĐ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tình trạng tăng thể tích bàng quang tại thời điểm bắt đầu có cảm giác đi tiểu là $424,72 \pm 234,72$ ml, thể tích tiểu tồn lưu trung bình là $320,71 \pm 289$ ml, giảm dòng niệu đỉnh với giá trị trung bình là $9,38 \pm 5,32$ ml/s. Hiệu suất tổng xuất nước tiểu giảm rõ rệt chỉ còn $46,73 \pm$

$24,36\%$. Chỉ số co bóp cơ bàng quang phản ánh trực tiếp nhất chức năng cơ bàng quang, có giá trị trung bình là $68,80 \pm 35,42$, mức thấp hơn nhiều giá trị bình thường từ 100-150. Chỉ số nước tiểu tồn lưu được sử dụng như tiêu chí để phân biệt giai đoạn bệnh, tồn lưu ít tức là giai đoạn còn bù, cơ bàng quang còn có thể tổng xuất một phần nước tiểu ra, nước tiểu tồn lưu nhiều là giai đoạn sau mất bù, bệnh nhân mất khả năng đi tiểu và hiện tượng bí tiểu xảy ra và đến khám cấp cứu.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn CNĐTND ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 chiếm tỷ lệ khá cao với đặc điểm lâm sàng đa dạng như dòng tiểu chậm, ngắt quãng, giảm cảm giác và các thông số niệu động học như hiệu suất tổng xuất nước tiểu hay chỉ số co bóp BCI đều giảm so với ngưỡng bình thường

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2007).** *Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường- tăng glucose máu*, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. **Centers for Disease Control and Prevention (2011).** *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.
3. **Chiharu Y, Ryuji S and Tomoyuki U (2007).** Overactive Bladder in Diabetes: A Peripheral or Central Mechanism. *NeuroUrol Urodyn*, 26, 807-813.
4. **Goldman H.B và Appell R.A (1999).** Voiding dysfunction in women with diabetes mellitus. *Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 10, 130 -133.
5. **Lee W.C, Wu H.P và Tai T.Y (2004).** Effects of diabetes on female voiding behavior. *J Urol*, 172, 989-992.
6. **Liu R.T and Chung M.S (2011).** Prevalence of overactive bladder and associated risk factors in 1359 patients with type 2 diabetes. *Urology*, 78, 1040-1045.
7. **Ruth K.H, Firouz D và Bahareh V (2012).** Does Diabetes Mellitus-Induced Bladder Remodeling Affect Lower Urinary Tract Function? *NeuroUrol Urodyn*, 31, 359-364.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG MẮT TRẺ EM

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2017

Mục đích: Tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng của chấn thương mắt trẻ em và qua đó có biện pháp dự phòng hữu hiệu hơn. Đánh giá kết quả điều trị nội ngoại khoa để có thêm kinh nghiệm xử lý. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, thời gian 16 tháng, từ 4/2015 đến 6/2016 tất cả bệnh

Ngày duyệt bài: 29.3.2017

nhân bị tại Khoa Nhãn nhi Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

Kết quả: Thu thập được 174 mắt của 171 bệnh nhi với nhiều hình thái và mức độ chấn thương khác nhau. Nam 70,80%, nữ 29,20%. Chấn thương kín có 98 mắt (56,32%), chấn thương hở có 69 mắt (39,65%). Rất nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra chấn thương. Hầu hết vào viện muộn và có nhiều tổn thương phối hợp. Thị lực cải thiện kém, chỉ có 32,8% \geq 6/10. Biến chứng đa dạng chủ yếu là tăng nhãn áp và viêm màng bồ đào, đục thể thủy tinh. **Kết luận:** Chấn thương mắt trẻ em là chấn thương nặng, việc đến muộn và sơ cứu không đúng và không kịp thời làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh. Dù xử lý tối ưu nhưng kết quả vẫn hạn chế. Biện pháp dự phòng và tuyên truyền giáo dục là quan trọng hàng đầu.

Từ khóa: Chấn thương mắt trẻ em, vết thương mắt kín, vết thương mắt hở.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF OCULAR TRAUMA IN THE CHILDREN

Purpose: To investigate clinical characteristics of children eye trauma and based on that results the plan of effective prevention would be launched. To evaluate the results of internal and surgical treatments for further experience. Subjects and methods: The cross sectional and prospective study, duration of 16 months, from Apr 2015 to Jun 2016 consists of all patients aged under 16 at the Pediatric Department, Danang Eye Hospital. **Results:** The research collected 174 eyes of 171 patients with many different forms and levels. Male 70.80%. female 29.20%. There were 98 cases of blunt (56.32%) and exposed (39.65%) injuries. A lot of causes to injury, most of patients hospitalised to late and combined to many other lesions. The recovery of visual acuities were low, around 32.8% of them obtain \geq 6/10. The complications were multiform, mainly high intraocular pressure and uveitis, cataract. **Conclusion:** The ocular trauma in children are serious, the late hospitalisation, wrong and late first aid are the factors to worse more the conditions. Although the ocular injuries were perfectly managed, they still obtain the limited results. The measures of prevention and propaganda are firstly important.

Keywords: Ocular trauma in children, ocular blunt wound, exposed ocular wound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương mắt là nguyên nhân gây mù trầm trọng thường gặp nhất ở trẻ em, đặc biệt ở các nước đang phát triển, chiếm tỉ lệ 8-14% tổng chấn thương ở trẻ và phổ biến nhất của những bệnh nhi nhập viện (40%) [2].

Chấn thương mắt làm giảm thị lực, ảnh hưởng thẩm mỹ kèm theo vấn đề về tâm lý ở trẻ

[1]. Nguyên nhân gây chấn thương hay gặp nhất là que nhọn, đá, bóng, các vật kim loại, ngoài ra còn do bút chì, đồ chơi, mảnh thủy tinh, ngón tay, móng tay, do bóng...

Chấn thương nhãn cầu xảy ra có 3 hình thái: chấn thương kín, chấn thương hở, bong. Chấn thương hở chia làm 3 loại là chấn thương xuyên NC, vỡ nhãn cầu và dị vật nội nhãn; là một trong những cấp cứu nhãn khoa và cần phẫu thuật khẩn cấp. Kết quả thị lực phụ thuộc vào nhiều yếu tố của chấn thương hình thái chấn thương, mức độ trầm trọng và quan trọng nhất là thời gian từ khi chấn thương đến lúc được xử trí. Ở Tây Ấn, mù một mắt do chấn thương chiếm 20%-50%, mù hai mắt chiếm 3,2%-5%, trẻ nam chiếm 2/3 [7]. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng chấn thương mắt trẻ em. Đánh giá kết quả điều trị chấn thương mắt trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân < 16 tuổi bị chấn thương nhãn cầu điều trị Khoa Nhãn nhi, Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ 4/2015 đến 8/2016.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

2.2.2 Phương tiện nghiên cứu: Bảng đo thị lực vòng hở Landolt, bảng chữ E, thị lực hình, nhãn áp kế Shiotz, Tonopen, Maklakov, Đèn pin, Đèn soi đáy mắt gián tiếp, trực tiếp, Máy sinh hiển vi, Các phương tiện cận lâm sàng: siêu âm A, siêu âm B, X quang.

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Áp dụng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu thập được 174 mắt của 171 bệnh nhi với các đặc điểm chấn thương mắt và kết quả điều trị khác nhau.

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1 Giới và tuổi: Tỉ lệ Nam chiếm 70,80%, Nữ chiếm 29,20%. Có 4 độ tuổi: 0-2 tuổi: 12,30%, 3-5 tuổi: 26,30%, 6-10 tuổi: 34,50%, 11- 16 tuổi: 26,90%. Không có sự khác nhau về lứa tuổi bị chấn thương mắt.

3.1.2. Hình thái chấn thương

Bảng 1. Tỷ lệ từng hình thái chấn thương theo tuổi.

Tuổi	Chấn thương kín	Chấn thương hở	Bong	SL (%)
------	-----------------	----------------	------	--------

0-2	5 (5,1%)	15(21,7%)	1(14,2%)	21 (12,1%)
3-5	25 (25,5%)	19(27,6%)	2(28,6%)	46 (26,4%)
6-10	34 (34,7%)	24(34,8%)	2(28,6%)	60 (34,5%)
11-16	34 (34,7%)	11 (15,9%)	2(28,6%)	47(27%)
Tổng	98 (100%)	69(100%)	7(100%)	174 (100%)

Chấn thương kín có 98 mắt (56,32%), chấn thương hở có 69 mắt (39,65%). Sự khác nhau về nguyên nhân chấn thương tùy vào từng lứa tuổi có sự khác nhau, và sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

3.1.3. Nguyên nhân chấn thương

Bảng 2. Tỷ lệ chấn thương theo nguyên nhân.

Nguyên nhân	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Vật sắc nhọn	92	52,9
Súng đạn	34	19,5
Ngã	22	12,6
Đánh	5	2,9
Con vật cắn, cào	5	2,9
Bóng	7	4
Khác	9	5,2
Tổng cộng	174	100

Tỷ lệ các nguyên nhân gây chấn thương mắt ở trẻ có sự khác nhau rõ , nguyên nhân chủ yếu là do vật sắc nhọn, và té ngã, còn các nguyên nhân khác không đáng kể ($p < 0.01$).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Thị lực

Bảng 3. Bảng thay đổi thị lực vào viện/ra viện

Thị lực	Khi vào viện		Khi ra viện	
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ
As (-)	9	5,3%	5	2,9%
As (+) - BBT	24	13,7%	6	3,4%
ĐNT	23	13,2%	14	8,0%
1/10 – 3/10	18	10,3%	17	9,8%
4/10 – 5/10	8	4,6%	9	5,2%
≥ 6/10	28	16,1%	57	32,8%
Không đo được trẻ nhỏ	64	36,8%	60	34,5%
Khoét bỏ NC			6	3,4%
Tổng cộng	174	100%	174	100%

Thị lực ra viện: Mù: As(-) 9 mắt, sau điều trị còn 5 mắt (2,9%) và khoét bỏ nhãn cầu 6 mắt (3,4%). Phân biệt sáng tối: 3,4%. Thị lực tốt: 32,8%

3.2.2. Thời gian nhập viện

Thời gian từ khi bị chấn thương đến lúc nhập viện:

- Có 58 mắt đến < 6 giờ.
- Có 116 mắt (66,7%) đến sau 6 giờ.

3.3. Phương pháp điều trị: Phẫu thuật 66 mắt (37,93%), điều trị nội khoa 102 mắt (58,62%), khoét bỏ nhãn cầu 6 mắt (3,45%). Có sự khác nhau về phương pháp điều trị tương ứng với các hình thái chấn thương khi vào viện với $p < 0.05$

3.4. Biến chứng

Bảng 4. Bảng tỷ lệ biến chứng

Biến chứng	Số mắt	Tỷ lệ (%)
Đục TTT	11	23,47
Viêm màng nội nhãn	5	10,63
Tăng nhãn áp	13	27,65
Teo nhãn cầu	3	6,38
Bong, rách võng mạc	9	19,14
Khác	6	12,73
Tổng cộng	47	100

Tỷ lệ Tăng nhãn áp và đục TTT sau chấn thương nhiều nhất (27,65% và 23,47%).

3.5. Thị lực sau thời gian theo dõi

Bảng 5. Bảng theo dõi thị lực

Thị lực	1 tháng	3 tháng	6 tháng
---------	---------	---------	---------

	n	%	n	%	n	%
As (-)	5	2,97	5	2,97	5	2,97
As (+) - BBT	3	1,78	3	1,78	3	1,78
ĐNT	14	8,33	15	8,92	16	9,52
1/10 – 3/10	17	10,11	17	10,11	13	7,73
4/10 – 5/10	12	7,14	18	10,73	18	10,73
≥ 6/10	57	33,96	60	35,73	63	37,5
Không đo được	60	35,71	50	29,76	50	29,76
Tổng cộng	168	100	168	100	168	100

Theo dõi sau 6 tháng thị lực sau chấn thương $\geq 6/10$ chiếm tỷ lệ cao là 37,5%.

Thị lực AS(-) chiếm 2,97% đa số ở bệnh nhân chấn thương võ nhãn cầu.

IV. BÀN LUẬN

Chấn thương mắt là một trong những nguyên nhân mắc phải gây mù lòa ở trẻ em. Chúng tôi đánh giá tình trạng nặng của bệnh, thị lực khi vào viện, ra viện của bệnh nhân. Thị lực của trẻ rất quan trọng ở giai đoạn nhạy cảm này. Bố mẹ cũng được xem như là một trong những yếu tố quan trọng có thể ngăn ngừa chấn thương mắt trẻ em.

Tuổi của trẻ cũng đóng vai trò quan trọng trong các hình thái chấn thương, đối với trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 3 tuổi chấn thương ít xảy ra hơn so với trẻ lớn vì ở lứa tuổi này trẻ được giám sát kỹ bởi bố mẹ [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trẻ bị chấn thương mắt ở lứa tuổi này chỉ chiếm 12,30%. Trẻ trai bị chấn thương nhiều hơn so với trẻ gái vì trẻ trai thường hiếu động hơn nhiều so với trẻ gái, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này là trai 70,80% so với gái là 29,20%, phù hợp với nghiên cứu của Kaur A [6].

So sánh với các nơi khác

Các nghiên cứu	Hình thái chấn thương			Trong 24h	TL $\geq 5/10$
	Kín	Hở	Bóng		
Tây An (2009-2010)	62,9%	19,0%	4,0%	51,9%	66,0%
Đông Ấn (2011-2012)	35,0%	65,0%		52,3%	57,6%
BV Mắt ĐN (2015-2016)	56,3%	37,7%	4,0%	54,6%	35,6%

So sánh kết quả về các hình thái chấn thương giữa bệnh viện Mắt Đà Nẵng và các nơi khác ta thấy có sự khác nhau rõ ràng, trong đó tỷ lệ chấn thương mắt do bóng chiếm tỷ lệ thấp. Thời gian xử trí cấp cứu trong 24h là không có sự khác biệt. Kết quả về thị lực khi ra viện $\geq 5/10$ có sự khác nhau giữa bệnh viện Mắt Đà Nẵng và các nơi khác ($p < 0.05$). Hầu hết chấn thương xảy ra ở nhà (45,60%) và nguyên nhân gây chấn thương phổ biến là các vật sắc nhọn (52,90%).

Thị lực vào viện AS(+) chiếm tỷ lệ 13,7%, có khá nhiều trẻ em không thể đo được thị lực khi vào viện chiếm 36,8%, nhưng kết quả này giảm dần cùng với thời gian theo dõi bệnh, và tỷ lệ thị lực tốt cũng cao hơn so thị lực lúc ra viện điều

Hình thái của chấn thương, mức độ nặng và thị lực ban đầu khi vào viện được biết như là một trong những yếu tố tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu này, chúng ta thấy có 9 trường hợp bệnh nhân mất thị lực hoàn toàn khi vào viện và có đến 6 trường hợp phải khoét bỏ nhãn cầu khi ra viện. Đây cũng là những trường hợp võ nhãn cầu quá nặng mà chúng tôi không thể điều trị bảo tồn nhãn cầu cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này chấn thương kín chiếm tỷ lệ cao là 56,30%, nhiều hơn so với chấn thương hở là 39,70%. trong đó bóng chiếm tỷ lệ thấp chỉ 4.00%, tương đương với nghiên cứu của Mc Ewen và cộng sự là 65% và 24%[5]. Ngược lại theo nghiên cứu của Krishman và cộng sự cho thấy chấn thương hở nhiều hơn so với chấn thương kín ở Ấn Độ. Ngoài ra trong nghiên cứu này chúng tôi còn thấy đối với trẻ càng nhỏ thì tỷ lệ chấn thương hở lại nhiều hơn so với trẻ lớn, có lẽ do sự bất cẩn khi chăm sóc trẻ nhỏ.

này cũng có thể lý giải là lúc ra viện tình trạng mắt còn bị kích thích nên ảnh hưởng nhiều đến thị lực của trẻ. Tuy nhiên cũng có một số biến chứng có thể xảy ra sau điều trị chấn thương và biến chứng thường gặp nhất là đục lệch TTT sau chấn thương (23,47%). Ngoài ra chúng ta vẫn có thể gặp nhiều biến chứng nặng nề khác như teo nhãn cầu, tăng nhãn áp, đau nhức mắt thường xuyên, bong rách võng mạc...

Thời gian nhập viện và thời gian xử trí cấp cứu đóng vai trò rất quan trọng trong chấn thương, trong nghiên cứu này chúng ta thấy phần lớn bệnh nhân nhập viện muộn 116 (66,7%) vì vậy bệnh cũng được xử trí trễ (71,3%), tuy nhiên thời gian xử trí trong 24h này

cũng tương đương với tỷ lệ trong nghiên cứu của Krishman và cộng sự ở Ấn Độ. Một số nguyên nhân xử trí muộn ở nước ta có thể gặp:

- + Trẻ sợ bố mẹ mắng không dám nói
- + Ở xa bệnh viện, phương tiện đi lại khó khăn, gia đình sử dụng thuốc gia truyền và chỉ đưa trẻ đến viện khi mắt trẻ đã nặng.
- + Chuyển từ tuyến dưới đến
- + Trong độ tuổi gây mê
- + Trẻ có đi khám nhưng được phát hiện muộn.

Chấn thương nhãn cầu hở là một tiên lượng xấu cho kết quả thị lực sau điều trị so với chấn thương nhãn cầu kín, và chấn thương bán phần trước cho kết quả điều trị tốt hơn so với chấn thương bán phần sau. Tuy nhiên nhiều trường hợp chấn thương bề mặt nhãn cầu gây nhiễm trùng do loét giác mạc nếu không được điều trị sớm có thể gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến thị lực vì vậy thời gian điều trị rất quan trọng. Tùy từng loại chấn thương có thể điều trị bằng phẫu thuật (37,93%), hay điều trị nội (58,62%).

V. KẾT LUẬN

- Nam nhiều hơn nữ: 2,4:1, chấn thương xảy ra mọi lứa tuổi trẻ em.
- Hình thái chấn thương kín nhiều nhất (56,3%), Chấn thương hở (39,7%)
- Thị lực hồi phục phụ thuộc vào mức độ tổn thương, đến sớm hay muộn, sơ cứu tuyến dưới, kết quả chung là thấp (32,2% cho thị lực tốt).
- Nguyên nhân gây chấn thương: chủ yếu là vật sắc nhọn (52,9%)

- Thời gian nhập viện: trước 6 giờ: 58 mắt (33,3%), sau 6 giờ: 116 mắt (66,7%)

VI. KIẾN NGHỊ

- Tăng cường tuyên truyền giáo dục chăm sóc mắt ban đầu.
- Cấm các trò chơi nguy hiểm trong nhà trường và ngoài xã hội.
- Tập huấn cho cán bộ y tế xã phường về cách đề phòng và sơ cứu chấn thương mắt. Tăng cường các hội thảo chuyên đề phẫu thuật chấn thương trẻ em.
- Nghiên cứu tiếp tục với thời gian dài hơn sau điều trị.
- Có chế độ quản lý người bệnh tái khám định kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Dẫn và cs.** Nhãn khoa giản yếu tập 1 (2008): *Giải phẫu đại thể cơ quan thị giác, Nhãn cầu:* Nhà xuất bản Y học, tr 21-23
2. **Đại học Y Dược TpHCM (2011).** Nhãn khoa lâm sàng: *Chấn thương mắt* (1): 3-39. Nhà xuất bản Y học.
3. **Nguyễn Quang Quyền (1996).** Cơ quan thị giác, *Bài giảng giải phẫu học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.410-423.
4. **Bukhari S et al (2011).** Ocular trauma in children. *Par J ophthalmol*, 27(4): 208-212.
5. **Chakraborti C et al (2014).** Paediatric ocular trauma in a tertiary eye care center in Eastern India, *India J Public Health*, 58(4):278-280.
6. **Kaur A, Agrawal Ajai (2005).** Paediatric ocular trauma, *Current science*, 89(1): 43-46.
7. **Strahlman E, Elman M, et al (1990).** Causes of pediatric eye injuries. Apopulation based study, *Arch Ophthalmol*. 108: 603-606.

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ ABI TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI MẠN TÍNH CÓ ĐỐI CHIẾU SIÊU ÂM DOPPLER MẠCH TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ CAO

Nguyễn Mạnh Hà*, Đinh Thị Thu Hương**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới của chỉ số ABI so sánh siêu âm doppler mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 300 bệnh nhân có nguy cơ cao mắc BDMCDMT đến khám tại Viện Tim mạch -

Bệnh viện Bạch Mai. Sử dụng chỉ số ABI, siêu âm doppler mạch sàng lọc chẩn đoán BDMCDMT. **Kết quả:** Đối chiếu với siêu âm doppler mạch, ABI có độ nhạy: 82%, độ đặc hiệu cao: 98%, hệ số Kappa > 0,8 và diện tích dưới đường cong ROC gần giá trị 1. **Kết luận:** ABI có giá trị cao trong chẩn đoán BDMCD. Có thể áp dụng đo chỉ số ABI trong sàng lọc chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ mắc BDMCDMT cao

Từ khóa: BDMCDMT (bệnh động mạch chi dưới mạn tính); ABI (chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân/cánh tay); bệnh nhân có nguy cơ cao

SUMMARY

*Bệnh Viện Nội Tiết Trung Ương

**Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hà

Email: tmloan2979@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

COMPARAISON OF COLOUR DUPLEX UNTRASOUND AND ANKLE BRACHIAL PRESSURE INDEX MEASUREMENT IN DIAGNOSIS OF CHRONIC LOWER EXTREMITY ARTERIAL DISEASE IN HIGH- RISK PATIENTS

Objective: Evaluate the diagnostic value of the ankle - brachial index (ABI), using pulse doppler ultrasound as the reference standard, in the lower extremity arteries disease. **Patients and methods:** 300 patients with high-risk of LEAD (lower extremity artery disease) at Vietnam National Heart Institute were evaluated by history and by measurement of the ankle-brachial index (ABI); pulse doppler ultrasound for diagnosis of lower extremity artery disease. **Result:** Pulse doppler ultrasound was used as the gold standard in diagnosis the LEAD, The 0.9 is the overall cutoff of the ABI that was associated with 82% sensitivity, 98% specificity; Kappa coefficient > 0.8; ROC curve were 0.853 (95% confidence interval (CI) 0.712, 0.920). **Conclusions:** ABI is high value in diagnosis the LEAD. Can apply ABI index measured in screening and diagnosis lower extremity arterial disease in high-risk patients

Keywords: LEAD (lower extremity artery disease); the ankle-brachial index (ABI); high-risk patient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới mạn tính (BĐMCDMT) là tình trạng hẹp một phần hay tắc hoàn toàn lòng động mạch (ĐM) kéo dài, dẫn đến giảm lượng máu tới cho các mô mà ĐM chi phối. BĐMCDMT là một bệnh phổ biến nhất trong bệnh lý mạch máu của ĐM chi dưới, với nguyên nhân thường gặp là xơ động mạch (VXĐM). BĐMCDMT do xơ có tỷ lệ khá cao trong cộng đồng và tăng dần theo tuổi, có khoảng 8 –10 triệu người Mỹ mắc bệnh này [1]. Cùng với sự phát triển kinh tế xã hội, các yếu tố nguy cơ tim mạch như đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, béo phì, hút thuốc lá.v.v. ngày càng tăng lên, kéo theo sự phát triển của bệnh. Ngoài các yếu tố khách quan, bản thân quá trình BĐMCDMT thường tiến triển âm thầm, không rầm rộ trong những giai đoạn đầu do liên quan đến những tổn thương thành mạch kéo dài trong nhiều tháng, nhiều năm. Triệu chứng điển hình nhất là đau cách hồi chỉ có ở khoảng 50 - 70% bệnh nhân BĐMCDMT[2],[3],[4]. BĐMCDMT có thể không đe dọa ngay tính mạng của bệnh nhân nhưng làm người bệnh đau đớn, mất sức lao động, đi kèm theo BĐMCDMT là các tai biến mạch não và tim, làm giảm tuổi thọ cho người bệnh. Do vậy việc phát hiện BĐMCDMT sớm thậm chí chưa có biểu hiện lâm sàng, để hạn chế quá trình hình

thành và phát triển của bệnh cũng như dự phòng trong nhóm các đối tượng có yếu tố nguy cơ cao mắc BĐMCDMT có vai trò hết sức quan trọng. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây tỷ lệ BĐMCDMT có xu hướng tăng cao. Để sàng lọc BĐMCDMT theo khuyến cáo của ESC (Hiệp hội tim mạch Châu Âu); AHA (Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ), đo chỉ số ABI (Chỉ số HA tâm thu cổ chân/cánh tay) là bước đầu tiên trong chẩn đoán BĐMCDMT. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá giá trị chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới của chỉ số ABI so sánh siêu âm doppler mạch

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Là 300 bệnh nhân có nguy cơ cao mắc BĐMCDMT đến khám tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân có "nguy cơ cao" mắc BĐMCDMT

- Người dưới 50 tuổi, kèm theo ĐTĐ, và một yếu tố nguy cơ phối hợp khác (thuốc lá, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, tăng homocystein máu).

- Người tuổi từ 50 – 69, có tiền sử hút thuốc lá hoặc ĐTĐ.

- Người có tuổi \geq 70 tuổi.

- Triệu chứng ở chi dưới liên quan đến gắng sức (đau cách hồi) hoặc đau khi nghỉ do giảm tưới máu.

- Khám lâm sàng phát hiện bất thường về động mạch chi dưới.

- Bệnh lý động mạch do xơ vữa đã biết: Bệnh động mạch vành, động mạch cảnh hay động mạch thận

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Tắc động mạch chi dưới cấp

- Viêm tắc tĩnh mạch chi dưới

- Các bệnh lý động mạch ngoại biên không phải do nguyên nhân xơ vữa mạch máu gây ra (ví dụ: hội chứng Takayasu, bệnh Buerger, hội chứng Raynaud,...)

- Các nguyên nhân khác gây hẹp hoặc tắc lòng động mạch (khối u chèn ép, các bệnh lý van tim gây huyết khối, chấn thương, phình tách động mạch chủ...)

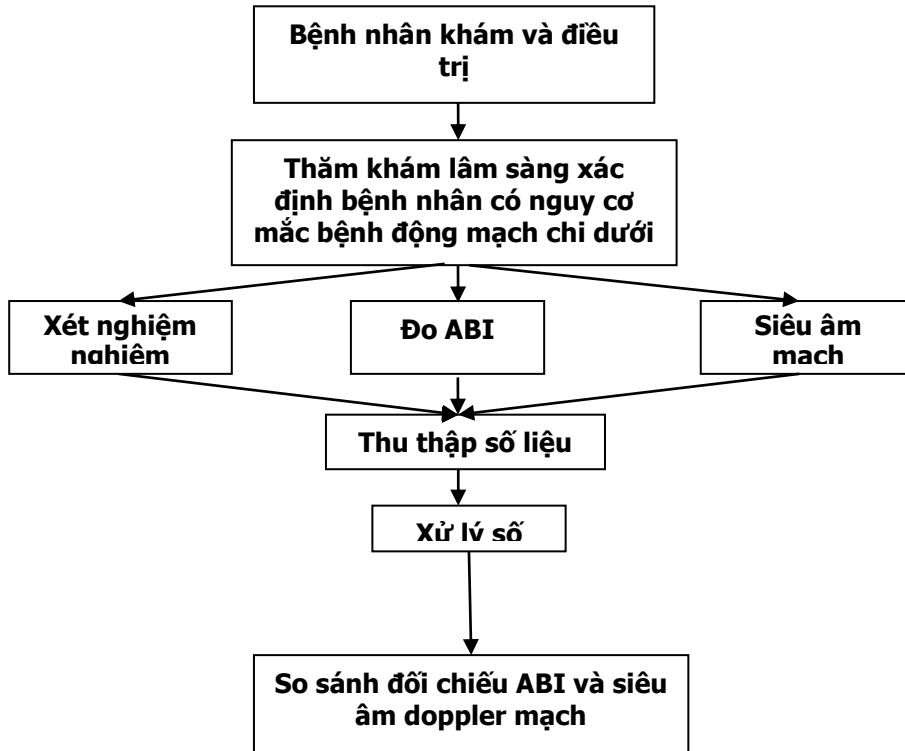
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất lựa chọn tất cả các trường hợp đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 3 năm 2013 đến tháng 10 năm 2013.

2.3 Các số liệu thu thập được xử lý trên máy vi tính theo các thuật toán thống kê y học bằng chương trình phần mềm SPSS 16.0

2.4 Các bước tiến hành



III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.2 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

- Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 300 bệnh nhân

Thông số	Giá trị
N (Bệnh nhân)	300
Tuổi trung bình (năm)	70.5 ± 18.4
Nam/nữ	2.5/1
Tiền sử	
Đái tháo đường	27 %
Rối loạn lipid máu	30 %
Hút thuốc lá	64.6 %
THA	50.6 %

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 70.5 ± 18.4. Lớn nhất là 93 tuổi và thấp nhất là 51 tuổi. Độ tuổi trung bình của nam giới là 69,5 ± 17,8. Độ tuổi trung bình của nữ giới là 73 ± 18,8. Độ tuổi trung bình của nữ giới cao hơn nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Ở nhóm bệnh nhân của chúng tôi, tỷ lệ nam giới là 71.5%, nữ giới là 28.5%. Tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 2,5/1. Bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường chiếm tỷ lệ 27%; bệnh nhân THA là 50,6%; bệnh nhân có rối loạn lipid máu là 30%; bệnh nhân hút thuốc lá là 64,6%.

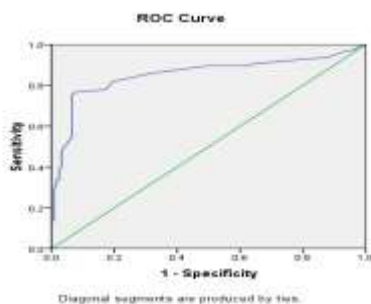
3.2. Giá trị của chỉ số huyết áp tâm thu-cánh tay (ABI) so với siêu âm mạch

Bảng 3.2: Đôi chiều ABI và siêu âm doppler động mạch

Siêu âm mạch	ABI		Tổng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Hệ số Kappa
	< 0.9	>= 0.9				
Không BDMCDMT	4	202	206	82.%	98%	0.82
Có BDMCDMT	77	20	94			
Tổng	81	222	300			

Giá trị dự báo dương tính: = 95%; Giá trị dự báo âm tính: = 91%; Độ chính xác chung: = 93%

Nhận xét: Khi ABI < 0,9 chỉ số này có độ nhạy và độ đặc hiệu cao lần lượt là 82% và 98% trong chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới. Từ bảng trên tính được chỉ số Kappa (đánh giá sự tương đương của hai phương pháp chẩn đoán) là 0,82 > 0,8 có ý nghĩa kết quả của phương pháp đo ABI trong chẩn đoán BDMCDMT tương đương cao với kết quả siêu âm trong chẩn đoán BDMCDM.



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ diện tích tích dưới đường cong ROC

Nhận xét: Từ biểu đồ trên ta tính diện tích dưới đường cong ROC là 0,853 rất gần giá trị 1 chứng tỏ ABI rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh ĐMCD.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp bệnh nhân có chỉ số ABI < 0,9 nhưng trên siêu âm không được chẩn đoán là bệnh động mạch chi dưới, giải thích cho sự không phù hợp này là những bệnh nhân này có chỉ số ABI: 0,84 – 0,88, khi siêu âm mức độ hẹp 50-60% chưa gây ra hẹp có ý nghĩa về dòng chảy. Có 20 bệnh nhân được chẩn đoán là bệnh động mạch chi dưới bằng siêu âm nhưng đo ABI lại bình thường. Giải thích cho sự không phù hợp này là vùng cẳng chân được cung cấp bởi 3 động mạch: động mạch chày trước, động mạch chày sau, động mạch mác, tuy nhiên khi đo ABI chúng tôi đo chỉ số huyết áp tâm thu động mạch chày trước, chày sau, nhưng không đo ở động mạch mác, do đo khi động mạch mác bị tổn thương, động mạch chày trước, chày sau không bị tổn thương thì ABI có thể bình thường, mặt khác, vì giá trị ABI là chỉ số huyết áp tâm thu cao nhất của động mạch chày trước hoặc chày sau/huyết áp tâm thu cao nhất của cánh tay nên khi 1 trong hai động mạch này bị tổn thương thì giá trị ABI vẫn bình thường. Một lý do nữa có thể giải thích cho sự không phù hợp này là có thể do hệ thống tuần hoàn bàng hệ phát triển tốt bù trừ cho vị trí sau tắc tốt nên giá trị ABI vẫn bình thường mặc dù có tổn thương động mạch trên siêu âm. Chúng tôi đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính và độ chính xác chung của ABI so với tiêu

chuẩn vàng là siêu âm Doppler động mạch chi dưới, chúng tôi thu được kết quả:

- Độ nhạy: = 77/94 = 82%
- Độ đặc hiệu: 202/206 = 98%
- Giá trị dự báo dương tính: = 95%
- Giá trị dự báo âm tính: = 91%
- Độ chính xác chung: = 93%

Khi so sánh vai trò của ABI trong chẩn đoán BDMCD với các tác giả khác chúng tôi nhận thấy kết quả của chúng tôi cao hơn của tác giả Vũ Văn Long: độ nhạy: 66,7%, độ đặc hiệu: 83,3%, tác giả Premalatha G. [5]: độ nhạy: 70,6%, độ đặc hiệu: 88,5. Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn hẳn có lẽ do chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên một số lượng bệnh nhân lớn 300 bệnh nhân so với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Long[6]; tác giả Premalatha G. [5] khoảng 27 bệnh nhân, 100 bệnh nhân, tuy nhiên theo ý kiến của chúng tôi vẫn cần những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nữa để khẳng định kết quả nghiên cứu trên.

Khi sử dụng phân tích ROC được trình bày trong biểu đồ 4.0 (đường cong ROC là đường nối các giao điểm của độ nhạy hay dương tính thật với 1- độ đặc hiệu hay dương tính giả) để kiểm tra khả năng phân biệt của phương pháp đo ABI giữa các trường hợp bị BDMCD và không bị BDMCD chúng tôi thu được kết quả diện tích dưới đường cong ROC là 0,853 rất gần giá trị 1, điều đó có nghĩa đo ABI có thể phân biệt rất tốt tất cả các trường hợp bị bệnh hay không bị bệnh ĐMCD.

Tương tự như vậy khi tính hệ số Kappa (test Kappa dùng để đánh giá sự phù hợp về kết quả quan sát giữa hai phương pháp chẩn đoán bệnh) chúng tôi thu được kết quả là 0,82 > 0,8 có ý nghĩa cho thấy kết quả của phương pháp đo ABI trong chẩn đoán BDMCD phù hợp cao với phương pháp siêu âm Doppler mạch chi dưới ($p < 0,01$).

Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Xiaoming Guo và cộng sự [7] khi coi ABI < 0,9 là xét nghiệm dương tính và hẹp trên 50% ĐMCD trên chụp ĐM có cản quang là bị bệnh thì diện tích dưới đường cong ROC trong nghiên cứu của tác giả này là 0,963.

Chúng ta có thể thấy rằng khi đánh giá vai trò của chỉ số ABI trong chẩn đoán BDMCD bằng các phương pháp phân tích khác nhau đều đưa ra một kết quả là ABI rất có giá trị trong chẩn đoán BDMCD do độ nhạy, độ đặc hiệu cao, hệ số

Kappa > 0,8 và diện tích dưới đường cong ROC gần giá trị 1

V. KẾT LUẬN

ABI có giá trị cao trong chẩn đoán BDMCD với độ nhạy: 82%, độ đặc hiệu cao: 98%, hệ số Kappa > 0,8 và diện tích dưới đường cong ROC gần giá trị 1. Có thể áp dụng đo chỉ số ABI rộng rãi trong sàng lọc chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ mắc BDMCDMT cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hirsch A.T., Gotto A.M. (2002), "Undertreatment of dyslipidemia in peripheral arterial disease and other high-risk populations: an opportunity for cardiovascular disease reduction", *Vasc Med*, 7(4), pp. 323-31.
2. Barretto S., Ballman K.V., Rooke T.W., Kullo I.J. (2003), "Early-onset peripheral arterial occlusive

disease: clinical features and determinants of disease severity and location" *Vasc Med*, 8(2), pp. 95-100

3. Hertzner N.R. (1991), "The natural history of peripheral vascular disease" Supplement I *Circulation*, Vol 83, No 2, pp. 12 - 19
4. Long J., Modrall J.G., Parker B.J. et al. (2004), *J Vasc Surg*, 39(4), pp. 723-7.
5. Premalatha G., Ravikumar R., Sanjay R. (2002), Comparison of colour duplex ultrasound ankle brachial pressure index measurement in peripheral vascular disease in type 2 diabetic patients with foot infection, *J Assoc Physicians India Oct: 1240 - 1244*
6. Vũ Văn Long (2005), "Nghiên cứu chỉ số áp lực cổ chân - cánh tay ở bệnh nhân đái tháo đường typ II bằng máy siêu âm Doppler bỏ túi", Luận văn BSKC cấp II, ĐHY Hà Nội.
7. Xiaoming Guo. and al. (2008). Sensitivity and specificity of ankle - brachial index for detecting angiographic stenosis of peripheral arteries. *Circulation*; 72: 605-610.

VAI TRÒ CỦA PHÂN LOẠI PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI LỆCH GẦN THEO PARANT

Nguyễn Xuân Thực*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của phân loại phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch gần theo Parant. **Đối tượng và Phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên 106 bệnh nhân có răng khôn hàm dưới (RKHD) lệch gần có chỉ định nhổ bỏ. Các bệnh nhân được khám lâm sàng, x.quang và tiến hành phân loại phẫu thuật trước can thiệp theo Parant. Sau đó, tiến hành phẫu thuật theo phân loại Parant, ghi nhận phương pháp vô cảm, thời gian phẫu thuật, sự sai khác về phân loại trước và sau phẫu thuật. **Kết quả:** Phân loại Parant trước can thiệp: loại I chiếm 17%, loại II chiếm 44,3%, loại III chiếm 27,4%, loại IV chiếm 11,3%. Gây tê tại chỗ chiếm tỷ lệ 73,6%, trong đó gặp ở 100% Parant I và II, và 44,8% ở Parant III. Gây mê nội khí quản chiếm 26,4%, trong đó gặp ở 55,2% Parant III và 100% Parant IV. Thời gian phẫu thuật ở một răng dưới 30 phút chiếm 58,5%, trong đó gặp ở 100% Parant I, 87,2% parant II và 10,3% Parant III. Thời gian phẫu thuật từ 30-60 phút chiếm tỷ lệ 35,8%, trong đó gặp ở 12,8% Parant II, 82,8% Parant III và 66,7% Parant IV. Thời gian phẫu thuật trên 60 phút chiếm 5,7%, trong đó gặp ở 6,9% Parant III và 33,3% Parant IV. Không có sự khác biệt đáng kể nào giữa phân loại

Parant trước và sau phẫu thuật với $p > 0,05$. **Kết luận:** Phân loại phẫu thuật RKHD lệch gần theo Parant rất có ý nghĩa trên lâm sàng, giúp phẫu thuật viên tiên lượng được độ khó của phẫu thuật để chủ động phương pháp vô cảm và ước lượng thời gian phẫu thuật.

Từ khóa: phương pháp vô cảm, thời gian phẫu thuật.

SUMMARY

ROLE OF PARANT SCALE FOR MESIO-ANGULAR IMPACTED MANDIBULAR THIRD MOLARS

Objectives: To evaluate the Parant scale for mesio-angular mandibular third molars. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was carried out on 106 patients with the needs of extraction of mesio-angular mandibular third molars. Patients were taken clinical examination and x.ray, and classified surgery according to Parant. Then, conducted surgery by Parant scale, recognized method of anesthesia, duration of surgery, the difference in classification before and after surgery. **Results:** Parant preoperative scale: class I accounted for 17%, class II 44.3%, class III 27.4%, class IV 11.3%. Local anesthesia accounted for 73.6%, among them, found in 100% Parant I and Parant II and 44.8% Parant III. Endotracheal anesthesia accounted for 26.4%, among them, found in 55.2% Parant III and 100% Parant IV. Surgical time less than 30 minutes (per one tooth) accounted for 58.5%, among them, found in 100% Parant I, 87.2% Parant II and 10.3% Parant III. Surgical time from 30-60 minutes accounted for 35.8%, among them, found in 12.8% Parant II, 82.8% Parant III and 66.7% Parant IV. Surgical time over 60 minutes accounted for 5.7%, among them, found in 6.9% Parant III and 33.3% Parant IV. These

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thuchrmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

were no significant differences between the Parant scale before and after surgery with $p > 0.05$.

Conclusions: Parant scale for mesio-angular mandibular third molars was clinically meaningful, helped the surgeon's prediction the difficulty of surgery to choose anesthesia methods and estimate surgical times.

Key word: anesthesia methods, surgical times.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng khôn hàm dưới có tỷ lệ lệch lạc và gây biến chứng nhiều hơn so với răng khôn hàm trên [1]. Đối với răng khôn hàm dưới có nhiều kiểu lệch lạc khác nhau như: lệch gần, lệch xa, lệch ngoài, lệch trong. Tuy nhiên, kiểu lệch gần chiếm đại đa số và nó cũng là kiểu lệch gây ra nhiều biến chứng nhất [1], [2], [3].

Răng khôn hàm dưới lệch gần nằm ở vị trí khó quan sát trực tiếp bằng mắt thường, phẫu trường hạn hẹp, liên quan đến nhiều mốc giải phẫu đặc biệt như: ống thần kinh răng dưới, răng số 7 kề cận, cành cao xương hàm dưới... nên việc nhổ bỏ răng này không hề đơn giản.

Để đánh giá độ lệch của răng khôn hàm dưới cũng như lượng giá độ dễ khó của việc phẫu thuật nhổ bỏ răng này, nhiều tác giả trên thế giới đã đưa ra các cách phân loại khác nhau. Trong số các tác giả đó, Parant đã đưa ra cách phân loại phẫu thuật dựa trên hình thể của răng khôn, mối quan hệ của răng khôn với các mốc giải phẫu lân cận. Phân loại này của Parant cũng được nhiều nhà lâm sàng đồng tình và ứng dụng.

Ở Việt Nam, các nghiên cứu về biến chứng của răng khôn, đặc biệt là răng khôn hàm dưới lệch gần còn hạn chế, ứng dụng của phân loại phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch theo Parant cũng không được chú ý trong thực hành lâm sàng. Chính vì vậy mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm đạt được mục tiêu: "*Đánh giá vai trò của phân loại phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch gần theo Parant*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

- Các bệnh nhân được khám và điều trị biến chứng biến chứng do răng khôn hàm dưới lệch gần, và phẫu thuật lấy bỏ răng khôn lệch tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai.

- Không có các bệnh lý nội khoa nặng khác kèm theo như: đái tháo đường và cao huyết áp không kiểm soát, rối loạn tâm thần, tai biến mạch máu não...

3.2. Vai trò của phân loại phẫu thuật RKHD lệch gần theo Parant.

Bảng 3.1 Phân loại phẫu thuật theo Parant trước can thiệp

- Không phân biệt tuổi tác, giới tính, vùng địa lý, trình độ văn hóa...

- Các bệnh nhân hiểu và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

- Các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Có các bệnh lý chống chỉ định phẫu thuật nhổ răng.

2.1.3. Thời gian tiến hành đề tài: Từ tháng 09/2014 đến tháng 08/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu:

- Trong thời gian từ tháng 9/2014 đến hết 8/2015 chúng tôi thu nhận được 106 đối tượng đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

- Tất cả các ĐTNC này đều có RKHD lệch gần gây biến chứng. Phẫu thuật lấy bỏ RKHD lệch gần được thực hiện ở cả 106 đối tượng này. Quy ước tính toán dựa trên RKHD lệch gần có biến chứng được phẫu thuật lấy bỏ theo phân loại Parant cao nhất.

2.2.3 Tiến hành nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, chụp phim Panorama, trường hợp khó đánh giá cho chụp thêm CT conebeam. Khi có đủ thông tin thì tiến hành:

2.3. Xử lý kết quả.

Các số liệu được xử lý theo phương pháp toán thống kê Y học theo phần mềm Epi Info 6.04.

2.4. Khía cạnh đạo đức của đề tài.

▪ Nghiên cứu được tiến hành dưới sự đồng ý của lãnh đạo khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai. Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu đều hiểu rõ mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia.

▪ Nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe răng miệng cho bệnh nhân mà không nhằm bất kỳ một mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Tuổi thấp nhất là 19, cao nhất là 69. Tuổi trung bình là: $29,5 \pm 9,3$ tuổi. Nhóm tuổi 25-40 chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,8%; nhóm tuổi dưới 25 chiếm 32,1%; nhóm tuổi trên 40 chiếm 15,1%. Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn nữ giới, tỷ lệ nam/nữ = 1,7.

Phân loại phẫu thuật theo Parant dựa trên lâm sàng & x.quang	n	%
Loại I	18	17,0
Loại II	47	44,3
Loại III	29	27,4
Loại IV	12	11,3
Tổng	106	100,0

Nhận xét: Dựa theo lâm sàng và x.quang, dự kiến phẫu thuật RKHD lệch theo Parant loại II chiếm tỷ lệ cao nhất với 52,8%. Loại IV chiếm tỷ lệ thấp nhất với 7,6%

Bảng 3.2 Lựa chọn phương pháp vô cảm trong phẫu thuật

Phương pháp vô cảm	Loại I theo Parant (n = 18)		Loại II theo Parant (n = 47)		Loại III theo Parant (n = 29)		Loại IV theo Parant (n = 12)		Tổng (n = 106)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tê tại chỗ	18	100	47	100	13	44,8	0	0	78	73,6
Mê NKQ	0	0	0	0	16	55,2	12	100	28	26,4

Nhận xét: Phương pháp vô cảm được áp dụng chủ yếu là gây tê tại chỗ với 73,6% được áp dụng chủ yếu với nhóm phẫu thuật loại I, II theo Parant. Mê NKQ chỉ được thực hiện ở các ca khó hoặc có chỉ định lấy đồng thời nhiều RKHD lệch cùng lúc chiếm tỷ lệ 26,4%.

Bảng 3.3 Thời gian phẫu thuật thực tế (Tính với một răng có thời gian phẫu thuật lâu nhất)

Thời gian (phút)	Loại I theo Parant (n = 18)		Loại II theo Parant (n = 47)		Loại III theo Parant (n = 29)		Loại IV theo Parant (n = 12)		Tổng (n = 106)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dưới 30	18	100	41	87,2	3	10,3	0	0	62	58,5
Từ 30 - 60	0	0	6	12,8	24	82,8	8	66,7	38	35,8
Trên 60	0	0	0	0	2	6,9	4	33,3	6	5,7

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật dưới 30 phút chiếm đa số với 58,5% chủ yếu gặp ở nhóm phẫu thuật loại I theo Parant (100%) và loại II, III theo Parant (57,9%). Thời gian phẫu thuật kéo dài trên 60 phút chiếm tỷ lệ rất thấp với 5,7% chủ yếu gặp ở nhóm phẫu thuật loại IV theo Parant (33,3%).

Bảng 3.4 Phân loại theo Parant trước và sau phẫu thuật

Phân loại phẫu thuật theo Parant	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật		p
	n	%	n	%	
Loại I	18	17,0	18	17,0	> 0,05
Loại II	47	44,3	44	41,5	> 0,05
Loại III	29	27,4	32	30,2	> 0,05
Loại IV	12	11,3	12	11,3	> 0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt đáng kể nào giữa phân loại Parant trước và sau phẫu thuật với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân loại phẫu thuật RKHD theo Parant dựa trên phân tích lâm sàng, x.quang.

Bảng 3.1 cho thấy, dựa trên lâm sàng và x.quang, phân loại phẫu thuật Parant I chiếm tỷ lệ thấp với 17%, phẫu thuật Parant II và III chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là 44,3% và 27,4%, đặc biệt phẫu thuật khó Parant IV cũng chiếm tỷ lệ 11,3%. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy, hầu hết ĐTNC đều nằm trong nhóm phải phẫu thuật lật vạt, mở xương, cắt thân răng và có thể kèm chia cắt chân răng. Đây là những phẫu thuật tương đối khó, đòi hỏi việc tiên lượng trước phẫu thuật tốt để lựa chọn phương pháp vô cảm hợp lý, chuẩn bị dụng cụ phù hợp tránh

thừa hoặc thiếu và tiên lượng độ khó cũng như thời gian phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu này cũng có những khác biệt so với một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Lê Ngọc Thanh và Lưu Văn Hồng đều cho thấy tỷ lệ phẫu thuật Parant I cao hơn và tỷ lệ phẫu thuật Parant IV thấp hơn. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng có sự tương đồng về kết quả phẫu thuật Parant II so với hai tác giả này và tác giả Phạm Như Hải, các nghiên cứu đều chỉ ra tỷ lệ phẫu thuật Parant II cao nhất (đều trên 40%). Tỷ lệ phẫu thuật Parant III trong nghiên cứu này cao hơn của tác giả Lê Ngọc Thanh và Lưu Văn Hồng nhưng ngang bằng với tác giả Phạm Như Hải [2], [3], [4]. ĐTNC khác nhau cũng có thể là một lý do để lý giải sự khác biệt này. Thêm nữa,

ĐTNC trong nghiên cứu này thường đến khám muộn khi đã có các biến chứng nặng, đồng thời chủ yếu là người ngoại tỉnh và ngoại ô thành phố, do đó khi họ đến bệnh viện trung ương thăm khám và điều trị thì đa phần là các ca bệnh nặng và khó.

4.2. Sự phù hợp về phân loại phẫu thuật RKHD lệch theo Parant trên thực tế.

Bảng 3.2 cho thấy trên thực tế lâm sàng, tỷ lệ áp dụng cách vô cảm bằng gây tê tại chỗ chiếm đa số với 73,6%, trong đó gây tê tại chỗ ở phẫu thuật Parant I và II là 100%, ở phẫu thuật Parant III là 44,8%. Gây mê nội khí quản chiếm tỷ lệ 26,4%, trong đó ở phẫu thuật Parant IV là 100% và ở phẫu thuật Parant III là 55,2%. Đa số các ca gây mê nội khí quản là những ca rất khó, hoặc yêu cầu nhỏ cùng lúc nhiều răng khôn. Kết quả bảng 3.2 cũng cho thấy sự phù hợp về cách chọn lựa phương pháp vô cảm so với phân loại phẫu thuật. Các ca phẫu thuật đơn giản hơn như Parant I, II thường là gây tê tại chỗ, các ca phẫu thuật khó như Parant IV thì thường áp dụng phương pháp gây mê. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác như Blondeau (2007), Korbendau (2003) và Smith (2012) [5], [6], [7].

Bảng 3.3 cho thấy kết quả về thời gian phẫu thuật (tính cho một răng lâu nhất). Qua bảng 3.3, chúng ta thấy thời gian phẫu thuật dưới 30 phút chiếm đa số với 58,5%, thời gian phẫu thuật trên 60 phút chiếm tỷ lệ rất thấp là 5,7%. Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Lê Ngọc Thanh (2005) với thời gian phẫu thuật dưới 30 là 69,9%; từ 30 đến 60 phút là 25,3% và trên 60 phút là 4,8%. Tuy nhiên lại khác biệt với nghiên cứu của Phạm Như Hải (1999), nghiên cứu của Phạm Như Hải kết luận thời gian phẫu thuật từ 30 phút đến 60 phút chiếm đa số với 67%. Khác biệt này có thể là do thời điểm nghiên cứu khác nhau. Càng về sau thì phương pháp phẫu thuật RKHD lệch càng được cải tiến, với sự hỗ trợ đặc lực của các phương tiện máy khoan và mũi khoan tốt, nên đã rút ngắn được thời gian phẫu thuật đáng kể [2], [4].

Cũng theo bảng 3.3 thời gian phẫu thuật dưới 30 phút chủ yếu gặp ở phẫu thuật Parant I khi không cần mở xương và chia cắt răng chiếm tỷ lệ 100%; với các phẫu thuật Parant II, III cần phải tạo vạt và mở xương ổ kèm theo chia cắt răng thì thời gian phẫu thuật dưới 30 phút chiếm 57,9%. Thời gian phẫu thuật từ 30 phút đến 60 phút chủ yếu gặp ở phẫu thuật Parant III và IV. Thời gian phẫu thuật kéo dài trên 60 phút chiếm tỷ lệ thấp 5,7% chủ yếu gặp ở phẫu thuật Parant

IV và một số ca có chân răng cong bất thường nhưng không lượng giá được chính xác nên xếp vào loại Parant III. Như vậy có thể thấy hầu hết thời gian phẫu thuật thực tế cũng rất tương đồng với cách phân loại phẫu thuật Parant theo chiều từ dễ đến khó.

Trên thực tế lâm sàng, phẫu thuật Parant I là đơn giản nhất, thời gian phẫu thuật nhanh, chỉ cần gây tê tại chỗ và chuẩn bị dụng cụ tối thiểu. Phẫu thuật Parant II, III vì phải tạo vạt và mở xương ổ, cắt chia thân răng (với Parant II) và thêm cắt chia chân răng (với Parant III) do đó đòi hỏi chuẩn bị dụng cụ phẫu thuật đầy đủ hơn bao gồm cả tay khoan và mũi khoan cắt. Với phẫu thuật Parant IV là những trường hợp khó thì cần phải chuẩn bị kỹ càng hơn cả về dụng cụ, kíp phẫu thuật và cả tâm lý người bệnh.... Người phẫu thuật viên kỹ nhất là lên kế hoạch không sát với thực tế, nhằm lẫn phương pháp phẫu thuật từ Parant I thành II, III hoặc ngược lại khiến họ gặp khó khăn trong quá trình phẫu thuật. Ở chiều nhằm thuận thì khi đó thiếu dụng cụ không thể tác nghiệp được, còn theo chiều ngược thì dụng cụ lại thừa gây lãng phí vô ích.

Thật may mắn, khi áp dụng phương pháp phẫu thuật theo phân loại Parant trên lâm sàng rất phù hợp. Bảng 3.4 cho thấy dự kiến phẫu thuật Parant I và Parant IV không có sự thay đổi, có một tỷ lệ nhỏ sai khác phẫu thuật Parant II chuyển thành Parant III, tuy nhiên sự thay đổi này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thêm nữa, theo như phân tích ở trên phẫu thuật Parant II và III chỉ khác nhau một chút là có chia chân răng hay không chia chân răng mà thôi, sự chuẩn bị cho phẫu thuật của 2 loại này không có sự khác biệt. Chính vì vậy sự nhầm lẫn với tỷ lệ rất nhỏ giữa phẫu thuật Parant II và III không có ý nghĩa trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Phân loại phẫu thuật răng khôn lệch theo Parant rất phù hợp trên thực tế lâm sàng, giúp phẫu thuật viên chủ động lựa chọn cách thức vô cảm, tiên lượng thời gian phẫu thuật và chuẩn bị dụng cụ phù hợp với từng ca bệnh

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Quek SL, Tay CK, Tay KH, Ton SL, Lim KC (2003),** "Pattern of third molar impaction in a Singapore Chinese population: a retrospective radiographic survey", *Int J Oral Maxillofac Surg*, 32(5): 548-552.
- 2. Lê Ngọc Thanh (2005),** "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, x.quang và đánh giá kết quả phẫu thuật răng khôn hàm dưới mọc lệch, mọc ngầm", *Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.*

3. **Lưu Văn Hồng (2006)**, "Hình ảnh lâm sàng, x.quang và đánh giá kết quả phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới loại II, III, IV theo Parant", *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hn.*
4. **Phạm Như Hải (1999)**, "Nhận xét tình hình răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm ở sinh viên lứa tuổi 18 - 25 và xử trí", *Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y Hà Nội.*
5. **Blondeau F, Daniel MG (2007)**, "Extraction of impacted mandibular third molars: postoperative complication and their risk factors", *J Can Dent Assoc, May 73(4): 325*
6. **Korbendau JM, Korbendau X (2003)**, "Clinical success in impacted third molar extraction", *Quintessence.*
7. **Smith WP (2012)**, "The relative risk of neurosensory deficit following removal of mandibular third molar teeth: the influence of radiography and surgical technique", *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol, Jan 115(1): 18-24.*

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH U PHỔI TRÊN PHIM CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Trần Văn Việt*, Nguyễn Xuân Hiền**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm hình ảnh u phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 32 bệnh nhân có u phổi trên phim cắt lớp vi tính. **Kết quả:** Nhóm tuổi trên 59 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (65,63%), từ 16 – 59 tuổi có tỷ lệ 34,37%, không có bệnh nhân dưới 16 tuổi. Tỷ lệ nam giới mắc bệnh gấp 3 lần so với nữ giới (75% so với 25%). Dấu hiệu nốt và đám mờ không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ cao nhất (65,63%). Vị trí thường gặp ở thùy dưới, thùy dưới phổi phải (68,75%), thùy dưới phổi trái (65,63%). Kích thước u phổi thường gặp là trên 3 cm (62,5%), hình dạng u tròn và bờ tổn thương nhẵn chiếm tỷ lệ là 59,38% và 56,25%. Các tổn thương kèm theo trên CLVT phổi: hay gặp nhất là có kéo cơ quan lân cận với tỷ lệ 37,5%. Mức độ ngấm thuốc cản quang của khối u là 83,33%. **Kết luận:** Khối u phổi thường gặp ở bệnh nhân nam nhiều tuổi, hình ảnh cắt lớp vi tính thường là đám mờ tròn trên 3 cm ở thùy dưới, ngấm thuốc mạnh, bờ nhẵn, không rõ ranh giới.

Từ khóa: u phổi, nốt mờ, đám mờ, thùy dưới, chụp cắt lớp vi tính, ngấm thuốc cản quang

SUMMARY

RESECHER SOMES FEATRUERS OF LUNG TUOMR IN CT – SCANNER

Objective: Study somes CT imaging scan features of lung tumour. **Method:** Cross-sectional descriptive study of 32 patients with lung tumor by CT scan imaging. **Results:** The group of above 59-year-old had highest incidence (65,63%), from 16-59 years old with 34.37% , no patients under 16 years old. The proportion of male greater 3 times than female (75% and 25%). CT scan imaging appears as a nodule or opacity with iregular speculated margin (65,63%). Common location in the lower lobe, right lung (68,75%), left lung (65,63%). Size of tumour is often above 3 cm (62,5%), round shape (59,38%) and smooth margin (56,25%). The involved characteristics: the most common is nearby structures' invasion (37,5%). Hyperdense of tumour in IV contrast is 83,33%. **Conclusion:** Lung tumour is often found in older male individuals, CT scan imaging characteristics are: round opacity greater 3 cm in size, mostly located in lower lobe, smooth margin, unclear margin, hyperdense with contrast enhancement.

Keywords: lung tumour, nodule, opacity, lower lobe, CT scan, enhance with IV contrast

* Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương

**Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Việt

Email: tranvanviet2011@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 28.3.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh u phổi là một bệnh phổ biến, đang là vấn đề thời sự, ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe cộng đồng trên thế giới. Trên thế giới, tỉ lệ mắc u phổi giữa nam/nữ là khoảng 2:1 [1]. Trong số các ca mắc u, chỉ có khoảng 25 – 40% trường hợp có thể phẫu thuật cắt bỏ. Bệnh gặp nhiều hơn ở nam giới và có mối liên quan mật thiết với việc hút thuốc lá. Bệnh u phổi cũng có tỉ lệ ác tính rất cao, chiếm trên 90% u phổi và là loại ung thư hay gặp nhất trên thế giới, thống kê của GLOBOCAN 2008 có 1,6 triệu trường hợp mới mắc. Ở Việt Nam, theo thống kê năm 2010, tỉ lệ mắc ung thư phổi chuẩn hóa theo tuổi ở nam và nữ tương ứng là 35,1/100000 và 13,9/100000 [2]. Chẩn đoán u phổi cần phổi hợp nhiều phương pháp: lâm sàng, X quang, nội soi phế quản, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), giải phẫu bệnh. Trong đó chụp cắt lớp vi tính có vai trò đặc biệt quan trọng, tuy độ đặc hiệu thấp do không cho phép chẩn đoán tính chất mô bệnh học nhưng có độ nhạy cao, đặc biệt chụp cắt lớp vi tính phổi hợp với tiêm thuốc cản quang. Bên cạnh việc hướng dẫn sinh thiết xuyên thành ngực, hình ảnh CLVT cho phép ta đánh giá đặc điểm khối u, tình trạng hạch trung thất, đánh giá giai đoạn [3].

Để làm rõ điều này chúng tôi quyết định thực hiện đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh u phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính phổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương tháng 12 năm 2015" nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh u phổi trên phim CLVT phổi của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương tháng 12 năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương trong tháng 12 năm 2015 có chẩn đoán u phổi, được bác sĩ chỉ định chụp cắt lớp vi tính phổi 16 dãy.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. Thời gian nghiên cứu: từ ngày 01/12/2015 đến 31/12/2015 có 32 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới và độ tuổi

Bảng 3.1: Bệnh nhân u phổi phân theo độ tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
<16	0	0
16 – 59	11	34,37
≥60	21	65,63
Tổng	32	100

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi trên 59 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (65,63%) là do đây là lứa tuổi nghỉ lao động tình trạng sức khỏe không ổn định và có thói quen sinh hoạt không điều độ. Không có bệnh nhân dưới 16 tuổi. Qua đây chúng ta có thể thấy nhóm tuổi ảnh hưởng khá lớn tới sự xuất hiện của u phổi, chủ yếu u phổi xuất hiện muộn. Nhóm tham gia NC từ 16 – 59 tuổi có tỷ lệ 34,37%, đây là nhóm tuổi người đang lao động thể trạng và sức đề kháng khá tốt

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Nam	24	75
Nữ	8	25
Tổng	32	100

Nhận xét: Có sự chênh lệch lớn giữa tỷ lệ nam mắc bệnh (75%) so với nữ (25%). Như vậy, tỷ lệ nam giới mắc bệnh gấp 3 lần so với nữ giới. Theo điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành năm 2012 (GATS) Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nam giới hút thuốc lá cao nhất thế giới với 47,4% nam giới

trưởng thành hút thuốc. Tỷ lệ nữ hút thuốc còn thấp, chỉ chiếm 1,4% nữ giới trưởng thành [4]. Theo một số nghiên cứu khác nam giới ít có thói quen đeo khẩu trang hơn nữ giới khi làm việc và tham gia giao thông và nam giới tiếp xúc nhiều với các chất độc, hóa chất hơn nữ giới trong môi trường lao động và sau lao động

3.2. Hình ảnh tổn thương u phổi trên CLVT phổi

Bảng 3.3: Tần suất các dấu hiệu hình ảnh u phổi trên CLVT phổi

Dấu hiệu u phổi trên phim CLVT phổi	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Nốt, đám mờ	21	65,63
Xâm lấn thành ngực	11	34,37
Xâm lấn màng phổi	4	12,5
Xâm lấn trung thất	7	21,88
Hạch trung thất	15	46,88

Nhận xét: Dấu hiệu nốt và đám mờ không rõ ranh giới chiếm tỷ lệ cao nhất (65,63%) với 21BN trong tổng số 32 BN. Dấu hiệu xâm lấn màng phổi và xâm lấn trung thất chiếm tỷ lệ thấp từ 12,5% - 21,88%. Dấu hiệu xâm lấn thành ngực và hạch trung thất chiếm tỷ lệ trung bình từ 34% - 47%. Dấu hiệu tổn thương nốt và đám mờ không rõ ranh giới trên CLVT phổi rất có giá trị trong việc phát hiện các u phổi bất thường tại phổi. Tuy nhiên dấu hiệu này chỉ có ý nghĩa định hướng ban đầu, khó phân biệt được đó là tổn thương do u phổi hay do các bệnh lý khác.

Bảng 3.4: Tần suất vị trí tổn thương trên CLVT phổi

Vị trí tổn thương	Phân thù phổi	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Phổi phải	Thùy trên	8	25
	Thùy giữa	7	21,88
	Thùy dưới	22	68,75
Phổi trái	Thùy trên	6	18,75
	Thùy dưới	21	65,63
Hai bên		17	53,13

Nhận xét: Tổn thương u phổi trên CLVT phổi thường gặp ở thùy dưới hai phổi, thùy dưới phổi phải (68,75%), thùy dưới phổi trái (65,63%). Hầu hết các tác giả giải thích dựa vào yếu tố sau: do cấu trúc về giải phẫu hệ mạch máu ở vùng thùy dưới hai phổi làm cho dòng máu chảy nhanh hơn so với vùng khác do đó u phổi dễ xuất hiện ở vùng dưới hơn.

Bảng 3.5: Các tổn thương kèm theo trên CLVT phổi

Các tổn thương kèm theo	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Tràn dịch màng phổi	9	28,13
Xẹp phổi	4	12,5
Cơ kéo cơ quan lân cận	12	37,5

Nhận xét: Tổn thương cơ kéo cơ quan lân cận chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 37,5%. Ngoài ra, tổn thương tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ 28,13%. Thấy có tổn thương xẹp phổi chiếm ít 12,5% trên nhóm đối tượng nghiên cứu. Các trường hợp này là những tổn thương do u phổi gây biến chứng tại phổi. Tỷ lệ các tổn thương kèm theo thấp chứng tỏ chất lượng chăm sóc y

tế ngày càng được cải thiện, các phương pháp điều trị bệnh mới đem lại hiệu quả cao giảm thiểu được các biến chứng xảy ra. Từ đó, bệnh nhân sẽ nhanh hồi phục, giảm thiểu thời gian và chi phí nằm viện. Trường hợp cơ kéo cơ quan lân cận, vẫn chiếm tỷ lệ trung bình (37,5%) việc này làm cho chẩn đoán và điều trị kéo dài và để lại một số di chứng nhẹ.

Bảng 3.6: Mức độ ngấm thuốc cản quang của tổn thương trên CLVT phổi sau khi tiêm thuốc cản quang

Ngấm thuốc cản quang	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Có ngấm thuốc cản quang	20	83,33
Không ngấm thuốc cản quang	4	16,67

Nhận xét: Trong 32 BN được chẩn đoán mắc u phổi có 24 trường hợp được tiêm thuốc, 8 trường hợp không tiêm, trong đó: 20 BN có u ngấm thuốc, chiếm tỷ lệ cao 83,33%. Do đó, mức độ ngấm thuốc cản quang của các u phổi là chủ yếu 4 BN có u không ngấm thuốc chiếm 16,67% trên nhóm đối tượng nghiên cứu. Kết quả này cũng tương đồng như một số nghiên cứu khác, khi các tác giả cũng cho rằng hầu hết u phổi đều ngấm thuốc nhiều [6],[7].

Bảng 3.7: Đặc điểm kích thước, hình dáng, bờ của tổn thương trên CLVT phổi

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỉ lệ (%)
Kích thước u	≥ 3 cm	20
	< 3 cm	12
	Tổng	32
Hình dạng u	Tròn	19
	Không tròn	13
	Tổng	32
Bờ tổn thương	Nhẵn	18
	Không nhẵn	14
	Tổng	32

Nhận xét: Kích thước của u phổi chủ yếu từ 3 cm trở lên chiếm tỷ lệ cao là 62,5%, hình dạng và bờ tổn thương của u phổi có nhiều thay đổi chủ yếu có hình dạng u tròn và bờ tổn thương nhẵn chiếm tỷ lệ là 59,38% và 56,25% trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Ngoài ra kèm theo cơ kéo và các xơ hóa xung quanh u phổi trên CLVT.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 32 BN đến khám tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, được chụp cắt lớp vi tính và chẩn đoán u phổi, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Tỷ lệ u phổi nhóm 59 tuổi (65,63%); nhóm tuổi dưới 16 tuổi (0 %) và nhóm tuổi từ 16 tuổi đến 59 tuổi có tỷ lệ mắc khá cao là 34,37%.

- Tỷ lệ nam mắc bệnh cao hơn gấp 3 lần nữ tương ứng là 75% và 25%. Liên quan mật thiết đến thói quen hút thuốc lá và môi trường lao động.

- Dấu hiệu hình ảnh tổn thương gặp nhiều nhất là nốt và đám mờ nhạt không rõ ranh giới (65,63%), hạch trung thất (46,88%), sự xâm lấn thành ngực (34,37%), sự xâm lấn trung thất (21,88%) và sự xâm lấn màng phổi (12,5%).

- Vị trí tổn thương thường gặp ở thùy dưới hai phổi, thùy dưới phổi phải (68,75%), thùy dưới phổi trái (65,63%). Ít gặp ở thùy trên hai phổi.

- Một số tổn thương kèm theo như tràn dịch màng phổi, xẹp phổi và cơ kéo các cơ quan lân cận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. Int J Cancer 2010;127:2893-917.
2. Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuận, Nguyễn Thị Hoài Nga, Nguyễn Chấn Hùng, Lê Hoàng Minh, Phạm Xuân Dũng (2013), "Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư

- quốc gia đến năm 2020". Y học lâm sàng, số 17, tr. 13-19.
3. **Lê Tuấn Anh, Nguyễn Ngọc Bảo Hoàng (2013)**, "Đặc điểm chẩn đoán và điều trị 1158 bệnh nhân ung thư phổi". Y học lâm sàng, số 17, tr. 96-99.
 4. **Minh HV, Giang KB, Xuan le TT et al (2012)**, "Exposure to second-hand smoke at home and its associated factors: findings from the Global Adult Tobacco Use survey in Vietnam". Cancer Causes Control, số 1, tr. 99-107.
 5. **Trần Văn Sáng (2007)**, Bệnh học u. Nhà xuất bản y học.
 6. **Stephe J. Swensen et al (2005)**, "CT screening for lung cancer: Five-year prospective experience". Radiology, 235: 259-265.
 7. **Shodayu Takashima et al (2003)**, "Indeterminate Solitary Pulmonary Nodules Revealed at Population-Based CT Screening of the Lung: Using First Follow-Up Diagnostic CT to Differentiate Benign and Malignant Lesions". AJR; 180:1255-1263

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRIỆU CHỨNG ÂM TÍNH TRONG BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Triệu chứng âm tính là thường gặp và là cốt lõi của bệnh tâm thần phân liệt. **Mục tiêu:** Mô tả các triệu chứng âm tính và nhận xét về hiệu quả điều trị trên các bệnh nhân tâm thần phân liệt. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiền cứu 102 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL theo ICD-10F mục F20. và có các triệu chứng âm tính. **Kết quả:** Triệu chứng rối loạn cảm xúc hay gặp nhất là phạm vi quan tâm thu hẹp dần (94,12%), tiếp theo là mất dần ham thích và hứng thú, khả năng rung động cảm xúc, Triệu chứng tư duy hay gặp nhất là mất sáng kiến, mất linh hoạt (100%), tư duy nghèo nàn (84,31%). Các triệu chứng rối loạn hoạt động có ý chí hay gặp nhất là thụ động, thiếu sáng kiến (100%), giảm các hoạt động có ý chí (93,14%), lười lao động (92,16%). Khi điều trị, các triệu chứng âm tính như cảm xúc, tư duy và hoạt động có thuyên giảm tốt. Điểm thang P ANSS qua khảo nhóm triệu chứng âm tính giảm từ $29,5 \pm 7,2$ xuống còn $19,4 \pm 4,5$. **Kết luận:** Triệu chứng âm tính đóng vai trò quan trọng trong tiến triển của bệnh tâm thần phân liệt. Điều trị hợp lý góp phần làm giảm mức độ nặng của loại triệu chứng này.

SUMMARY

CLINICAL RESEARCH AND CHARACTERISTICS OF THE DISEASE SYMPTOMS NEGATIVE SCHIZOPHRENIA

Background: Negative symptoms are common and are the core of schizophrenia patients. **Objective:** Describe the negative symptoms and comment on the therapeutic effect on patients with schizophrenia. Subjects and Methods Study: Description prospective 102 patients met diagnostic

criteria for schizophrenia according to ICD-10F F20 items. and negative symptoms. **Results:** Symptoms disorder is the most common emotional range narrowing interest (94.12%), followed by the gradual loss of interest and excitement, emotional vibration capability,... Symptoms of thinking the most common is the loss of initiative, loss of flexibility (100%), poor thinking (84.31%). The disorder activity is most common will to passivity, lack of initiative (100%), decreased activity and the will (93.14%), lazy (92.16%). When treated, symptoms such negative emotions, thinking and activity possible remission. Point scale group P ANSS go through negative symptoms decreased from 29.5 ± 7.2 to 19.4 ± 4.5 . **Conclusions:** Symptoms negative plays an important role in the progression of schizophrenia patients. Fair treatment help reduce the severity of this type of symptoms.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một trong những bệnh loạn thần nặng khá phổ biến ở nước ta cũng như trên thế giới, tiến triển có xu hướng mãn tính, căn nguyên chưa rõ ràng. Theo số liệu thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, số bệnh nhân tâm thần phân liệt chiếm tỷ lệ 0,6 - 1,2% dân số. Ở Việt Nam, theo báo cáo của Chương trình Quốc gia năm 2002 về điều tra cơ bản trong cả nước, tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt là 0,3 - 1% dân số (trung bình 0,47%).

Triệu chứng dương tính biểu hiện rầm rộ, nhiều khi gây khó khăn cho sự hoà nhập của bệnh nhân trong cuộc sống gia đình, nghề nghiệp và xã hội. Các triệu chứng âm tính, thể hiện sự tiêu hao mất mát tất cả các mặt của hoạt động tâm thần như: cảm xúc cùn mòn, tư duy nghèo nàn, chậm chạp tâm lý vận động, chăm sóc cá nhân kém và giảm sút các hoạt động xã hội,...

Ở Việt Nam đã có những nghiên cứu về bệnh tâm thần phân liệt, nhưng phần lớn các nghiên

*Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
 Email: Drdungbm@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài: 9.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017
 Ngày duyệt bài: 20.3.2017

cứu đều tập trung vào các triệu chứng dương tính như hoang tưởng, ảo giác, tâm thần tự động... mà chưa có nghiên cứu có hệ thống nào về các triệu chứng âm tính. Vì những vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với các mục tiêu nghiên cứu sau:

1. Mô tả các triệu chứng âm tính trên bệnh nhân tâm thần phân liệt
2. Nhận xét về hiệu quả điều trị các triệu chứng âm tính trên các bệnh nhân trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Gồm 102 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh TTPL theo ICD-10, mục F20, có các triệu chứng âm tính. Điều trị nội trú tại viện sức khỏe tâm thần từ tháng 6 năm 1014 đến 8 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu. Theo dõi dọc: đánh giá tiến triển các triệu chứng lâm sàng trong quá trình điều trị nội trú tại bệnh viện và ngoại trú sau khi ra viện. Nghiên cứu có sử dụng thang đánh giá triệu chứng âm tính PANSS. Số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê Y học có sử dụng chương trình xử lý số liệu EPIINFO 6.04.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Trong 102 bệnh nhân nghiên cứu, nam chiếm 56,86% và nữ là 43,14%. Tuổi 20-44 có tỷ lệ cao nhất (70,59%).

3.2. Mô tả các triệu chứng âm tính

Bảng 3.1: Đặc điểm rối loạn cảm xúc âm tính ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Triệu chứng	n	Tỉ lệ %
Phạm vi quan tâm thu hẹp dần	96	94,12
Mất dần ham thích và hứng thú	94	92,16
Giảm dần khả năng rung động cảm xúc	90	88,24
Cảm xúc cùn mòn	84	82,35
Mất khả năng bày tỏ cảm xúc	47	46,08

Triệu chứng phạm vi quan tâm thu hẹp dần là hay gặp nhất, chiếm tới 94,12%, mất dần ham thích và hứng thú chiếm tỷ lệ 92,16%.

Bảng 3.2: Đặc điểm rối loạn hình thức tư duy âm tính trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Rối loạn hình thức tư duy	n	%
Tư duy ngắt quãng	42	41,18
Tư duy chậm chạp	59	57,84
Tư duy cứng nhắc, mất tính hài hước	64	62,74
Mất sáng kiến, mất linh hoạt học tập, công tác giảm sút dần	102	100,0
Tư duy nghèo nàn	86	84,31
Ngôn ngữ tự kỷ, nói khó hiểu, nói một mình...	43	42,16

Mất sáng kiến, mất linh hoạt kết quả học tập, công tác giảm sút dần gặp ở tất cả các bệnh nhân (chiếm 100%), tư duy nghèo nàn chiếm 84,31%.

Bảng 3.3: Đặc điểm rối loạn hoạt động có ý chí âm tính trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các triệu chứng	n	%
Thụ động và thiếu sáng kiến trong học tập, lao động	102	100,0
Giảm các hoạt động có ý chí	95	93,14
Lười nhác trong lao động	94	92,16
Tha hóa trong lối sống, hành vi tác phong	73	71,57
Hành vi kỳ quái trong thể giới tự kỷ	23	22,55

Thụ động và thiếu sáng kiến trong học tập, lao động (100%), giảm các hoạt động có ý chí (93,14%), lười nhác trong lao động (92,16%).

3.3. Nhận xét về điều trị với triệu chứng âm tính nguyên phát

Bảng 3.7. Sự thay đổi điểm số nhóm triệu chứng âm tính theo thang PANSS

Thời điểm	Vào viện (X ± SD)	Ra viện (X ± SD)	Sau 3 tháng (X ± SD)	p
Điểm thang PANSS của nhóm triệu chứng âm tính (P1+P2+P3+P4+P5+P6+P7)	29,5 ± 7,2	24,3 ± 5,1	19,4 ± 4,5	p1-3<0,01

Điểm số thang PANSS cho nhóm triệu chứng âm tính giảm từ $29,5 \pm 7,2$ lúc mới vào viện, xuống $24,3 \pm 5,1$ lúc ra viện và $19,4 \pm 4,5$ sau 3 tháng điều trị. Sự khác biệt điểm thang PANSS của nhóm triệu chứng âm tính giữa lúc vào viện và sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với $p_{1-3} < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng triệu chứng âm tính

Đặc điểm rối loạn cảm xúc: Các triệu chứng phạm vi quan tâm thu hẹp dần là hay gặp nhất, chiếm tới 94,12%, mất dần ham thích và hứng thú chiếm tỷ lệ với 92,16%. Giống với nghiên cứu của tác giả Kaplan H.I. (1994).

Rối loạn hình thức tư duy: Mất sáng kiến, mất linh hoạt, học tập, công tác giảm sút dần gặp ở tất cả các bệnh nhân (chiếm 100%), tư duy nghèo nàn (84,31%). Tương tự như nhận định của Nguyễn Kim Việt (2003) cũng cho rằng mất linh hoạt, mất ý chí, lượng ngôn ngữ nghèo nàn và cùn mòn cảm xúc là các triệu chứng âm tính chủ yếu của tâm thần phân liệt.

Rối loạn hoạt động có ý chí: Các triệu chứng thụ động và thiếu sáng kiến trong học tập, lao động (100%), giảm các hoạt động có ý chí (93,14%), lười nhác trong lao động (92,16%) hầu như luôn hiện hữu ở mọi bệnh nhân. Sau vài năm bị bệnh, nếu không được điều trị bệnh nhân sẽ trở thành những kẻ ăn không ngồi rồi, và trở thành gánh nặng cho gia đình, xã hội.

Tỷ lệ phân bố của các triệu chứng âm tính ở các thể lâm sàng: Các thể bệnh của tâm thần phân liệt như thể thanh xuân, thể di chứng, thể đơn thuần và thể trầm cảm sau phân liệt có tất cả các triệu chứng âm tính, với tỷ lệ là 100%.

4.2. Nhận xét về điều trị với triệu chứng âm tính nguyên phát

Kết quả điều trị các triệu chứng cảm xúc âm tính: Sự thuyên giảm rõ nét nhất là phạm vi quan tâm thu hẹp (94,12% lúc vào viện và 50% sau 3 tháng điều trị) và mất dần ham muốn, thích thú (92,16% lúc vào viện và 47,06%), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Kết quả điều trị các triệu chứng tư duy âm tính: Các triệu chứng tư duy nghèo nàn (từ 84,31% xuống 45,10%), tư duy cứng nhắc (từ 62,74% xuống còn 36,27%), tự kỉ (từ 42,16% xuống 27,45%) thay đổi có ý nghĩa thống kê. Riêng triệu chứng mất sáng kiến, học tập công tác giảm sút... thuyên giảm rất ít (từ 100% xuống còn 86,27%) và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả điều trị các triệu chứng rối loạn hành vi âm tính: Theo nhiều tác giả (5)(7) có lẽ các thuốc ATK m ới đã có hiệu quả đáng kể trên các triệu chứng âm tính TTPL. Tất cả các triệu chứng rối loạn hành vi âm tính đều thuyên giảm

sau 3 tháng điều trị, sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong đó các triệu chứng giảm các hoạt động có ý chí (93,14% lúc vào viện và 62,75% lúc ra viện), lười nhác trong lao động (92,16% lúc vào viện và 65,68% sau 3 tháng điều trị) và tha hóa trong lối sống (71,57% lúc vào viện và 39,22% sau 3 tháng điều trị).

4.3. Nhận xét hiệu quả điều trị trên điểm số thang PANSS

Điểm tổng số của thang PANSS giảm dần từ lúc vào viện ($202,4 \pm 42,6$), đến khi ra viện ($153,6 \pm 31,2$) và sau 3 tháng điều trị ($123,2 \pm 25,7$). Sự khác biệt điểm PANSS giữa lúc vào viện và sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với $p_{1-3} < 0,01$.

Điểm số thang PANSS cho nhóm triệu chứng âm tính giảm từ $29,5 \pm 7,2$ lúc mới vào viện, xuống $24,3 \pm 5,1$ lúc ra viện và $19,4 \pm 4,5$ sau 3 tháng điều trị. Sự khác biệt điểm thang PANSS của nhóm triệu chứng âm tính giữa lúc vào viện và sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê với $p_{1-3} < 0,01$.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm các triệu chứng âm tính trên bệnh nhân nghiên cứu: Triệu chứng rối loạn cảm xúc hay gặp nhất là phạm vi quan tâm thu hẹp dần (94,12%), mất dần ham thích và hứng thú (92,16%), mất dần khả năng rung động cảm xúc (88,24%), giao tiếp bằng ánh mắt nghèo nàn (82,35%). Các triệu chứng tư duy hay gặp nhất là mất sáng kiến, mất linh hoạt (100%), tư duy nghèo nàn (84,31%). Các triệu chứng rối loạn hoạt động có ý chí hay gặp nhất là thụ động, thiếu sáng kiến (100%), giảm các hoạt động có ý chí (93,14%), lười lao động (92,16%).

2. Nhận xét về hiệu quả điều trị các triệu chứng âm tính: Cảm xúc: Triệu chứng thuyên giảm rõ nét nhất là phạm vi quan tâm thu hẹp dần (94,12% lúc vào viện và 50% sau 3 tháng điều trị). Tư duy: Triệu chứng tư duy cứng nhắc (62,74% xuống còn 36,27%), tư duy nghèo nàn (84,31% xuống còn 45,10%), tự kỉ (42,16% xuống còn 27,45%),... Hành vi tác phong: Giảm các hoạt động có ý chí (93,14% xuống còn 62,75%). Lười nhác (92,16% xuống còn 65,68%). Điểm thang PANSS: Điểm tổng số thang PANSS qua khảo sát ($202,4 \pm 42,6$ xuống còn $123,2 \pm 25,7$); Điểm số nhóm triệu chứng âm tính ($29,5 \pm 7,2$ xuống còn $19,4 \pm 4,5$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Bình An, Trần Việt Nghị (2001).** "Bệnh tâm thần phân liệt", Bệnh học tâm thần, Đại học Y Hà Nội, trang: 5-12.
2. **Trần Hữu Bình (2009).** "Cập nhật chẩn đoán và điều trị Bệnh tâm thần phân liệt", Tài liệu báo cáo hội nghị khoa học Viện sức khỏe Tâm thần (6 tháng đầu năm 2009).
3. **La Đức Cường (1999).** "Nghiên cứu tiến triển của bệnh Tâm thần phân liệt thể Paranoid sau khi can thiệp đặc biệt (điều trị hóa dược với huấn luyện gia đình)", Luận văn Thạc sĩ Y học trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. **Nguyễn Kim Việt (2003).** "Các nguyên nhân dẫn đến kém hiệu quả trong điều trị bệnh Tâm thần phân liệt", Bài giảng sau đại học, Bộ môn tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. **Nguyễn Kim Việt (2003).** "Các thuốc an thần kinh mới", Bài giảng Sau đại học, Bộ môn tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội, trang 121-128.
6. **Andreasen N. C, Roy M.A. and Flaum U (1996).** "Positive and Negative Symptom", ed. B.S. Schizophrenia. p: 6-7.
7. **Batki SL, Leontieva L, Dimmock JA (2008).** "Negative symptoms are associated with less alcohol use, craving, and "high" in alcohol dependent patients with schizophrenia". Schizophr Res. Oct; 105 (1-3): 201-207. Epub Aug 13.

THỰC TRẠNG GIAO TIẾP CỦA ĐIỀU DƯỠNG VỚI NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Thu Hòa*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với 209 điều dưỡng của Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2016. **Mục tiêu:** Mô tả các hoạt động giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh. **Kết quả:** Điều dưỡng thực hiện tốt nhiều kỹ năng trong giao tiếp với người bệnh như chào, hỏi tên và mời người bệnh ngồi (89.5%), thể hiện được sự tôn trọng người bệnh (90%), lắng nghe người bệnh nói (92.8%), cung cấp thông tin dễ hiểu với người bệnh (86.1%). Tuy nhiên, còn ít điều dưỡng sử dụng tên riêng của người bệnh (32.5%), xin phép người bệnh khi cần ghi lại thông tin (38.8%), kiểm tra lại sự hiểu biết của người bệnh sau khi giao tiếp (54.7%). Có 84.7% điều dưỡng cảm thấy tự tin trong giao tiếp với người bệnh. Hầu hết người bệnh hợp tác và đồng ý trả lời các câu hỏi của điều dưỡng (97.1%). Đa số điều dưỡng thành công trên 50% trong các cuộc giao tiếp với người bệnh. **Kết luận:** Điều dưỡng của bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã thực hiện khá tốt các kỹ năng giao tiếp với người bệnh và đạt được tỷ lệ thành công cao khi giao tiếp trong thực hành chăm sóc sức khỏe.

SUMMARY

COMMUNICATION SKILLS IN RELATIONSHIP BETWEEN NURSES AND PATIENTS IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

The study was conducted with 209 nurses of the Hanoi Medical University Hospital. **Objective:** To describe communication activities of nurses with patients. **Results:** Nurses have done good

communication skills with patients such as hello, asking for names and inviting patients sitting (89.5%), showing respect for patients (90%), listening to patients (92.8%) as well as providing understandable information to patients (86.1%). However, less nurses called patients by their first names (32.5%), asking for patients' consents to record their information (38.8%), checking patient's understanding after communication (54.7%). There were 84.7% of nurses feel confident in communicating with patients. Most patients agreed to cooperate and answer questions from nurses (97.1%). Most nurses have been successful over 50% on communication with patients. **Conclusion:** Nurses in Hanoi Medical University Hospital have done pretty good communication skills with patients and achieved high success rates when communicating in health care practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giao tiếp tốt là nền tảng để tạo dựng nên mối quan hệ chuyên môn giữa điều dưỡng và người bệnh. Từ mối quan hệ chuyên môn tốt, điều dưỡng mới có thể chăm sóc tốt sức khỏe cho người bệnh.

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là một cơ sở y tế mới được thành lập năm 2007, và là cơ sở khám chữa bệnh của trường Đại học Y Hà Nội. Hàng năm, bệnh viện đón tiếp hàng chục nghìn lượt khách hàng đến khám, chữa bệnh và khám sức khỏe định kỳ, do đó, kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế với người bệnh luôn được Ban giám đốc bệnh viện quan tâm đào tạo.

Các khóa đào tạo liên tục về "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" nhằm cung cấp những kiến thức và kỹ năng cần thiết của điều dưỡng trong giao tiếp với người bệnh. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả các hoạt động giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh*, nhằm tìm kiếm các bằng chứng để điều chỉnh chương trình

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Hòa

Email: lethuhhoa@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2017

Ngày duyệt bài: 22.3.2017

đào tạo kỹ năng giao tiếp ngày càng đạt hiệu quả tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. *Đối tượng nghiên cứu:* Toàn bộ điều dưỡng tham gia các khóa học "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" năm 2016.

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

2.4. *Công cụ:* Bộ câu hỏi tự điền

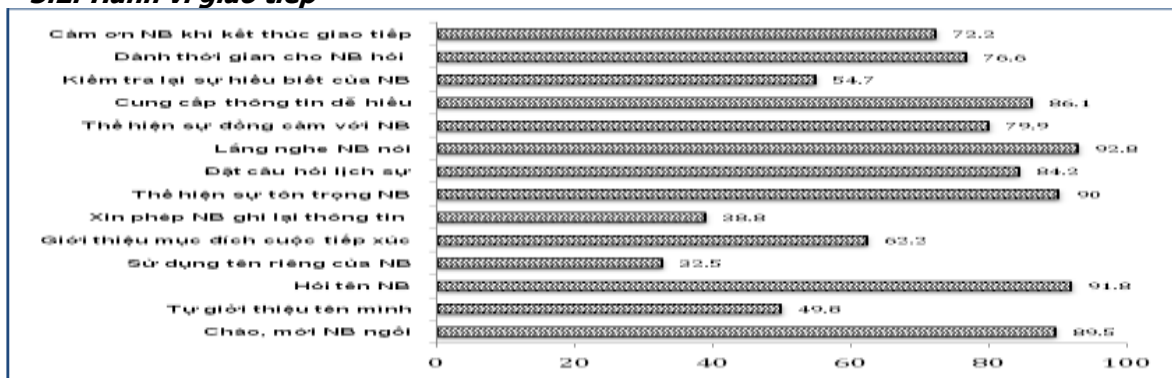
2.5. *Xử lý số liệu:* sử dụng phần mềm Epidata và Stata.

2.6. *Đạo đức trong nghiên cứu:* Đối tượng tham gia được giải thích về 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 209 điều dưỡng tham gia. Tỷ lệ nam = 24,5%, nữ =75,6%. Số năm công tác trung bình của điều dưỡng trong nghiên cứu là 4,7 năm.

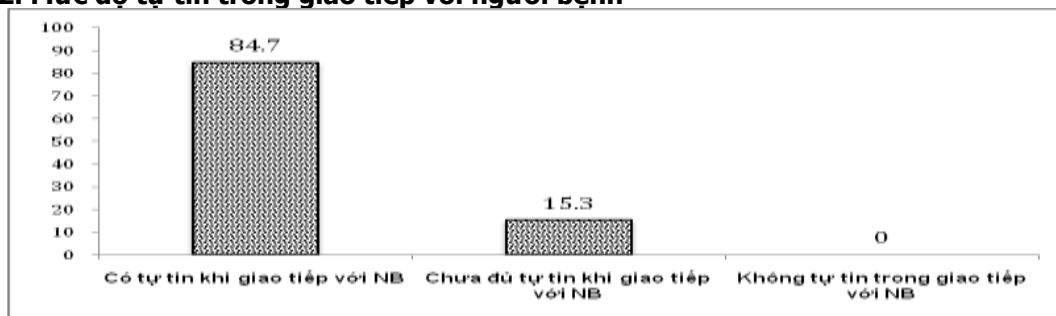
3.2. Hành vi giao tiếp



Hình 1. Hành vi giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh

Nhận xét: Điều dưỡng có chào, mời người bệnh (NB) ngồi (89.5%), hỏi tên NB (91.8%), thể hiện sự tôn trọng NB (90%), lắng nghe NB nói (92.8%), cung cấp thông tin dễ hiểu (86.1%). Tuy nhiên, còn ít điều dưỡng sử dụng tên riêng của NB khi giao tiếp (32.5%), xin phép NB ghi lại thông tin (38.8%), kiểm tra lại sự hiểu biết của NB (54.7%).

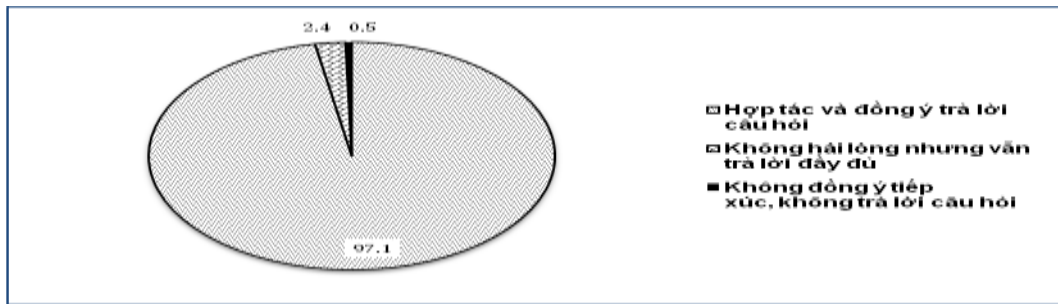
3.2. Mức độ tự tin trong giao tiếp với người bệnh



Hình 2. Mức độ tự tin của điều dưỡng khi giao tiếp với người bệnh

Nhận xét: Có 84.7% điều dưỡng cảm thấy tự tin và còn 15.3% điều dưỡng chưa đủ tin tin trong giao tiếp với người bệnh.

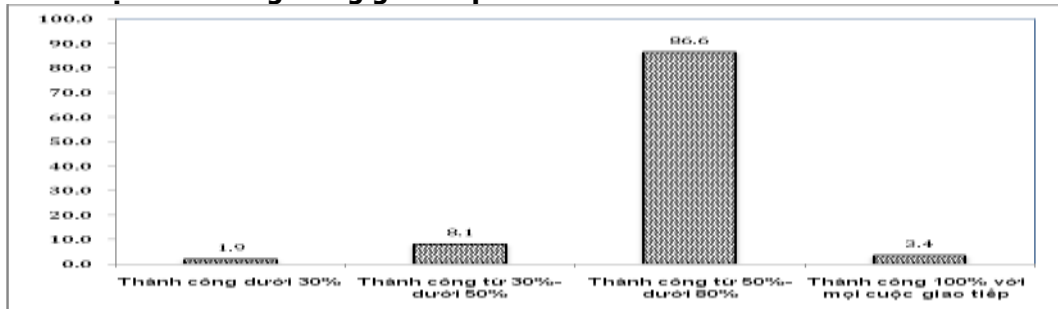
3.3. Thái độ của người bệnh khi giao tiếp



Hình 3. Thái độ của người bệnh khi giao tiếp với điều dưỡng

Nhận xét: Có 97.1% người bệnh hợp tác và đồng ý trả lời các câu hỏi của điều dưỡng; 2.4% người bệnh không hài lòng và 0.5% người bệnh không đồng ý giao tiếp với điều dưỡng.

3.4. Mức độ thành công trong giao tiếp



Hình 4. Mức độ thành công của điều dưỡng trong giao tiếp với người bệnh

Nhận xét: Có 3.4% điều dưỡng thành công trong 100% cuộc giao tiếp với người bệnh; 86.6% điều dưỡng đạt thành công 50%-80%; 8.1% điều dưỡng đạt 30%-50%; có 1.9% điều dưỡng thành công dưới 30%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hành vi giao tiếp: Kỹ năng giao tiếp ban đầu của điều dưỡng với người bệnh rất quan trọng. Mỗi quan hệ chuyên môn của điều dưỡng với người bệnh được thiết lập dựa trên nền tảng là kỹ năng giao tiếp tốt. Điều dưỡng thể hiện được sự đồng cảm, quan tâm đến người bệnh, để người bệnh tin tưởng vào năng lực chuyên môn của điều dưỡng và đồng ý để điều dưỡng chăm sóc sức khỏe.

Kỹ năng chào hỏi, mời người bệnh ngồi đã có 89.5% điều dưỡng thực hiện. Thể hiện sự tôn trọng người bệnh (90%), lắng nghe người bệnh nói (92.8%) trong toàn bộ cuộc giao tiếp là một kỹ năng cơ bản trong giao tiếp của điều dưỡng để người bệnh cảm thấy được an toàn. Từ kỹ năng giao tiếp tốt, điều dưỡng có thể tiếp cận và tìm kiếm sự đồng ý của người bệnh cho các hoạt động chuyên môn tiếp theo.

Tôn trọng và bảo mật thông tin của người bệnh là một trong những Quyền của người bệnh đã được Hội Y học Thế giới tuyên bố từ năm 2005 [1]. Điều dưỡng cần sử dụng tên riêng của người bệnh trong giao tiếp và đề nghị người bệnh đồng ý cho phép ghi lại thông tin cá nhân

vào hồ sơ y khoa. Tuy nhiên, còn ít điều dưỡng sử dụng tên riêng của người bệnh (32.5%) và hỏi ý kiến người bệnh trước khi ghi chép thông tin (38.8%).

Kế hoạch "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh" của Bộ Y tế với mong muốn đạt được mục đích "thay đổi nhận thức, thái độ, phong cách phục vụ người bệnh của cán bộ y tế, rèn luyện kỹ năng giao tiếp ứng xử, nâng cao tinh thần, thái độ phục vụ, củng cố niềm tin và sự hài lòng của người bệnh. Để thực hiện được nội dung "Xây dựng phong cách, thái độ phục vụ văn minh, thân thiện, không có tiêu cực", các cơ sở y tế cần tập huấn về Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế, đặc biệt là bác sĩ, điều dưỡng [2]. Một trong những hoạt động đánh giá sự hài lòng của người bệnh là điều dưỡng cần kiểm tra lại sự hiểu biết của người bệnh trước khi kết thúc cuộc giao tiếp. Kết quả từ nghiên cứu cho thấy có 54.7% điều dưỡng thực hiện hoạt động này khi giao tiếp.

4.2. Mức độ tự tin trong giao tiếp với người bệnh: Sự tự tin trong giao tiếp của một điều dưỡng phụ thuộc phần lớn vào năng lực của

người điều dưỡng. Một người điều dưỡng được đào tạo đầy đủ, có kiến thức, kỹ năng tốt, thái độ giao tiếp thích hợp trong mọi tình huống sẽ thể hiện được sự tự tin trong các cuộc tiếp xúc với người bệnh.

Theo 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]. Giao tiếp thể hiện qua lời nói của điều dưỡng, được cụ thể hóa bằng những câu nói đúng ngữ pháp, ngắn gọn và rõ ràng. Lời nói thể hiện sự tôn trọng người bệnh và chia sẻ những khó khăn mà người bệnh đang phải trải qua. Ngôn ngữ không lời là ánh mắt nhìn người bệnh, biểu cảm trên khuôn mặt, trang phục, cử chỉ của điều dưỡng... Ánh mắt là ngôn ngữ không lời quan trọng nhất giúp điều dưỡng thể hiện được sự đồng cảm với người bệnh. Khi điều dưỡng có được sự tự tin vào bản thân và sự đồng cảm với người bệnh, thì mới có thể giúp người bệnh cảm nhận họ được an toàn và tin tưởng vào năng lực chăm sóc của điều dưỡng.

Với 209 điều dưỡng tham gia nghiên cứu, đã có 84.7% điều dưỡng cảm thấy tự tin và còn 15.3% điều dưỡng chưa đủ tự tin trong giao tiếp với người bệnh. Do đó, các khóa đào tạo liên tục về "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" là thực sự cần thiết để nâng cao năng lực giao tiếp của điều dưỡng trong thực hành nghề nghiệp.

4.3. Thái độ của người bệnh khi giao tiếp: Mục đích chung của mọi cuộc giao tiếp với người bệnh là để tìm hiểu thông tin từ người bệnh và/hoặc cung cấp thông tin về kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho người bệnh để người bệnh đồng ý hợp tác. Nếu điều dưỡng không thể làm người bệnh cảm thấy an toàn và hài lòng, thì chắc chắn người bệnh sẽ từ chối hợp tác, và có quyền tìm kiếm một dịch vụ chăm sóc sức khỏe khác tốt hơn. Do đó, muốn chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, thì điều dưỡng bắt buộc phải có thái độ chuyên môn tốt và thể hiện được bằng các hành vi giao tiếp đúng chuẩn mực để đạt được sự hài lòng từ người bệnh.

Trong nghiên cứu này, đa số người bệnh cảm thấy hài lòng và hợp tác, trả lời các câu hỏi của điều dưỡng trong giao tiếp (97.1%). Nhưng vẫn còn một số ít người bệnh (2.4%) chưa hài lòng hoặc không đồng ý giao tiếp với điều dưỡng (0.5%).

Hiệu quả của cuộc giao tiếp nghĩa là người bệnh hiểu thông tin và thấy hài lòng với kỹ năng

giao tiếp của điều dưỡng. Khi người bệnh hài lòng và tin tưởng, họ sẽ đồng ý tham gia, hợp tác cùng điều dưỡng trong chăm sóc sức khỏe.

Chăm sóc sức khỏe với chiến lược "người bệnh là trung tâm" cần được kết hợp với năng lực giao tiếp hiệu quả của điều dưỡng. Kết quả từ nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng "*yếu tố không hài lòng nhất đối với người bệnh là giao tiếp kém của nhân viên y tế*" [5]. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy quá trình giao tiếp giữa một số điều dưỡng và người bệnh đã không đạt được hiệu quả tốt do sự thiếu hụt kiến thức và kỹ năng của điều dưỡng.

4.4. Mức độ thành công trong giao tiếp:

Hội đồng Điều dưỡng quốc tế (2006) đã quy định những nội dung cụ thể về Đạo đức nghề nghiệp đối với điều dưỡng. Trong đó, quy định đầu tiên là "Điều dưỡng có trách nhiệm nghề nghiệp ưu tiên hàng đầu là đáp ứng nhu cầu chăm sóc điều dưỡng của người bệnh" [6]. Với sự phát triển ngày càng mạnh của y học, nhu cầu chăm sóc của người dân và cộng đồng sẽ ngày càng tăng cao. Điều dưỡng không những phải đáp ứng được mọi chuẩn năng lực về chuyên môn, mà còn cần đạt hiệu quả tốt trong giao tiếp.

Mức độ thành công của mỗi cuộc giao tiếp phụ thuộc hoàn toàn vào kỹ năng của người điều dưỡng. Để thực sự thực hiện đúng quy định "Bệnh nhân đến đón tiếp niềm nở. Bệnh nhân ở chăm sóc tận tình. Bệnh nhân về dặn dò chu đáo", thì người điều dưỡng phải có được sự tin tưởng và hợp tác từ người bệnh [2].

Điều dưỡng không chỉ cần giao tiếp tốt khi tiếp đón người bệnh ban đầu, mà còn cần giao tiếp hiệu quả trong toàn bộ quá trình chăm sóc người bệnh điều trị nội trú. Kết quả từ nghiên cứu cho thấy có 3.4% điều dưỡng thành công trong tất cả các cuộc giao tiếp với người bệnh; 86.6% điều dưỡng đạt thành công 50%-80%. Còn rất ít điều dưỡng chưa đạt được hiệu quả giao tiếp như mong đợi (8.1% điều dưỡng đạt 30%-50% và 1.9% điều dưỡng thành công dưới 30%). Để người bệnh luôn cảm thấy hài lòng với chăm sóc sức khỏe tại bệnh viện, thì các nhân viên y tế, đặc biệt là điều dưỡng cần được đào tạo liên tục để nâng cao năng lực về kiến thức, kỹ năng và thái độ giao tiếp trong thực hành y học.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ý kiến của 209 điều dưỡng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội có được kết luận: Kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh đã được thực hiện tốt với nhiều hoạt động như

tiếp đón ban đầu (89.5%), tôn trọng người bệnh (90%), lắng nghe người bệnh nói (92.8%) và cung cấp thông tin dễ hiểu (86.1%). Mức độ tự tin khi giao tiếp của điều dưỡng khá cao (84.7%) và đa số người bệnh thấy hài lòng, đồng ý trả lời các câu hỏi của điều dưỡng (97.1%). Tuy nhiên, điều dưỡng vẫn cần được đào tạo liên tục về kỹ năng giao tiếp để đạt được hiệu quả giao tiếp với người bệnh tốt hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. World Medical Association (2005)**, Declaration on the Rights of the patients, 2 pages
- 2. Bộ Y tế (2015)**, Kế hoạch triển khai thực hiện “Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh”, Quyết định số 2151/QĐ-BYT, ngày 4/6/2015.
- 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. Makoul, G. (2001)**, Essential elements of communication in medical encounters: The Kalamazoo Consensus Statement. *Acad Med*, 76(4), 390-393.
- 5. Hawken S. J. (2005)**, Good communication skills: Benefit for doctors and patients, *NZFP* Vol 32, No3, June, 5 pages.
- 6. International Council of Nurses (2006)**, The ICN Code of Ethics for nurses, 12 pages.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HÀI LÒNG CỦA BỆNH NHÂN SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP PCS BẰNG MIDAZOLAM VÀ PROPOFOL TRONG PHẪU THUẬT RĂNG

Nguyễn Quang Bình*, Phạm Hoàng Tuấn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân sử dụng phương pháp PCS bằng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng. **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 độ hài lòng của bệnh nhân ở nhóm midazolam $8,26 \pm 1,03$ điểm và propofol $8,30 \pm 1,23$ điểm (p > 0,05) cao hơn (p < 0,01) so với nhóm GTĐT $6,63 \pm 1,57$ điểm; mức độ đau ở nhóm midazolam $0,77 \pm 1,32$ điểm và propofol $0,75 \pm 1,22$ điểm (p > 0,05) thấp hơn (p < 0,01) so với nhóm GTĐT $3,55 \pm 2,01$ điểm; mong muốn dùng lại an thần nhóm midazolam 92,42% và propofol 94,29% (p > 0,05) cao hơn (p < 0,01) so với nhóm GTĐT 62,86%; tiêu chuẩn xuất viện ở 3 nhóm > 9 điểm (p > 0,05); nôn, buồn nôn nhóm midazolam và propofol thấp hơn (p < 0,05) so với nhóm GTĐT; đau tại nơi tiêm nhóm propofol 20% cao hơn (p < 0,05) so với nhóm midazolam 0%. **Kết luận:** PCS sử dụng midazolam và propofol có mức hài lòng cao, mức độ đau thấp, mong muốn dùng lại an thần cao, nôn và buồn nôn thấp hơn và tiêu chuẩn xuất viện như nhau so với phương pháp GTĐT. Đau tại nơi tiêm nhóm propofol cao hơn nhóm midazolam.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam, propofol.

SUMMARY

PATIENTS SATISFACTION ASSESSMENT USING PCS BY MIDAZOLAM AND PROPOFOL IN DENTAL SURGERY

Objective: To assess the level of patients satisfaction using PCS by midazolam and propofol in dental 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 patient satisfaction levels is 8.26 ± 1.03

points for midazolam group and 8.30 ± 1.23 points for propofol group (p > 0.05), higher (p < 0.01) than GA group with 6.63 ± 1.57 points; the pain level is 0.77 ± 1.32 points for midazolam group and 0.75 ± 1.22 points for propofol group (p > 0.05), lower (p < 0.01) than GA group with 3.55 ± 2.01 points; desire to reuse sedation is 92.42% for midazolam group and 94.29% for propofol group (p > 0.05), higher (p < 0.01) than GA group with 62.86%; discharge standards in 3 groups > 9 points (p > 0.05); the signal of vomiting and nausea for propofol and midazolam group are both lower (p < 0.05) than that of GA group; pain at injection site is 20% for propofol group, higher (p < 0.05) than midazolam group with 0%. **Conclusion:** PCS using midazolam and propofol have high satisfaction levels, low levels of pain, greater desire in reusability, less vomiting and nausea and similar discharge standards in comparison with GA method. Pain at injection site of propofol group is higher than midazolam group.

Keywords: Sedation, PCS, midazolam, propofol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp PCS (patient controlled sedation) sử dụng midazolam hay propofol kết hợp với gây tê tại chỗ trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới giúp cho bệnh nhân có trạng thái êm dịu, chống lo âu, sợ hãi trong khi can thiệp. Nó ảnh hưởng đến thái độ hài lòng, hợp tác, ít tác dụng không mong muốn như: nôn, buồn nôn, ho... và tác động đến thái độ mong muốn sử dụng lại phương pháp an thần lần sau nếu cần phải can thiệp cao hơn so với phương pháp chỉ gây tê đơn thuần trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Sự hài lòng của bệnh nhân là minh chứng cho hiệu quả của phương pháp PCS sử dụng midazolam hay propofol trong phẫu thuật. Tuy nhiên, ở Việt Nam cho thấy việc sử dụng an thần midazolam hay propofol kết hợp với gây tê tại chỗ chưa thật sự phổ biến ở các cơ sở nha khoa. Chính vì vậy, ở bài báo này chúng tôi nghiên cứu: "đánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân sử dụng phương pháp PCS bằng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng".

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 viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình
Email: nguyenvinh3010@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017
Ngày duyệt bài: 30.3.2017

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 tại chỗ đơn thuần) n = 35 bệnh nhân

- Nhóm 2 (PCS sử dụng midazolam) n = 35 bệnh nhân: gây tê tại chỗ kết hợp với an thần bằng midazolam theo phương pháp PCS.

- Nhóm 3 (PCS sử dụng 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.

2.2.3. *Phương pháp đánh giá*

**Các tiêu chí đánh giá*

- Đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, ASA, mức độ khó phẫu thuật.

- 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*).

- Mức hài lòng của bệnh nhân theo VAS: được hỏi sau kết thúc phẫu thuật (0 - 3: *không hài lòng*, 4 - 5: *hài lòng ít*, 6 - 7: *hài lòng*, 8 - 10: *rất hài lòng*).

- Điểm xuất viện theo F Chung (*dựa trên các tiêu chí dấu hiệu sinh tồn, khả năng đi lại, buồn*

nôn và nôn, đau, chảy máu tại chỗ): đủ tiêu chuẩn ≥ 9 điểm.

- Mong muốn sử dụng an thần lần sau: bệnh nhân được hỏi ngay trước khi xuất viện (có hoặc không?).

- Tác dụng không mong muốn: ho, nôn, buồn nôn, đau tại nơi tiêm, nấc, tăng trương lực cơ ...

**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 bệnh nhân

Nhóm GTĐT, PCS midazolam và PCS propofol: tuổi (thứ tự 30,37 \pm 8,29 năm; 29,17 \pm 7,97 năm; 27,29 \pm 7,23 năm); cân nặng (thứ tự 55,69 \pm 8,03 kg; 56,40 \pm 8,01 kg; 54,14 \pm 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 \pm 1,73 điểm; 8,62 \pm 2,11 điểm; 8,70 \pm 1,82 điểm) khác nhau không ý nghĩa (p > 0,05). Mức an thần ở nhóm midazolam thấp hơn (p < 0,01; p < 0,05) so với nhóm propofol và cả 2 nhóm có mức an thần 4 < OAA/S < 5.

3.2. mức độ hài lòng của bệnh nhân

Bảng 3.1. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng bệnh nhân (điểm)	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)	Nhóm 3 (n = 35)
X \pm SD	6,63 \pm 1,57	8,26 \pm 1,03*	8,30 \pm 1,23*
p	< 0,01		

Ghi chú: *: p < 0,01 khác nhau có ý nghĩa so với 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 \pm SD (điểm)	3,55 \pm 2,01		0,77 \pm 1,32 *		0,75 \pm 1,22*	

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

3.3. Tỉ lệ số bệnh nhân mong muốn dùng lại phương pháp

Bảng 3.3. Tỉ lệ số bệnh nhân mong muốn dùng lại phương pháp

Mong muốn dùng phương pháp	Nhóm 1 (n=35)		Nhóm 2 (n=35)		Nhóm 3 (n=35)	
	BN	%	BN	%	BN	%
Muốn	22	62,86	32	92,42*	33	94,29*
Không muốn	13	37,14	3	7,58	02	5,71

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

3.4. Điểm trung bình về tiêu chuẩn xuất viện theo F.Chung

Bảng 3.4. Điểm trung bình về tiêu chuẩn xuất viện theo F. Chung

Điểm xuất viện	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)	Nhóm 3 (n = 35)
X ± SD	9,91 ± 0,28	9,94 ± 0,24	9,74 ± 0,44
p	> 0,05		

3.5. Tỷ lệ số bệnh nhân ho, buồn nôn và nôn, nấc, tăng trương lực cơ

Bảng 3.5. Tỷ lệ số bệnh nhân ho, buồn nôn và nôn, nấc, tăng trương lực cơ

Tác dụng không mong muốn	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		Nhóm 3 (n = 35)		p
	BN	%	BN	%	BN	%	
Buồn nôn và nôn	05	14,28	0	0*	0	0*	< 0,05
Ho	06	17,14	0	0*	0	0*	
Đau tại nơi tiêm	-	-	0	0	7	20,0**	> 0,05
Trương lực cơ tăng	01	0,41	0	0	0	0	
Nấc	01	0,41	0	0	0	0	

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

** : $p < 0,05$ khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 2.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng toàn thân ASA ở 3 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng toàn thân ASA ở 3 nhóm nghiên cứu là đồng nhất. Ở nhóm midazolam có mức an thần sâu hơn ($p < 0,01$; $p < 0,05$) so với nhóm propofol nhưng đều ở mức an thần tỉnh 4 < OAA/S < 5.

4.2. Mức độ hài lòng của bệnh nhân: bảng 3.1 cho thấy mức độ hài lòng của bệnh nhân ở nhóm sử dụng midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT. Để lí giải về sự hài lòng này là do bệnh nhân an dịu, giảm lo lắng, giảm đau, hợp tác tốt với phẫu thuật, ít cử động và thời gian phẫu thuật ngắn hơn so với nhóm GTĐT. Mức độ hài lòng của bệnh nhân nói lên ưu điểm của phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol hơn hẳn phương pháp GTĐT trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Hyun (2001) nghiên cứu ở 24 bệnh nhân sử dụng PCS bằng propofol trong phẫu thuật răng khôn cho thấy mức rất hài lòng 91,67% và mức hài lòng 8,33% [5], kết quả cũng giống như của chúng tôi. Sự hài lòng của bệnh nhân là thước đo chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng tới thái độ mong muốn sử dụng lại an thần lần sau nếu phải can thiệp phẫu thuật.

4.2. 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 ($p > 0,05$) đều ở mức không đau nhưng khác

nau có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT và ở mức đau nhẹ. Để lí giải cho vấn đề này có lẽ tâm lý lo sợ cũng là yếu tố làm tăng ngưỡng đau của bệnh nhân, vì vậy dưới tác dụng an thần, gây quên khi kết hợp gây tê tại chỗ đã làm giảm ngưỡng đau. Fong (2005) so sánh nhóm dùng an thần tỉnh kết hợp với giảm đau remifentanil và nhóm chứng 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 răng 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 dùng propofol hay midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ làm giảm ngưỡng đau, căng thẳng, tăng tác dụng thuốc tê và hợp tác tốt với phẫu thuật.

4.3. Sự mong muốn sử dụng an thần lần sau: bảng 3.3 cho biết số bệnh nhân mong muốn sử dụng lại an thần ở nhóm midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm GTĐT. Lo sợ trong can thiệp nha khoa là một trong những lo sợ đặc biệt, việc sử dụng dù là midazolam hay propofol cũng đều giải quyết vấn đề làm cho bệnh nhân hết lo sợ. Quá trình can thiệp bệnh nhân có tâm lý thoải mái, giảm đau, có thể quên đi các sự kiện, hiện tượng không cần biết trong phẫu thuật. Chính vì lẽ đó bệnh nhân dễ chấp nhận dùng an thần nếu lần sau cần phải can thiệp. Tuy nhiên, ở nhóm PCS propofol không muốn dùng lại lần sau lí do là bị đau dọc cánh tay sau khi tiêm. Herrick (1997) cho rằng hầu hết bệnh nhân sử dụng PCS đều ưa thích phương pháp này là do thư giãn và

muốn dùng lại kĩ thuật [4]. Bệnh nhân cho rằng muốn tự điều chỉnh liều thuốc an thần cho phù hợp với cuộc mổ [3]. Khi có cơ hội dùng lại PCS, bệnh nhân cho rằng tự kiểm soát an thần tốt hơn trong lần sau [7].

4.4. Tiêu chuẩn xuất viện: kết quả ở bảng 3.4 cho biết tại thời điểm xuất viện ở 3 nhóm khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) đều đạt tiêu chuẩn xuất viện. Các dấu hiệu sinh tồn, không đau, chảy máu, nôn và buồn nôn, khả năng tự đi lại đều ổn định tại thời điểm xuất viện. Yêu cầu đối với phẫu thuật ngoại trú là xuất viện sớm nhưng phải đủ tiêu chuẩn xuất viện theo thang điểm Chung ≥ 9 điểm [1]. Như vậy, PCS sử dụng midazolam, propofol cũng như GTĐT đều an toàn.

4.5. Tác dụng không mong muốn: bảng 3.5 cho biết PCS bằng midazolam và propofol không có trường hợp nôn, buồn nôn, ho, nấc và tăng trương lực cơ mà chỉ thấy ở GTĐT tỉ lệ buồn nôn, nôn 14,28% và ho 17,14% với ($p < 0,05$). Sở dĩ những tác dụng không mong muốn này chỉ xảy ra ở GTĐT có thể do bệnh nhân quá lo sợ gây ức chế tâm lí, mặt khác bản thân thuốc gây tê cũng là tác nhân gây kích thích khó chịu. Pac-soo (1996) cho thấy các phản ứng tâm lí ở nhóm sử dụng midazolam và propofol khác nhau không có ý nghĩa, tuy nhiên bệnh nhân sau dùng midazolam hiếm khi nôn [6]. Nghiên cứu cho thấy 1 bệnh nhân nấc và 1 bệnh nhân tăng trương lực cơ không thể thực hiện mà phải kết hợp với an thần mới thực hiện được cuộc phẫu thuật. Đau tại nơi tiêm chỉ thấy ở PCS propofol 20% ($p < 0,05$) mà không thấy ở PCS midazolam. Để lí giải cho vấn đề này do propofol có tác dụng gây đau tại nơi tiêm ở các tĩnh mạch nhỏ, mà điều này không xảy ra với midazolam. Rodrigo (2004) sử dụng PCS bằng propofol trong phẫu thuật răng khôn cho biết tỉ lệ số bệnh nhân

đau tại chỗ tiêm 32,69 %, điều này bất lợi đối với bệnh nhân nhưng không nặng nề đến mức không sử dụng được an thần propofol, kết quả này cũng giống như kết quả của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

PCS sử dụng midazolam và propofol có mức hài lòng cao, mức độ đau thấp, mong muốn dùng lại an thần cao, nôn và buồn nôn thấp hơn và tiêu chuẩn xuất viện như nhau so với phương pháp GTĐT. Đau tại nơi tiêm nhóm propofol cao hơn nhóm midazolam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dell R. (1996), "A review of patient-controlled sedation", *Eur J Anaesthesiol*, 13(6), pp. 547-52.
2. Foong C. C., Kwan A. (2005), "Patient-controlled sedation using remifentanyl for third molar extraction", *Anaesth Intensive Care*, 33, pp. 73-77.
3. Hamid S. K., Wong P. K., Carmichael F., White K., et al (1996), "A novel device for patient-controlled sedation: laboratory and clinical evaluation of the Baxter Intermate LV250 infusor and patient-control module", *Anaesthesia*, 51(2), pp. 145-50.
4. Herrick I. A., Craen R. A., Gelb A. W., Miller L. A., et al (1997), "Propofol sedation during awake craniotomy for seizures: patient-controlled administration versus neurolept analgesia", *Anesth Analg*, 84(6), pp. 1285-91.
5. Hyun-Jeong Kim, Chang-Joo Park, Kwang-Won Yum (2001), "Propofol PCS using Walk", *Med in Dental patient*, 1, pp. 16-20.
6. Pac-Soo C. K., Deacock S., Lockwood G., Carr C., et al (1996), "Patient-controlled sedation for cataract surgery using peribulbar block", *Br J Anaesth*, 77(3), pp. 370-374.
7. Rodrigo C., Chow K. C. (1995), "A comparison of 1- and 3-minute lockout periods during patient-controlled sedation with midazolam", *J Oral Maxillofac Surg*, 53(4), pp. 406-10; discussion 410-1.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ BỆNH BƯỚU GIÁP ĐƠN THUẦN TẠI BỆNH VIỆN TƯQĐ 108

Trần Trọng Kiềm*, Nguyễn Văn Nam**

TÓM TẮT

*Bệnh viện TW quân đội 108

**Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiềm

Email: dr.trantrongkiem.b4.h108@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh bướu giáp đơn thuần bằng phương pháp phẫu thuật nội soi **Phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả bệnh chứng các trường hợp bướu giáp đơn thuần được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện 108 từ 06/2011 đến 6/2016. **Kết quả:** 312 bệnh nhân bướu giáp đơn thuần (30 nam – 282 nữ) được phẫu thuật nội soi qua đường nách-quầng vú tại Bệnh viện trung ương Quân Đội 108. Tuổi trung bình $32,15 \pm 2,54$ (17-65 tuổi). Tính chất tổn thương: bướu giáp thể nhân 120

(38,5%), bướu giáp thể hỗn hợp 160(51,2%), bướu giáp thể nang 32 (10,3%). Vị trí bướu: thùy trái 132 (42,3%), thùy phải 148 (47,4%), hai thùy 24 (7,7%), eo tuyến 8 (2,6%). Kỹ thuật: bơm CO₂ áp lực 10mmHg, lưu lượng 8lít/phút; vị trí trocar: các trocar được đặt ở nách, quàng vú, bờ vai. Thời gian phẫu thuật trung bình 60,25 ± 4,25 phút (40-120 phút). Số ngày nằm điều trị trung bình: 5,37 ± 0,75 ngày. Tai biến và biến chứng: đọng dịch vết mổ 2(1,3%). **Kết luận:** Nội soi tuyến giáp là phẫu thuật có nhiều ưu điểm: thẩm mỹ, giảm thời gian hậu phẫu, giảm nhiễm khuẩn vết mổ.

Từ khóa: nội soi tuyến giáp

SUMMARY

EVALUATION RESULTS OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY FOR SIMPLE GOITER DISEASES IN 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objectives: Evaluate endoscopic thyroidectomy result. **Methods:** Prospective and descriptive study for all patients, who had simple goiter diseases and were operated with endoscopic thyroidectomy in 108 hospital from 06/2011 to 6/2015. **Results:** 312 cases (30 males –282 females) of endoscopic thyroidectomy axillo- breast –approach were done. Mean age was 32,15 ± 2,54 (range from 17 to 65). Character of tumor: solitary nodular goiter 120(38,5%), mixed goiter 160(51,2%) and thyroid cyst 32 (10,3%). Tumor position: left lobe 132 (42,3%), right lobe 148 (47,4%), two lobe 24 (7,7%), isthmus 8 (2,6%). Technique: pump pressure was 10mmHg, flow of CO₂ was 8l/m; trocar position: three trocars were placed at axilla, breast and shoulder. The mean operating time was 60,25 ± 4,25minutes (range from 40 to 120 min). The mean treatment time was 5,37± 0,75 days. Complication: outstanding fluid 2(1,3%). **Conclusions:** Endoscopic thyroidectomy has more benefits. These are aestheticism, reduction of postoperating time, reduction of infection.

Key word: endoscopic thyroidectomy

TỔNG QUAN

Bệnh bướu cổ là một bệnh lý phổ biến trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Tần suất phụ thuộc vào những nghiên cứu dân số và phương pháp thăm dò, tỷ lệ tăng theo tuổi và tỷ lệ mắc nhiều ở nữ giới và những người thiếu hụt Iodine, nghiên cứu trên số lượng lớn, tần suất từ 2-6% thăm khám lâm sàng, 19-35% khi thăm khám bằng siêu âm, 8-65% khi làm autopsy[5]. Hiện nay theo một số thống kê chưa đầy đủ, nước ta có khoảng 3.000.000 người mắc bệnh lý tuyến giáp [2]. Phẫu thuật điều trị các bệnh lý tuyến giáp đã có từ lâu và ngày càng phát triển mang tính thẩm mỹ ngày càng hoàn thiện hơn. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp ra đời đã đáp ứng tốt về thẩm mỹ, xử lý triệt để tổn thương và giảm tỷ lệ biến chứng tổn thương dây thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp trạng. Vì vậy,

phẫu thuật nội soi đang dần trở thành phẫu thuật được ưu tiên lựa chọn trong điều trị bệnh bướu giáp. Ở Việt Nam, từ 2004, phẫu thuật nội soi tuyến giáp đã được triển khai tại một số bệnh viện như Viện nội tiết trung ương, Bệnh viện Bình dân... [1], [2]. Tại Bệnh viện trung ương Quân đội 108, từ 06/2011 – 6/2016, chúng tôi tiến hành phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi điều trị những bệnh nhân có bệnh lý tuyến giáp đơn thuần, nâng cao tính thẩm mỹ, mang lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân. Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả điều trị bệnh bướu giáp đơn thuần bằng phẫu thuật nội soi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả bệnh chứng.

Đối tượng nghiên cứu: 312 trường hợp bệnh bướu giáp được phẫu thuật nội soi từ 06/2011 – 06/2016 tại Bệnh viện TW Quân đội 108.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bướu giáp có kích thước mỗi thùy qua khám lâm sàng và siêu âm ≤ 5cm.
- Không có cường giáp hoặc nhược giáp trên lâm sàng và cận lâm sàng.
- Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ trước mổ lành tính.
- Chưa phẫu thuật vùng cổ ngực (cùng bên bướu giáp) trước đó.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nội soi.
- Bệnh nhân không đảm bảo gây mê nội khí quản trong quá trình mổ có bơm CO₂ vào khoang phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đảm bảo đủ theo tiêu chuẩn lựa chọn.



Ảnh: Vị trí đặt Trocar (ảnh viện 108)



Ảnh: Bộc lộ tuyến giáp (ảnh viện 108)

III. KẾT QUẢ

Từ 06/2011 – 06/2016, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật nội soi cho 312 trường hợp bệnh bướu giáp đơn thuần.

Giới tính: Nữ: 282(90,4%), nam: 30(9,6%)

Tuổi trung bình: 32,15 ± 2,54tuổi (thấp nhất 17 tuổi, cao nhất 65 tuổi)

3.1 Đặc điểm tổn thương: *Kích thước bướu:* trung bình 3,68 ± 0,12 cm (nhỏ nhất 1cm, lớn nhất 5cm)

Bảng 1: Tính chất tổn thương

Tính chất	Số lượng	Tỷ lệ %
Bướu nhân	120	38,4
Bướu nang	32	10,3
Bướu hỗn hợp	160	51,3
Tổng	312	100

Nhận xét: Bướu hỗn hợp chiếm tỷ lệ 51,3%

3.2 Vị trí tổn thương

Bảng 2: Vị trí tổn thương

Vị trí	Bướu thể nhân		Bướu thể nang		Bướu thể hỗn hợp		Tỷ lệ
	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	Số lượng	Tỷ lệ	
Thùy trái	55	17,6	12	3,2	65	20,8	42,3
Thùy phải	62	19,9	18	5,8	68	21,8	47,5
Eo tuyến	03	0,96	02	0,64	03	0,96	2,6
Hai thùy					24	7,7	7,7
Tổng	120	38,5	32	9,6	160	51,3	100

Nhận xét: Bướu ở thùy trái chiếm tỷ lệ cao: 47,4% (148/312)

3.3 Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Cắt nang tuyến giáp	30	9,6
Cắt gân toàn bộ hai thùy	24	7,7
Cắt gân toàn bộ một thùy	117	37,5
Cắt toàn bộ một thùy	133	42,6
Cắt toàn bộ một thùy và eo tuyến giáp	08	2,6
Tổng	312	100

Nhận xét: Cắt toàn 1 thùy chiếm tỷ lệ cao nhất 42,6%

3.4 Mô bệnh học

Bảng 4: Kết quả mô bệnh học

Mô bệnh học	Số lượng	Tỷ lệ %
Trước mổ	Lành tính	312
	Ác tính	0
Sau mổ	Lành tính	308
	K thể nhú	03
	K thể nang	01
	K khác	0

Nhận xét: Trước phẫu thuật 100% chọc hút kim nhỏ lành tính, sau phẫu thuật gần 1,3% ác tính.

3.5 Kết quả phẫu thuật

- Thời gian mổ trung bình: 60,25 ± 4,25 phút (40-120 phút)

- Thời gian rút dẫn lưu: 2,37± 0,35 ngày

- Số ngày điều trị sau mổ: 2,15± 0,45 ngày

- Số ngày nằm viện: 5,37± 0,75 ngày

Bảng 5: Tai biến và biến chứng

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu khi mổ	02	0,6
Động dịch vết mổ	02	0,6
Khàn tiếng(tổn thương dây thần kinh quặt ngược)	01	0,3
Tetani tạm thời	01	0,3

Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Tê bì da vùng cổ	02	0,6
Tổng	06	2,5

Nhận xét: Tai biến, biến chứng chiếm tỷ lệ: 2,5%

Bảng 6: Siêu âm sau mổ

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Có khám lại	Tổn thương cùng bên phẫu thuật	0	0
	Tổn thương đối bên phẫu thuật	03	0.98
	Không có tổn thương	302	99
Tổng		305	100

Nhận xét: 253/312 bệnh nhân đến kiểm tra, không có sót tổn thương

Bảng 7: Chức năng tuyến giáp sau mổ

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ
Cường giáp	0	0
Nhược giáp	04	1,3
Bình thường	301	96,5
Tổng	305	100

Nhận xét: Tỷ lệ nhược giáp chiếm 1,3%

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật là một phương pháp điều trị có hiệu quả đối với bệnh lý tuyến giáp, đặc biệt đối với những bệnh nhân có khối u to, chèn ép gây khó thở, ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Tuy nhiên, đối với mổ mở, bệnh nhân có sẹo vùng cổ ảnh hưởng đến thẩm mỹ, sinh hoạt và giao tiếp của bệnh nhân, đặc biệt là với nữ giới. Phẫu thuật nội soi tuyến giáp được y văn ghi nhận vào khoảng năm 1996 – 1997. Gagner là người đầu tiên thực hiện phẫu thuật cắt tuyến cận giáp qua nội soi. Một năm sau, Huscher báo cáo cắt thùy phải tuyến giáp hoàn toàn qua nội soi [6],[7]. Ngày nay, phẫu thuật nội soi điều trị bệnh lý tuyến giáp đã trở nên phổ biến.

Về chỉ định: Bảng 1 cho thấy nội soi tuyến giáp có thể áp dụng cho bướu giáp thể nang, thể nhân hoặc bướu giáp hỗn hợp, trong đó bướu giáp thể nhân và nang tuyến giáp chiếm (152 trường hợp chiếm 48,7%), Thể hỗn hợp chiếm 51,3% (160 trường hợp). Tất cả các bệnh nhân được mổ đều có kết quả chọc hút tế bào bằng kim nhỏ lạnh tính. Trần Ngọc Lương và một số tác giả có phẫu thuật nội soi cho cả bệnh nhân bị ung thư tuyến giáp [2]. Nhưng trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ chỉ định cho những bệnh nhân bị bệnh bướu giáp đơn thuần.

Kích thước bướu: nhiều tác giả cho rằng nên nội soi cho những trường hợp bướu giáp nhỏ hơn 4cm [1]. Nghiên cứu của Trần Ngọc Lương, kích thước u: 1- 5,8 cm [2]. Nghiên cứu chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 30 trường hợp có bướu kích thước ≤ 5cm thuận lợi, một số tác giả khác cũng đã công bố phẫu thuật nội soi cho các trường hợp bướu giáp có kích thước 11cm. Như vậy, kích thước bướu không phải là trở ngại lớn đối với kỹ thuật.

Trong nghiên cứu có 117 bệnh nhân (37,5%) được phẫu thuật cắt gân toàn bộ một thùy tuyến giáp, 133 bệnh nhân (42,6%) được cắt toàn bộ một thùy và 08 bệnh nhân cắt toàn bộ 1 thùy và eo tuyến giáp, 24 bệnh nhân (7,7%) được cắt gân toàn bộ hai thùy và 30 bệnh nhân được cắt nhân và nang tuyến giáp. Trần Ngọc Lương mổ cắt toàn bộ, cắt thùy, cắt nhân cho bệnh nhân. Như vậy, với phương pháp mổ nội soi, phẫu thuật viên có thể mổ cắt toàn bộ tuyến giáp, gân toàn bộ... như phẫu thuật truyền thống mà không có trở ngại gì.

Về kỹ thuật: Không giống như các phẫu thuật nội soi khác, nội soi tuyến giáp không có sẵn khoang làm việc. Để có phẫu trường tiến hành phẫu thuật, phải tạo khoang làm việc bằng bơm khí hoặc khung nâng [1],[2],[3],[4]. Chúng tôi, giống như đa số các tác giả khác, lựa chọn bơm khí để tạo phẫu trường. Áp lực bơm 10mmHg, lưu lượng 6lít/phút được cho là thích hợp nhất để tạo phẫu trường cũng như hạn chế thấp nhất sự thẩm thấu carbonic vào máu.

Sau mổ, tất cả các bệnh nhân đều được đặt dẫn lưu âm tính tại lỗ trocar 5mm ở rãnh delta ngực. Dẫn lưu vết mổ có ý nghĩa quan trọng trong theo dõi hậu phẫu.

Về kết quả phẫu thuật: Thời gian mổ trung bình: 60,25 ± 4,25 phút (40-120 phút). So với mổ mở, thời gian phẫu thuật thường lâu hơn khoảng 25 phút. Thời gian mổ được rút ngắn dần: thời gian đầu ca mổ dài nhất lên tới 120 phút (lâu gấp 3 lần mổ mở), những ca mổ gần nhất thời gian chỉ còn 50 phút. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi cũng tương đương như các nghiên cứu tại Bệnh viện nội tiết, Bệnh viện Bình Dân [1],[2].

Dẫn lưu thường được rút vào ngày thứ 2 sau, bệnh nhân xuất viện vào ngày thứ 5 sau mổ. Hầu hết các bệnh nhân hài lòng vì không có sẹo ở cổ, 03 bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả giải phẫu bệnh ung thư giáp thể nhú, 01 bệnh nhân ung thư thể nang, những bệnh nhân này kích thước u: 1cm được cắt toàn bộ một thùy và eo tuyến giáp nên chúng tôi theo dõi định kỳ 06 tháng 1 lần, có bệnh nhân theo dõi đến 03 năm nhưng chưa bị tái phát.

Về tai biến và biến chứng: Có hai trường hợp chảy máu khi phẫu thuật, chúng tôi chèn gạc, cầm máu bằng dao điện, rửa sạch trường mổ, tiếp tục nội soi không phải chuyển mổ mở để xử trí, bệnh nhân không có cảm giác nuốt vướng, không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ, 02 trường hợp đọng dịch vết mổ thành ngực được xử trí chọc hút dịch, băng ép bằng băng dán to bản, bệnh nhân ổn định sau 3 lần xử trí, tê bì vùng mổ 02, khàn tiếng 01, tê-tani tạm thời 01, sau 02 tháng bệnh nhân ổn định. Trần Ngọc Lương mổ 750 trường hợp, 01 chảy máu, 01 khàn tiếng, tụ dịch vết mổ 29 trường hợp, tai biến và biến chứng của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả nước ngoài[3].

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đều tuân thủ chế độ tái khám theo hẹn (305/312 bệnh nhân chiếm 97,8%). Các bệnh nhân tái khám được chúng tôi kiểm tra và đánh giá tình trạng vết mổ, kiểm tra chức năng tuyến giáp và siêu âm tuyến giáp – vùng phẫu thuật. Sau 4 – 6 tuần, sẹo mổ của 305 bệnh nhân đều liền tốt, không có dị cảm vùng mổ, vận động vùng cổ bình thường. Siêu âm tuyến giáp sau mổ không có bệnh nhân nào sót tổn thương hoặc có tổn thương mới cùng bên, có 3 bệnh nhân xuất hiện nhân ở bên thùy đối diện. Có 04 bệnh nhân nhược giáp sau cắt gần toàn bộ hai thùy tuyến giáp được điều trị bằng hormon tuyến giáp thay thế ổn định.

V. KẾT LUẬN

- Phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường nách – quầng vú được chỉ định chủ yếu cho bướu giáp lành tính (trước mổ 100%, sau mổ 98,7%) ở phụ nữ (90,4%), tuổi trẻ (trung bình 32,15 ± 2,54 tuổi).

- Các chỉ tiêu về thời gian tương đương mổ mở: thời gian phẫu thuật trung bình 60,25 ± 4,25 phút, thời gian dẫn lưu 2,37 ± 0,5 ngày, thời gian nằm viện 5,37 ± 0,75 ngày.

- Tai biến biến chứng thấp (2,5%), không có tử vong trong và sau mổ. Không có tái phát thùy tuyến giáp đã phẫu thuật. Tỷ lệ nhược giáp sau mổ thấp (1,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Nam, Nguyễn Bá Minh Nhật, Hồ Khánh Đức, Nguyễn Văn Việt Thành**, (2008), "Kết quả điều trị bướu giáp đơn nhân bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Bình Dân", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 12(4), tr.31-35.
2. **Trần Ngọc Lương (2008)**, " Kinh nghiệm cá nhân của 750 trường hợp cắt tuyến giáp nội soi", *Y học TP. HCM. Hội nghị ngoại khoa và phẫu thuật nội soi Việt Nam 2008*, tr. 68- 69.
3. **Bayram Vayseller; Fadlullah Aksoy; Yavuz Selim Y (2011)**, "Effect of recurrent laryngeal nerve identification technique in thyroidectomy on recurrent laryngeal nerve paralysis and hypoparathyroidism", *ArchOtolaryngol Head Neck Surg*, Published online August 15, 2011. doi: 10.1001/archoto, pp.134.
4. **Bellantone R, Lombardi CP, Rubino F (2001)**, "Arterial PCO2 and cardiovascular function during endoscopic neck surgery with carbon dioxide insufflations", *Arch Surg*, Jul; 136(7), pp. 822-7.
5. **Diana S.Dean; Hossein Gharib (2008)**. "Epidemiology of thyroid nodules". *Clinical endocrinology & metabolism*, Elsevier, volum 22, Issue 6, pp. 901-911
6. **Gagner M.** (1996), "Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism", *Br J Surg*, 6, pp. 83:875
7. **Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, Recher A.**(1997), "Endoscopic right thyroid lobectomy", *Surg Endosc*, 11, pp. 877.

NGHIÊN CỨU CHỨC NĂNG TÌNH DỤC CỦA NAM GIỚI SAU TỖN THƯƠNG TỬ SỐNG GIAI ĐOẠN TÁI HOÀ NHẬP CỘNG ĐỒNG

Nguyễn Thị Kim Liên*, Lê Thị Mai*

TÓM TẮT

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Liên

Email: lienrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

30 nam bệnh nhân chấn thương tủy sống đã được điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2016- 6/2016, hiện đang sống tại cộng đồng đến tái khám tại Trung tâm nhằm đánh giá chức năng tình dục của nam giới sau chấn thương tủy sống theo chỉ số quốc tế về chức năng cương dương

Ngày duyệt bài: 28.3.2017

giai đoạn tái hoà nhập (International Index Erectil function-IIIEF). **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Rối loạn tình dục ở mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 17/30 (56,66%). Chức năng tình dục theo IIEF đạt mức độ trung bình trong đó chức năng cương dương vật ở mức độ vừa ($10,23 \pm 4,12$) và ham muốn tình dục đạt mức độ cao ($8,50 \pm 1,20$). **Kết luận:** Rối loạn chức năng tình dục là vấn đề phổ biến ở giai đoạn tái hoà nhập cộng đồng mặc dù ham muốn tình dục đã đạt ở mức độ cao.

Từ khóa: tổn thương tủy sống, chức năng tình dục, tái hòa nhập cộng đồng, chất lượng cuộc sống, EQ -5D-5L

SUMMARY

TO STUDY THE SEXUAL FUNCTION IN SPINAL CORD INJURY MALE PATIENTS IN COMMUNITY REINTEGRATION STAGE

30 spinal cord injury male patients, who had been treated in Rehabilitation Centre, Bach Mai Hospital from January 2016 to June 2016 to assess the sexual function of the spinal cord injury male patients according to the international index of erectile function reintegration phase (International Index Erectil function-IIIEF). **Methods:** the Cross-sectional study method. **Results:** The sexual dysfunction in the moderate level of the highest rate (56.66%). The IIEF sexual function in the average level in which the erectile function in moderate level (10.23 ± 4.12) and the sexual desire in high level (8.50 ± 1.20). **Conclusions:** The sexual dysfunction is a common problem in community reintegration stage although the sexual desire has reached a high level.

Key words: community reintegration, spinal cord injury, QoL, EQ -5D-5L

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương tủy sống thường dẫn đến liệt hai chân hoặc tứ chi kèm theo những rối loạn khác về cảm giác, bàng quang, đường ruột, sinh dục.

Tình dục là một trong những mối quan tâm chính của cuộc đời mỗi con người, nó mang lại cho ta sức khỏe, nâng cao giá trị bản thân, tăng niềm vui sống và đem lại một đời sống hôn nhân hạnh phúc. Chức năng tình dục cũng là một mối quan ngại lớn của hầu hết bệnh nhân bị SCI đặc biệt là nam giới. Điều quan trọng phải lưu ý rằng hoạt động tình dục lành mạnh bao gồm ôm hôn nồng thắm, sự chu đáo ân cần và tình yêu thương chứ không chỉ đơn giản là giao hợp. Tuy nhiên, những vấn đề quan tâm hàng đầu của

nam giới sau khi tổn thương tủy sống là khả năng cương dương và khoái cảm tình dục.

Hiện nay ở Việt Nam đã có một số tác giả nghiên cứu về chức năng tình dục của nam giới sau tổn thương tủy sống ngay sau khi bị tổn thương tủy sống tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá chức năng tình dục của bệnh nhân chấn thương tủy sống ở giai đoạn tái hoà nhập cộng đồng. Các bệnh nhân sau khi được phục hồi chức năng tại bệnh viện, trở về tái hoà nhập với cộng đồng còn chưa được quan tâm nhiều về sự tiến triển của bệnh cũng như chức năng tình dục của họ. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm *đánh giá chức năng tình dục của nam giới sau chấn thương tủy sống giai đoạn tái hoà nhập cộng đồng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân nam tổn thương tủy sống được từng được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai tuổi từ 18 đến 70, hiện ở giai đoạn hoà nhập cộng đồng, đến tái khám trong khoảng thời gian từ 1/1/2016 đến 30/6/2016.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân có thời gian chấn thương tủy sống trên 6 tháng, từ 18 tuổi trở lên, tỉnh, có khả năng giao tiếp. Có cơ quan sinh dục ngoài bình thường.

- Trước khi bị tổn thương tủy sống, không có rối loạn chức năng tình dục.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân khỏi nghiên cứu: Bệnh nhân có tổn thương phối hợp như chấn thương sọ não, chấn thương ngực, chấn thương bụng, tổn thương cơ quan sinh dục và vùng tiểu khung.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Chúng tôi sử dụng phương pháp tiến cứu mô tả lâm sàng ở đối tượng như đã lựa chọn ở trên, đã được khám và điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ 01/1/2016 đến 30/6/2016.

2.2. Các chỉ số và phương pháp đánh giá: Xác định tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, thời gian bị bệnh, nguyên nhân tổn thương, vị trí tổn thương, mức độ tổn thương theo phân loại ASIA [1].

Số điểm được phân phối cho từng lĩnh vực như sau:

Lĩnh vực	Câu hỏi	Tổng số điểm
Chức năng cương dương vật	1, 2, 3, 4, 5, 6	1-30
Thảo mãn giao hợp	7, 8, 9	0-15
Tốt đỉnh khoái cảm	10, 11	0-10

Ham muốn tình dục	12, 13	2-10
Thảo mãn toàn diện trong đời sống tình dục	14, 15	2-10

Phân loại rối loạn cương dương bằng cách sử dụng lĩnh vực chức năng cương dương của IIEF

Điểm số (tổng số 30 điểm) Lĩnh vực chức năng cương dương	Phân loại Rối loạn cương dương
1-10	Nặng
11-16	Vừa
17-25	Nhẹ
26-30	Không có rối loạn CNCD

Đánh giá chung trong hoạt động tình dục của nam giới

Tổng điểm	Phân loại sự suy giảm CNTD
6-20	Mức độ nặng
21-30	Mức độ trung bình
31-59	Mức độ nhẹ
60-75	Không có sự suy giảm chức năng tình dục

3. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 16.0

4. Đạo đức nghiên cứu

Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu. Tôn trọng và cảm thông với bệnh nhân. Các câu hỏi tế nhị được đề cập khéo léo và giữ bí mật cho

bệnh nhân. Bệnh nhân tự lựa chọn các hình thức để tự đánh giá chức năng tình dục của mình dựa trên kinh nghiệm tình dục đã có.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

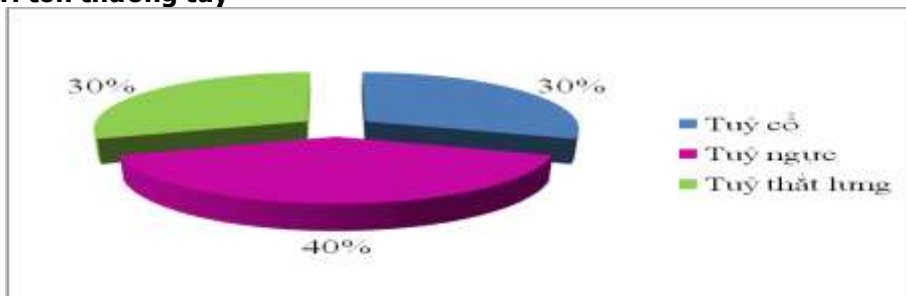
1.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 1. Phân loại theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	Độ tuổi trung bình
19-29	13	43,3	34,87 ± 12,32
30-39	6	20,0	
40-49	8	26,7	
50-68	3	10,0	
Tổng số	30	100	

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 34,87 ± 12,32; thấp nhất là 19 tuổi, cao nhất là 68 tuổi; nhóm tuổi 19-49 chiếm tỷ lệ cao 90,0%, đều trong độ tuổi lao động.

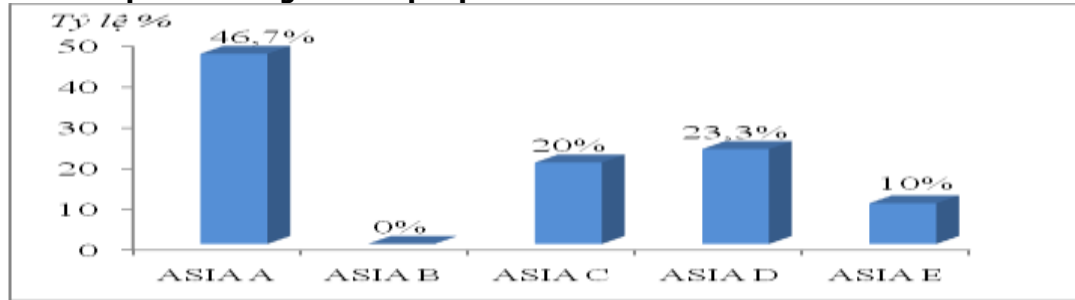
1.2. Vị trí tổn thương tuỷ



Biểu đồ 1. Phân loại theo vị trí tổn thương tuỷ sống

Nhận xét: Trong số 30 bệnh nhân, thường gặp nhất là tổn thương tuỷ ngực chiếm tỷ lệ 40%; vị trí tổn thương tuỷ ngực và tuỷ thắt lưng cũng chiếm tỷ lệ khá cao đều là 30%.

1.3. Mức độ tổn thương ASIA hiện tại



Biểu đồ 2. Phân loại mức độ tổn thương ASIA hiện tại

Nhận xét: Số bệnh nhân có mức độ tổn thương ASIA-A chiếm tỷ lệ cao nhất 46,7%, không có bệnh nhân nào mức ASIA-B; mức độ ASIA-C chiếm 20%; mức độ ASIA-D là 23,3%; mức độ ASIA-E chiếm tỷ lệ thấp nhất 10%.

2. Chức năng tình dục của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

2.1. Đánh giá chức năng tình dục

Bảng 2 Đánh giá chức năng tình dục

Các lĩnh vực về chức năng tình dục	Điểm
Chức năng cương dương vật	10,23 ± 4,12
Thảo mãn giao hợp	3,06 ± 3,08
Tốt đỉnh khoái cảm	2,35 ± 1,63
Ham muốn tình dục	8,50 ± 1,20
Thảo mãn toàn diện	4,20 ± 0,96
Tổng chung	28,34 ± 11,98

Nhận xét: Chức năng cương dương vật của nhóm bệnh nhân nghiên cứu đạt mức độ vừa (10,23 ± 4,12). Đánh giá chung trong hoạt động tình dục nam giới đạt mức độ vừa (28,34 ± 11,98).

3. Đánh giá mức độ rối loạn chức năng tình dục

Bảng 3. Mức độ rối loạn tình dục

Phân loại	Tỉ lệ
Mức độ nặng	8 (26,67%)
Mức độ trung bình	17 (56,66%)
Mức độ nhẹ	5 (16,67%)
Không có rối loạn chức năng tình dục	0 (0%)

Nhận xét: 17 bệnh nhân ở mức trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 56,66%; 8 bệnh nhân có mức độ rối loạn tình dục nặng chiếm 26,67%. Mức độ rối loạn tình dục nhẹ chiếm tỉ lệ thấp nhất 16,67%. Không có bệnh nhân nào không bị rối loạn tình dục.

IV. BÀN LUẬN

1. Đánh giá chung về chức năng tình dục

Chúng tôi thấy điểm số IIEF của bệnh nhân sau khi bị bệnh từ 6 tháng trở lên là 28,34 ± 11,98 và chức năng cương dương vật là 10,23 ± 4,12. Như vậy đánh giá chung trong hoạt động tình dục nam giới chức năng cương dương vật đạt mức độ vừa.

Theo Nguyễn Minh Lực (2013), khi đánh giá 30 bệnh nhân tổn thương tổn thương ngay khi vào viện thì điểm số IIEF là 10,23 ± 8,18 tức là hầu hết các bệnh nhân đều có điểm số dưới 20, nghĩa là xếp loại giảm chức năng tình dục ở mức độ nặng (90% số bệnh nhân). Theo tác giả, do khoảng thời gian trước đó là khoảng thời gian bệnh nhân trải qua cú sốc tâm lí sau tổn thương tuỷ, sự đau đớn do chấn thương và phẫu thuật,

phần lớn thời gian của họ ở bệnh viện (là môi trường thiếu không gian riêng tư) nên họ không có cơ hội để hoạt động tình dục cũng như đánh giá chức năng tình dục còn lại của mình. Sau 1 tháng tổng điểm IIEF là 20,20 ± 13,65, có 80% tổng số bệnh nhân có tăng điểm IIEF, và số điểm tăng hầu hết ở các lĩnh vực chức năng tình dục, tăng nhiều nhất là ở các lĩnh vực: Sự cương dương (tăng 2,5 lần); tốt đỉnh khoái cảm (tăng 5 lần) [3].

Thật vậy, điểm IIEF ở các lĩnh vực chức năng tình dục (cương dương là 10,23 ± 4,12; ham muốn là 8,50 ± 1,20) cao hơn hẳn các bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Lực (cương dương là 6,87 ± 6,58; ham muốn là 5,13 ± 1,31). Chỉ có điểm số của lĩnh vực thỏa mãn toàn diện (hay sự hài lòng của những người nam

SCI và người bạn tình của họ) trong nghiên cứu của chúng tôi ($4,20 \pm 0,96$) có cao hơn các bệnh nhân sau bị bệnh 1 tháng tuy nhiên vẫn ở mức thấp. Điều này cho chúng tôi thấy rằng sự rất không hài lòng của chính nam giới SCI và người bạn tình của họ trong cuộc sống tình dục sau khi bị tổn thương tuỷ sống, kể cả khi họ đã có tín hiệu của sự phục hồi nhất định. Thật vậy, sau khi bị bệnh từ 6 tháng, ngoài vấn đề rối loạn tình dục, bệnh nhân vẫn còn tồn tại các vấn đề về vận động và chức năng bàng quang, nên đã ảnh hưởng rất nhiều đến đời sống tình dục của bệnh nhân.

Nghiên cứu của Linsenmeyer TA (1991), Derry FA, Dinsmore WW, Fraser M (1998) cũng chỉ ra rằng: Một số người nam giới sau tổn thương tuỷ sống không thể có cương cứng nhưng nhiều người vẫn duy trì được khả năng cương cứng mặc dù chất lượng và thời gian không đủ cho giao hợp [4]. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu: Sau khi tổn thương tuỷ sống ham muốn tình dục của nam giới giảm so với trước [5]. Sự gia tăng điểm số ham muốn có thể được lý giải: Theo thời gian, tình trạng tổn thương tuỷ dần được phục hồi, tinh thần dần ổn định, bệnh nhân chấp nhận cơ thể tổn thương của mình hoà nhập với gia đình và xã hội, tìm lại những ham muốn vốn có của mình.

2. Đánh giá về mức độ giảm chức năng tình dục: Qua bảng 3.4 chúng tôi nhận thấy 17 bệnh nhân ở mức trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất 56,66%; 8 bệnh nhân có mức độ rối loạn tình dục nặng chiếm 26,67%. Mức độ rối loạn tình dục nhẹ chiếm tỉ lệ thấp nhất 16,67%. Không có bệnh nhân nào không bị rối loạn tình dục.

Theo Nguyễn Minh Lực, tất cả các bệnh nhân bị tổn thương tuỷ đều có giảm chức năng tình dục ở các mức độ từ nhẹ đến nặng, trong đó phần lớn các bệnh nhân bị giảm chức năng tình dục ở mức độ nặng (90% bệnh nhân ở lần đánh giá thứ nhất và 63,33% ở lần đánh giá thứ hai) và mức độ trung bình (6,67% lần 1; 26,27% lần 2) [3].

Như vậy, có sự tiến triển về bậc phân loại chức năng tình dục là do chúng tôi đánh giá bệnh nhân ở giai đoạn bệnh nhân bị bệnh trên 6 tháng sau khi bị tổn thương tuỷ đây là giai đoạn mà bệnh nhân đã hồi phục, ổn định, trở về nhà nên tinh thần ít nhiều cũng thoải mái hơn khi còn ở viện và bệnh nhân tự mình đánh giá

khả năng tình dục còn lại có thể dựa trên kinh nghiệm hoạt động tình dục vốn có. Đồng thời bệnh nhân trải qua sang chấn tâm lý, chấp nhận sự tổn thương tuỷ và bệnh liệt của mình, trở lại với gia đình và cộng đồng [6].

Kết quả này cũng cùng kết quả nghiên cứu của Levi R, Hultling C, Nash MS, Seiger A (1995) tỷ lệ nam giới bị tổn thương tuỷ bị rối loạn chức năng tình dục là 67% [7].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát trên 30 bệnh nhân tổn thương tuỷ sống giai đoạn tái hoà nhập cộng đồng, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- 100% bệnh nhân có rối loạn tình dục, trong đó rối loạn tình dục ở mức độ trung bình chiếm tỉ lệ cao nhất (17/30, 56,66%).
- Chức năng tình dục theo IIEF đạt mức độ trung bình trong đó chức năng cương dương vật ở mức độ vừa ($10,23 \pm 4,12$) và ham muốn tính dục đạt mức độ cao ($8,50 \pm 1,20$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Phục hồi chức năng Trường Đại học Y Hà Nội (2011).** *Phục hồi chức năng (dùng đào tạo cử nhân điều dưỡng). Nhà xuất bản Giáo Dục Việt Nam*, tr. 65-66.
2. **Đỗ Trung Quân (2007).** "Biến chứng suy sinh dục nam giới đái tháo đường" Bài giảng bệnh học nội khoa Tập 1 - Các bộ môn nội, Trường đại học Y Hà Nội, *Nhà xuất bản Y học*, tr 256-261
3. **Nguyễn Minh Lực, Nguyễn Thị KimLiên (2013).** Bước đầu nhận xét về sự rối loạn chức năng tình dục của nam giới sau tổn thương tuỷ sống (2013). *Y học lâm sàng*, 73,24-29.
4. **Berkman AH, Weissman R, Frielich MH (1978).** Sexual adjustment of spinal cord injured veterans living in the community. *Arch Phys Med Rehabil*, 59, p 29 - 33.
5. **Alexander CJ, Sipski ML, Findley TW (1993).** Sexual activities, desire, and satisfaction in males pre- and post-spinal cord injury, *Arch Sex Behav*, p 217-228.
6. **Ngô Thành Hưng (2010).** *Bước đầu tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng đau của bệnh nhân sau chấn thương tuỷ sống tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai*, Khoá luận tốt nghiệp Bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y HN.
7. **Levi R, Hultling C, Nash MS, Seiger A (1995).** The Stockholm spinal cord injury study: Medical problems in a regional SCI population, *Paraplegia*, 33, p 308 - 315

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CÓ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẤP CỨU LẤY SỎI ĐƯỜNG MẬT TẠI ĐƠN VỊ HỒI SỨC TÍCH CỰC-BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Vũ Hoàng Phương*, Trần Đình Thơ**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mục tiêu tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị sau mổ của những bệnh nhân nhiễm trùng đường mật tại đơn vị hồi sức tích cực – bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 41 bệnh nhân sau mổ cấp cứu do sỏi đường mật phải nằm điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực trong năm 2016. **Kết quả:** có 9 trong tổng số 41 bệnh nhân tử vong sau mổ. Tuổi trung bình là $73,5 \pm 14,0$ (năm). Bệnh phối hợp kèm theo chủ yếu là bệnh tim mạch (41,5%) và đái tháo đường (19,5%). Vị trí sỏi đường mật hay gặp là ở túi mật (63,4%), ống mật chủ (46,3%). Nguyên nhân gây nhiễm trùng đường mật chủ yếu là trực khuẩn gram âm (79%) trong đó E.Coli chiếm 43,9%; trực khuẩn gram dương (7,3%) và Pseudomonas aeruginosa (4,9%). 14 bệnh nhân (34,1%) có dấu hiệu sốc nhiễm trùng trong mổ. **Kết luận:** nghiên cứu của chúng tôi gợi ý cho thấy tuổi, bệnh lý có trước, vị trí của sỏi và tác nhân gây nhiễm trùng có thể ảnh hưởng đến kết quả điều trị sau mổ ở bệnh nhân mổ lấy sỏi đường mật cấp cứu.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF THE TREATMENT OF CORROSIVE POISONINGS AT POISON CONTROL CENTER OF BACH MAI HOSPITAL

Objective: Research aimed at understanding the factors that influence the postoperative treatment results of patients with biliary tract infection caused by stones in intensive care units – Viet Duc University hospital. **Subjects and Methods:** Retrospective descriptive study of 41 patients with postoperative biliary stones emergency must be treated in intensive care units in 2016. **Results:** There are 9 patients died postoperatively (21.9%). Overall mean age was 73.5 ± 14.0 . Pre-existing common diseases were cardiovascular diseases (41.5%) and diabetes (19.5%). Position of common bile duct stones were in the gallbladder (63.4%), principal bile duct (46.3%). Infectious agents causing cholangitis was mainly gram-negative bacilli (79%) of which 43.9% E.Coli; Gram-positive bacilli (7.3%) and Pseudomonas aeruginosa (4.9%). 14 patients (34.1%) with signs of

septic shock during surgery. **Conclusion:** Our study suggests that age, pre-existing disease, the location of the bile stone and infectious agents can affect postoperative treatment outcomes in patients with biliary stone removal emergency surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng đường mật do sỏi là một bệnh lý thường gặp ở Việt Nam và các nước đang phát triển. Theo một số nghiên cứu của các tác giả trong nước thì tỉ lệ mổ cấp cứu lấy sỏi đường mật giải phóng tắc nghẽn vẫn còn rất cao, dao động từ 40 – 80%. Chỉ định can thiệp sớm giải phóng tắc nghẽn đường mật để tránh các biến chứng nặng nề của bệnh lý nhiễm trùng đường mật như viêm phúc mạc mật, thủng mật phúc mạc, viêm tụy hoại tử, viêm tụy cấp, sốc nhiễm trùng.. đóng một vai trò hết sức quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân [1]. Mặt khác, cũng có nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến kết quả điều trị của bệnh nhân sau mổ nhiễm trùng đường mật do sỏi như là tuổi, bệnh lý đường mật trước đó, tình trạng sốc, áp xe gan [2]. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích là tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có ảnh hưởng kết quả điều trị của bệnh nhân có sỏi đường mật sau mổ phải điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực – bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm trùng đường mật do sỏi đường mật đã được mã hóa theo ICD 10, phải can thiệp mổ cấp cứu và nằm điều trị sau mổ tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 1 – 12 năm 2016.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm:* các bệnh nhân có bệnh lý sỏi đường mật được chẩn đoán dựa vào các tiêu chuẩn lâm sàng và cận lâm sàng (siêu âm bụng hoặc CT scan ổ bụng), được mổ cấp cứu và mô tả trong cách thức phẫu thuật là có lấy sỏi trong đường mật.

- *Tiêu chuẩn loại trừ là* những hồ sơ bệnh nhân có phẫu thuật ở đường mật nhưng không phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu hoặc không phải do nguyên nhân sỏi đường mật, không nằm điều trị sau mổ tại đơn vị hồi sức tích cực.

*Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Thơ

Email: trandinhtovd68@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu và phân tích. Tất cả bệnh nhân nằm điều trị tại khoa hồi sức tích cực được thu thập lại hồ sơ bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ bệnh viện và ghi chép theo mẫu phiếu nghiên cứu riêng. Trong đó:

- Các chỉ số lâm sàng trước mổ của bệnh nhân có liên quan đến kết quả điều trị được thu thập gồm có: tuổi, giới, lí do vào viện, các bệnh phối hợp (tim mạch, hô hấp, đái tháo đường...), tiền sử phẫu thuật (mổ sỏi mật cũ, mổ bụng...).

- Các yếu tố trong mổ được thu thập bao gồm: vị trí sỏi ở đường mật (trong gan, ống mật chủ, túi mật hoặc phối hợp nhiều vị trí), tính chất của dịch mật (trong, có máu và dịch mật như mù), tính chất dịch ổ bụng (sạch, thẫm mật phúc mạc và viêm phúc mạc mật), các tác nhân vi sinh dịch mật hoặc dịch ổ bụng và có dấu hiệu sốc nhiễm trùng trước và trong mổ.

Số liệu được thống kê và xử lí bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Một số đặc điểm trước mổ chung:

Bảng 1: Một số đặc điểm trước mổ có liên quan đến kết quả điều trị

Một số đặc điểm	Mổ cấp cứu (n = 41)	Tử vong (n = 9)	Sống (n = 32)	P
Tuổi (năm)	73,5 ± 14,0	75,0 ± 10,3	70,8 ± 16,6	> 0,05
Giới - Nam - Nữ	26 (63,4%) 15 (36,6%)	8 (88,9%) 1 (11,1%)	18 (56,2%) 14 (43,7%)	> 0,05
Bệnh phối hợp (n)(%) - Không có - Bệnh tim mạch - Đái tháo đường	17 (41,5%) 8 (19,5%)	4 (44,4%) 4 (44,4%)	13 (40,6%) 4 (12,5%)	> 0,05
Tiền sử phẫu thuật (n) (%) - Không - Mổ sỏi mật - Phẫu thuật bụng khác	13 (31,7%) 5 (12,2%)	0 0	13 (40,6%) 5 (15,6%)	< 0,05* > 0,05

Bảng 1 cho thấy độ tuổi của nhóm BN trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết là người già, có độ tuổi trung bình là 73,5 ± 14,0 (năm). Ở nhóm bệnh nhân tử vong có độ tuổi trung bình chung có vẻ cao hơn so với ở nhóm sống (75,0 ± 10,3 so với 70,8 ± 16,6) nhưng sự khác biệt vẫn chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên, so với độ tuổi của các nghiên cứu khác ở quần thể bệnh nhân nhiễm trùng đường mật nói chung là cao hơn. Chính điều này là một trong những yếu tố góp phần bắt buộc bệnh nhân phải

điều trị sau mổ tại đơn vị hồi sức tích cực và làm tăng nguy cơ tử vong sau mổ [2], [3]. Về phân bố giới cho thấy hay gặp chủ yếu ở nam giới (chiếm 63,4%).

Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân có bệnh đái tháo đường kèm theo ở nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn hẳn (chiếm 44,4% so với 12,5%) ở nhóm bệnh nhân sống. Mặc dù trong nghiên cứu này sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) nhưng cũng cho thấy được nguy cơ nhiễm trùng và tử vong tăng lên ở nhóm bệnh nhân này.

2. Một số yếu tố trong mổ liên quan đến kết quả điều trị:

Bảng 2: Một số yếu tố trong mổ có liên quan đến kết quả điều trị

Một số yếu tố trong mổ	Mổ cấp cứu (n = 41)	Tử vong (n = 9)	Sống (n = 32)	P
Vị trí sỏi mật (n)(%) - Sỏi trong gan - Sỏi ống mật chủ - Sỏi túi mật	4 (9,8%) 19 (46,3%) 26 (63,4%)	0 1 (11,1%) 7 (77,8%)	4 (12,5%) 18 (56,2%) 19 (59,4%)	< 0,05* > 0,05
Tính chất dịch mật (n)(%) - Bình thường: - Mù - Chảy máu đường mật	15 (36,6%)	3 (33,3%)	12 (37,5%)	> 0,05
Tình trạng ổ bụng (n)(%) - Thẫm mật phúc mạc - Viêm phúc mạc mật	14 (34,1%) 10 (24,4%)	1 (11,1%) 2 (22,2%)	13 (40,6%) 8 (25,0%)	> 0,05 > 0,05
Vi sinh dịch ổ bụng và mật (n)(%)				

- Trục khuẩn gram (-)	32 (78,0%)	9 (100%)	23 (71,9%)	> 0,05
+ E.coli	18 (43,9%)	6 (66,7%)	12 (37,5%)	> 0,05
+ Klebsiella	4 (9,8%)	1 (11,1%)	3 (9,4%)	> 0,05
+ TK gram(-) khác	10 (24,4%)	2 (22,2%)	8 (25%)	> 0,05
- P. aeruginosa	2 (4,9%)	0	2 (6,3%)	> 0,05
- Trục khuẩn gram (+)	3 (7,3%)	0	3 (9,4%)	> 0,05
D/h sốc trong mổ (n)(%)	14 (34,1%)	2 (22,2%)	12 (37,5%)	

Bảng 2 cho thấy vị trí sỏi đường mật thường gặp là ở túi mật (chiếm 63,4%) và ở ống mật chủ (chiếm 46,3%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân tử vong có vị trí sỏi chủ yếu ở túi mật (chiếm 77,8%) còn ngược lại ở nhóm sống có vị trí sỏi chủ yếu ở ống mật chủ hoặc phối hợp cả 2 và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này được lý giải một phần vị trí sỏi ở túi mật ở đối tượng bệnh nhân chủ yếu là người già gây ra tình trạng đau bụng không rõ ràng, rầm rộ như vị trí sỏi ở ống mật chủ dẫn đến đa số bệnh nhân tử vong được chẩn đoán và phẫu thuật muộn. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [1], [3].

Tính chất của dịch mật ở bảng 2 cho thấy có 36,6% bệnh nhân có tình trạng áp xe đường mật (dịch mật mủ) và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân tử vong và sống. Tương tự như vậy, tình trạng ổ bụng trong mổ cũng cho thấy có khoảng 1/3 số bệnh nhân có tình trạng thủng mật phúc mạc (chiếm 34,1%), tình trạng viêm phúc mạc chiếm 1/4 số bệnh nhân trong nghiên cứu và cũng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Tình trạng xuất hiện dấu hiệu sốc trong mổ cũng

chiếm 34,1% số bệnh nhân trong nghiên cứu. Tuy nhiên, sự khác biệt giữa 2 nhóm sống và tử vong vẫn chưa có sự khác biệt. Theo Schneider và cộng sự, dấu hiệu suy tạng hoặc sốc nhiễm trùng trước và trong mổ và mổ cấp cứu lấy sỏi cũng là những yếu tố nguy cơ cao gây tử vong sau mổ cho những bệnh nhân nhiễm trùng đường mật [4].

Nguyên nhân gây nhiễm trùng đường mật thường gặp trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vi khuẩn thường gặp nhất là trục khuẩn gram âm (chiếm 78%) trong đó E.Coli chiếm đa số 43,9%, Klebsiella chiếm 9,8% và trục khuẩn gram âm khác là 24,4%. Bảng 2 cũng cho thấy có một tỉ lệ nhiễm trùng đường mật do trục khuẩn gram dương chiếm 7,3% và Pseudomonas aeruginosa là 4,9%. Những vi khuẩn này cũng chủ yếu được phân lập từ những bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng đường mật đã nằm viện hoặc can thiệp nhiều lần. Ở nhóm bệnh nhân tử vong cho thấy chủ yếu là trục khuẩn gram âm (chiếm 100%) và trong đó E.Coli chiếm 66,7%. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước [5], [6].

3. Một số đặc điểm ở hồi sức liên quan đến kết quả điều trị:

Bảng 3: Một số đặc điểm ở hồi sức có liên quan đến kết quả điều trị

Một số yếu tố ở hồi sức	Mổ cấp cứu (n = 41)	Tử vong (n = 9)	Sống (n = 32)	P
SOFA vào hồi sức	7,2 ± 3,6	9,0 ± 3,9	6,4 ± 3,4	> 0,05
APACHE II vào hồi sức	14,9 ± 3,1	16,1 ± 1,5	14,7 ± 3,5	> 0,05
SOFA ngày thứ 3	7,2 ± 4,4	9,4 ± 5,4	6,2 ± 3,3	> 0,05
APACHE II ngày thứ 3	18,1 ± 14,2	24,7 ± 21,4	14,1 ± 6,2	> 0,05
Tỉ lệ tử vong	9 (21,9%)			> 0,05
T/g nằm HS	14,5 ± 11,2		12,4 ± 7,4	> 0,05
T/g thở máy	12,2 ± 10,6	16,2 ± 15,1	10,3 ± 6,9	> 0,05

Bảng 3 cho thấy tỉ lệ tử vong nói chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 21,9%. Thời gian thở máy trung bình chung là 12,2 ± 10,6 và thời gian trung bình chung nằm hồi sức là 14,5 ± 11,2. Tuy nhiên, ở nhóm bệnh nhân tử vong có số ngày thở máy kéo dài hơn so với nhóm sống. Thang điểm đánh giá độ nặng theo APACHE II cũng cho thấy cao hơn ở nhóm tử vong (16,1 ± 1,5 so với 14,7 ± 3,5 ở nhóm sống) và tăng lên

ở ngày thứ 3 so với khi vào hồi sức (24,7 ± 21,4 so với 16,1 ± 1,5). Tương tự như vậy, thang điểm đánh giá mức độ suy tạng SOFA cũng cho thấy mức độ suy tạng ở nhóm tử vong cao hơn (9,0 ± 3,9 so với 6,4 ± 3,4) và không có xu hướng thuyên giảm ở ngày thứ 3 sau khi về hồi sức. Điều này cho thấy việc đáp ứng với các biện pháp điều trị ở nhóm bệnh nhân tử vong là không tốt.

4. Một số xét nghiệm chức năng gan

Bảng 4: Một số chỉ số xét nghiệm đánh giá chức năng gan

XN CN gan	Vào viện	Về HS	Ngày thứ 3	Ngày thứ 5
GOT	123,1 ± 174	86,3 ± 116,0	57,3 ± 75,6	55,5 ± 79,2
GPT	98,3 ± 111,8	67,9 ± 95,9	49,5 ± 86,4	39,9 ± 47,1
Bili TP	89 ± 109,9	75,1 ± 76,3	86,3 ± 77,0	99,0 ± 103,9
Bili TT	58,3 ± 73,4	44,1 ± 50,9	48,4 ± 44,0	59,3 ± 68,4
Albumin	30,1 ± 7,2	27,3 ± 4,7	28,3 ± 3,8	29,1 ± 3,9
PT	71,1 ± 21,1	64,4 ± 16,4	64,8 ± 13,1	66,8 ± 15,1

Bảng 4 cho thấy xét nghiệm men gan trung bình có xu hướng giảm dần theo thời gian từ khi vào viện cho đến ngày thứ 5 sau mổ. Chỉ số bilirubin trung bình ở ngày thứ 5 vẫn còn cao so với khi ban đầu vào viện và ít có dấu hiệu giảm dần theo thời gian (99,0 ± 103,9 ở ngày thứ 5 sau mổ). Các chỉ số xét nghiệm khác của chức năng gan như Albumin, Prothrombin gần như ít thay đổi so với khi vào viện trước mổ.

IV. KẾT LUẬN

Qua tổng kết 41 trường hợp mổ cấp cứu do sỏi đường mật phải điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực cho thấy độ tuổi > 75, có bệnh phổi hợp kèm theo sỏi đái tháo đường (19,5%), có bệnh lý tim mạch (41,5%), đặc biệt khi bệnh nhân đến trong tình trạng muộn đã có biến chứng của sỏi mật như sốc nhiễm trùng đường mật (34,1%), thủng mật phúc mạc hoặc viêm phúc mạc mật (58,5%), viêm mù đường mật (36,6%) trong đó 100% cấy dịch mật có vi khuẩn (chủ yếu là E.Coli) đều có thể làm tăng tỷ lệ tử vong. Tỷ lệ tử vong chung là 21,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **E J Williams, J Green et al** (2008). Guidelines on the management of common bile duct stone. *Gut*, 57, p.1004 – 1021.
2. **Joyce S.B. Koh, Pierce K.H. Chow et al** (2003). Outcomes of emergency common bile duct exploration: impact of preoperative endoscopic decompression. *ANZ journal of surgery*, 73, 6, p.376 – 380.
3. **Rosing D.K, De Virgilio C, Nguyen A.T et al** (2007). Cholangitis: analysis of admission prognostic indicators and outcomes. *Am Surg*, 73 (10), p. 949 – 954
4. **Schneider J, Hapfelmeier A, Thores S et al (2016). Mortality risk for acute cholangitis (MAC): a risk prediction model for in-hospital mortality in patients with acute cholangitis. BMC Gastroenterol**, Feb 9, 16: 15
5. **Huỳnh Quyết Thắng, Nguyễn Văn Qui, Trần Hồ Quốc** (1996). Phẫu thuật sỏi đường mật tại BVĐK Cần Thơ trong 5 năm 1991 – 1995. *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học*. Trường Đại học Y Hà Nội, tập 6, 48 – 51.
6. **Đỗ Kim Sơn, Nguyễn Thuỳên, Đoàn Thanh Tùng và cộng sự** (2000). Nghiên cứu và điều trị phẫu thuật bệnh lý sỏi mật tại bệnh viện Việt Đức (5773 trường hợp phẫu thuật từ 1976 – 1998). *Ngoại khoa*, tập XL, số 2, 18 – 24.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ ĐIỀU TRỊ CỦA NANG XƯƠNG HÀM DO RĂNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG

Tạ Văn Trầm*, Phạm Thế Hiền**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nang xương hàm do răng là một trong những tổn thương thường gặp và đặc trưng của xương hàm. Nang có thể đạt đến kích thước đáng kể, nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp.
Mục tiêu: Xác định tỷ lệ một số đặc điểm lâm sàng, X Quang và điều trị của nang xương hàm do răng tại

Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. **Phương pháp:** mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Nang thường gặp ở nhóm tuổi 21-30 (24,3%), tỷ số nam/nữ 1,1/1. Triệu chứng sưng vùng răng nguyên nhân chiếm đa số (84,3%), 44,3% có biến chứng. Tỷ số nang hàm trên/hàm dưới 4,4/1, răng cửa trên 70%, tỷ số phải/trái 1/0,6. Nang có biểu hiện trên X Quang là vùng thấu quang đồng nhất (87,5%), hình tròn hay bầu dục (75%) và đường viền cản quang trắng (62,5%). Phương pháp điều trị phần lớn là lấy nang, bảo tồn răng 41,4%. **Kết luận:** Nắm vững đặc điểm nang xương hàm do răng sẽ giúp chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp.

Từ khóa: Nang xương hàm do răng.

SUMMARY

*Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

**Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trầm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2017

Ngày duyệt bài: 22.3.2017

CLINICAL CHARACTERISTICS, X RAY AND TREATMENT FOR ODONTOGENIC CYSTS IN JAWS IN TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Background: Odontogenic Cysts is one of the commonest injuries and characteristics in jaw bone. The cysts can be of considerable size if not diagnosed and treated properly. **Objectives:** This action research is to set the clinical characteristic percentage, X Ray and treatment for Odontogenic Cysts in jaws in Tien giang General Hospital. **Methods:** Ser-Description. **Results:** The cysts are largely in the ages from 21 to 30 (24.3%) with gender ratio of 1.1 males/1 female. The common symptom is odontogenic swelling (84.3%), 44.3% with complications, upper/lower jaws ratio of 4.4/1, upper front teeth 70%. Cysts with symptoms on X ray is taillight luminous uniformity (87.5%), round or oval (75%) and white border optical barriers (62.5%). Treatment is largely cyst removal, teeth preservation 41,4%. **Conclusion:** Mastering the odontogenic cysts characteristics will help with early diagnosis and proper treatment.

Key words: Odontogenic cysts.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang xương hàm là một túi chứa dịch có thành được lót bởi một lớp biểu mô và rất phổ biến^{(2),(3)}. Tại Ý, theo Silvia Tortorici, trong 12179 mẫu sinh thiết bệnh lý miệng có 10,4% là nang xương hàm trong đó 95% là nang xương hàm do răng. Và tại Brazil, theo ghi nhận của Lélia-Batista de Souza⁽²⁾, có 11% nang xương hàm do răng trong 9216 mẫu sinh thiết.

Nang xương hàm do răng là một trong những tổn thương thường gặp và đặc trưng của xương hàm, là nguyên nhân chính gây phá hủy xương hàm⁽¹⁾. Nang được lót bởi biểu mô có nguồn gốc từ sự phát triển các cấu trúc của răng như tế bào biểu mô Mallassez còn sót lại hoặc mô tồn dư của mầm răng. Thông thường, nang do răng tăng trưởng chậm và có khuynh hướng lan rộng. Mặc dù lành tính, nhưng nang có thể đạt đến kích thước khá lớn, nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp^{(4),(5)}. Các yếu tố nguy cơ gây nang như: chấn thương răng, giới tính,

tình trạng viêm nhiễm răng miệng mạn tính, sâu răng và vệ sinh răng miệng kém.

Phương pháp điều trị nang xương hàm do răng dựa vào các yếu tố như: vị trí, tình trạng răng, kích thước của tổn thương, cấu trúc lân cận. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào lâm sàng và X Quang, mặc dù chẩn đoán cuối cùng dựa vào kết quả sinh thiết⁽⁵⁾.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ một số đặc điểm lâm sàng, X Quang và điều trị của nang xương hàm do răng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. Từ những kết quả thu được sẽ giúp chúng ta có cơ sở để chẩn đoán và điều trị sớm, nhằm hạn chế sự phá hủy xương hàm cũng như tình trạng mất răng gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 70 bệnh nhân được chẩn đoán nang xương hàm do răng tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang trong khoảng thời gian từ 01/2009 đến 12/2011.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những hồ sơ bệnh án được chẩn đoán nang xương hàm và đầy đủ những thông tin cần nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca.

Xử lý và phân tích số liệu: Chương trình SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ

Có 70 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu.

3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nang thường gặp nhất ở nhóm tuổi từ 21-30 tuổi (24,3%), kế đến là nhóm từ 11-20 và 31-40 tuổi (17,1%). Tuổi trung bình của bệnh nhân $32,56 \pm 18,66$ tuổi, nhỏ nhất 3 tuổi và lớn nhất 85 tuổi. Tỷ số nam/nữ 1,1/1 (51,4/48,6), nghề nghiệp chủ yếu là lao động chân tay (44,3%), kế đến là học sinh, sinh viên (22,9%). Số ngày nằm viện trung bình $14,49 \pm 9,13$ ngày, trong đó số ngày chờ phẫu thuật là $10,53 \pm 7,98$ ngày.

Bảng 1: Phân bố giới tính, vị trí nang theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nam n(%)	Nữ n(%)	Tổng n(%)	Hàm trên n(%)	Hàm dưới n(%)	Tổng n(%)
≤10	5(7,1)	2(2,9)	7(10,0)	5(7,7)	1(1,5)	6(9,2)
11-20	7(10,0)	5(7,1)	12(17,1)	9(13,8)	1(1,5)	10(15,4)
21-30	7(10,0)	10(14,3)	17(24,3)	11(16,9)	5(7,7)	16(24,6)
31-40	8(11,4)	4(5,7)	12(17,1)	11(16,9)	1(1,5)	12(18,5)
41-50	3(4,3)	4(5,7)	7(10,0)	7(10,8)	0(0)	7(10,8)
51-60	4(5,7)	5(7,1)	9(12,8)	6(9,2)	2(3,1)	8(12,3)
61-70	2(2,9)	2(2,9)	4(5,8)	4(6,2)	0(0)	4(6,2)
≥71	0(0)	2(2,9)	2(2,9)	1(1,5)	1(1,5)	2(3,1)
Tổng	36(51,4)	34(48,6)	70(100)	54(83,1)	11(16,9)	65(100)

3.2 Đặc điểm lâm sàng, X Quang**Bảng 2: Lí do vào viện**

Lí do vào viện	n	%
Đau răng	11	15,7
Sưng vùng răng nguyên nhân	33	47,1
Sưng nề ngoài mặt	9	12,9
Sưng vùng khâu cái	4	5,7
Đau hàm mặt	4	5,7
Răng lung lay	1	1,4
Lỗ dò	4	5,7
Phát hiện tình cờ	4	5,7
Tổng	70	100,0

Bảng 3: Dấu hiệu X Quang

Dấu hiệu X Quang	Có		Không		Tổng
	n	%	n	%	
Vùng thấu quang đồng nhất	28	87,5	4	12,5	32
Hình tròn, bầu dục	24	75,0	8	25,0	
Đường viền cản quang trắng	20	62,5	12	37,5	

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Đau răng	30	42,9
Sưng vùng răng nguyên nhân	59	84,3
Sưng nề ngoài mặt	15	21,4
Sưng vùng khâu cái	5	7,1
Đau hàm mặt	12	17,1
Lung lay răng	4	5,7
Lỗ dò	12	17,1
Sâu răng	21	30,0
Chân răng	13	18,6
Răng ngầm	11	15,7
Sờ ping pong	26	37,1
Dị cảm	4	5,7

Bảng 5: Vị trí nang theo chẩn đoán

Vị trí	Phải n(%)	Giữa n(%)	Trái n(%)	Tổng n(%)
Hàm trên	16(22,8)	10(14,3)	31(44,3)	70(100)
Hàm dưới	7(10,0)	1(1,4)	5(7,1)	

Bảng 6: Các biến chứng

Biến chứng	n	%
Di lệch răng	5	7,1
Biến dạng xương hàm	7	10,0
Lỗ dò	8	11,4
Bội nhiễm	15	21,4
Xâm lấn vào xoang hàm	9	12,9

Bảng 7: Phương pháp điều trị

Điều trị	n	%
Lấy nang	7	9,9
Lấy nang, nhổ răng	23	32,8
Lấy nang, bảo tồn răng	29	41,4
Nội khoa	2	2,8
Chuyển viện	9	12,8
Tổng	70	100,0

Bảng 8: Bệnh nhân được điều trị cắt chóp, nội nha, nhổ răng

Điều trị	Có		Không		Tổng
	n	%	n	%	
Cắt chóp	8	11,4	62	88,6	70(100,0)
Nội nha	25	35,7	45	64,3	

Nhổ răng	23	32,9	47	67,1	
----------	----	------	----	------	--

Bảng 9: Đặc điểm nang xương hàm do răng

Đặc điểm	R vĩnh viễn (R)	R sữa (R)	R nhổ (R)	R nội nha (R)	R cắt chóp (R)	KT nang (cm)	TG phát bệnh (ngày)
TB	2,90	2,67	1,96	2,60	1,88	2,49	66,67
SD	1,66	1,63	1,58	1,32	1,13	1,47	99,53
Min	1	1	1	1	1	0,5	2
Max	8	5	6	5	4	8,0	365
n	69	6	23	25	8	47	38

R: răng, TB: trung bình, TG: thời gian, SD: độ lệch chuẩn, KT: kích thước.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Nang thường gặp nhất ở nhóm tuổi 21-30 (24,3%). Kết quả này cũng được ghi nhận tương tự ở các nghiên cứu của Banu Gurkan Koseoglu, Germán Ochsenius⁽¹⁾, Lélia-Batista de Souza⁽²⁾, Prashanth Ramachandra⁽⁴⁾, Silvia Tortorici. Tỷ số nam/nữ là 1,1/1 (51,4/48,6) tương tự với kết quả của Banu Gurkan Koseoglu, Germán Ochsenius⁽¹⁾. Tuổi trung bình là 32,56±18,66 tuổi, Lélia-Batista de Souza⁽²⁾, Prashanth Ramachandra⁽⁴⁾ cũng ghi nhận kết quả gần tương tự.

Bảng 10: Giới tính, tuổi ở một số nghiên cứu

Tác giả	Quốc gia	Nam (%)	Nữ (%)	Nam/Nữ	Tuổi(SD)	N
Banu G.K.(2004)	Thổ Nhĩ Kỳ	53,3	46,7	1,1/1		90
Jean-Paul M.(2006)	Pháp	65,0	35,5	1,9/1	41,8(15,8)	695
Vaidas V.(2006)	Lithuania	53,5	46,5	1,2/1	35,8	850
Germán O.(2007)	Chile	52,8	47,2	1,1/1		2944
Silvia T. (2008)	Ý	54,4	45,6	1,2/1	35,1(16,7)	1273
Rafael L.(2009)	Brazil	57,6	42,4	1,4/1	28,9	507
Lélia-Batista d.S.(2010)	Brazil	44,1	55,9	0,8/1	31,0(16,9)	1019
Sergio N.U.(2010)	Tây Ban Nha	58,4	41,6	1,4/1	42(15)	418
Prashanth R.(2011)	Ấn Độ	61,2	38,8	1,6/1	30,3(14,7)	201
NC này (2012)	Việt Nam	51,4	48,6	1,1/1	32,6(18,7)	70

NC: nghiên cứu.

Số ngày nằm viện trung bình là 14,49±9,23 ngày. Kết quả này có phần cao hơn so với Jean-Paul Meningaud là 2,46±1,9 ngày và Vaidas Varinauskas⁽²⁾ là 8,21±4,82 ngày. Đa số bệnh nhân vào viện khi có biến chứng 44,3% (31 trường hợp) và 35,7% (25 trường hợp) phải điều trị tủy răng trước phẫu thuật nên kéo dài thời gian nằm viện (số ngày chờ phẫu thuật 10,53±7,98 ngày).

Đặc điểm lâm sàng, X Quang: Thời gian bệnh nhân phát hiện các dấu hiệu đến khi vào viện là 66,67±99,53 ngày. Đa số lí do vào viện của bệnh nhân là sưng vùng răng nguyên nhân (47,1%) và đau răng (15,7%). Kết quả trên cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Banu Gurkan Koseoglu, qua khảo sát 90 trường hợp, lí do vào viện của bệnh nhân là do sưng mặt 46,6%, đau 16,6%, có hai triệu chứng trên cùng lúc 22,2%, không có triệu chứng phát hiện tình cờ qua X Quang 14,4%.

Triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là sưng vùng răng nguyên nhân 84,3%, đau răng 42,9% và sờ có dấu hiệu ping pong 37,1%. Đây

cũng là những dấu hiệu đã được Paul Coulthard, Trần Văn Trường⁽⁶⁾ và Vaidas Varinauskas⁽⁷⁾ ghi nhận. Theo Vaidas Varinauskas, trong 850 trường hợp khảo sát, biến dạng mặt 37,41%, sưng vùng răng nguyên nhân kèm lỗ dò 70,82%, sưng vùng ngách hành lang 60,23%, di lệch răng 17,64%, lỗ dò 36,58%, đau 53,17%.

Đa số bệnh nhân vào viện trong tình trạng có biến chứng (44,3%), trong đó biến chứng thường gặp nhất là bội nhiễm (21,4%) và nang xâm lấn vào xoang hàm (12,9%). Nang thường phát triển qua bốn giai đoạn và thường không gây ra triệu chứng trừ khi bị nhiễm trùng thứ phát. Nên phần lớn bệnh nhân vào viện ở giai đoạn lộ rõ ra ngoài và giai đoạn tự vỡ, nang dò ra ngách hành lang⁽⁵⁾.

Nang có biểu hiện trên X Quang là vùng thấu quang đồng nhất (87,5%), hình tròn hay bầu dục (75%) và đường viền cản quang trắng (62,5%). Cận lâm sàng hỗ trợ cho chẩn đoán và điều trị chủ yếu là phim quanh chóp (100%), Blondeau (14,3%), CT Scan mặt (10%) và chéch nghiêng (5,7%). Những dấu hiệu X Quang trên cũng được Paul Coulthard ghi nhận. Qua hình

ảnh của phim X Quang, CT Scan kết hợp với kết quả tường trình phẫu thuật chúng tôi ghi nhận kích thước nang trung bình là $2,49 \pm 1,47$ cm. Theo Sergio Núñez-Urrutia⁽⁵⁾ nang có kích thước trung bình là 1,84cm.

Nang ở hàm trên chiếm phần lớn các trường hợp (81,43%) với tỷ số hàm trên/hàm dưới là

4,4/1. Trong đó, ở hàm trên chủ yếu bên trái (44,3%), hàm dưới bên phải (10,0%). Vị trí nang phần lớn ở vùng răng cửa trên (70%) và răng cối nhỏ trên (24,3%). Trong đó, R21, R22 chiếm đa số các trường hợp (37,1% và 38,6%).

Bảng 11: Vị trí nang theo hàm trên và dưới ở một số nghiên cứu

Tác giả	Năm	Quốc gia	N	Hàm trên (%)	Hàm dưới (%)	Trên/Dưới
Banu G.K.	2004	Thổ Nhĩ Kỳ	90	48,9	51,1	0,9/1
Jean-Paul M.	2006	Pháp	695	25,0	75,0	1/3
Vaidas V.	2006	Lithuania	850	63,0	37,0	1,5/1
Germán O.	2007	Chile	2944	59,5	40,5	1,5/1
Prashanth R.	2011	Ấn Độ	252	53,2	46,8	1,1/1
NC này	2012	Việt Nam	70	81,4	18,6	4,4/1

Vị trí nang theo tỷ số phải/trái là 1/0,6. Tỷ số trên dưới theo nhóm răng khi đi từ phải sang trái tương ứng: răng cối lớn 1/5, răng cối nhỏ 1,3/1, răng cửa 29/1, răng cối nhỏ 2,5/1, răng cối lớn 1,3/1. Tỷ số trên cũng được Vaidas Varinauskas⁽⁷⁾ ghi nhận, trong 859 trường hợp, vị trí nang phải/trái là 1/1,1, tỷ số trên dưới tương ứng: răng cối lớn 1/1, răng cối nhỏ 1,3/1, răng cửa 3,3/1, răng cửa 3,8/1, răng cối nhỏ 1,2/1, răng cối lớn 0,7/1.

Bảng 12: Vị trí nang theo nhóm răng ở một số nghiên cứu

Tác giả	Nhóm răng	Hàm trên (%)	Hàm dưới (%)	N
Jean-Paul M. 2006 Pháp	Trước	40	18	695
	Cối nhỏ, lớn	45	32	
	Số 8	15	36	
Germán O. 2007 Chile	Trước	36,7	6,8	2944
	Cối nhỏ	5,2	5,6	
	Cối lớn	5,4	20,5	
Silvia T. 2008 Ý	Trước	68,8	38,1	1273
	Cối nhỏ	18,4	30,2	
	Cối lớn	12,7	31,7	
Sergio N.U. 2010 Tây Ban Nha	Cửa giữa	8,4	2,4	418
	Cửa bên	7,9	1,4	
	Nanh	7,2	1,7	
	Cối nhỏ	55	6,2	
	Cối lớn I, II	7,4	13	
	Số 8	2,1	36,8	
NC này 2012 Việt Nam	Trước	70	4,3	70
	Cối nhỏ	24,3	11,4	
	Cối lớn	8,6	14,3	

Đặc điểm điều trị: Phương pháp điều trị phần lớn là lấy nang, bảo tồn răng (41,4%) và lấy nang, nhổ răng (32,8%). Trong phương pháp bảo tồn răng: cắt chóp răng (11,4%), nội nha (35,7%). Bên cạnh đó, 32,9% trường hợp phải nhổ răng. Trung bình có $2,9 \pm 1,7$ răng vĩnh viễn, $2,7 \pm 1,6$ răng sữa là răng nguyên nhân và bị nang ảnh hưởng. Mỗi bệnh nhân được nhổ $2 \pm 1,5$ răng, $2,6 \pm 1,3$ răng nội nha, $1,9 \pm 1,1$ răng cắt chóp. Kết quả này cũng được ghi nhận ở các nghiên cứu khác^{(5),(7)}. Sergio Núñez-Urrutia⁽⁵⁾, trong 418 trường hợp, phương pháp điều trị: lấy nang có hoặc không nhổ răng 72%, lấy nang

kèm cắt chóp và trám ngược 26%, bảo tồn 2%. Trong khi đó, Vaidas Varinauskas⁽⁷⁾, trong 850 trường hợp, 23,27% nhổ răng, 29,79% được phẫu thuật, 46,94% nội nha, phẫu thuật lấy nang 19,53%, lấy nang kèm cắt chóp 47,18%, lấy nang kèm nhổ răng 27,53%.

V. KẾT LUẬN

Nang xương hàm do răng thường gặp nhất ở nhóm tuổi từ 21-30 tuổi. Tuổi trung bình là $32,56 \pm 18,66$ tuổi. Tỷ số nam/nữ là 1,1/1.

Đa số lí do vào viện là sưng vùng răng nguyên nhân (47,1%). Triệu chứng thường gặp

là sưng vùng răng nguyên nhân (84,3%). Phần lớn bệnh nhân vào viện khi có biến chứng (44,3%). Nang có biểu hiện trên X Quang là vùng thấu quang đồng nhất (87,5%), hình tròn hay bầu dục (75%) và đường viền cản quang trắng (62,5%).

Nang ở hàm trên chiếm phần lớn các trường hợp (81,43%) với tỷ số hàm trên/hàm dưới là 4,4/1, răng cửa trên 70%, tỷ số phải/trái là 1/0,6.

Phương pháp điều trị phần lớn là lấy nang, bảo tồn răng (41,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Germán Ochsenius, Enrico Escobar, Luis Godoy et al (2007).** Odontogenic Cysts: Analysis of 2.944 cases in Chile. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 12: 85-91.
- Lélia-Batista de Souza, Manuel-Antonio Gordón-Núñez,** Cassiano-Francisco-Weege Nonaka (2010). Odontogenic cysts: Demographic profile in a Brazilian population over a 38-year period. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 15(4): 583-590.
- Lê Đức Lánh (2011).** Phẫu thuật nang vùng miệng và hàm mặt. *Phẫu thuật miệng-Phẫu thuật trong miệng*. Nhà xuất bản Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2: 157-171.
- Prashanth Ramachandra, Prathima Maligi, Raghuv eer H.P. (2011).** A cumulative analysis of odontogenic cysts from major dental institutions of Bangalore city: A study of 252 cases. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 15(1): 1-5.
- Sergio Núñez-Urrutia, Rui Figueiredo, Cosme Gay-Escoda(2010).** Retrospective clinicopathological study of 418 odontogenic cysts. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 15(5): 767-773.
- Trần Văn Trường (2002).** Nang và u lành tính vùng miệng-hàm mặt. Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
- Vaidas Varinauskas, Albinas Gervickas, Olga Kavoliūnienė (2006).** Analysis of odontogenic cysts of the jaws. *Medicina (Kaunas)*, 42(3): 201-207.

HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA TRÊN PHỤ NỮ 20-59 TUỔI CÓ BÉO PHÌ TRUNG TÂM TẠI 2 PHƯỜNG, QUẬN BẮC TỪ LIÊM, HÀ NỘI

Cao Thị Thu Hương*, Lê Danh Tuyên*

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 250 phụ nữ 20-59 tuổi béo phì (BP) trung tâm tại 2 phường thuộc quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội. Các đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, có vòng eo ≥ 80 cm được đưa vào nghiên cứu (theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống). Đối tượng được đo huyết áp, lấy máu khi đói (sáng từ 6h30-8h30), tách huyết tương để phân tích Glucose, Triglycerid, HDL-C. Xác định đối tượng mắc HCCH theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế (IDF, 2006). Kết quả nghiên cứu chỉ ra: tỷ lệ mắc HCCH ở phụ nữ 20-59 BP trung tâm là 62,0%, trong đó tỷ lệ đối tượng có 3 yếu tố kết hợp là 42,0%; có 4 yếu tố kết hợp là 43,2% và 5 yếu tố là 14,8%. Tỷ lệ mắc HCCH trong từng nhóm đối tượng: nhóm 20-29 tuổi (28,6%), 30-39 tuổi (31,3%); nhóm 40-49 tuổi (65,2%); nhóm 50-59 tuổi (84,8%). Có 53,1% phụ nữ BP trung tâm với chỉ số BMI <25 mắc HCCH. Phụ nữ BP trung tâm có BMI <25 ít có nguy cơ mắc HCCH so với phụ nữ BP trung tâm có BMI ≥ 25 với OR=0,5(95%CI 0,3-0,8)

Từ khóa: Béo phì trung tâm, hội chứng chuyển hóa, phụ nữ

SUMMARY

METABOLIC SYNDROME IN WOMEN AGED 20-59 YEARS HAVING CENTRAL OBESITY IN TWO COMMUNES OF BAC TU LIEM DISTRICT, HANOI

A cross-sectional study was conducted in 250 women having central obesity in 2 communes of Bac Tu Liem district, Hanoi. The subjects full-filled study criteria with waist circumference ≥ 80 cm were recruited in the study. The subjects were measured blood pressure and taken fasting venous blood to centrifuge to take plasma for analyzing glucose, triglyceride, HDL-C. Metabolic Syndrome was defined by International Diabetes Federation (IDF, 2006). The results showed that prevalence of metabolic syndrome in women 20-59 years having central obesity was 62.0%, in which style of 3 combined factors accounted for 42.0%; style of 4 combined factors was 43.2% and 5 combined factors was 14.8%. Prevalence of metabolic syndrome for each age group: 20-29 year (28.6%); 30-39 years (31.3%); 40-49 years (65.2%) and 50-59 years (84.8%). There were 53.1% of centrally obesity women having BMI<25 suffered from metabolic syndrome. The centrally obesity women

*Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

having BMI<25 had less risk to suffer from metabolic syndrome as compared to those having BMI ≥ 25 .

Key word: Central obesity, metabolic syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Béo phì (BP) trung tâm hay còn gọi là béo bụng là hiện tượng tích tụ mỡ của các cơ quan nội tạng cũng như các thành phần khác trong ổ bụng. Béo bụng là dấu hiệu tiên đoán của kháng insulin và sự hiện diện của rối loạn chuyển hóa liên quan đến hội chứng chuyển hóa (HCCH). HCCH là tổ hợp các yếu tố nguy cơ liên quan đến tăng glucose máu lúc đói, béo bụng, tăng cholesterol máu và tăng huyết áp. Người ta ước tính có khoảng 20-25% người trưởng thành trên thế giới mắc hội chứng chuyển hóa và những người này có nguy cơ tử vong cao hơn gấp 2 lần và nguy cơ bị cơn đau tim hay đột quỵ tăng gấp 3 lần và nguy cơ bị đái tháo đường cao gấp 5 lần [1]. Ở Việt Nam, BP đang gia tăng ở các thành phố lớn và xuất hiện ngày càng nhiều ở giới trẻ là nguyên nhân dẫn đến sự trẻ hóa đối tượng mắc HCCH và các bệnh không lây nhiễm[2]. Năm 2014, một nghiên cứu điều tra đánh giá thực trạng thừa cân (TC) béo phì (BP) ở phụ nữ 20-59 tuổi tại hai phường thuộc quận Bắc từ Liêm đã được tiến hành. Kết quả điều tra đã ghi nhận tỷ lệ đối tượng thừa cân-béo phì và xác định được những đối tượng có béo phì trung tâm. Một câu hỏi đặt ra: tỷ lệ mắc HCCH cũng như đặc điểm HCCH của phụ nữ 20-59 tuổi có BP trung tâm ở hai phường thuộc quận Bắc Từ Liêm thế nào, đó cũng chính là mục tiêu nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: Phụ nữ (PN) 20-59 tuổi có BP trung tâm (chu vi VE ≥ 80 cm) không mắc một số bệnh lây nhiễm (bệnh lao, HIV) có khả năng giao tiếp (không bị câm, điếc)

Địa điểm: 2 phường Cổ Nhuế và Xuân Đình

Thời gian: Tháng 8-12 năm 2014

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

2.3 Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức cho điều tra cắt ngang: $n = [Z_{\alpha}^2 p (1-p)] / d^2$

$Z_{\alpha} = 1,64$ ($\alpha = 0,1$), p: tỷ lệ ước đoán của chỉ tiêu cần cỡ mẫu; d: sai số cho phép (0,05).

Cỡ mẫu dựa trên nền mẫu đã được xác định khi lấy máu để xác định các yếu tố của HCCH (được trình bày trong một bài báo khoa học khác). Cỡ mẫu này được tính dựa trên ước tính tỷ lệ tăng

huyết áp (HA), tăng triglycerid, HDL-C thấp và tăng glucose máu tương ứng là 37%; 37%; 26% và 27% [3]. Cỡ mẫu để đáp ứng cho các tỷ lệ trên là 250 đối tượng.

Bảng 2.1 Phân bố cỡ mẫu để xác định các yếu tố HCCH trên PN

Nhóm tuổi	20–29 tuổi	30–39 tuổi	40–49 tuổi	50–59 tuổi	Tổng (n=459)
VE \geq 80 cm (n)	44	102	116	149	412
Cỡ mẫu cho từng nhóm tuổi	28	61	69	92	250

Chọn mẫu: Chọn đối tượng theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống. Lập danh sách đối tượng có BP trung tâm theo từng nhóm tuổi, lấy khoảng cách $k=2$ (vòng 1), sau đó tiếp tục vòng 2 cho đến khi đủ đối tượng.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu và các chỉ tiêu đánh giá

Thu thập số liệu: Sử dụng cân TANITA (độ chính xác 0,1 kg), đo chiều cao bằng thước được thiết kế theo UNICEF độ chính xác 0,1cm. Vòng eo đo bằng thước dây không co giãn. Đo huyết áp bằng huyết áp điện tử OMRON.

Đo huyết áp (HA) theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). 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 hóa sinh: Lấy 3 ml máu tĩnh mạch khi đói (đối tượng nhịn ăn ít nhất 10 tiếng nhưng không được quá 16 tiếng), lấy vào buổi sáng từ 6h30-8h30. Mẫu máu được ly tâm lấy huyết tương (trong vòng 30 phút sau khi lấy máu), bảo quản lạnh đưa về labo sinh hóa Viện Dinh dưỡng để phân tích ngay trong ngày.

Đánh giá, nhận định kết quả

-Đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD) dựa theo chỉ số BMI theo phân loại của WHO: đối

tượng bị thiếu nặng lượng trường diễn (TD) khi BMI < 18,5; TTDD bình thường khi $18,5 \leq$ BMI \leq 24,9; đối tượng TC khi $25 \leq$ BMI < 30; đối tượng BP độ 1 khi $30 \leq$ BMI < 35; BP độ 2 khi $35 \leq$ BMI < 40 và BP độ 3 khi BMI \geq 40

-Béo phì trung tâm được xác định khi chu vi vòng eo (VE) \geq 80 cm

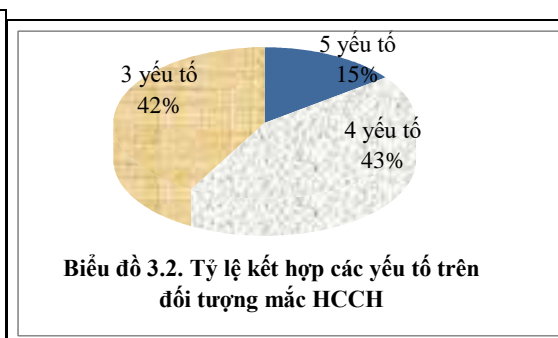
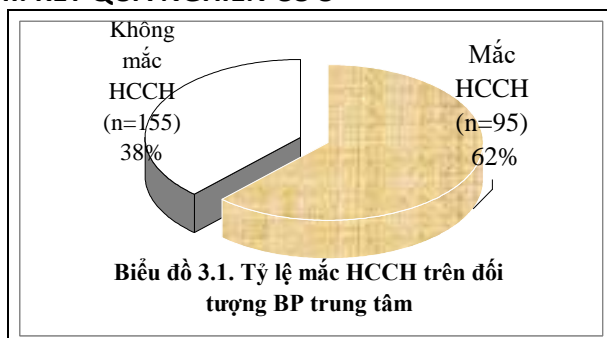
-Các yếu tố xác định HCCH [3]: Có 5 yếu tố để xác định HCCH và ngưỡng đánh giá các yếu tố dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Đái tháo đường Quốc tế (IDF, 2006). (1) BP trung tâm: vòng eo \geq 80 cm; (2) TG \geq 1,7 mmol/L hoặc đang điều trị rối loạn mỡ máu; (3) HDL-C < 1,29 mmol/L hoặc đang điều trị rối loạn lipid máu; (4) HA tâm thu (HAtt) \geq 130 mmHg hoặc HA tâm trương (HAttr) \geq 85 mmHg hoặc đang điều trị tăng HA; (5) Rối loạn đường huyết: glucose huyết tương \geq 5,6 mmol/L hoặc đang điều trị đái tháo đường. Theo IDF, HCCH được xác định khi có BP trung tâm kết hợp với 2 trong số 4 yếu tố còn lại [4]

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.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu

Nghiên cứu đã tuân thủ đầy đủ các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Theo IDF 2006, điều kiện khi xác định HCCH là đối tượng bắt buộc có BP trung tâm kèm theo 2 hai yếu tố khác, do đó nghiên cứu đã chọn ngẫu nhiên 250 đối tượng để xác định HCCH theo tiêu chuẩn của IDF. Kết quả biểu đồ 3.1. và 3.2 cho thấy: tỷ lệ đối tượng mắc HCCH là 62,0%. Trong số các đối tượng mắc HCCH thì có 42% đối tượng có phối hợp 3 yếu tố, 43,2% có sự kết hợp 4 yếu tố và 14,8% có sự kết hợp 5 yếu tố.

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc HCCH theo các ngưỡng BMI

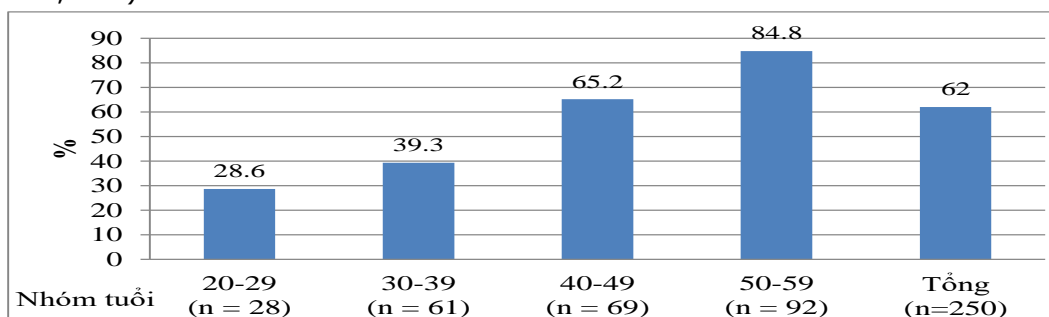
Ngưỡng BMI	HCCHn(%)	Không mắc HCCH n(%)
18,5 ≤ BMI < 25 (n=128)	68 (53,1)	60 (55,6)
BMI ≥ 25-29,9	73 (68,2)	34 (31,8)
BMI ≥ 30,00-34,9	13 (92,9)	1 (7,1)
BMI ≥ 35	1 (100)	0
Tổng	155	95

Kết quả bảng 3.1. cho thấy 53,1% đối tượng có BMI ở mức bình thường (18,5 ≤ BMI < 25) có mắc HCCH; đối tượng có BMI trong khoảng 25 ≤ BMI < 30 mắc HCCH là 68,2%; đối tượng có BMI trong khoảng từ 30 ≤ BMI < 35 mắc 92% và có 1 đối tượng (100%) có BMI ≥ 35.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa BMI và HCCH

	Mắc HCCH n=155 n(%)	Không mắc HCCH: n=95. n(%)	OR (95%CI)
BMI < 25	68 (53,1)	60 (46,9)	OR=0,5 (0,3-0,8) p<0,01; χ^2
BMI ≥ 25	87 (71,3)	35 (28,7)	

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ đối tượng có BMI < 25 mắc HCCH là 53,1% thấp hơn so với nhóm có BMI ≥ 25 là 71,3% (p<0,01). Đối tượng không bị TC-BP ít có nguy cơ mắc HCCH với OR=0,5 (95%CI: 0,3-0,8).

**Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ mắc HCCH và phân bố theo nhóm tuổi**

Biểu đồ 3.3. cho thấy tỷ lệ mắc HCCH có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ mắc HCCH càng nhiều: tỷ lệ mắc HCCH ở nhóm 20-29 tuổi là 28,6% tăng lên 39,3% ở nhóm 30-39 tuổi, đến 40-49 tuổi tỷ lệ này là 65,2% và cao nhất là nhóm 50-59 tuổi (84,8%).

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng mắc HCCH và không mắc HCCH

Biến số	HCCH	Nhóm có HCCH (n=154)	Nhóm không có HCCH (n=96)
HAtt (mmHg)		131,1 ± 19,3***	114,8 ± 11,6
HAttr (mmHg)		83,4 ± 12,5***	74,2 ± 7,2
Glucose huyết tương (mmol/L)		5,75 ± 1,38***	5,20 ± 0,54
Triglycerid (mmol/L)		2,64 ± 1,87***	1,10 ± 0,33
HDL -C (mmol/L)		1,10 ± 0,15***	1,34 ± 0,26

*p<0,05; *** p<0,001 sự khác biệt giữa 2 nhóm, Test T độc lập

Kết quả bảng 3.3. cho thấy: giữa nhóm mắc HCCH và không HCCH, các giá trị trung bình về BMI, HAtt, HAttr, Glucose huyết tương lúc đói, TG và HDL-C huyết tương đều cao hơn so với nhóm không mắc HCCH có ý nghĩa với sự khác biệt tương ứng p<0,05; p<0,001; p<0,001; p<0,01; p<0,001 và p<0,05

IV. BÀN LUẬN

HCCH liên quan đến nguy cơ tim mạch và đái tháo đường type 2, sự hiện diện của HCCH thường kết hợp với sự gia tăng nguy cơ bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim và đột quy. TC và BP có mối liên quan đến kháng insulin và HCCH. Tuy nhiên, BP trung tâm (béo bụng) có tương quan với các yếu tố nguy cơ chuyển hóa nhiều hơn là sự gia tăng chỉ số BMI. Vì thế vòng eo

được coi là tiêu chuẩn quan trọng trong HCCH. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 62,0% đối tượng BP trung tâm bị mắc HCCH, kết quả này cao hơn so với tỷ lệ mắc HCCH của Lê Bạch Mai và CS. Trong nghiên cứu của Lê Bạch Mai, tỷ lệ đối tượng ở nữ mắc HCCH là 22,6% có xu hướng tăng dần theo lứa tuổi. Có thể tỷ lệ mắc HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn là do đối

tượng nghiên cứu của chúng tôi là BP trung tâm (béo bụng, mỡ nội tạng).

Vòng eo phản ánh tích lũy mỡ nội tạng và mỡ trong ổ bụng. Các bằng chứng khoa học đã chứng minh mỡ nội tạng là nguyên nhân dẫn đến các yếu tố rối loạn của HCCH. Nghiên cứu của Nakamura T và CS trên 29 bệnh nhân nam có BMI từ 18,7 đến 26,3 bị bệnh mạch vành và 54 đối tượng (nhóm chứng) không bị mạch vành cho thấy: những đối tượng có mỡ bụng (đo bằng phương pháp chụp cắt lớp vùng quanh rốn) ở những bệnh nhân bị bệnh mạch vành cao hơn, đồng thời những đối tượng này cũng có glucose máu (bằng nghiệm pháp glucose máu) và tỷ lệ rối loạn mỡ máu cao hơn so với nhóm đối chứng [4]. Nghiên cứu của Andreson PJ và CS trên 145 người Trung Quốc tuổi từ 17 đến 68 tuổi ở các mức độ nhạy cảm insulin bao gồm: 33 người khỏe mạnh, 59 người đái tháo đường Type 2, 32 người cao huyết áp và 21 người bị rối loạn mỡ máu. Kết quả cho thấy mức đáp ứng glucose giảm huyết áp tăng liên quan đến mỡ nội tạng [5].

Kết quả về tỷ lệ HCCH trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Trương Tuyết Mai, Nguyễn Thị Lâm (2014) trên 312 đối tượng TC, BP ở 1 phường nội thành Hà Nội với thấy tỷ lệ mắc HCCH là 61,3% [6].

Phân bố theo độ tuổi: HCCH có xu hướng tăng dần theo sự lão hóa và có sự trẻ hóa đối tượng mắc HCCH. Đối với người BP trung tâm cứ 10 người (20-29 tuổi) có 4 người mắc HCCH và tăng lên với tần xuất gấp đôi ở nhóm 50-59 tuổi cứ 10 người thì có 8 người mắc HCCH.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 53,1% đối tượng có BMI ở ngưỡng bình thường (BMI<25) nhưng đã mắc HCCH mặc dù so với nhóm đối tượng (BMI≥ 25) thì ít có nguy cơ mắc HCCH hơn với OR =0,5 (95%CI:0,3-0,8). Như vậy với việc sử dụng vòng eo để sàng lọc đối tượng xác định HCCH sớm (trước khi đối tượng bị TC qua chỉ số BMI) là phù hợp với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Đỗ Ngọc Diệp trên đối tượng có BMI ở ngưỡng bình thường từ 18,5≤BMI<23 đã ghi nhận tỷ lệ mắc HCCH ở nữ là 10,2% [4]. Các kết quả nghiên cứu đều đưa ra một câu hỏi nghiên cứu tiếp theo: đối với người Việt Nam thì ngưỡng chỉ số BMI là bao nhiêu để có thể tiên lượng được nguy cơ mắc HCCH điều này rất có ý nghĩa về phương

diện dịch tễ học và tiếp cận dự phòng các bệnh mạn tính không lây.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ phụ nữ 20-59 BP trung tâm mắc HCCH là 62,0%, trong đó tỷ lệ đối tượng có 3 yếu tố kết hợp là 42,0%; có 4 yếu tố kết hợp là 43,2% và 5 yếu tố là 14,8%. Tỷ lệ mắc HCCH trong từng nhóm tuổi tương ứng là : nhóm 20-29 tuổi (28,6%), 30-39 tuổi (31,3%); nhóm 40-49 tuổi (65,2%); nhóm 50-59 tuổi là 84,8%.

Có 53,1% phụ nữ BP trung tâm có chỉ số BMI ở ngưỡng bình thường mắc HCCH. Phụ nữ BP trung tâm có BMI ở ngưỡng bình thường có ít nguy cơ mắc HCCH so với nhóm BMI≥25 (OR=0,5; 95%CI 0,3-0,8)

KHUYẾN NGHỊ

Cần có nghiên cứu thêm về ngưỡng BMI phù hợp để dự báo nguy cơ mắc HCCH phù hợp với người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stern M, Williams K, Gonzalez-Villalpando C et al. Does the metabolic syndrome improve identification of individuals at risk of type 2 diabetes and/or cardiovascular disease? *Diabetes Care* 2004;27(11): 2676-81.
2. Đỗ thị Ngọc Diệp, Phan Nguyễn Thanh Bình, Trần Quốc Cường, Lê Thị Kim Quý (2012). Dịch tễ học bệnh rối loạn chuyển hóa tại thành phố Hồ Chí Minh: xu hướng gia tăng và trẻ hóa.
3. Lê Bạch Mai và CS (2010). Tình trạng rối loạn dinh dưỡng Lipid ở người 25-74 tuổi tại cộng đồng và một số yếu tố nguy cơ, đề tài nhánh cấp nhà nước mã số KC10.05/06-10.
4. Nakamura T, Tokunga K, Shimomura I et al (1994). Contribution of visceral fat accumulation to the development of coronary artery disease in non-obese men. *Atherosclerosis* 994;107:239-46
5. Anderson PJ, Critchley JAJH, Chan JCN et al (2001). Factor analysis of the metabolic syndrome: obesity vs insulin resistance as the central abnormality. *International Journal of Obesity* 2001;25:1782.
6. Trương Tuyết Mai và Nguyễn Thị Lâm (2014). "Tình trạng kháng Insulin và hội chứng rối loạn chuyển hóa ở người trưởng thành 40 - 59 tuổi thừa cân béo phì tại một phường nội thành Hà Nội", *Tạp chí Y tế công cộng*, 33, 42-49.
7. Đỗ thị Ngọc Diệp, Phan Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Nhân Thành (2013). Béo phì trung tâm và các rối loạn chuyển hóa ở người trưởng thành có BMI theo giới hạn bình thường tại thành phố Hồ

Chí Minh. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm tập 9, số 3,1-8

SỰ ĐỀ KHÁNG CỦA MỘT SỐ VI KHUẨN GRAM ÂM ĐỐI VỚI CÁC KHÁNG SINH THƯỜNG DÙNG TRONG BỆNH VIỆN

Đinh Vạn Trung*, Nguyễn Quang Toàn*

TÓM TẮT

Việc kiểm soát các loại bệnh trong bệnh viện đang chịu sự tác động bất lợi của sự phát triển và lan truyền tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn. Các vi khuẩn gây bệnh thường gặp trong bệnh viện đã có tỷ lệ kháng rất cao với các kháng sinh thường dùng, tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL cũng tăng dần theo từng năm. **Mục tiêu:** tìm hiểu sự nhạy cảm đối với kháng sinh của một số vi khuẩn gram âm thường gặp gây nhiễm khuẩn trong bệnh viện. **Đối tượng và phương pháp:** 373 mẫu xét nghiệm vi khuẩn, nghiên cứu tiến cứu, mô tả, thực hành labo. **Kết quả:** Tỷ lệ kháng cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* phân lập được dao động trong khoảng từ 40- 61,5%, chưa thấy kháng với các thuốc nhóm carbapenem, tỷ lệ sinh ESBL (+) là 55,5%. Các chủng *K.pneumoniae* có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh nhóm quinolone, cephalosporin thế hệ 3, tỷ lệ sinh ESBL (+) là 35,4%. *P. aeruginosa* có tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh thường dùng trong bệnh viện, các kháng sinh chuyên điều trị trực khuẩn mủ xanh như cefepime, amikacin có tỷ lệ đề kháng lần lượt là 36,7% và 22,7%. *A. baumannii* có tỷ lệ đề kháng với nhóm carbapenem như imipenem là 40,0% và meropenem là 39,1%, chưa thấy kháng với colistin.

Từ khóa: vi khuẩn gram âm, kháng kháng sinh

SUMMARY

THE RESISTANCE OF SOME GRAM-NEGATIVE BACTERIA TO ANTIBIOTICS COMMONLY USED IN HOSPITAL

The control of diseases in the hospital are sustaining by the adverse effects of development and spread of antibiotic resistance bacteria. In the hospital, the common bacterial pathogens had a high rate of resistance to commonly antibiotics, and rate of ESBL bacteria also increasing with each year. **Objective:** To evaluate the susceptibility of gram-negative bacteria to antibiotics that commonly cause hospital infection. **Subjects and Methods:** 373 bacterial samples, prospective studies, descriptive and laboratory practising. **Results:** The prevalence resistance of *E. coli* to cephalosporine generation 3 and 4 range from 40 to 61.5%. Not anti with carbapeneme. The rates of ESBL producing positive were 55.5%. Strains of *K.pneumoniae* were high rates resistance with commonly antibiotics such as quinolone, cephalosporine generation 3. Rate of ESBL

(+) is 35.4%. *P. aeruginosa* has high resistance with almost the antibiotic that used in hospital. The antibiotic that using treatment such as cefepime, amikacin in order were 36.7%, and 22.7%. *A. baumannii* has high resistance 40% and 39.1% with meropenem. Not found resistant to colistin.

Key word: Gram-negative bacteria, antibiotic resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thực trạng kháng kháng sinh hiện nay đã mang tính toàn cầu, đặc biệt là ở các nước đang phát triển với các bệnh truyền nhiễm còn chiếm tỷ lệ cao trong cơ cấu bệnh tật như: Nhiễm khuẩn đường tiêu hoá, đường hô hấp, các bệnh lây truyền qua đường tình dục và nhiễm khuẩn bệnh viện... đang là gánh nặng thực sự vì sự gia tăng chi phí do phải bắt buộc thay thế các kháng sinh cũ bằng các kháng sinh mới đắt tiền. Việc kiểm soát các loại bệnh này đã và đang chịu sự tác động bất lợi của sự phát triển và lan truyền tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn. Báo cáo tại Hội thảo khoa học lần thứ I GARP-Việt Nam (Global Antibiotic Resistance Partnership in Vietnam) nêu rõ: qua chương trình ASTS 2002 - 2006 (Nghiên cứu thử nghiệm tính nhạy cảm kháng sinh) từ 15 đơn vị thành viên ở Bắc, Trung, Nam, với dữ liệu 6 tháng đầu năm 2006, thấy rằng, bệnh viện càng lớn bao nhiêu thì tỷ lệ các vi khuẩn sinh ESBL (Extended Spectrum β -lactamase) càng tăng cao và tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL cũng tăng dần theo từng năm [5]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu tìm hiểu sự nhạy cảm đối với kháng sinh của một số vi khuẩn gram âm thường gặp gây nhiễm khuẩn trong bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 373 mẫu xét nghiệm vi khuẩn trên các bệnh nhân bị nhiễm khuẩn

2.2 Vật liệu nghiên cứu:

***Dụng cụ:** Dụng cụ chuyên dùng của phòng thí nghiệm: ống nghiệm được sấy tiệt trùng để lấy bệnh phẩm, que cấy, giá để ống nghiệm, kính hiển vi, lam kính, đèn gas, tầm bông vô khuẩn, máy lắc, tủ ủ, các dụng cụ chứa mẫu khác...

*Các bước định danh và làm kháng sinh đồ: trên hệ thống máy VITEX 2 (Mỹ). Đánh giá độ nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh: Kháng - Trung gian - Nhạy (R-I-S, Resistance -

*Bệnh viện TW Quân Đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: drtrung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.3.2017

Ngày duyệt bài: 21.3.2017

Intermediate - Sensitivity)

2.3 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, thực hành labo.

2.4 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 7- 9 năm 2016. Tại labo khoa Vi sinh vật - Bệnh viện TWQĐ108

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của E.coli

TT	Kháng sinh	Tỷ lệ (%) (n= 137)		
		R	I	S
1	Carbenicillin	100	0	0
2	Ciprofloxacin	33,3	11,1	55,6
3	Cefuroxime	50,0	0	50,0
4	Ceftriaxone	57,1	7,1	35,7
5	Cefotaxime	61,5	7,7	30,8
6	Cefepime	40,0	20,0	40,0
7	Ceftazidime	50,0	14,3	35,7
8	Ampicillin/sulbactam	0	0	100
9	Amoxicillin/clavulanic acid	25,0	40,0	35,0
10	Amikacin	0	0	80,0
11	Imipenem	0	0	100
12	Meropenem	0	0	100

Nhận xét: Tỷ lệ kháng cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* phân lập được dao động trong khoảng từ 40- 61,5%. Đối với các quinolone tỷ lệ kháng cao ví dụ như ciprofloxacin (33,3%), chưa thấy kháng với nhóm carbapenem.

Bảng 2. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của K.pneumoniae

TT	Kháng sinh	Tỷ lệ (%) (n = 96)		
		R	I	S
1	Amoxicillin/clavulanic acid	35,3	17,6	47,1
2	Ampicillin/sulbactam	57,1	28,6	14,3
3	Tobramycin	28,1	3,1	68,8
4	Gentamicin	25,0	3,6	71,4
5	Ciprofloxacin	27,3	4,5	68,2
6	Ceftriaxone	28,1	12,5	59,4
7	Cefotaxime	37,1	22,9	40
8	Ceftazidime	29,4	14,7	55,9
9	Cefepime	15,8	21,1	63,2
10	Amikacin	20,5	0	79,5
11	Ertapenem	7,7	0	92,3
12	Meropenem	6,5	0	93,5
13	Imipenem	9,4	0	90,6

Nhận xét: Các chủng *K.pneumoniae* có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thông thường như quinolone, cephalosporin thế hệ 3. Tỷ lệ kháng với imipenem là 9,4% và meropenem là 6,5%.

Bảng 3. Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL (+)

TT	Vi khuẩn	Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL (+) n(%)
1	<i>E.coli</i> n = 137	76 (55,5)
2	<i>K.pneumoniae</i> n = 96	36 (35,4)

Nhận xét: Tỷ lệ vi khuẩn *E.coli* sinh ESBL (+) là 76/137 chủng (55,5%). Tỷ lệ vi khuẩn *K.pneumoniae* sinh ESBL (+) là 36/96 chủng (35,4%).

Bảng 4: Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của P.aeruginosa

TT	Kháng sinh	Tỷ lệ (%) (n = 64)		
		R	I	S
1	Amoxicillin/clavulanic acid	100	0	0
2	Cefotaxime	100	0	0
3	Ciprofloxacin	53,8	14,4	30,8
4	Tobramycin	60,0	5,0	35,0

5	Ceftriaxone	100	0	0
6	Cefuroxime sodium	100	0	0
7	Gentamicin	47,1	17,6	35,3
8	Amikacin	22,7	13,6	63,6
9	Ceftazidime	28,6	9,5	61,9
10	Cefepime	36,7	30,0	33,3
11	Meropenem	47,4	10,5	42,1
12	Imipenem	22,7	9,1	68,2

Nhận xét: *P. aeruginosa* có tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh thường dùng trong bệnh viện. Các kháng sinh chuyên điều trị trực khuẩn mủ xanh như cefepime, amikacin có tỷ lệ đề kháng lần lượt là 36,7% và 22,7%.

Bảng 5: Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *A.baumannii*

TT	Kháng sinh	Tỷ lệ (%) (n= 76)		
		R	I	S
1	Amoxicillin/clavulanic acid	60,9	21,7	17,4
2	Ampicillin/sulbactam	5,0	25,0	25,0
3	Cefuroxime sodium	50,0	16,7	33,3
4	Norfloxacin	42,9	28,6	28,5
5	Cefepime	37,5	16,7	45,8
6	Cefotaxim	56,7	26,7	16,7
7	Ceftazidime	51,7	20,7	27,6
8	Ceftriaxone	63,6	27,3	9,1
9	Amikacin	45,0	10,0	45,0
10	Imipenem	40,0	4,0	56,0
11	Meronem	39,1	4,3	56,5
12	Colistin	0	4,0	96,0

Nhận xét: *A. baumannii* có tỷ lệ đề kháng cao với hầu hết các kháng sinh, đặc biệt với nhóm carbapenem như imipenem là 40,0% và meropenem là 39,1%. Chưa thấy kháng với colistin.

IV. BÀN LUẬN

Các vi khuẩn Gram (-) gây bệnh thường gặp tại các bệnh viện là *E.coli*, *K.pneumoniae*, *P.aeruginosa*, *A.baumannii*. Qua bảng 1 chúng tôi thấy, tỷ lệ kháng cephalosporin thế hệ 3,4 của *E.coli* phân lập được dao động trong khoảng từ 40- 61,5%. Đối với các quinolone tỷ lệ kháng cao như ciprofloxacin (33,3%) nhưng chưa thấy kháng với nhóm carbapenem. Các chủng *K.pneumoniae* có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh thông thường như quinolone, cephalosporin thế hệ 3. Tỷ lệ kháng với imipenem là 9,4% và meropenem là 6,5% (bảng 2).

Sinh ESBL vẫn là nguyên nhân chủ yếu gây gia tăng đề kháng kháng sinh nhóm β -lactam ở những vi khuẩn gram (-), đặc biệt *E.coli* và *K.pneumoniae*. Qua bảng 3 cho thấy, tỷ lệ vi khuẩn *E. coli* sinh ESBL là 55,5%, *K. pneumoniae* sinh ESBL là 35,4%, cao hơn kết quả nghiên cứu tại các nước thuộc Châu Âu. Theo một nghiên cứu được tiến hành ở 24 đơn vị sản sóc đặc biệt ở phía vùng Tây Âu và Bắc Âu cho thấy, trong tổng số 433 chủng vi khuẩn phân lập được, có 25% chủng *Klebsiella* spp mang ESBL [2]. Tại

Châu Á, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn các kết quả nghiên cứu tại Hàn Quốc, Đài Loan, Hồng Kông và Indonesia, tại các nước này tỷ lệ *K. pneumoniae* và *E. coli* sinh ESBL lần lượt là 4,8%, 8,5%, 12% và 23,3% [3].

Đối với tình trạng kháng kháng sinh của *P. aeruginosa*, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở Bảng 4 cho thấy, các chủng *P. aeruginosa* có tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh thường dùng trong bệnh viện. Các kháng sinh chuyên điều trị trực khuẩn mủ xanh như cefepime, amikacin có tỷ lệ đề kháng lần lượt là 36,7% và 22,7%. Vi khuẩn *A. baumannii* luôn được cho là có liên quan đến nhiễm trùng. Đối với các chủng vi khuẩn *A.baumannii*, trong vài năm trở lại đây, đứng thứ 6 trong các căn nguyên thường gặp nhất tại Bệnh viện TWQĐ 108 [1]. Kết quả ở bảng 5 cho thấy *A. baumannii* có tỷ lệ đề kháng cao với hầu hết các kháng sinh, đặc biệt với nhóm carbapenem như imipenem là 40,0% và meropenem là 39,1%. Chưa thấy kháng với colistin.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ kháng của *E.coli* phân lập được với cephalosporin thế hệ 3,4 dao động trong khoảng

từ 40- 61,5%. Chưa thấy kháng với các thuốc nhóm carbapenem. Tỷ lệ sinh ESBL (+) là 55,5%.

- Các chủng *K.pneumoniae* có tỷ lệ kháng cao với các kháng sinh nhóm quinolone, cephalosporin thế hệ 3. Tỷ lệ sinh ESBL (+) là 35,4%.

- *P. aeruginosa* có tỷ lệ kháng cao với hầu hết các kháng sinh thường dùng trong bệnh viện. Các kháng sinh chuyên điều trị *P. aeruginosa* như cefepime, amikacin có tỷ lệ đề kháng lần lượt là 36,7% và 22,7%.

- *A. baumannii* có tỷ lệ đề kháng cao với nhóm carbapenem như imipenem là 40,0% và meropenem là 39,1%. Chưa thấy kháng với colistin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Hà, Phan Quốc Hoàn(2012), *Nghiên cứu tính kháng thuốc của Acinetobacter Baumannii phân lập được ở 7 bệnh viện tại Việt Nam*, Tạp chí Y học Thực hành, Hội kiểm soát nhiễm khuẩn TPHCM, Tr 21-26.

2. Babini G. S., Livermore D. M(2000), Antimicrobial resistance amongst Klebsiella spp. Collected from intensive care units in Southern and Western Europe in 1997- 1998, *J. Antimicrob. Chemother.*, 45, pp.183- 189.

3. Pai. H, S. Lyu, J. H Lee, J. Kim, Y. Kwon, K. W. Choe(1999), *Survey of extended-spectrum β -lactamases in clinical isolates of Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae: prevalence of TEM-52 in Korea*, J. Clin. Microbiol., pp. 1758-1763

4. Pitt T.L, Sparrow. M, Warner. M, Stefanidou. M (2003), *Survey of resistance of Pseudomonas aeruginosa from UK patients with cystic fibrosis to six commonly prescribed antimicrobial agents*, Thorax 2003;58:794-796.

5. Phuong D.M (2009), Quality issues in resistance testing and data in Vietnam (Presentation in the 1st GARP workshop).

6. Paterson D. L. et al(2005), In vitro susceptibilities of aerobic and facultative Gram-negative bacilli isolates from patients with intra-abdominal infections worldwide: the 2003 study for monitoring antimicrobial resistance trends (SMART), *J. Antimicrob Chemother*, 55, pp. 965-73.

SO SÁNH HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH THANG KẾT HỢP TIÊM HA VÀ TIÊM HA ĐƠN THUẦN TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI

Nguyễn Thị Tâm Thuận*, Hà Thị Việt Nga*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. So sánh hiệu quả giảm đau giữa 2 liệu pháp trong điều trị thoái hóa khớp gối. 2. So sánh sự cải thiện chức năng vận động khớp gối giữa 2 liệu pháp trong điều trị thoái hóa khớp gối. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu thử nghiệm lâm sàng mở có so sánh 2 nhóm và trước - sau điều trị trên 60 bệnh nhân thoái hóa khớp gối, thời gian điều trị 3 tháng. **Kết quả:** Sau 6 tháng điều trị kết quả điều trị theo Lequense ở nhóm Nghiên cứu loại tốt (95%), cao hơn nhóm Chứng (87,4%). Chức năng vận động khớp gối được cải thiện 92,3% ở nhóm Nghiên cứu cao hơn nhóm Chứng (82,3%). **Kết luận:** Độc hoạt tang ký sinh thang kết hợp tiêm HA có tác dụng cải thiện triệu chứng đau và chức năng vận động khớp gối trong điều trị thoái hóa khớp gối tốt hơn liệu pháp tiêm HA đơn thuần.

Từ khóa: Độc hoạt ký sinh thang, Thoái hóa khớp gối.

SUMMARY

COMPARE THE EFFECT OF ĐỘC HOẠT TANG KÝ SINH THANG WITH HA INJECTION IN TREATMENT OSTEOARTHRITIS

Objective: 1. Compare the analgesic effect of Độc hoạt tang ký sinh thang with HA injection in treatment Osteoarthritis. 2. Compare the movement function in treatment Osteoarthritis of Độc hoạt tang ký sinh thang with HA injection. **Subject and research method:** An open clinical trial compared before - after treatment involved 60 Osteoarthritis patients; treatment duration was 6 months. **Result:** After 6 months of treatment, In study group 95% patients had improvement in Lequense score and 87,4% patients had improvement in control group. The movement ability had reached 93,33% in study group higher than control group. **Conclusion(s):** Độc hoạt tang ký sinh thang with HA injection have better analgesic effect than HA injection.

Keyword(s): Độc hoạt ký sinh thang, Osteoarthritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối là một trong những bệnh lý thường gặp ở người có tuổi, nữ gặp nhiều hơn nam. Tổn thương chính trong thoái hóa khớp gối là sự mòn và bong gãy của lớp sụn khớp. Các mảnh vỡ của sụn, có thể kèm theo một phần xương rơi vào khớp gối tạo thành dị vật khớp gối (loose bodies). Khi lớp sụn (không có thần kinh)

*Bệnh viện Y học cổ truyền TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Thuận

Email: ntamthuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.3.2017

Ngày duyệt bài: 20.3.2017

bị mòn sẽ để lộ lớp xương dưới sụn (có đầu mút thần kinh), sự cọ xát của lớp xương dưới sụn khi vận động là yếu tố gây đau nhiều trong thoái hóa khớp gối. Ngoài ra, sự viêm dày của bao hoạt dịch, sự kích thích màng xương của các gai xương rìa khớp gối (osteophyte) đều là những tác nhân gây nên tình trạng đau mãn tính, ảnh hưởng đến chức năng vận động của khớp. Ngày nay thoái hóa khớp gối đang trở thành mối quan tâm đặc biệt ở các nước có tuổi thọ trung bình cao, nền kinh tế phát triển.

Điều trị thoái hóa khớp gối thường dai dẳng, tùy thuộc từng giai đoạn bệnh. Cho đến nay, có nhiều phương pháp điều trị thoái hóa khớp gối, từ biện pháp không dùng thuốc (vật lý trị liệu...), dùng thuốc, cho đến sự can thiệp phẫu thuật. Vì vậy, để tìm ra phương pháp điều trị có hiệu quả nhằm làm giảm các biến chứng cho bệnh nhân chúng tôi tiến hành đề tài nhằm 2 mục tiêu: 1. So sánh hiệu quả giảm đau giữa 2 liệu pháp trong điều trị thoái hóa khớp gối. 2. So sánh sự cải thiện chức năng vận động khớp gối giữa 2 liệu pháp trong điều trị thoái hóa khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu: Bài thuốc bắt nguồn từ "Thiên Kim phương": Độc hoạt: 12g; Tang ký sinh: 16g; Cam thảo: 4g; Tần giao: 12g; Phòng phong: 12g; Đương quy: 12g; Đỗ trọng: 12g; Đảng sâm: 12g; Bạch thược: 12g; Tế tân: 8g; Ngưu tất: 12g; Xuyên khung: 12g; Phục linh: 12g; Quế chi: 6g; Thục địa: 12g

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 60 Bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa khớp gối. Bệnh nhân được điều trị ngoại trú, tại khoa nội Bệnh viện YHCTTW

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

- BN tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.
- Không phân biệt giới tính, nghề nghiệp.
- Bệnh nhân 18 tuổi – 70 tuổi
- Tuân thủ đúng phác đồ và liệu trình điều trị.

- Được chẩn đoán thoái hóa khớp gối theo YHHT theo tiêu chuẩn của Hội thấp khớp học Hoa Kỳ năm 1991 (ACR- American College of Rheumatology 1991).

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Nhiễm khuẩn ngoài da vùng quanh khớp gối
- Bệnh nhân có tiêm Corticoid tại khớp gối trong vòng 6 tháng
- Thoái hóa khớp gối kèm theo các bệnh lý toàn thân nặng, có các bệnh khớp viêm khác (viêm khớp dạng thấp), các bệnh lý rối loạn đông máu, bệnh lý tim mạch nặng, nhiễm khuẩn toàn thân, bệnh lý ác tính, suy giảm miễn dịch, đang dùng liệu pháp chống đông...

- Bệnh nhân thai nghén

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu:

- Nghiên cứu theo phương pháp thử nghiệm lâm sàng mở, chọn mẫu chủ đích, so sánh 2 nhóm; trước và sau điều trị.

+ Nhóm 1: Bệnh nhân uống thuốc thang 2 gói/ngày, chia 2 lần trong 6 tháng, lúc 10 giờ sáng và 16 giờ chiều. Kết hợp tiêm 1 ống HA vào mỗi một khớp gối, 1 mũi/1 tuần trong 3 tuần liền.

+ Nhóm 2: tiêm 1 ống HA vào mỗi một khớp gối, 1 mũi/1 tuần trong 3 tuần liền.

- Thời gian nghiên cứu: 6 tháng

2.3.2. Các chỉ tiêu theo dõi:

- *Mức độ đau theo thang điểm VAS và Lequesne*
- *Chức năng vận động của khớp gối theo Wavren A.Katz (1977)*

2.4. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- *Địa điểm nghiên cứu:* Khoa Nội, Bệnh viện Y học cổ truyền Trung Ương

- *Thời gian nghiên cứu:* Từ tháng 6/2015 đến 6/2016.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học. Các số liệu được xử lý trên máy vi tính qua phần mềm SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tác dụng cải thiện triệu chứng đau trên lâm sàng theo các thang điểm

Bảng 3.1. Đánh giá kết quả điều trị ở 2 nhóm theo thang điểm Lequesne

Thời điểm	Nhóm NC (n = 30)	Nhóm chứng (n = 30)	p	
T0	11,1±0,9	11,9±0,9	>0,05	
T1	7,9±0,8	8,5±0,7	>0,05	
T2	6,3±0,8	6,8±0,9	>0,05	
T3	4,3±1,0	6,9±1,0	<0,05	
T12	3,2±0,5	5,4±0,6	<0,05	
T24	2,5±0,6	4,9±0,4	<0,05	
Mức chênh	T3-T0	5,5 ± 1,6	4,7 ± 1,5	<0,05
	T12-T0	6,6 ± 1,5	5,6 ± 1,6	<0,05

	T24-T0	7,3±1,6	6,4 ± 1,7	<0,05
--	---------------	---------	-----------	-------

Nhận xét: Cả 2 nhóm đều cải thiện điểm Lequesne theo thời gian điều trị. Tuy nhiên sau 3 mũi tiêm (T3) thì nhóm nghiên cứu giảm nhanh hơn và duy trì đến tuần 24

Bảng 3.2. Phân mức kết quả điều trị theo thang điểm Lequesne

Thời điểm	Kết quả điều trị (tỷ lệ %=100%)							
	Tốt (%)		Khá (%)		Trung bình (%)		Kém (%)	
	NC (n=30)	chứng (n=30)	NC (n=30)	chứng (n=30)	NC (n=30)	chứng (n=30)	NC (n=30)	chứng (n=30)
T1	45,1	43,6	28,2	26,2	20,9	19,6	5,8	10,6
T2	48,2	44,4	30,3	26,7	19,0	18,4	2,5	5,9
T3	55,3	50,2	27,5	29,2	15,2	16,7	2	3,9
T12	62,0	56,1	25,3	31,1	12,7	10,7	0	2,1
T24	64,0	57,0	31,0	30,4	5,0	9,8	0	2,8
p, X²	pT1T3>0,05; pT1T24<0,01; pT3T24>0,05							

Nhận xét: Tỷ lệ khớp gối có kết quả điều trị tốt và khá theo thang điểm Lequesne tăng dần theo thời gian và ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng, duy trì đến tuần 24. Tuy nhiên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ thấy khi so sánh giữa thời điểm T1 với T24 với p<0,01.

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả điều trị ở 2 nhóm theo thang điểm VAS

Thời điểm	Nhóm NC (n = 30)	Nhóm chứng (n = 30)	p	
T0	8,6±1,0	8,9±0,8	>0,05	
T1	5,8±1,1	6,3±1,0	>0,05	
T2	4,4±0,9	4,5±1,2	>0,05	
T3	3,3±0,8	4,1 ± 1,2	<0,05	
T12	2,0±0,7	2,8±0,9	<0,05	
T24	1,8±0,8	2,4±0,8	<0,05	
Mức chênh	T3-T0	5,3 ± 0,8	4,7 ± 0,8	<0,05
	T12-T0	6,5 ± 0,9	6,0 ± 0,6	<0,05
	T24-T0	6,8 ± 0,9	6,3 ± 0,8	<0,05

Nhận xét: Cả 2 nhóm mức độ đau của khớp gối theo điểm VAS đều giảm dần theo thời gian điều trị. Tuy nhiên sau 3 mũi tiêm (T3) thì nhóm thoái hóa có kết hợp uống thuốc Độc hoạt tang ký sinh điểm đau VAS giảm nhanh hơn và duy trì đến tuần 24, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.4. Phân mức kết quả điều trị theo thang điểm VAS

Thời điểm	Kết quả điều trị (Tỷ lệ %=100%)							
	Tốt (%)		Khá (%)		Trung bình (%)		Kém (%)	
	NC (n=30)	chứng (n=30)	NC (n=30)	chứng (n=30)	NC (n=30)	chứng (n=30)	NC (n=30)	chứng (n=30)
T1	47,2	45,5	22,3	21,9	19,7	18,5	10,8	14,1
T2	55,5	54,3	24,0	23,2	12,6	11,7	7,9	10,8
T3	59,7	56,3	25,9	24,9	13,8	14,8	0,6	4,0
T12	63,8	61,2	28,5	27,1	7,7	11,7	0	0
T24	66,7	63,2	33,0	31,1	0,3	5,7	0	0
(p,X²)	pT1T2>0,05; pT3T24>0,05; pT1T24<0,01 ; pT12T24>0,05							

Nhận xét: Tỷ lệ khớp gối có kết quả điều trị tốt theo thang điểm VAS ở cả 2 nhóm tăng dần theo thời gian và tỷ lệ bệnh nhân tốt và khá ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng. Tuy nhiên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê chỉ thấy khi so sánh giữa thời điểm T1 với T24.

3.2. Sự cải thiện chức năng vận động của khớp gối

Bảng 3.5. Kết quả điều trị qua biên độ gấp duỗi khớp gối

Thời điểm đánh giá	Biên độ gấp duỗi khớp gối (tỷ lệ %= 100%)					
	Cải thiện nhiều (tỷ lệ %)		Cải thiện ít (tỷ lệ %)		Không thay đổi (tỷ lệ %)	
	NC (n=30)	Chứng (n=30)	NC (n=30)	Chứng (n=30)	NC (n=30)	Chứng (n=30)
T1	54,3	52,1	38,2	36,4	7,5	11,5
T2	68,6	66,6	30,1	31,9	1,3	1,5
T3	74,7	71,8	24,3	27,0	1	1,2
T12	89,1	78,7	10,9	21,3	0	0

T24	92,3	82,8	7,7	17.2	0	0
So sánh (p, X2)	pT1T2 >0,05; pT2T3>0,05 pT3T12 > 0,05; pT1T24<0,01					

Nhận xét : Biên độ khớp gối gấp duỗi cải thiện nhiều sau thời gian điều trị ở cả hai nhóm, nhưng tỷ lệ cải thiện nhiều ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng và kéo dài đến tuần 24. Sự khác biệt có ý nghĩa giữa thời điểm T1 với T24 với $p<0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá sự cải thiện triệu chứng đau trong điều trị thoái hóa khớp gối: Bảng 3.1 cho thấy kết quả điều trị theo thang điểm Lequesne, hiệu quả điều trị đạt được ngay sau mũi tiêm thứ nhất, thang điểm Lequesne giảm rõ rệt sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0.05$. Hiệu quả giảm đau và cải thiện vận động tiếp tục tăng lên sau 4 tuần.

Bên cạnh đó, khi đánh giá kết quả điều trị theo thang điểm này (bảng 3.2) chúng tôi nhận thấy có trên 95% bệnh nhân đạt được kết quả tốt và khá (nhóm NC), trên 87% bệnh nhân kết quả tốt và khá (nhóm chứng). Sau 3 mũi tiêm, kết quả trung bình và kém dưới 20% tương ứng với mức độ đau giảm dần theo thời gian điều trị (bảng 3.2). Nghiên cứu của Lee S và cộng sự tại Hàn Quốc, cũng cho kết quả tương tự, điểm số của thang điểm Lequesne giảm ngay sau mũi tiêm đầu tiên và có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại các thời điểm sau tiêm 4,8,12 tuần. Moreland và cộng sự cũng nhận thấy thang điểm Lequesne giảm 4,4 điểm ở nhóm điều trị bằng Hyaluronan so với 2,8 điểm ở nhóm chứng. Ngoài ra cũng đã có rất nhiều nghiên cứu trên thế giới như Brandt KD (2001), Chang CJ (2004), Goldberg VM và cộng sự [1, 2,3,4]... các nghiên cứu có kết quả tương tự.

Thang điểm VAS là thang điểm đánh giá cảm giác đau chủ quan của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi thang điểm VAS được đánh giá khi bệnh nhân đi bộ trên đường bằng. Bảng 3.1, cho thấy mức độ đau đã được cải thiện ngay sau mũi tiêm đầu tiên và các mũi tiếp theo. Sau 3 mũi tiêm (T3) thang điểm VAS trung bình đạt được là $3,3\pm 0,8$ so với $8,6\pm 1,0$ ở thời điểm trước điều trị (T0), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$).

Thông qua thang điểm VAS đánh giá mức độ cải thiện (bảng 3.3, 3.4) đa số bệnh nhân đạt được hiệu quả từ khá đến tốt. Mức độ đau được cải thiện rõ rệt và kéo dài tới 24 tuần (bảng 3.4), Dixon AS đánh giá hiệu quả giảm đau sau tiêm Sodium Hyaluronated so với tiêm giả dược cũng kết luận thuốc có hiệu quả giảm đau khác biệt có ý nghĩa thống kê, và hiệu quả đạt tới 23 tuần.

Kết quả của chúng tôi tương tự Nguyễn Văn Pho, Brandt KD, Dixon AS và một số tác giả khác.

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị qua độ gấp duỗi khớp gối theo Warven A Kat: Biên độ khớp gối gấp duỗi cải thiện nhiều sau thời gian điều trị ở cả hai nhóm, nhưng tỷ lệ cải thiện nhiều ở nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng và kéo dài đến tuần 24. Ở nhóm Nghiên cứu có 99% bệnh nhân có cải thiện chức năng vận động kể từ sau mũi tiêm thứ 3 (T3) Sự khác biệt có ý nghĩa giữa thời điểm T1 với T24 với $p<0,01$. Như vậy chứng tỏ các vị thuốc bổ can thận, khu phong trừ thấp trong bài Độc hoạt tang ký sinh thang có tác dụng cải thiện chức năng vận động của khớp gối. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của một số tác giả khác [3,4,5,6].

V. KẾT LUẬN

- Độc hoạt tang ký sinh thang phối hợp tiêm HA có tác dụng giảm đau ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối tốt hơn nhóm tiêm HA đơn thuần.

- Độc hoạt tang ký sinh thang phối hợp liệu pháp tiêm HA khớp gối có tác dụng cải thiện chức năng vận động khớp gối tốt hơn nhóm tiêm HA đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Karel Pavelka et al (2002)**, "Total joint replacement after glucosamine sulphate treatment in knee osteoarthritis: results of a mean 8-year observation of patients from two previous 3-year, randomized, placebo-controlled trials", *Osteoarthritis Cartilage* 2008 Feb; 16(2):254-260.
- Karel Pavelka et al (2002)**, "Total joint replacement after glucosamine sulphate treatment in knee osteoarthritis: results of a mean 8-year observation of patients from two previous 3-year, randomized, placebo-controlled trials", *Osteoarthritis Cartilage* 2008 Feb; 16(2):254-260.
- Chang CJ, Wang CT, Lin J (2004)**. "Therapeutic Effects of Hyaluronic Acid on osteoarthritis of the knee. A meta-analysis of randomized controlled trials", *The Journal of Bone and Joint Surgery (American)* 2004 Mar; 86-A(3):538-545
- Nguyễn Quốc Nam (2012)** : " Nghiên cứu hiệu quả điều trị thoái hóa khớp gối có tràn dịch bằng phương pháp bơm rửa, tiêm Depo-Medrol® và Sodium Hyaluronate vào ổ khớp", *Luận văn thạc sỹ y học, HVQY. Tr.42-57.*
- Jubb RW, Piva S, Beinart L, Dacre J, Gishen P (2003)**. "A one-year, randomized, placebo (saline)

controlled clinical trial of 500-730 kDa sodium hyaluronate (Hyalgan) on the radiological change in osteoarthritis of the knee". *Int J Clin Pract*, 2003Jul-Aug; 57(6):467-474.

6. Đỗ Tân Khoa (2007): "Tác dụng giảm đau và cải thiện chức năng vận động của viên nén độc hoạt tang ký sinh trên bệnh nhân hư khớp gối" *Luận văn thạc sĩ y khoa – trường ĐHY dược TP.Hồ Chí Minh*

LO ÂU VÀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA LO ÂU VÀ TRẦM CẢM CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT BỆNH LÝ CỘT SỐNG TẠI KHOA PHẪU THUẬT CỘT SỐNG – BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

**Đinh Ngọc Sơn^{1,2}, Nguyễn Lê Bảo Tiên¹,
Võ Văn Thanh^{1,2*}, Nguyễn Trọng Đức²**

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả đặc điểm tâm lý của bệnh nhân trước phẫu thuật bệnh lý cột sống tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức. Tổng số 207 bệnh nhân tham gia trả lời phỏng vấn theo thang điểm HADS của Hamilton để đánh giá sự lo âu và trầm cảm đồng thời tìm hiểu mối liên quan của chúng trên bệnh nhân, trong đó tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là $49,3 \pm 13,7$, độ tuổi 20 – 49 chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 51,3%, tỷ lệ nam và nữ là tương đương nhau $\sim 1/1$. **Kết quả** nghiên cứu cho thấy: 79 bệnh nhân có triệu chứng của lo âu chiếm 38,2%; trong đó có 36 bệnh nhân có lo âu thực sự chiếm 17,4%, trong khi đó trầm cảm thực sự chiếm tỷ lệ 19,8%. Tỷ lệ bệnh nhân có dấu hiệu trầm cảm và lo âu thực sự chiếm 10,6%. Đồng thời, nghiên cứu cũng tìm ra mối tương quan chặt chẽ giữa triệu chứng lo âu và trầm cảm là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). **Kết luận:** Tâm lý lo âu và trầm cảm là tâm lý xuất hiện phổ biến ở những bệnh nhân trước phẫu thuật cột sống, vì vậy các bệnh nhân cần được quan tâm, tư vấn giúp giảm bớt căng thẳng của nhân viên Y tế.

Từ khóa: Đặc điểm tâm lý, rối loạn lo âu, khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức

SUMMARY

ANXIETY AND THE RELATIONSHIP BETWEEN ANXIETY AND DEPRESSION IN PREOPERATIVE PATIENTS IN SPINAL SURGERY DEPARTMENT, VIETDUC HOSPITAL

A cross-sectional study aimed to describe anxiety and depression disorder in preoperative patients in Spinal Surgery department – Viet Duc hospital. A total of 207 patients participated in interview on a scale of Hamilton Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) to assess the anxiety, depression of patients and their relationship. The average age of research participants was 49.3 ± 13.7 , all of the patients are aged 40 – 59 accounted for the highest rate of 51.3%. Proportion of women and men are nearly 1 : 1. The study results showed that 79 patients with symptoms of anxiety accounted for 38.2% in which 36 patients with actual anxiety made up 17.4%, while actually depression made up 19.8%. The percentage of

patients with signs of depression and anxiety actually 10.6%. There was a strong correlation between anxiety and depressive scores among patients before spinal surgery ($p < 0.001$). Conclusion: Psychological anxiety and depression are common psychological appeared in patients before spinal surgery, so patients need attention, counseling helped relieve the stress of health staff.

Keyword: Psychological characteristics, anxiety disorder, Spinal Surgery department – Viet Duc hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lo âu là một trạng thái tâm thần phổ biến trong dân chúng thế kỷ XXI. Trong suốt cuộc đời, 37,7% dân số bị ảnh hưởng bởi ít nhất một rối loạn lo âu [1]. Các triệu chứng lo âu thường xuất hiện từ từ, tăng dần, ảnh hưởng lớn đến tâm lý và sức khỏe người bệnh.

Phẫu thuật cột sống là phương pháp thường được chỉ định để điều trị bệnh lý cột sống, nó làm hạn chế đáng kể các cơn đau và hạn chế vận động của người bệnh. Tại Việt Nam, hàng năm, khoa Phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức tiếp nhận khoảng 3500 người bệnh điều trị nội trú, trong đó số người bệnh có chỉ định phẫu thuật chiếm khoảng 75% [2] Phẫu thuật cột sống là phương pháp có nhiều ưu điểm nhưng cũng có thể để lại nhiều biến chứng cho người bệnh gây cản trở khả năng sinh hoạt và lao động. Phẫu thuật nói chung và phẫu thuật cột sống nói riêng có thể gây những thay đổi tâm lý lớn cho bệnh nhân như lo âu, hoảng sợ, trầm cảm... Tăng sự lo âu trước phẫu thuật có liên quan đến con đường phản ứng sinh lý như tăng huyết áp và rối loạn nhịp tim và có thể làm bệnh nhân từ chối phẫu thuật theo kế hoạch [3]. Lo âu trước phẫu thuật còn ảnh hưởng đến các vấn đề như lấy đường tĩnh mạch khó khăn, hay trong việc gây mê như làm tăng liều lượng thuốc gây mê [4]. Vì thế, tâm lý lo âu trước phẫu thuật của bệnh nhân thường tăng lên nhiều và ảnh hưởng lớn đến quá trình phẫu thuật cũng như hậu phẫu. Việc nhận biết được các dấu hiệu của rối loạn lo âu sẽ giúp bác sỹ có những giải thích, tác động phù hợp nhằm ổn định tâm lý cho bệnh nhân. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *Mô tả đặc điểm lo âu của bệnh nhân trước phẫu thuật bệnh lý cột sống tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức.*

¹ Bệnh viện Việt Đức

² Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Thanh

Email: bsthanhptcs@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 207 bệnh nhân phẫu thuật bệnh lý cột sống có chuẩn bị tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2015 – 04/2016 tại khoa Phẫu thuật

cột sống – Bệnh viện Việt Đức

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Lấy toàn bộ bệnh nhân, chọn mẫu thuận tiện.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ**1.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu****Bảng 1: Thông tin chung về nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu**

Chỉ số	Phân loại	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi (TB: 49,3±13,7)	15 - 39	54	26,1
	40 - 59	109	51,3
	≥ 60	44	22,6
Giới tính	Nam	98	47,3
	Nữ	109	52,7

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 49,3 ± 13,7; tuổi thấp nhất là 21 tuổi cao nhất là 86. Trong đó số bệnh nhân có độ tuổi từ 40 – 59 chiếm tỷ lệ cao nhất 51,3%. Tỷ lệ nam và nữ là tương đương nhau ~ 1/1.

3.2 Đặc điểm tâm lý lo âu của bệnh nhân trước phẫu thuật bệnh lý cột sống**Bảng 2: Các mức độ trạng thái tâm lý của bệnh nhân trước phẫu thuật bệnh lý cột sống**

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Mức độ trạng thái căng thẳng của bệnh nhân	Hầu hết thời gian	24	11,6
	Nhiều lần	34	16,4
	Thỉnh thoảng	58	28
	Không bao giờ	91	44
Mức độ cảm giác sợ hãi của bệnh nhân	Rất chính đáng	16	7,7
	Có nhưng không tồi tệ lắm	37	17,9
	Có nhưng không đáng lo lắm	37	17,9
Mức độ thời gian suy nghĩ tới việc lo âu	Không bao giờ	117	56,5
	Phần lớn thời gian	31	15
	Nhiều lần	55	26,5
	Một vài lần	59	28,5
Mức độ trạng thái thoải mái của bệnh nhân	Rất ít	62	30
	Hầu hết thời gian	70	33,8
	Thường xuyên	60	29
	Thỉnh thoảng	62	30
Mức độ bồn chồn của bệnh nhân	Không bao giờ	15	7,2
	Không bao giờ	126	60,9
	Thỉnh thoảng	37	17,9
	Khá thường gặp	32	15,4
Mức độ cảm nhận không được nghỉ ngơi của bệnh nhân	Rất nhiều lần	12	5,8
	Phần lớn thời gian	22	10,6
	Nhiều lần	67	32,4
	Không nhiều lắm	57	27,5
Mức độ cảm giác sợ đột ngột của bệnh nhân	Không bao giờ	61	29,5
	Hầu hết thời gian	13	6,3
	Thường xuyên	23	11,1
	Thỉnh thoảng	52	25,1
Mức độ cảm giác sợ đột ngột của bệnh nhân	Không bao giờ	119	57,5
Điểm lo âu trung bình		6,7 ± 4,6	

Trước phẫu thuật cột sống tỷ lệ bệnh nhân có cảm giác căng thẳng khá cao chiếm 56% trong đó 11,6% bệnh nhân tình trạng căng thẳng

chiếm hầu hết thời gian. Tỷ lệ bệnh nhân có cảm giác sợ hãi trước phẫu thuật là 43,5% và 56,5% số bệnh nhân không bao giờ có cảm giác đó. Có

30% số bệnh nhân suy nghĩ tới lo âu rất ít, 15% số bệnh nhân suy nghĩ tới lo âu chiếm phần lớn thời gian. Số bệnh nhân cảm thấy không thoải mái trước phẫu thuật chiếm 66,2%. Có tới 30% bệnh nhân thỉnh thoảng mới thấy thoải mái và 7,2% không bao giờ thấy thoải mái. Trước phẫu thuật có 39,1% bệnh nhân có cảm giác bồn chồn và số bệnh nhân không có cảm giác đó chiếm 60,9%.

Có tới 70,5% số bệnh nhân có cảm giác mệt mỏi không được nghỉ ngơi trước phẫu thuật. Chỉ có 29,5% số bệnh nhân không bao giờ có cảm giác đó. Có 18,4% bệnh nhân hầu hết thời gian và thường xuyên cảm thấy sợ đột ngột. 25,1% bệnh nhân thỉnh thoảng mới có cảm giác đó và có 57,5% số bệnh nhân không bao giờ có cảm giác đó.

Bảng 3: Mức độ rối loạn cảm xúc của bệnh nhân trước phẫu thuật cột sống

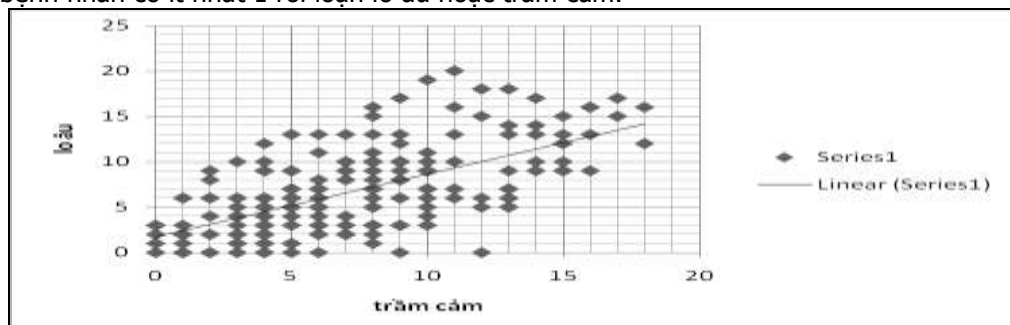
Mức độ (điểm)	Lo âu		Trầm cảm	
	n	%	n	%
Bình thường	128	61,8	112	54,1
Có dấu hiệu	43	20,8	54	26,1
Thực sự	36	17,4	41	19,8

Có 38,2% số bệnh nhân có rối loạn lo âu, trong đó số bệnh nhân bị lo âu thực sự chiếm 17,4%. Có tới 45,9% số bệnh nhân có rối loạn trầm cảm, trong đó số bệnh nhân bị trầm cảm thực sự chiếm 19,8%.

Bảng 4: Liên quan giữa rối loạn lo âu và rối loạn trầm cảm

Trầm cảm \ Lo âu	Bình thường		Có dấu hiệu		Thực sự	
	n	%	n	%	n	%
Bình thường	92	44,5	15	7,2	5	2,4
Có dấu hiệu	25	12,1	20	9,7	9	4,3
Thực sự	11	5,3	8	3,9	22	10,6

Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 10,6% bệnh nhân vừa lo âu vừa trầm cảm thực sự. Có tới 55,5% bệnh nhân có ít nhất 1 rối loạn lo âu hoặc trầm cảm.



Biểu đồ 1: Mối tương quan giữa điểm lo âu và điểm trầm cảm

Biểu đồ thể hiện mối tương quan giữa điểm lo âu và điểm trầm cảm bệnh nhân trong nghiên cứu. Với $p < 0,001$, điều này có nghĩa là giữa điểm lo âu và trầm cảm có mối tương quan chặt chẽ có ý nghĩa thống kê và đồng biến.

IV. BÀN LUẬN

1.2 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Qua bảng 1 có thể thấy phần lớn các trường hợp phẫu thuật cột sống thuộc nhóm tuổi từ 21 – 59 (chiếm 77,1%), đây là độ tuổi lao động, là thời kì hoạt động mạnh nhất của con người, cột sống phải chịu lực tải lớn nên dễ dẫn tới tình trạng tổn thương. Mặt khác, ở độ tuổi này con người đã đủ chín chắn, biết quan tâm đến sức khỏe của bản thân và cần sức khỏe tốt để sống và làm việc. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu khác cho rằng: Bệnh lý cột sống

thường xảy ra ở độ tuổi 30 – 50 tuổi, hiếm thấy ở người dưới 20 và trên 60 tuổi [5].

4.2 Các trạng thái của tâm lý lo âu: Trong số 207 bệnh nhân nghiên cứu, có 56% bệnh nhân có cảm giác căng thẳng ở các mức độ khác nhau, trong đó số bệnh nhân hầu hết thời gian cảm thấy căng thẳng chiếm 11,6%. Kết quả các đặc điểm tâm lý cho thấy: Có 43,5% số bệnh nhân cảm thấy sợ hãi trước phẫu thuật (bảng 2) Những bệnh nhân lớn tuổi có tỷ lệ sợ hãi thấp hơn và người chưa từng phẫu thuật cảm thấy sợ hãi nhiều hơn người đã phẫu thuật dù chỉ một lần – điều này được nhận thấy trong quá trình

thu thập số liệu. Có thể do bệnh nhân lớn tuổi đã trải qua nhiều năm tháng cuộc đời gặp nhiều khó khăn và có nhiều kinh nghiệm. Mặt khác, do họ tuổi đã cao có suy nghĩ đời sống không còn dài nên tâm lý sợ hãi cũng ít hơn. Còn những bệnh nhân đã từng trải qua ít nhất 1 lần phẫu thuật họ có kinh nghiệm của lần mổ trước và thường có tâm lý vững chắc hơn.

Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian suy nghĩ tới vấn đề lo âu chiếm 70%. Trong đó có 15% bệnh nhân hầu hết thời gian nghĩ tới lo âu; 26,5% bệnh nhân nhiều lần suy nghĩ tới việc lo âu và 28,5% bệnh nhân một vài lần có suy nghĩ đó. Mỗi bệnh nhân lại có những vấn đề cần suy nghĩ khác nhau tùy vào hoàn cảnh của mỗi người.

Có tới 66,2% bệnh nhân cảm thấy không thoải mái trước phẫu thuật ở các mức độ khác nhau. Có 7,2% bệnh nhân không bao giờ thấy thoải mái. Phần lớn những bệnh nhân không thấy thoải mái là những bệnh nhân đau nhiều và tình trạng sức khỏe kém cần phụ thuộc vào người khác. Đó là điều tất nhiên trong cuộc sống, bất kể ai khi có một khó chịu trong người hay khi phải cần người khác phụ giúp hỗ trợ những công việc của bản thân đều làm cho họ không còn thoải mái cả về thể chất lẫn tinh thần.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy có 10,6% bệnh nhân phần lớn thời gian cảm thấy không nghỉ ngơi; 32,6% bệnh nhân nhiều lần cảm thấy như vậy; và 27,5% bệnh nhân cảm giác đó không nhiều lắm; chỉ có 29,5% bệnh nhân là không bao giờ cảm thấy không nghỉ ngơi. Trong bệnh lý cột sống, bệnh nhân cảm thấy không được nghỉ ngơi có thể do đau, do người bệnh suy nghĩ nhiều về cuộc phẫu thuật.

4.3 Tâm lý lo âu và mối liên quan giữa lo âu và trầm cảm

Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm trung bình lo âu theo HADS của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là $6,7 \pm 4,6$. Kết quả này phù hợp so với nghiên cứu của Woolrich AR và cộng sự (2006), điểm trung bình lo âu là 6,9 [6] nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Lee JS và cộng sự, điểm trung bình lo âu là $4,6 \pm 3,0$ [7]. Điều này được giải thích bởi sự khác nhau về nhân chủng học cùng với nền tảng văn hóa, xã hội và kinh tế ở mỗi khu vực.

Nghiên cứu của chúng tôi có 38,2% bệnh nhân có các triệu chứng lo âu, trong đó có 17,4% bệnh nhân có tình trạng lo âu thực sự. Điều này chứng tỏ những bệnh nhân trước phẫu thuật cột sống có lo âu bệnh lý chiếm tỷ lệ không phải nhỏ. Ở nhóm trầm cảm cũng có tới

45,9% bệnh nhân có các triệu chứng trầm cảm. Số bệnh nhân có triệu chứng của cả rối loạn lo âu và trầm cảm chiếm 28,5%. Có 10,6% số bệnh nhân vừa có lo âu thực sự vừa có trầm cảm thực sự. Có thể giải thích điều này là do xã hội ngày càng phát triển con người quan tâm đến sức khỏe toàn diện của mình hơn nên họ có các biểu hiện lo âu rõ nét hơn. Khi mắc bệnh tật tất yếu nảy sinh những lo lắng về sức khỏe của bản thân, những lo lắng này không được giải tỏa, thêm vào đó là sự chi phối của môi trường xung quanh sẽ dẫn đến những rối loạn tâm lý – là một yếu tố thuận lợi cho rối loạn tâm lý bệnh lý (lo âu bệnh lý) xuất hiện.

V. KẾT LUẬN

Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 79 bệnh nhân có triệu chứng của lo âu chiếm 38,2%. Trong đó, có 36 bệnh nhân có lo âu thực sự chiếm 17,4%. Các đặc điểm đặc trưng trong rối loạn lo âu của bệnh nhân trước phẫu thuật: 56% bệnh nhân có trạng thái căng thẳng, 43,5% bệnh nhân có cảm giác sợ hãi, 70% bệnh nhân có thời gian suy nghĩ tới vấn đề lo âu, 66,2% bệnh nhân cảm thấy không thoải mái, 39,1% bệnh nhân có cảm giác bồn chồn, 70,5% bệnh nhân cảm thấy mệt mỏi và 42,5% bệnh nhân cảm thấy sợ đột ngột.

Điểm lo âu trung bình của đối tượng nghiên cứu là $6,7 \pm 4,3$ (min = 0, max = 21).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bandelow B, Michaelis S.** Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience.* 2015;17(3):327-35.
2. **Vũ Hoàng Anh.** Sự hài lòng của người bệnh phẫu thuật bệnh lý cột sống tại viện chấn thương chỉnh hình bệnh viện Việt Đức. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
3. **Ping G, Linda E. A** preoperative education intervention to reduce anxiety and improve recovery among Chinese cardiac patients: a randomized controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2012;49 (2):129-37.
4. **Pokharel K, Bhattarai B, et al.** Nepalese patients' anxiety and concerns before surgery. *J Clin Anesth.* 2011;23:372 – 8.
5. **Prasad R, Hoda M, et al.** Epidemiological characteristics of Lumbar Disc Prolapse In A Tertiary Care Hospital. *The Internet Journal of Neurosurgery.* 2006;3(1):534 – 6.
6. **Woolrich AR.** A preliminary psychometric evaluation of the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) in 963 people living with a spinal cord injury. *Psychology, Health & Medicine* 2006;11(1):80-90.

7. Mike Nichols. Normal Worry Generalized Anxiety Disorder Helpguide. Org, august 12. 2008.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ NGUYÊN NHÂN TỤT HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC

Bé Hồng Thu¹, Ngô Đức Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngộ độc cấp là một cấp cứu thường gặp ở nước ta cũng như trên thế giới. Tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ độc cấp có những đặc điểm và nguyên nhân khác biệt với các bệnh nội khoa. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm và nguyên nhân gây tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ độc cấp tại Trung Tâm Chống Độc bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả phân tích trên các bệnh nhân chẩn đoán xác định ngộ độc cấp có tụt huyết áp lúc vào viện tại Trung Tâm Chống Độc-bệnh viện Bạch Mai từ 1/2014 đến 12/2015. Xác định các tỷ lệ trong các nhóm nguyên nhân tụt huyết áp. Các đặc điểm về chẩn đoán, điều trị ở các nhóm theo nguyên nhân. **Kết quả:** Tỷ lệ tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ độc cấp là 1.08%. Ngộ độc thuốc chẹn kênh canxi có tỷ lệ tụt huyết áp cao nhất (80%). Đứng thứ hai là nhóm ngộ độc aconitin (33.3%). Tiếp theo là tụt huyết áp ở nhóm ngộ độc Gardenal (12%), ong đốt (6.9%), ngộ độc thức ăn (0.78%). Các nhóm nguyên nhân ngộ độc cấp có tụt huyết áp thường gặp là: Sốc do tim (16.1%), ức chế thần kinh trung ương (16.1%), sốc phản vệ (32.3%), sốc nhiễm khuẩn (16.1%) và toan chuyển hóa (19.4%). Các đặc điểm về toan chuyển hóa và rối loạn nhịp tim ở cả nhóm. **Kết luận:** Trong nhóm bệnh nhân ngộ độc thuốc chẹn kênh canxi, ngộ độc aconitin có tỷ lệ tụt huyết áp gặp khá cao. Nên khi điều trị cần theo dõi chặt chẽ huyết động của bệnh nhân để có biện pháp xử lý kịp thời khi có biến đổi xảy ra.

Từ khóa: ngộ độc cấp, tụt huyết áp

SUMMARY

STUDY PROPORTION AND CAUSES OF HYPOTENSION PATIENTS AT POISON CONTROL CENTER BACH MAI HOSPITAL

Background: Acute poisoning is a regular emergency in Vietnamese as well as all the world. Hypotension in acute poisoning has specific characteristics and causes that is different to hypotension in other diseases. **Object:** To study the proportion and hypotension cause on the acute poisoned patients at antitoxic center. **Subjects and methods:** Observational retrospective analysis study on the patients were diagnosed acute toxicity definitely with hypotension at Poison Control Center -

Bach Mai Hospital from 1/2014 to 12/2015. **Results:** The proportion of hypotension in acute toxicity patient was only 1.08%. Calcium channel blockers drug toxicity group have highest proportion of hypotension (80%). The second was aconitin toxic group (33.3%). Followed by hypotension in Gardenal toxicity group (12%), bee sting (6.9%), food toxicity (0.78%). The group that can cause acute toxicity with hypotension were: cardiogenic shock (16.1%), central nervous inhibition (16.1%), anaphylaxis (32.3%), septic shock (16.1%) and metabolic acidosis (19.4%). **Conclusion:** Among groups of calcium channel blocker poisoning, aconitin poisoning had the high rate of hypotension. Thus in treatment, we should closely monitor the patient's hemodynamic measures to timely treatment when change occurs.

Keyword: acute poisoning, hypotension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc cấp có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng thậm chí tử vong nếu không được phát hiện và xử lý đúng, kịp thời. Độc chất có thể gây ảnh hưởng đến nhiều hệ thống cơ quan như: thần kinh, hô hấp, tiết niệu, huyết học, tuần hoàn,... đặc biệt trong những trường hợp nặng thường gây tụt huyết áp. Tụt huyết áp được đề cập và nghiên cứu nhiều ở các bệnh nội khoa ví dụ như sốc phản vệ, sốc nhiễm khuẩn... Tuy nhiên về cấp cứu ngộ độc cấp có rất ít thông tin, rất ít nghiên cứu, mà rõ ràng tình trạng tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ độc cấp có những đặc điểm đặc trưng khác hoàn toàn so với các bệnh nội khoa, do khác biệt rõ rệt về cơ chế bệnh sinh. Trong thực tế lâm sàng các bác sỹ còn khá lúng túng trong chẩn đoán nguyên nhân, điều trị tụt huyết áp trong ngộ độc cấp. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: "*Nghiên cứu tỉ lệ, nguyên nhân gây tụt huyết áp và một số biện pháp điều trị tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ độc cấp tại Trung Tâm Chống Độc Bạch mai*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán ngộ độc tại Trung Tâm Chống Độc - bệnh viện Bạch Mai từ 1/2014 đến 12/2015.

- **Chẩn đoán ngộ độc cấp** theo tiêu chuẩn của Nguyễn Thị Dụ, Hojer có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

- + Tiếp xúc với chất độc
- + Có biểu hiện lâm sàng của ngộ độc

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: 27.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2017

Ngày duyệt bài: 13.3.2017

+ Xét nghiệm thấy độc chất trong dịch dạ dày, nước tiểu, máu.

- Tiêu chuẩn tụt huyết áp:

+ Huyết áp tâm thu < 90mmHg hoặc giảm > 40mmHg so với huyết áp nền của bệnh nhân, hoặc huyết áp trung bình (HATB) < 65mmHg.

+ Có biểu hiện của giảm tưới máu tổ chức hoặc rối loạn chức năng ít nhất một cơ quan (rối loạn ý thức; thiếu niệu; toan chuyển hóa; tăng axit lactic).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Sốc nhiễm khuẩn: có ổ nhiễm khuẩn và có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống: Có hội chứng đáp ứng viêm hệ thống 2/4 triệu chứng: (1) Nhiệt độ > 38°C hoặc dưới 36°C; (2) Bạch cầu > 12000 hoặc < 4000 hoặc bạch cầu non > 10%; (3) Thở nhanh > 20 lần/phút hoặc PaCO₂ < 32; (4) Mạch > 90 lần/phút.

- Sốc tim: tụt huyết áp + hội chứng vành cấp

- Sốc giảm thể tích: chảy máu hoặc mất thể dịch

Nếu có sốc phản vệ: Theo tiêu chuẩn Bộ Y tế

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

Các chỉ số cần thu thập:

Đặc điểm dịch tễ của nhóm nghiên cứu: Giới, tuổi, nghề nghiệp

Tỷ lệ và nguyên nhân ngộ độc cấp gây tụt huyết áp:

Nguyên nhân, các đặc điểm rối loạn: toan chuyển

hóa, rối loạn nhịp tim, các tình trạng ngộ độc.

- Các rối loạn nhịp tim [1].

- Theo dõi lâm sàng: ý thức, mạch, nhiệt độ, nhịp thở, dấu hiệu trên da, niêm mạc

- Theo dõi cận lâm sàng: công thức máu: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, bạch cầu. Sinh hóa máu: glucose, ure, creatinin, CK, GOT, GPT, Na⁺, K⁺, Cl⁻, procalcitonin. Khí máu động mạch, lactat máu. Áp lực thẩm thấu máu, Xquang phổi, điện tâm đồ, tổng phân tích nước tiểu

- Thời gian xuất hiện tụt huyết áp, thời gian phục hồi huyết áp, thời gian điều trị.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, tính tỉ lệ phần trăm; trung bình, độ lệch chuẩn; so sánh trung bình bằng T-test; so sánh tỉ lệ phần trăm bằng χ^2

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên tổng số 5752 bệnh nhân ngộ độc cấp vào viện trong 02 năm 2014 – 2015; có 62 trường hợp tụt huyết áp chiếm 1.08 số bệnh nhân vào viện. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 43.9±16.4, bệnh nhân ít tuổi nhất là 13 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất là 77 tuổi. Bệnh nhân nam chiếm đa số, tỉ lệ nam:nữ = 40:22=1.82. Tỷ lệ bệnh nhân là nông dân và nghề tự do chiếm tỷ lệ đa số. Tỷ lệ bệnh nhân trong độ tuổi nghỉ hưu là ít nhất.

Bảng 3.1. Tỉ lệ tụt huyết áp theo từng tác nhân ngộ độc

Nguyên nhân	Tổng số bệnh nhân	Bệnh nhân tụt huyết áp	
		n	Tỷ lệ (%)
Aconitin	18	6	33.3
Chẹn kênh canxi	5	4	80.0
Gardenal	83	10	12.0
Ong đốt	175	12	6.9
Rắn cắn	747	10	1.3
Rượu	599	12	2.0
Khác	1019	8	0.78

Nhận xét: nhóm ngộ độc thuốc chẹn kênh canxi có tỉ lệ tụt huyết áp cao nhất. Nhóm ngộ độc thức ăn có tỉ lệ tụt huyết áp thấp nhất.

Bảng 3.4. Đặc điểm xét nghiệm khí máu động mạch và khoảng trống áp lực thẩm thấu máu

Nguyên nhân	Rối loạn nhịp tim	Gardenal	Nọc độc	Rượu độc
pH	7.43±0.7 (7.36-7.45)	7.30±1.7 (7.13-7.5)	7.39±0.3 (7.34-7.46)	7.1±0.4 (6.88-7.43)
pCO ₂ (mmHg)	37.1±5.7 32-47	48.5±12.3 (37- 67)	36±3.4 (34-42)	26.3±12.3 (18 – 37)
PO ₂ (mmHg)	82±15.6 (70-106)	70±12.3 (65- 87)	87.4±15.4 (75- 115)	71.7±9.8 (61 – 82)
HCO ₃ ⁻ (mmHg)	24.5±1.7 (23-27)	21.3±4.5 (19 – 28)	24.3±2.1 (22 – 32)	17.9±3.4 (14 – 22)
Lactat (mmol/L)	2.7±0.8 (0.6-3.5)	2.3±1.7 (1.5 – 4.3)	2.7±1.2 (2.1- 4.3)	6.7±1.3 (4.3- 10.9)
Khoảng trống áp lực thẩm thấu				40,3±15.6 (37 – 89)

Nhận xét: Nhóm rượu độc có giá trị pH trung bình thấp nhất, kèm theo tăng khoảng trong áp lực thẩm thấu; đồng thời có lactat máu trung bình cao nhất

Bảng 3.5. Đặc điểm trên điện tâm đồ

Loạn nhịp	Nguyên nhân		Rối loạn nhịp tim		Gardenal		Nọc độc		Rượu độc	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nhịp nhanh xoang					7	70	13	65	7	58
Nhịp chậm xoang	5	50	0	0	0	0	0	0	0	0
Ngoại tâm thu thất	3	30	0	0	0	0	0	0	0	0
Nhịp nhanh trên thất	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0
Nhịp nút	1	20	0	0	0	0	0	0	0	0
Nhịp xoang	1	20	3	30	6	30	5	25	5	42
Tổng	10	100	10	100	20	100	12	100	12	100

Nhận xét: Các nhóm nguyên nhân khác nhau có kiểu rối loạn nhịp khác nhau

Bảng 3.6. Điều trị loạn nhịp tim ở bệnh nhân ngộ độc aconitin

Loạn nhịp	Thuốc	Tổng liều (mg)		Thời gian trở về nhịp xoang (giờ)	
		$\bar{X} \pm SD$	Min-max	$\bar{X} \pm SD$	Min- max
Ngoại tâm thu thất (n = 3)	Xylocain	1866±611	1200- 2400	9.3±5.5	4- 15
Chậm xoang (n = 3)	Atropin	5.3±3.0	2- 8	3±1.5	3-5

Nhận xét: Các loạn nhịp đều trở về được nhịp xoang sau một thời gian điều trị.

Bảng 3.7. Điều trị glucose và insulin

Loại thuốc	Tổng liều		Thời gian dùng (giờ)	
	$\bar{X} \pm SD$	Min-max	$\bar{X} \pm SD$	Min- max
Glucose 20% (ml)	2750±250	2500 – 4000	15.7±8.5	7-22
Insulin nhanh (ui)	350±75	185 – 450		

Nhận xét: Số lượng Glucose 20% và insulin nhanh được sử dụng ở mức cao; thời gian sử dụng trung bình gần 1 ngày.

Bảng 3.8. Điều trị natribicarbonat ở bệnh nhân ngộ độc Gardenal và ngộ độc methanol

Tác nhân	Tổng liều (mEq)		Thời gian dùng (ngày)	
	$\bar{X} \pm SD$	Min-max	$\bar{X} \pm SD$	Min- max
Gardenal	500±75	500-750	2±0.5	2-3
Ngộ độc rượu	1500±350	1500-2000	3±0.25	3-4

Nhận xét: Lượng natribicarbonat dùng trong điều trị ngộ độc rượu độc cao gấp khoảng 3 lần so với trong điều trị ngộ độc Gardenal. Thời gian sử dụng natribicarbonat ở nhóm ngộ độc rượu dài hơn nhóm ngộ độc Gardenal

III. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Trong số 62 bệnh nhân được nghiên cứu có 40/62 (64%) bệnh nhân là nam giới bệnh nhân nữ giới chiếm tỉ lệ bằng khoảng một nửa so với nam. Tỉ lệ này cũng tương đương với kết quả của Hà Thị Bích Vân, nam (66%), nữ (34%) [2]. Bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ cao là do một số nguyên nhân như ngộ độc rượu thì tỉ lệ người sử dụng rượu đa phần là nam giới. Ở các nhóm nguyên nhân khác, do đặc thù công việc: nông dân hoặc nghề tự do thì cũng đa phần là nam giới.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 43.9±16.4; bệnh nhân ít tuổi nhất là 13 tuổi, bệnh nhân nhiều tuổi nhất là 77 tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu cao hơn kết quả của tác giả Hà Thị Bích Vân, tuổi trung bình là 35 tuổi. Tuy nhiên về dải độ tuổi thì có vẻ tương đồng từ 16 đến 77 tuổi. [2]

Đặc điểm tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ

độc cấp: Tỉ lệ tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ độc cấp thống kê trong 2 năm 2014 – 2015 trên tổng số 5752 bệnh nhân là 62 trường hợp chiếm 1.08%. Tỉ lệ này thấp hơn nhiều so với tỉ lệ các rối loạn các hệ cơ quan khác của bệnh nhân ngộ độc, ví dụ: tỉ lệ rối loạn ý thức ở bệnh nhân ngộ độc cấp thống kê trong 2 năm 2012 – 2013 là 4.4% [2].

Ngộ độc các chất độc gây rối loạn nhịp tim, đứng thứ hai là nhóm ngộ độc aconitin (33,3%). Là một loại độc chất có tác động chủ yếu lên hệ thần kinh và tim mạch, aconitin gây ra các rối loạn về mạch nghiêm trọng cuối cùng dẫn tới tụt huyết áp. Tỉ lệ tụt huyết áp ở nhóm ngộ độc aconitin trong nghiên cứu này tương tự trong nghiên cứu của tác giả Trương Thế Quý (35%) [6].

Tỉ lệ tụt huyết áp ở nhóm ngộ độc Gardenal là 12%, đứng vị trí thứ 3. Tụt huyết áp do ngộ độc Gardenal gặp trong các trường hợp bệnh nhân

ngộ độc nặng, thường kèm theo hôn mê sâu và có dấu hiệu ức chế hô hấp.

Có 12/175 trường hợp bệnh nhân bị ong đốt có tình trạng tụt huyết áp chiếm 6.9% cao hơn tỉ lệ tụt huyết áp trong nghiên cứu của tác giả Lê Duy Bình nghiên cứu trên bệnh nhân bị ong đốt nhiều nốt (3.9%)[3]. Điều này có thể giải thích là do sốc phản vệ gây tụt huyết áp còn gặp ở nhóm bệnh nhân bị đốt ít nốt.

Tình trạng toan chuyển hóa thường được khuyến cáo ở bệnh nhân ngộ độc đây cũng là một chỉ số tiên lượng nặng trong ngộ độc. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số những bệnh nhân ngộ độc có toan chuyển hóa là ngộ độc rượu độc, vì chuyển hóa rượu có liên quan tới sinh ra acid formic và acetic nên tình trạng toan rất mạnh. Hơn nữa tăng thẩm thấu có liên quan tới nồng độ rượu trong máu và đặc trưng cho tác nhân gây ngộ độc tụt huyết áp. Như vậy, tình trạng toan thường gắn liền với tụt huyết áp, và hai yếu tố trên biểu hiện tình trạng nặng rõ rệt ở bệnh nhân ngộ độc. Nhận định này của chúng tôi cũng giống với nghiên cứu của Wilson và Waring; nếu bệnh nhân ngộ độc có biểu hiện toan chuyển hóa và tụt huyết áp phải nghĩ tới ngộ độc rượu độc, đặc biệt là methanol.

Rối loạn nhịp tim là một trong những biểu hiện nặng và cần phải điều trị cấp cứu ở bệnh nhân ngộ độc. Những rối loạn nhịp tim thường dẫn đến tình trạng kém đổ đầy thất và gây ra rối loạn huyết động. Đa số những chất như aconitin hoặc chẹn kênh canxi thường gây những rối loạn dẫn truyền trong tim và gây rối loạn nhịp tim. Rối loạn nhịp tim thường gặp là nhịp nhanh xoang, nhịp chậm, ngoại tâm thu hoặc nhịp nút... các rối loạn này sẽ giảm dần theo thời gian vì chất độc sẽ có chu trình bán hủy. Ngộ độc cấp aconitin thường gây ra rối loạn nhịp với ngoại tâm thu đa dạng còn ngộ độc chẹn kênh canxi thường gây nhịp chậm, những rối loạn nhịp tim này khá nặng và thường gây ra rối loạn huyết động tụt huyết áp. Chính vì vậy, các giải pháp phải dùng xylocain hoặc các thuốc chống ngoại tâm thu để xóa bằng được ngoại tâm thu, đối với nhịp chậm phải sử dụng các thuốc vận mạch kích thích beta giao cảm để tăng nhịp tim, đồng thời sử dụng phác đồ truyền glucose và insulin nhanh để điều trị.

Trong ngộ độc thuốc chẹn kênh canxi thì có tình trạng ức chế sức co bóp của cơ tim. Có 2/4(50%) trường hợp phải sử dụng thuốc trợ tim dobutamin. Trong trường hợp không đáp ứng, phải đặt máy tạo nhịp tim. Các bệnh nhân ngộ

độc thuốc chẹn kênh canxi trong nhóm nghiên cứu được sử dụng liều bolus insulin nhanh là 1 UI/kg, sau đó duy trì 0.5 – 1 iu/kg/h pha trong dung dịch glucose 20% truyền tĩnh mạch. Tổng lượng Insulin nhanh trung bình dùng cho các bệnh nhân là 350±75 đơn vị (thấp nhất là 185 đơn vị, cao nhất là 450 đơn vị). Liều này thấp hơn so với trong nghiên cứu của tác giả Greene SL và cộng sự nghiên cứu trên 07 bệnh nhân ngộ độc thuốc chẹn kênh canxi (liều duy trì trung bình là 0.5–2ui/kg)[7]. Trong khi đó, natri bicarbonat truyền trong ngộ độc methanol nhằm duy trì pH máu > 7.3 nhằm làm tăng tỉ lệ axit formic ở dạng ion hóa, giảm độc tính của axit formic tại tổ chức [5] mà với tình trạng toan hóa máu nặng (pH máu trung bình là 7.1±0.4) nên lượng natri bicarbonat cần truyền là tương đối cao.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ gặp tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ độc cấp là 1,08%. Các nguyên nhân thường gặp gây ngộ độc cấp là ngộ độc thuốc chẹn kênh canxi, ngộ độc Gardenal, ong đốt, rắn cắn. Các nhóm nguyên nhân khác nhau có đặc điểm tụt huyết áp hoàn toàn khác nhau. Toan chuyển hóa, rối loạn nhịp tim thường gắn liền với bệnh nhân ngộ độc cấp có tụt huyết áp. Sử dụng natri bicarbonat là một trong những biện pháp quan trọng, phối hợp với điều trị đặc hiệu và điều trị hỗ trợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đỗ Trinh** (1997), "Các rối loạn nhịp tim", Hướng dẫn đọc điện tim, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 149 – 181.
2. **Hà Thị Bích Vân (2013)**, "Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân các ngộ độc cấp gây rối loạn ý thức", luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội
3. **Lê Duy Bình (2016)**, Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị ong đốt nhiều nốt, luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội
4. **Vũ Hải Yến** (2012), " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng và kết quả của liệu pháp điều trị sớm theo mục tiêu ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn", luận văn thạc sĩ Y học, đại học Y Hà Nội.
5. **Marco L.A Sivilotti** (2004), "Toxic alcohols and their derivatives", Medical toxicology, Lippincott, p 1212 – 1239
6. **Trương Thế Quý** (2005), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ngộ độc cấp Aconitum", luận văn thạc sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội
7. **Greene RL et al** (2007), "Relative safety of hyperinsulinaemia euglycaemia therapy in the management of calcium channel blocker overdose" a prospective observational study – Pub med.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỬ TRONG ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG TUYẾN ỨC Ở BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ

Phùng Anh Tuấn*, Bùi Văn Giang**, Mai Văn Viện***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh tổn thương tuyến ức (u và tăng sản) và đánh giá giá trị của CHT trong chẩn đoán u tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 43 bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức, u tuyến ức chia 2 nhóm u (26) và không u (17). So sánh tần suất xuất hiện các dấu hiệu trên phim giữa 2 nhóm. Tính chỉ số CSR. Đánh giá giá trị của CHT trong chẩn đoán u tuyến ức bằng tính độ nhạy, độ đặc hiệu, vẽ đường cong ROC và tính điểm cắt tối ưu. **Kết quả:** Các dấu hiệu vị trí dọc (trên-dưới), ngang (giữa-phải, trái), hình dạng (hình tuyến-khối), hoại tử nang, suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha có giá trị phân biệt u và không u. CSR nhóm u $1,01 \pm 0,06$. CSR nhóm không u $0,64 \pm 0,11$. AUROC của CSR là 0,977. Điểm cắt tối ưu là 0,825, với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 94,1%. **Kết luận:** CHT có giá trị phân biệt u tuyến ức với tăng sản.

Từ khóa: u tuyến ức, tăng sản tuyến ức, bệnh nhược cơ, cộng hưởng tử, CSR

SUMMARY

THE THYMIC FEATURE CHARACTERISTICS AND ROLE OF MRI IN THE EVALUATION OF THYMIC LESION IN PATIENTS WITH MYASTHENIA GRAVIS

Objective: To describe the MRI characteristics of the thymoma, thymic hyperplasia and to evaluate the role of MRI in diagnosis of thymoma in myasthenia gravis (MG) patients. **Material and method:** 43 MG patients, who underwent thymectomy were pathologically divided into the thymoma (26) and the non thymoma groups (17). Differences in images characteristics between two groups were evaluated. Calculating CSR of each group. Discrimination abilities were determined according to the ROC with computation of optimal cut-off points. **Results:** The signs: location, position, cyst and necrosis, decrease intensity signal at chemical shift MRI could be used to differentiate thymoma from normal and hyperplasia of thymus. The CSR was 0.64 ± 0.11 in the hyperplasia group and was 1.01 ± 0.06 in the thymoma group. The AUROC of CSR was 0,977 (optimal cut-off point 0.825) with Se 100%, Sp 94.1%. **Conclusion:** Chemical shift MRI is usefull for distinguishing thymoma from thymic hyperplasia.

*Bệnh viện Quân y 103.

**Trường Đại học Y Hà Nội

*** Viện nghiên cứu y dược lâm sàng 108.

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Anh Tuấn

Email: phunganhtuanbv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2017

Ngày duyệt bài: 7.3.2017

Keywords: thymoma, thymic hyperplasia, myasthenia gravis, MRI, CSR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ là một bệnh tự miễn mắc phải do cơ thể người bệnh sinh ra các tự kháng thể kháng lại các receptor acetylcholin (AChR) ở màng sau xi náp các khớp thần kinh cơ. Tuyến ức đóng một vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh. Khoảng 70% bệnh nhân nhược cơ có tăng sản tuyến ức, và khoảng 10-15% bệnh nhân có u tuyến ức. Tuyến phát hiện sớm các tổn thương này có vai trò rất quan trọng trong điều trị bệnh, nhất là chỉ định ngoại khoa. Hiện nay, hay sử dụng nhất là chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực. Việc phân biệt dựa trên những đánh giá về hình thái. U tuyến ức là một khối mô mềm khu trú. Tuyến ức tăng sản biểu hiện một hình tuyến to lan tỏa cả hai thùy. Tuy nhiên trong một số trường hợp, u tuyến ức có thể biểu hiện như một tuyến ức to lan tỏa và tăng sản có dạng một khối mô mềm khu trú [1]. Trong các trường hợp này, cộng hưởng tử (CHT) đã được sử dụng trên thế giới để chẩn đoán phân biệt [2]. Tuy nhiên ở Việt nam, chưa có những nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu: mô tả một số đặc điểm hình ảnh u và tăng sản tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ trên phim CHT và đánh giá giá trị của cộng hưởng tử trong chẩn đoán u tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 43 bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức, u tuyến ức tại Bệnh viện Quân y 103 và Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 8/2014 đến 7/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả cắt ngang.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

+ Các bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ, được phẫu thuật cắt bỏ tuyến ức, u tuyến ức và có kết quả giải phẫu bệnh.

+ Tất cả bệnh nhân được chụp CHT tuyến ức theo một quy trình thống nhất. Hình ảnh được lưu giữ dưới dạng DICOM.

+ Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

- Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Các bệnh nhân hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

+ Chụp CHT tuyến ức không đủ các xung theo quy trình.

+ Không có kết quả giải phẫu bệnh.

3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS. So sánh tần suất xuất hiện các dấu hiệu trên phim, so sánh sự khác biệt giá trị CSR giữa 2 nhóm u và không u. Vẽ đường cong ROC, tính diện tích dưới đường cong, xác định điểm cắt tối ưu, độ nhạy, độ đặc hiệu.

- 43 bệnh nhân nghiên cứu bao gồm 16 nam (37,2%), 27 nữ (62,8%), gồm 26 u tuyến ức, 15 tăng sản và 2 trường hợp tuyến ức bình thường.

- Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 43,67±13,45, thấp nhất 19, cao nhất 68. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u là 50,65±9,55, của nhóm bệnh nhân tăng sản là 33±11,51, p<0,0001. Độ tuổi trung bình của nam là 43,38±12,30, của nữ là 43,85±14,32, p=0,912.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

2.1. Các dấu hiệu phân biệt u và không u, tăng sản và bình thường

Đặc điểm hình ảnh	U	Không u	P	Tăng sản	Tồn tại	P
Vị trí dọc Trên Dưới	12 14	16 1	0,001	14 1	2 0	1,000
Vị trí chiều ngang Giữa Phải, trái	4 22	13 4	<0,0001	12 3	1 1	0,426
Hình dạng Hình tuyến Hình khối mô mềm	2 24	13 4	<0,0001	11 4	2 0	1,000
Hoại tử, nang Có Không	12 14	0 17	0,001	-	-	-
Suy giảm tín hiệu Có Không	0 26	14 3	<0,0001	13 2	1 1	0,331
Cường độ T1 Lớn hơn cơ nhỏ hơn mỡ Khác (<cơ, bằng mỡ)	23 3	14 3	0,666	13 2	1 1	0,331
Cường độ T2 Lớn hơn cơ nhỏ hơn mỡ Bằng mỡ	24 2	14 3	0,369	13 2	1 1	0,331
Cường độ T2 xóa mỡ Cao Bình thường	26 0	10 7	0,001	9 6	1 1	1,000

Các dấu hiệu vị trí, hình dạng, hoại tử nang, suy giảm tín hiệu có ý nghĩa phân biệt u và không u nhưng không có ý nghĩa phân biệt tăng sản và bình thường

2.2. Các đặc điểm khối mô mềm trên phim

Đặc điểm khối (28 khối)	U (24)	Tăng sản (4)	p
Hình Tròn, bầu dục Mảng	23 1	4 0	1,000
Bờ Nhẵn Múi thùy	13 11	4 0	0,132
Bao xơ Có Không	23 1	3 1	0,270
Chảy máu Cấp và bán cấp Không	13 11	0 4	0,102
Kích thước Dài (mm) Rộng (mm) Dày (mm)	42,12±15,10 25,71±7,19 49,50±17,72	32±11,16 18,75±4,85 50±18,45	0,214 0,076 0,959

Các trường hợp tăng sản dạng khối không có sự khác biệt với u

2.3. Các đặc điểm hình tuyến trên phim

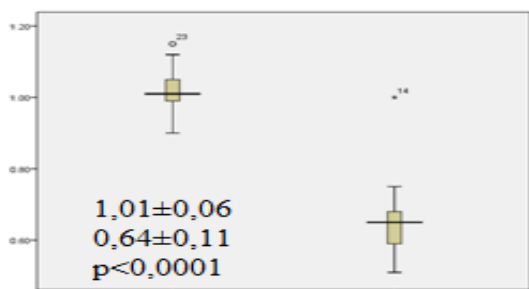
Đặc điểm tuyến (15)		U (2)	Tăng sản (11)	Tôn tại (2)	P
Thùy to	Phải	0	1	1	1,000
	Trái	2	10	1	
Hình	Tam giác	0	5	0	0,524
	Hai thùy	2	6	2	
Cạnh	Lồi	2	7	2	1,000
	Thẳng	0	4	0	
Nốt mô mềm	Có	2	9	1	1,000
	Không	0	2	1	
Kích thước	Dày	12,5±0,70	12,09±0,94	13,5±7,77	0,872
	Rộng	53±11,31	53±9,89	53±9,89	

Các trường hợp u có dạng tuyến ức to lan tỏa không khác biệt với tuyến ức tăng sản

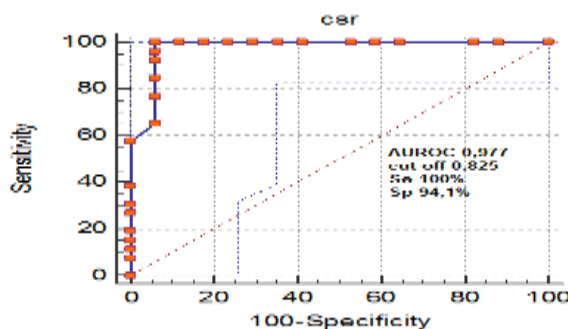
3. Giá trị của CHT trong chẩn đoán u tuyến ức

Kết quả CHT	Kết quả mô bệnh		Tổng
	U	Không u	
U	26	1	27
Không U	0	16	16
Tổng	26	17	43

Se 100%, Sp 94,11%



Biểu đồ 1: Giá trị CSR 2 nhóm



Biểu đồ 2: Đường cong ROC

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: Độ tuổi các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như trong các nghiên cứu trước đây của Popa và Inaoka [1],[2]. Chúng tôi cũng thống nhất với các tác giả trên là bệnh nhân u tuyến ức thường nhiều tuổi hơn bệnh nhân không có u Ngược lại, không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ.

2. Đặc điểm hình ảnh tổn thương tuyến ức

2.1. Các dấu hiệu phân biệt u và không u, tăng sản và bình thường

Kết quả ở bảng 2.1 đưa ra các thông số thể hiện sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân u và không u tuyến ức. Tuyến ức tăng sản nằm ở vị trí giải phẫu của tuyến. Hay gặp nhất là tại đường giữa, ngay sau xương ức và trước quai động mạch chủ. U thường nằm ở vị trí bình thường của tuyến nhưng có thể phát triển ở các vị trí khác. Priola [3] thấy tất cả các tăng sản tuyến ức đều ở trung thất trên, 3/22 u tuyến ức ở trung thất dưới. Các nghiên cứu Kyung-Jae

Jung, Yeon Joo Jeong, McErlean A [4] cho thấy đa số u tuyến ức nằm lệch phải hoặc trái, u ở đường giữa chỉ chiếm tỷ lệ <math>< 25\%</math>.

Cường độ tín hiệu tuyến ức trên phim CHT được đánh giá bằng cách so sánh với cơ thành ngực và lớp mỡ trung thất. Cường độ T1 của tuyến có tín hiệu trung gian và tăng dần theo tuổi. T2 có tín hiệu cao ở tất cả các lứa tuổi. Các khối u tuyến ức có cường độ tín hiệu tương tự. Trên T2, u có thể có các vùng tín hiệu cao do nang. Trên T1, cường độ tín hiệu vùng nang thay đổi do hàm lượng protein và chảy máu [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số tuyến và u tuyến ức có cường độ lớn hơn cơ và nhỏ hơn mỡ. Cường độ trên cả 2 chuỗi xung không có ý nghĩa trong việc phân biệt u hoặc không u. Ngược lại, do tuyến ức có hiện tượng thâm nhiễm mỡ mạnh nên trên chuỗi xung T2 xóa mỡ, tuyến thường có tín hiệu thấp. U tuyến ức do không có mỡ nên có tín hiệu cao. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê gợi ý chuỗi xung này có giá trị trong phát hiện u.

Các chuỗi xung đồng pha nghịch pha là chuỗi xung CHT rất nhạy trong phát hiện mỡ vi thể. Đối với các tổ chức có cả mỡ và nước, do sự khác nhau giữa tần số cộng hưởng của các nguyên tử H trong phân tử nước và mỡ nên có sự suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha so với hình đồng pha. Hiện tượng này đã được ứng dụng nhiều trong phân biệt các khối u, nhất là u tuyến thượng thận. Đối với tuyến ức, các nghiên cứu đã chỉ ra u không có mỡ, trong khi tăng sản có hiện tượng thâm nhiễm mỡ mạnh ở người trưởng thành [1],[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hiện tượng suy giảm tín hiệu có giá trị phân biệt u và không u với $p < 0,0001$.

Ngược lại, bảng 2.1 cũng cho thấy các dấu hiệu này không có giá trị trong phân biệt tuyến ức tăng sản và bình thường. Tăng sản tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ là tăng sản lympho với biểu hiện là sự xuất hiện của các nang lympho, các trung tâm mầm ở vùng tủy. Đây là đặc điểm trên vi thể. Trên đại thể, tuyến không có sự thay đổi gì so với tuyến ức bình thường và không phát hiện được trên phim.

2.2. Đặc điểm các khối mô mềm và các hình tuyến trên phim

Bảng 2.2 nêu ra các đặc điểm trên phim của 24 trường hợp u tuyến ức và 4 tăng sản có dạng khối mô mềm. Do chụp trực tiếp trên cả bình diện axial và sagital nên kích thước khối u được xác định trên cả 3 bình diện. Kết quả ở bảng cho thấy không có sự khác biệt kích thước giữa 24 khối mô mềm u và 4 khối tăng sản.

Trong số 24 khối u tuyến ức, có tới 23 khối có hình tròn hoặc bầu dục, 13 khối bờ nhẵn đều. Mặc dù các khối u tuyến ức đều có thể ác tính, các nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân nhược cơ, rất hiếm ác tính. Theo Takahashi [6], đa số u tuyến ức có vỏ bao hoàn toàn hoặc một phần. Vỏ bao kết hợp với các dải xơ chia u thành các tiểu thùy. Việc thấy được vỏ bao và các vách xơ này gợi ý tổn thương mô học không tiến triển. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 23 u tuyến ức có bao xơ gần hoàn toàn hoặc một phần. Mặt khác do bệnh nhân đến khám bệnh vì triệu chứng nhược cơ, đa số các khối u đều nhỏ. Chỉ có 1 trường hợp khối u có kích thước trên 80mm.

Có 13 khối u trong nghiên cứu của chúng tôi có hiện tượng chảy máu. Các trường hợp này chảy máu ở giai đoạn cấp hoặc bán cấp với biểu hiện các ổ đồng hoặc tăng tín hiệu trên T1 kết hợp giảm hoặc tăng tín hiệu trên T2. Các trường hợp chảy máu mãn với biểu hiện giảm tín hiệu trên cả T1 và T2 không đánh giá vì nhầm với

giảm tín hiệu của các nốt vôi hóa vốn hay gặp trong u tuyến ức.

Theo kết quả ở bảng 2.3, không có sự khác biệt các đặc điểm hình ảnh giữa các trường hợp tăng sản, bình thường và các trường hợp u có hình dạng tuyến ức to lan tỏa. Theo Baron [7], thùy trái thường to hơn thùy phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 13/15 trường hợp tuyến to thùy trái. Cũng theo Baron, trong số các kích thước của tuyến ức, chỉ có kích thước chiều dày của tuyến có ý nghĩa. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuyến ức tăng sản có chiều dày $12,09 \pm 0,94$ mm. Kết quả này cũng tương tự như đánh giá của các tác giả khác [1],[2]. Khi chiều dày tuyến ức trên 13mm ở người trưởng thành có thể coi là tăng sản.

Giá trị CSR: Các thông số ở bảng 2.2 và 2.3 cho thấy khi tuyến ức tăng sản có dạng 1 khối mô mềm khu trú hoặc khi u tuyến ức có dạng to lan tỏa thì các đặc điểm trên phim không giúp ích cho việc phân biệt. Trong các trường hợp này, hiện tượng suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha so với hình đồng pha CHT rất có giá trị. Hiện tượng này có thể định tính bằng quan sát trực tiếp và có thể định lượng bằng cách tính chỉ số CSR. Các nghiên cứu của Park BK, Israel GM đã khẳng định quan sát định tính hiện tượng suy giảm tín hiệu không chính xác bằng đo định lượng trong đánh giá u thượng thận. Theo biểu đồ 2, giá trị CSR ở nhóm u là $1,01 \pm 0,06$, nhóm không u là $0,64 \pm 0,11$. Sự khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Giá trị của CHT trong chẩn đoán u tuyến ức: Sử dụng cả các thông số định tính và giá trị định lượng CSR để phân biệt u và không u tuyến ức. Kết quả ở bảng 3 cho thấy trong nghiên cứu này, CHT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 94,11% trong chẩn đoán u tuyến ức.

Biểu đồ 3 cho thấy đường cong ROC của giá trị CSR với AUROC 0,977. Điểm cắt tối ưu theo Youden của giá trị CSR là 0,825. Tại điểm cắt này CHT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 94,1% trong việc phân biệt u và không u tuyến ức.

Tsutomu Inaoka [2] nghiên cứu 41 bệnh nhân (23 tăng sản và 18 u tuyến ức) thấy sử dụng giá trị CSR CHT chẩn đoán chính xác 100% và không có trường hợp nào vượt ngưỡng. Nghiên cứu của Priola [3] đánh giá CHT có độ chính xác 97,6%.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm u và tăng sản tuyến ức

- Các dấu hiệu vị trí (trên-dưới, giữa-lệch phải, trái), hình khối mô mềm khu trú, hoại tử nang và không có hiện tượng suy giảm tín hiệu

trên hình nghịch pha có ý nghĩa phân biệt u và tăng sản.

- 92,3% u có dạng khối mô mềm, 95,8% khối u hình tròn hoặc bầu dục, 54,2% bờ nhẵn, 95,8% thấy vỏ bao, 70,8% thấy vách xơ, 54,2% có chày máu. Các khối u có kích thước: dài 36mm, rộng 25mm, dày 46,5mm. CSR $1,01 \pm 0,06$.

- 73,3% tăng sản có hình dạng tuyến, 63,7% có cạnh lõm, 81,8% có các nốt mô mềm trên bề mặt tuyến. Tuyến tăng sản dày 12mm, rộng 47mm. CSR $0,64 \pm 0,11$.

2. Giá trị của CHT: Sử dụng giá trị CSR vẽ đường cong ROC, AUROC 0,977, cut off CSR 0,825. Se 100%, Sp 94,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. Popa, E. M. Preda, C. Scheau et al (2012).** Updates in MRI characterization of the thymus in myasthenia patients. *Journal of Medicine and Life*, 5(2), 206-210.
2. **Tsutomu Inaoka, Koji Takahashi, Masayuki Mineta et al (2007).** Thymic hyperplasia and

thymus gland tumors: Differentiation with chemical shift MR imaging. *Radiology*, 243(3), 869-876.

3. **Priola AM, Priola SM, Gned D et al (2016).** Comparison of CT and chemical-shift MRI for differentiating thymoma from non-thymomatous conditions in myasthenia gravis: value of qualitative and quantitative assessment. *Clinical radiology*, 71(3), 157-169.
4. **McErlean A, Huang J, Zabor EC, Moskowitz CS et al (2013).** Distinguishing benign thymic lesions from early-stage thymic malignancies on computed tomography. *Journal of thoracic oncology: official publication of the International Association for the Study of Lung Cancer*, 8(7), 967-973.
5. **G. popa, I. G. Lupescu, Georgescu SA (2011).** The thymus in myasthenic patients: CT-pathologic correlation. *ECR 2011/C-0751*.
6. **Takahashi K and Al-Janabi NJ (2010).** Computed tomography and magnetic resonance imaging of mediastinal tumors. *Journal of magnetic resonance imaging: JMRI*, 32(6), 1325-1339.
7. **Baron RL, Lee JK, Sagel SS et al (1982).** Computed tomography of the normal thymus. *Radiology*, 142(1), 121-125.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TUỔI TÁC VÀ TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG Ở BỆNH NHÂN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Quang *

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm tuổi tác và tình trạng rối loạn cương dương (RLCD) ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt (PĐLT TTL) có chỉ định phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm tất cả nam bệnh nhân tuổi từ 40 trở lên được chẩn đoán PĐLT TTL có chỉ định phẫu thuật nội soi qua niệu đạo được điều trị tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu Bệnh viện Việt Đức từ tháng 9 năm 2015 đến hết tháng 8 năm 2016 thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả. Chọn cỡ mẫu thuận tiện không xác suất. Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Phân tích tình trạng rối loạn cương dương và các mức độ rối loạn cương dương có liên quan đến tuổi. Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết quả:** Tỷ lệ Rối loạn cương dương ở bệnh nhân Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật là rất cao 73,1%, điểm IIEF-5 trung bình $11,22 \pm 10,18$. Trong đó rối loạn cương dương mức độ nặng chiếm đến 46,2%, RLCD trung bình là 4,3%, RLCD

nhẹ đến trung bình 10,8%, RLCD nhẹ 11,8%. Rối loạn cương dương tăng theo tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ rối loạn cương dương càng tăng với $p = 0,018 < 0,05$. Mức độ nặng của rối loạn cương dương cũng tăng theo tuổi với $p = 0,008 < 0,05$. **Kết luận:** Cũng giống như ở quần thể chung, ở nhóm bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt, rối loạn cương dương tăng theo tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ rối loạn cương dương càng tăng; mức độ nặng của rối loạn cương dương cũng tăng theo tuổi.

Từ khóa: Rối loạn cương dương, phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

SUMMARY

AGING CHARACTER AND ERECTILE DYSFUNCTION IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Purpose: To evaluate aging character and erectile dysfunction (ED) condition in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH) treated surgically with transurethral resection of the prostate (TURP). **Patients and method:** A prospective study was carried out on 93 patients with BPH treated with TURP at Department of Urology (Vietnam - Germany hospital) from September 2015 to August 2016. Erectile dysfunction and its severity were analyzed in accordance with age of the patients. A significance level set at or below 5%. **Results:** The rate of ED in patients with surgically operated BPH was 73.1%,

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang

Email: quangvietduc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2017

Ngày duyệt bài: 9.3.2017

higher than that of common population, mean IIEF-5 was 11.22 ± 10.18 . The rates of severe ED, moderate, mild to moderate ED, mild ED were 46.2%, 4.3%, 10.8%, 11.8%; respectively. The rate of ED increased with age ($p=0.018$) and the severity of ED also increased with age ($p=0.008$). **Conclusion:** In patients with BPH, the rate of ED and the severity of ED increased with age as seen in common population.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phì đại lành tính tuyến tiền liệt (PĐLT TTL) là sự tăng sinh không ác tính của mô đệm và biểu mô tuyến làm cho tuyến to lên. Với những trường hợp nặng, tuyến có thể tăng lên gấp 10 lần bình thường ở nam giới trưởng thành. Thường sau vài chục năm, PĐLT TTL mới gây ra các triệu chứng liên quan trên bệnh nhân. Tuy nhiên, cho đến tuổi 60 có tới 50% nam giới bị PĐLT TTL [1]. Rối loạn cương dương là một tình trạng khá phổ biến ở nam giới. Theo nghiên cứu của Feldman và cộng sự (CS) được tiến hành tại Massachusetts Male Aging Study (MMAS) Hoa Kỳ cho thấy 52% đàn ông Mỹ bị RLCD ở các mức độ khác nhau, tỷ lệ mắc là 39% ở tuổi 40, 48% ở tuổi 50, 57% ở tuổi 60, 67% ở tuổi 70 và lên tới 75% ở tuổi 80 [2]. Theo McKinlay và CS ước tính đến năm 2025 có khoảng 322 triệu người bị RLCD trên toàn thế giới [3]. Tại Việt Nam theo công trình nghiên cứu của Phạm Văn Trịnh thì tỷ lệ RLCD là 15,7% ở nam giới trên 20 tuổi [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu về tình trạng RLCD theo tuổi ở những nhóm bệnh nhân riêng biệt như bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt không nhiều.

Chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá đặc điểm tuổi tác và tình trạng rối loạn cương dương ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bao gồm tất cả nam bệnh nhân tuổi từ 40 trở lên được chẩn đoán Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật nội soi qua niệu đạo được điều trị tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu Bệnh

viện Việt Đức từ tháng 9 năm 2015 đến hết tháng 8 năm 2016 thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Phì đại lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật nội soi; bệnh nhân chưa can thiệp phẫu thuật tuyến tiền liệt; Tuổi từ 40 trở lên, có vợ hoặc bạn tình, có quan hệ tình dục đều và sống cùng vợ hoặc bạn tình trên 3 tháng; Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

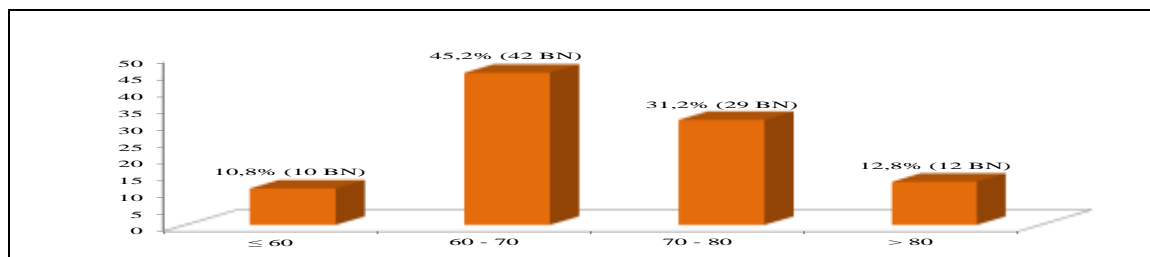
Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân nặng không thể tham gia được nghiên cứu (bệnh nhân không thể đi lại hay tự phục vụ được); bệnh nhân trí tuệ kém hay sa sút (trả lời câu hỏi chậm hay không chính xác), điếc hay nghe kém; có bệnh lý cột sống, tâm thần, bị dị tật cơ quan tiết niệu sinh dục... ảnh hưởng đến RLCD; bệnh nhân đã phẫu thuật Tuyến tiền liệt, có phẫu thuật hoặc chấn thương vùng chậu; bị các bệnh lý mạn tính khác làm ảnh hưởng đến chức năng cương dương như: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh gan, suy thận mạn chạy thận chu kỳ....

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả. Chọn cỡ mẫu thuận tiện không xác suất. Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Mức độ RLCD theo 5 câu hỏi được chia theo điểm số IIEF-5 (Không RLCD: 22-25 điểm, RLCD nhẹ: 17-21 điểm, RLCD nhẹ đến trung bình: 12-16 điểm, RLCD trung bình: 8-11 điểm, RLCD nặng: 1-7 điểm).

Số liệu nghiên cứu được xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Các phân tích có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

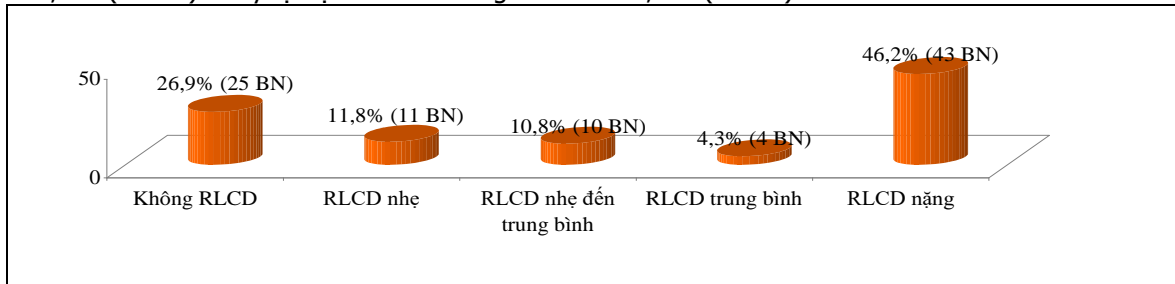
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 9 năm 2015 đến hết tháng 8 năm 2016 chúng tôi chọn được 93 bệnh nhân PĐLT TTL được điều trị Phẫu thuật nội soi (trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình $58,05 \pm 31,78$ gam) tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu Bệnh viện Việt Đức đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.



Biểu đồ 1. Đặc điểm nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

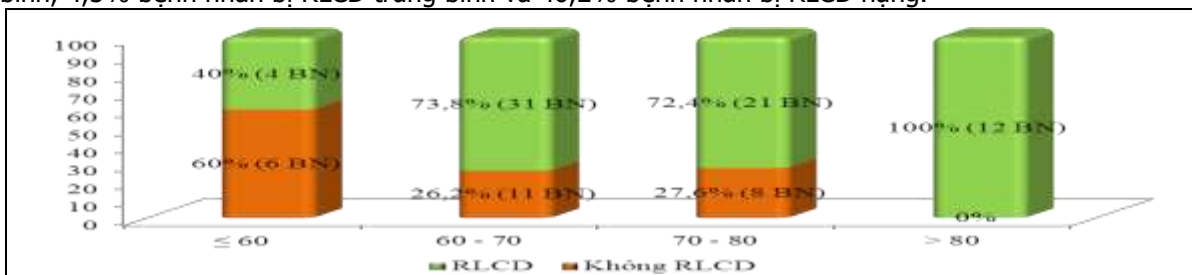
Trong 93 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình $69,62 \pm 8,02$. Tuổi nhỏ nhất 53, tuổi lớn nhất 88, nhóm gặp nhiều nhất 61 – 70 tuổi chiếm 45,2%, sau đó đến nhóm 71 – 80 tuổi là 31,2%, nhóm > 80 tuổi là 12,8% và ít nhất là nhóm ≤ 60 tuổi là 10,8%.

Điểm IIEF-5 trung bình trước mổ của nhóm nghiên cứu là $11,22 \pm 10,18$, tỷ lệ bệnh nhân bị RLCD là 73,1% (68 BN) và tỷ lệ bệnh nhân không RLCD là 26,9% (25 BN).



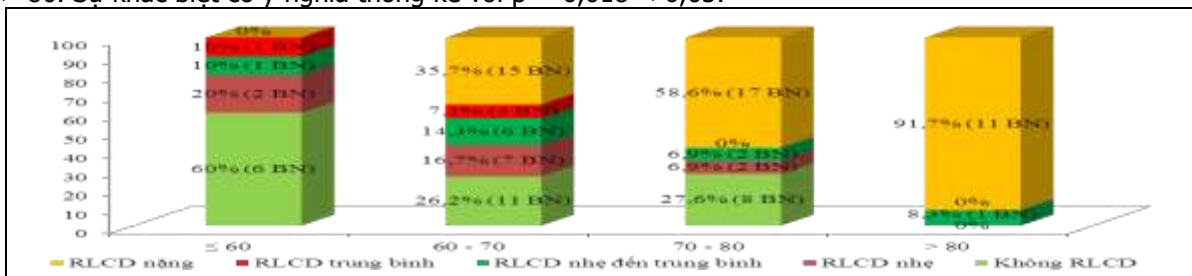
Biểu đồ 2. Mức độ RLCD trước phẫu thuật.

Kết quả có 26,9% bệnh nhân không bị RLCD, 11,8% bị RLCD nhẹ, 10,8% bị RLCD nhẹ đến trung bình, 4,3% bệnh nhân bị RLCD trung bình và 46,2% bệnh nhân bị RLCD nặng.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ RLCD theo tuổi.

Tỷ lệ RLCD tăng dần theo tuổi. Từ 40% ở tuổi ≤ 60 tăng lên 73,8% ở tuổi 61 – 70 và 100% ở tuổi > 80. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,018 < 0,05$.



Biểu đồ 4. Mức độ RLCD theo nhóm tuổi

RLCD mức độ nặng cũng tăng theo tuổi. Ở tuổi ≤ 60 không có bệnh nhân bị RLCD nặng, đến tuổi 61 – 70 tỷ lệ RLCD nặng tăng lên 35,7%, đến tuổi 71 – 80 tăng lên 58,6% và tăng lên đến 91,7% ở tuổi > 80. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,008 < 0,05$.

V. BÀN LUẬN

Đối với nam giới cao tuổi, bệnh lý Tuyến tiền liệt (TTL) chiếm một phần đáng kể. Từ lúc sinh ra đến khi dậy thì, TTL ít thay đổi về kích thước. Nhưng sau dậy thì, thể tích TTL tăng nhanh tới 30 tuổi (mỗi năm tăng thêm khoảng 1,6 gam). Theo Barry và CS năm 1984: nam giới phát hiện bệnh lý TTL khi mổ tử thi tăng lên theo tuổi (sau 40 tuổi), 50% bị phì đại lành tính TTL từ 51 – 60 tuổi, 90% bị ở tuổi trên 80. Theo nghiên cứu của bệnh viện John Hopkins: cắt bỏ TTL ở 707 bệnh nhân: trọng lượng TTL tăng theo tuổi từ sau 50 tuổi, người từ 31 – 50 tuổi thời gian nhận đôi khối lượng TTL là 4,5 năm. Từ 55 – 70 tuổi thời

gian nhận đôi của trọng lượng tuyến là 10 năm.

Theo Trần Đức Thọ và CS đã tiến hành điều tra dịch tễ học ở 4 vùng dân cư về phì đại lành tính TTL ở nam giới > 50 tuổi. Bằng thăm khám trực tràng đã phát hiện tỷ lệ mắc bệnh cao: tại xã Chu Phan - huyện Mê Linh - Hà Nội là 56,18%, tại phường Phương Mai - Đống Đa - Hà Nội là 74,8% [5]. Theo công trình nghiên cứu của Viện Lão Khoa Quốc Gia tại 3 vùng Bắc, Trung, Nam của Việt Nam cho thấy: tỷ lệ PĐLT TTL ở nam giới nhóm tuổi 60 – 74 là 60,5%, tỷ lệ này tăng lên đến 73,1% ở độ tuổi ≥ 75 [5].

Rối loạn cương dương ngày càng được biết đến nhiều và nhận được ngày càng nhiều sự

quan tâm của cộng đồng. Rối loạn cương dương ở bệnh nhân Phi đại lành tính tuyến tiền liệt nói riêng và bệnh nhân cao tuổi nói chung ngày càng được quan tâm để nâng cao chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

Trước phẫu thuật tỷ lệ RLCD chung trong nhóm là 73,1% với điểm IIEF-5 trung bình là $11,22 \pm 10,18$, không RLCD chiếm 26,9%. Trong đó mức độ RLCD nhẹ là 11,8%, RLCD nhẹ – trung bình là 10,8%, RLCD trung bình là 4,3% và RLCD nặng chiếm đến 46,2%.

Nhìn chung tỷ lệ RLCD ở bệnh nhân bị Phi đại lành tính tuyến tiền liệt (từ 58,7% đến 93,4%) cao hơn so với các đối tượng khác trong quần thể, như theo Phạm Văn Trinh là 15,7% [4]. Báo cáo của viện sức khỏe quốc gia Mỹ đã tổng kết tỷ lệ mắc bệnh trên những người đàn ông từ 21 tuổi đến ngoài 70 tuổi: ở Mỹ là 18%, Châu Âu 17%, Châu Á 14%, Vùng Đông Nam Á 10%, Trung Quốc 28%. Nguyên nhân là do bệnh nhân phẫu thuật Phi đại lành tính tuyến tiền liệt có tuổi cao hơn các nhóm đối tượng khác.

Trong nhóm nghiên cứu 93 bệnh nhân có tuổi trung bình $69,62 \pm 8,02$ (nhỏ nhất 53 tuổi và lớn nhất 88 tuổi), nhóm gặp nhiều nhất 61 – 70 tuổi chiếm 45,2%, sau đó đến nhóm 71 – 80 tuổi là 31,2%, nhóm > 80 tuổi là 12,8% và ít nhất là nhóm còn trẻ ≤ 60 tuổi chiếm 10,8%.

Ở Việt Nam, công trình nghiên cứu của Phạm Văn Trinh cho thấy RLCD tăng rõ rệt theo tuổi: 10,8% ở tuổi 18-30, 44% ở tuổi 40-45, và 57% ở tuổi > 60 [4].

Nghiên cứu trên 93 bệnh nhân có tuổi trung bình là $69,62 \pm 8,02$, trong đó tuổi nhỏ nhất là 53 tuổi và lớn nhất là 88 tuổi. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng tỷ lệ RLCD tăng dần theo tuổi: ở nhóm tuổi ≤ 60 tỷ lệ RLCD là 40%, sau tăng lên 73,8% ở nhóm 61 – 70 tuổi và 72,4% ở nhóm 71 – 80 tuổi nhưng đến tuổi > 80 thì 100% bệnh nhân bị RLCD, Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,018 < 0,05$. Mức độ nặng theo nghiên cứu của chúng tôi cũng tăng dần theo nhóm tuổi. Ở nhóm tuổi ≤ 60 không có bệnh nhân nào bị RLCD nặng, nhưng đến tuổi 61 – 70 có tới 35,7% số bệnh nhân bị RLCD nặng và tăng lên đến 58,6% số bệnh nhân bị RLCD nặng ở nhóm 71 – 80 tuổi, cho đến nhóm > 80 tuổi thì có tới 91,7% số bệnh nhân bị RLCD nặng. Sự tăng nặng mức độ RLCD theo tuổi có ý nghĩa thống kê với $p = 0,008 < 0,05$.

Theo nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước thì tỷ lệ cương dương cũng tăng dần theo tuổi. Theo Sato và CS năm 1995 nghiên cứu trên 3490 nam, đã có vợ tuổi từ 20 – 90 ở Nhật

cho thấy: tỷ lệ RLCD là 2,5% ở tuổi 20 – 44, 10% ở tuổi 45 – 59, 23% ở tuổi 60 – 64, 30,4% ở tuổi 65 – 69, 44,3% ở tuổi ≥ 70 . Theo Wang và CS nghiên cứu năm 1997 trên 1258 người ≥ 40 tuổi ở Thượng Hải (Trung Quốc) có 32,8% bệnh nhân bị RLCD ở tuổi 40 – 49, 36,4% ở tuổi 50 – 59, 74,2% ở tuổi 60 – 69 và lên đến 86,3% ở những người ≥ 70 tuổi. Ở Việt Nam theo nghiên cứu của Phạm Văn Trinh và CS [4] trên 764 nam đã có vợ thì tỷ lệ RLCD ở nhóm 18 – 30 tuổi là 10,8%, ở nhóm 40 – 45 tuổi tăng lên 44% và tăng lên tới 57% ở nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Như vậy cũng giống như các tác giả nêu trên thì tuổi càng cao là một yếu tố làm gia tăng tỷ lệ RLCD.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ Rối loạn cương dương ở bệnh nhân Phi đại lành tính tuyến tiền liệt có chỉ định phẫu thuật là rất cao 73,1%, điểm IIEF-5 trung bình $11,22 \pm 10,18$. Trong đó Rối loạn cương dương mức độ nặng chiếm đến 46,2%, Rối loạn cương dương trung bình là 4,3%, Rối loạn cương dương nhẹ đến trung bình 10,8%, Rối loạn cương dương nhẹ 11,8%.

Cũng giống như ở quần thể chung, ở nhóm bệnh nhân phi đại lành tính tuyến tiền liệt, rối loạn cương dương tăng theo tuổi, tuổi càng cao tỷ lệ rối loạn cương dương càng tăng với $p = 0,018 < 0,05$. Mức độ nặng của rối loạn cương dương cũng tăng theo tuổi với $p = 0,008 < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lawson R.K (1984)**. Preliminary characterization and evaluation of techniques for the isolation of prostate – derived growth factor in: new approaches to the study of benign prostatic hyperplasia. *New York. Alan R Liss*. 197 – 216.
2. **Nguyễn Quang (2012)**. Bệnh Học Nam Khoa Cơ Bản. Nhà xuất bản Y học.
3. **Mckinlay J, O'Donnell A, Araujo A (2004)**. The health of normally aging men: Massachusetts Male Aging Study (1987 – 2004). *Exp Gerontol*. 39(7), 975 – 84.
4. **Phạm Văn Trinh (1997)**. Điều tra dịch tễ học về rối loạn cương dương trên 764 nam giới bình thường. *Kỷ yếu hội nội tiết học*, 11 – 19.
5. **Trần Đức Thọ, Đỗ Thị Khánh Hỷ (2003)**, *Bệnh U Lành Tuyến Tiền Liệt*. Nhà xuất bản Y học.
6. **Pavone C, Abbadessa D, Scaduto G et al (2015)**. Sexual dysfunctions after transurethral resection of the prostate (TURP): evidence from a retrospective study on 264 patients. *Arch Ital Urol Androl*. 2015 Mar 31;87(1):8-13.
7. **Cao Hữu Triều Giang và CS (2015)**. Tần xuất Rối loạn cương dương ở những bệnh nhân nam bị bướu lành tuyến tiền liệt trước khi cắt đốt nội soi tuyến tiền liệt qua ngã niệu đạo. *Y học TP Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản số 3-2013, 345 – 350.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA ĐỘ DÀY LỚP SỢI THẦN KINH VÕNG MẠC VÀ TỔN THƯƠNG THỊ TRƯỜNG TRÊN BỆNH NHÂN GLÔCÔM

Nguyễn Quốc Đạt *

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối tương quan giữa độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc (RNFL= Retinal neuron fiber length) và các chỉ số thị trường (VFI: Chỉ số thị trường, MD: độ lệch trung bình, PSD: độ lệch tiêu chuẩn mẫu) ở 253 mắt của 150 bệnh nhân glôcôm tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Có mối tương quan ý nghĩa thống kê giữa các chỉ số thị trường và độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc (RNFL). Cụ thể: Có mối tương quan thuận giữa các chỉ số VFI với RNFL trung bình ($r = 0.48, p < 0.001$), giữa VFI với RNFL phía dưới ($r = 0.5, p < 0.001$) và giữa VFI với RNFL phía trên ($r = 0.43, p < 0.001$). Có mối tương quan thuận giữa chỉ số MD với RNFL trung bình ($r = 0.46, p < 0.001$), giữa MD với RNFL phía dưới ($r = 0.47, p < 0.001$) và giữa MD với RNFL phía trên ($r = 0.46, p < 0.001$). Có mối tương quan nghịch giữa chỉ số PSD với RNFL trung bình ($r = -0.41, p < 0.001$), giữa PSD với RNFL phía dưới ($r = -0.45, p < 0.001$) và giữa PSD với RNFL phía trên ($r = -0.41, p < 0.001$). **Kết luận:** Sự giảm sút RNFL trung bình, phía trên và phía dưới có mối tương quan chặt chẽ với tổn thương thị trường trên bệnh nhân glôcôm. Vì vậy, việc đánh giá các chỉ số thị trường cùng với việc đo chiều dày RNFL trung bình và ở các phần tư trên, dưới bằng chụp cắt lớp OCT rất có ý nghĩa trong chẩn đoán, theo dõi tiến triển và tiên lượng cho bệnh nhân glôcôm.

Từ khoá: Độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc, các chỉ số thị trường.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN RNFL THICKNESS AND VISUAL FIELD DEFECTS IN GLAUCOMA

Purpose: To study the correlation between retinal nerve fibre layer (RNFL) thickness measured and Visual field indices (VFI, MD, PSD) measured in 253 glaucomatous eyes of 150 patients at the DaNang Eye Hospital. **Method:** Cross sectional and prospective study. **Results:** There was a statistically significant correlation between the visual field indices (VFI = visual field index, MD = mean deviation, PSD = pattern standard deviation) and RNFL thickness. There was a positive correlated between VFI and superior, inferior, average RNFL thickness and VFI ($r = 0.43, r = 0.5, r = 0.48, p < 0.001$ respectively), MD ($r = 0.46, r = 0.47, r = 0.46, p < 0.001$ respectively) and a

negative correlated PSD ($r = -0.41, r = -0.45, r = -0.41, p < 0.001$ respectively). **Conclusion:** The decrease of inferior, superior, average RNFL thickness have a close correlation to visual field defects in the glaucomatous eyes. Therefore, the analysis of visual field indices and measurement of average, superior and inferior average RNFL thickness by OCT are useful in diagnosis, follow up and prognosis of glaucoma. **Key words:** RNFL thickness, Visual field indices

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là bệnh lý tổn thương tiến triển của thị thần kinh đặc trưng bởi những tổn thương cấu trúc lớp thần kinh của võng mạc và thị trường [2]. Hình ảnh giải phẫu vi thể của võng mạc biến đổi theo các giai đoạn của bệnh glôcôm, trong đó độ dày của lớp sợi thần kinh võng mạc thay đổi đáng kể [3]. Sự thay đổi này có liên quan đến các yếu tố của thị trường hay không là một vấn đề luôn luôn có lợi cho chẩn đoán và theo dõi [4]. Trước đây đã có một số khảo sát dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp võng mạc như nghiên cứu năm 2004 của Bagga, H. & Greenfield đã cho thấy thay đổi tuyến tính giữa bề dày võng mạc với chỉ số thị trường [6]. Vậy cụ thể trên bệnh nhân glôcôm tại nước ta thì sự thay đổi này có mối liên quan như thế nào. Mối tương quan giữa cấu trúc và chức năng thị thần kinh trong bệnh glôcôm như thế này hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu được ghi nhận. Việc xác định độ dày của lớp sợi thần kinh võng mạc bằng một phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại, đó là máy chụp cắt lớp võng mạc (OCT = Optical Coherence Tomography) là cần thiết. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu xây dựng và bổ sung thêm tiêu chí đánh giá và theo dõi bệnh glôcôm cho các bác sỹ lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân glôcôm được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng trong 16 tháng, từ tháng 02/2013 đến 07/2015.

2.3. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm trên lâm sàng. Kết quả chụp cắt lớp võng mạc (OCT) và thị trường tin cậy. Thị lực $\geq 20/40$. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2017

Ngày duyệt bài: 22.3.2017

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử đái tháo đường với những tổn thương võng mạc và gai thị mà có kèm theo bệnh glôcôm.

Vấn đục môi trường trong suốt ảnh hưởng đến chất lượng hình ảnh OCT thu được như sẹo giác mạc trung tâm, đục thủy tinh thể nhiều, xuất huyết pha lê thể dày đặc.

Mắt bị chấn thương hoặc phẫu thuật nội nhãn, trừ những phẫu thuật do đục thủy tinh thể hoặc glôcôm 6 tháng trước nghiên cứu. Các bệnh lý thần kinh có ảnh hưởng đến thị trường.

2.5. Quy trình nghiên cứu: 253 mắt bị glôcôm lựa chọn từ bệnh nhân khoa Glôcôm bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

Bệnh nhân được đo thị trường với chiến lược SITA standard, chương trình 24-2 của thị trường kế tự động Humphrey (SAP, Carl Zeiss Meditec,

USA) và chụp OCT với máy OCT (Topcon OCT 1000, USA).

Các biến số thu được từ kết quả đo thị trường: MD, VFI, PSD.

Các biến số thu được từ kết quả chụp OCT: Độ dày trung bình lớp sợi thần kinh (A), độ dày lớp sợi thần kinh các góc phần tư (phía trên = S, phía dưới = I, phía thái dương = T, phía mũi = N), độ dày lớp sợi thần kinh theo múi giờ.

Tất cả các thông số sẽ được phân tích theo chương trình Stata 13.0, hệ số tương quan Pearson(r) [1].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm về giới: Trong 150 bệnh nhân, có 78 nam (52%), và 72 nữ (48%)

3.2. Đặc điểm về tuổi

Bảng 1 Đặc điểm về tuổi

Tuổi	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %
< 20	1	0,67
20-39	16	10,67
40-60	83	55,33
> 60	50	33,33
Tổng cộng	150	100

Nhận xét: lứa tuổi gặp nhiều nhất là trung niên, từ 40 đến 60 tuổi. Trongc mẫu, bệnh nhân trẻ < 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất.

3.3. Các chỉ số thị trường (µm)

Bảng 2 Các chỉ số thị trường

Các chỉ số thị trường	Trung bình	SD	Min	Max
VFI	82,61	27,45	0	100
MD	-7,71	8,23	-32,71	2,89
PSD	4,08	3,01	1,01	13,91

Cả 3 chỉ số thị trường (VFI, MD và PSD) đều giảm sút thể hiện tổn thương thị trường trong bệnh glôcôm.

3.4. Độ dày lớp sợi thần kinh(RNFL) trung bình và các góc 90 (µm)

Bảng 3. Độ dày lớp sợi thần kinh(RNFL) trung bình và các góc 90

RNFL	Trung bình	SD	Min	Max
Trung bình	87,49	17,29	37,25	129,25
Trên	108,35	26,14	34	160
Dưới	108,42	28,88	30	173
Thái dương	60,64	15,54	22	106
Mũi	72,56	17,67	37	172

Độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc đều thay đổi, trung bình chỉ còn mottj nửa chỉ số độ dày của mắt bình thường. Các vùng giảm nhiều là thái dương và mũi.

3.5. Độ dày lớp sợi thần kinh ở các múi giờ (góc 30) (µm)

Bảng 4 Độ dày lớp sợi thần kinh ở các múi giờ(góc 30)

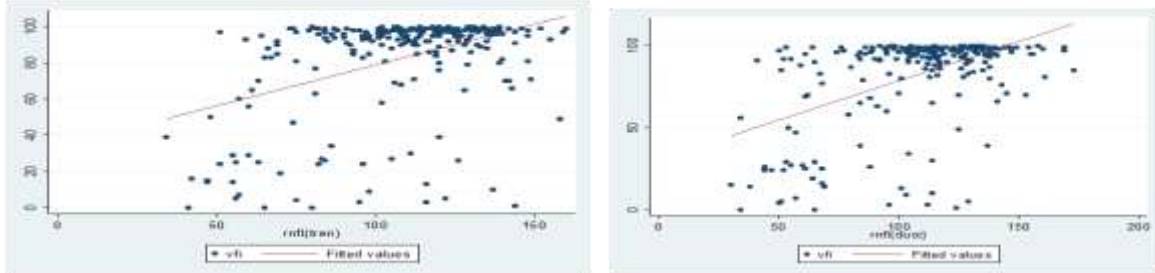
RNFL	Trung bình	SD	Min	Max
12h	113,,4	32,73	9	193
1h	101,37	27,94	24	168
2h	72,57	22,29	21	138
3h	56,75	15,98	3	113
4h	68,63	21,44	24	161
5h	105,28	32,55	27	226
6h	118,26	36,84	10	214
7h	102,10	30,52	20	171

8h	66,5415	20,41	25	160
9h	56,41107	19,03	21	245
10h	78,37154	24,27	16	181
11h	109,5613	29,55	35	181

3.6. Tương quan giữa độ dày lớp sợi thần kinh(RNFL) và các chỉ số thị trường

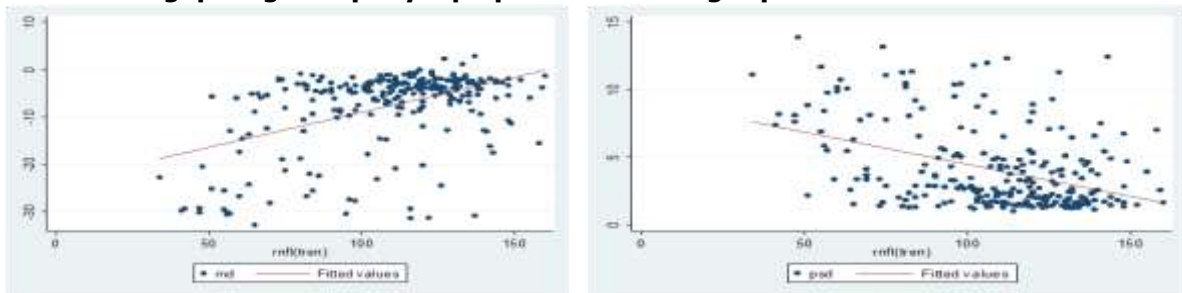
Bảng 5 Tương quan giữa RNFL và các chỉ số thị trường (tính r và p)

RNFL	VFI		MD		PSD	
	r	p	r	p	r	p
Trung bình	0.48	0.000	0.50	0.000	-0.41	0.000
Trên	0.43	0.000	0.47	0.000	-0.41	0.000
Dưới	0.50	0.000	0.52	0.000	-0.45	0.000
Mũi	0.19	0.000	0.18	0.000	-0.12	0.000
Thái dương	0.27	0.000	0.26	0.000	-0.15	0.000
11h	0.38	0.000	0.41	0.000	-0.34	0.000
12h	0.39	0.000	0.42	0.000	-0.4	0.000
1h	0.35	0.000	0.39	0.000	-0.33	0.000
2h	0.24	0.000	0.23	0.000	-0.11	0.000
3h	0.08	0.000	0.04	0.000	-0.02	0.000
4h	0.25	0.000	0.24	0.000	-0.18	0.000
5h	0.42	0.000	0.41	0.000	-0.38	0.000
6h	0.20	0.000	0.21	0.000	-0.18	0.000
7h	0.11	0.000	0.1	0.000	-0.08	0.000
8h	0.21	0.000	0.22	0.000	-0.13	0.000
9h	0.04	0.000	0.05	0.000	-0.01	0.000
10h	0.21	0.000	0.2	0.000	-0.14	0.000



Hình 1: Môi tương quan giữa độ dày lớp sợi thần kinh một phần tư dưới và một phần tư trên với các chỉ số thị trường

3.7. Tương quan giữa độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc trên dưới với MD và PSD



Hình 2: Tương quan giữa độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc trên dưới với MD và PSD

IV. BÀN LUẬN

Các mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa các biến số về độ dày của RNFL và các chỉ số thị trường đã được quan sát thấy trong nghiên cứu. Độ dày của RNFL phía dưới có mối tương quan

chặt nhất với VFI, MD, PSD ($r = 0.5, 0.52, -0.45$ tương ứng). Độ dày trung bình của lớp sợi thần kinh võng mạc khoảng 200 -250 μ m tại quanh đĩa thị là phù hợp với các tài liệu [2], [5]. Tuy nhiên trong nghiên cứu này độ dày lớp thị thần kinh

giảm đi nghiêm trọng hơn khi bệnh nhân glôcôm đến khám vì hầu hết họ đến ở giai đoạn muộn.

Độ dày RNFL trung bình, phía trên, tại vị trí các múi giờ 12h, 11h, 1h, 5h có mối tương quan chặt nhất với VFI, MD, PSD. Điều này lý giải trên lâm sàng bằng các vùng mất thị trường tương ứng với nơi có độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc bị suy giảm do glôcôm [5],[6].

Hệ số tương quan có giá trị thấp nhất được quan sát thấy ở phía mũi và 9h. Nơi đây có thị trường ít thu hẹp. Vậy khi thấy trên OCT có độ dày vùng này không thay đổi nhiều chúng ta vẫn nghĩ đến glôcôm và không loại trừ trường hợp glôcôm nặng.

Kết quả của nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Xuân Thành và Chen HY [4].

V. KẾT LUẬN

Mối tương quan được phân tích trong nghiên cứu này giúp tăng giá trị của chụp OCT và đo thị trường trong chẩn đoán và theo dõi glôcôm.

Cần một nghiên cứu cắt dọc lớn hơn để phân tích mối tương quan này trong sự tiến triển của bệnh glôcôm tiếp theo nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Nguyên, Phan Dẫn & Thái Thọ. (1974). Giải phẫu mắt ứng dụng trong lâm sàng và sinh lý thị giác. Nhà xuất bản Y học. Hà nội.
2. Lê Minh Thông. (1997). Chương 1- Giải phẫu và sinh lý mắt, giáo trình nhãn khoa. Nhà xuất bản giáo dục.
3. Đoàn Quốc Việt (2006). Khảo sát chiều dày lớp sợi thần kinh võng mạc trên mắt bệnh nhân glaucoma góc mở nguyên phát bằng máy Stratus OCT. *Luận án chuyên khoa 2*. ĐHYD TP HCM.
4. Association, B. C. a. B. S. (2003). Retinal Nerve Fiber Layer Analysis for the Diagnosis and Management of Glaucoma (Vol. 18), USA.
5. Badala, F., Nouri-Mahdavi, K., et al. (2007). "Optic disk and nerve fiber imaging to detect glaucoma". *Am J Ophthalmol*, 144, pp 724-732.
6. Bagga, H. & Greenfield, D. S. (2004). "Quantitative assessment of structural damage in eyes with localized visual field abnormalitis". *Am J Ophthalmol*, 137, 797-805.

KẾT QUẢ CAN THIỆP ĐẶT ỚNG GHÉP NỘI MẠCH TRONG BỆNH LÝ PHÌNH BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC (TYPE B)

Nguyễn Duy Tân*, Trần Quyết Tiến*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phình bóc tách ĐMC ngực type B có hậu quả nguy cơ tử vong cao do vỡ túi phình hoặc tưới máu lòng giả. Trước đây, mổ mở rất nặng nề nguyên do: chạy máu tim phổi, kẹp và thay đoạn ĐM chủ, mất nhiều máu... Những năm gần đây can thiệp đặt ống ghép nội mạch được thay thế vì có nhiều ưu điểm so với mổ mở: gây tê tại chỗ, đau ít, thời gian nằm viện ngắn... **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4-2013 đến tháng 12-2015 tại BV Chợ Rẫy. Tất cả bệnh nhân phình bóc tách ĐMC ngực type B được can thiệp đặt ống ghép nội mạch. **Kết quả:** Gồm 20 bệnh nhân: 16 nam (80%), 4 nữ (20%), tuổi trung bình 62,2. Đau ngực 100%, tăng HA 80%, phình bóc tách ĐMC bụng đi kèm 55%. Khối phình bóc tách: ĐK ngang (lớn nhất 92 mm, nhỏ nhất 43 mm, trung bình 64,12 mm), chiều dài (dài nhất 340mm, ngắn nhất 40 mm, trung bình 120mm). Cổ gần khối phình: ĐK ngang trung bình 30,67 mm, chiều dài (dài nhất 130mm, nhỏ nhất

28 mm, trung bình 32,75 mm). Tuổi máu lòng giả: ĐM thân tạng 4 tr.h (20%), ĐM thận trái 4 tr.h (20%). 14 tr.h (70%) gây tê tại chỗ. Tất cả bệnh nhân được đặt ống ghép nội mạch thành công, thời gian nằm viện trung bình 7,95 ngày, thời gian trung bình phẫu thuật 89,25 phút. Kết quả tốt 19 tr.h (90%), 1 tr.h (10%) tử vong do dò ống ghép nhóm I ở tháng thứ 3. **Kết luận:** Phình bóc tách ĐMC ngực type B là bệnh lý nặng. Can thiệp đặt stent graft (ống ghép nội mạch) là su hướng chung trên thế giới và ở Việt Nam có ưu điểm hơn rất nhiều so với mổ mở, bởi vì gây tê tại chỗ, đau ít, hiệu quả tốt.

SUMMARY

RESULTS OF THORACIC AORTIC ARTERY ENDOVASCULAR INTERVENTION FOR TYPE B DISSECTION

Objective: Outcome of type B aortic dissection is high mortality, because malperfusion or rupture. Before most case is open repair and severes, because use cardio-pulmonary bypass, revascularization aortic artery, lose blood... But in years recent there have been a shift in the treatment type B aortic dissection from open surgical to stent graft endovascular interventions, because: local anesthesia, relief pain, short time of length in hospital. **Methods:** Cases reports. Reseach at Cho Ray Hospital from 4- 2013 to 12-2015. **Results:** We had 20 patients, 16 males

* Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết Tiến

Email: tienchoray@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2017

Ngày duyệt bài: 7.3.2017

(80%), 4 females (20%), mean age was 62,2. Chest pain 100%, hypertension 80%, add abdominal aortic dissection 55%. Diameter of aortic dissection (max 92mm, min 43 mm, mean 64,12mm). Length of aortic dissection (max 340 mm, min 40 mm, mean 120 mm). Proximal neck: Mean diameter was 30,67 mm and length (max 130 mm, min 28mm, mean 32,75 mm). Malperfusion: celiac artery 4 tr.h (20%), left renal artery 4 tr.h (4%). Local anesthesia 14 tr.h (70%). All patients were TEVAR for type B dissection. Mean time of length in hospital 7,95 day, mean time of operation 89,25 second, 19 cas (90 %) good outcome, 1 cas endoleak type Ia to death. **Conclusion:** Thoracic artery type B dissection is severes. Thoracic endovascular aortic repairs better outcome than open repair, because local anesthesia, relief pain, good outcome...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình bóc tách ĐMC ngực type B có biến chứng vỡ khối bóc tách hoặc tưới máu lồng giả làm thiếu máu chi, các tạng đưa đến tử vong. Cách hai, ba thập niên trước đây, điều trị bóc tách ĐMC ngực type B là mổ mở rất nặng nề

III. KẾT QUẢ

1. Các đặc điểm bệnh nhân:

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=20)	Tỷ lệ (%)
Giới nam	16	80
Đau ngực	20	100
Tăng huyết áp	16	80
Hẹp động mạch cảnh	0	0
Phình bóc tách ĐMC bụng đi kèm	11	55
Bệnh ĐM ngoại biên	0	0
Rối loạn lipid máu	9	45
Đái tháo đường	0	0
Bệnh thận mạn	0	0
Bệnh phổi mạn tính	1	5

Bảng 2: Đánh giá kích thước giải phẫu phình bóc tách ĐMC ngực

Đặc điểm giải phẫu	Trung bình	Lớn nhất	Nhỏ nhất
ĐK khối phình bóc tách (PBT) (mm)	64,12	92	43
Chiều dài khối phình(PBT) (mm)	120,1 ± 17	340	40
Chiều dài cổ gần túi (PBT) (mm)	32,75	130	2,8
Chiều dài từ cổ xa khối (PBT) đến ĐM thân tạng > 2 (mm)	#	#	#
Đường kính cổ gần khối (PBT) (mm)	30,67	36	23,5
Đường kính cổ xa khối (PBT) (mm)	28,9	53	22
Chiều dài ĐMCN dự tính phủ (mm)	243,85	360	122
Đường kính ĐM đùi phải (mm)	8,9	10,2	6,7
Đường kính ĐM đùi trái (mm)	8,64	10	6,3

Sự tưới máu các ĐM nuôi tạng qua lồng giả ĐMC: ĐM thân tạng 4 trường hợp (20%), ĐM mạc treo tràng trên 0 trường hợp, ĐM thận trái 4 trường hợp (20%), ĐM thận phải 3 trường hợp (15%).

Bảng 3: Tỷ lệ mổ chương trình và cấp cứu

Đặc điểm can thiệp	Số bệnh nhân (n=20)	Tỷ lệ (%)
Mổ cấp cứu và mổ chương trình		
Mổ cấp cứu	10	50
Mổ chương trình	10	50
Phương pháp vô cảm		

nguyên nhân do: chạy máy tim phổi, kẹp và thay đoạn ĐM chủ, mất nhiều máu, thời gian mổ kéo dài... Những năm gần đây can thiệp đặt ống ghép nội mạch được thay thế vì có nhiều ưu điểm so với mổ mở: gây tê tại chỗ, đau ít, thời gian nằm viện ngắn...đó cũng là sự hướng phát triển chung trên thế giới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả hàng loạt. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 4- 2013 đến tháng 12-2015 khoa Phẫu thuật Mạch máu và Phẫu thuật Tim BV Chợ Rẫy. Tất cả bệnh nhân phình bóc tách ĐMC ngực type B được can thiệp đặt ống ghép nội mạch. Đánh giá bệnh nhân qua 3 mốc thời gian: chu phẫu (1 tháng), ngắn hạn (6 tháng), trung hạn (từ 6 tháng- 32 tháng), qua các biến chứng toàn thân (tử vong, nhồi máu cơ tim, suy thận, suy hô hấp, phình bóc tách ĐM vẫn tiến triển...) hoặc rò, di lệch ống ghép nội mạch.

<i>Mê nội khí quản</i>	6	30
<i>Tê tại chỗ</i>	14	70
Chuyển vị các nhánh ĐM trên quai ĐMC	2	10
Kiểu chuyển vị trước can thiệp		
<i>ĐM dưới đòn trái-ĐM cảnh chung trái</i>	2	10
<i>ĐM cảnh phải-cánh trái- dưới đòn trái</i>	0	0
<i>ĐM cảnh phải- cánh trái- dưới đòn trái- ĐMC lên</i>	0	0

2. Kết quả trong thời gian chu phẫu: Kết quả chu phẫu 100% tốt không xảy ra các biến chứng về toàn thân (tử vong, nhồi máu cơ tim, suy hô hấp, suy thận, tắc mạch các tạng...) và ống ghép nội mạch (rò, di lệch..)

3. Đánh giá kết quả ngắn hạn (1 tháng- 6 tháng):

- Kết quả tốt: 19 trường hợp, tỷ lệ 90 %
- Biến chứng: 1 trường hợp (tỷ lệ 5 %) dò ống ghép loại Ia làm vỡ khối phình bóc tách ĐMC ở tháng thứ 3 đưa đến tử vong.

4. Đánh giá kết quả trung hạn (6 tháng- 32 tháng)

19 trường hợp còn lại tiếp tục theo dõi: Kết quả tốt (tỷ lệ 100%) chưa ghi nhận các biến chứng nặng nề hoặc các biến chứng của ống ghép.

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh giới nam chiếm đa số cũng phù hợp với các tác giả nước ngoài. Đặc biệt các triệu chứng: Đau ngực (100%) là nguyên nhân chủ yếu đưa bệnh nhân đến nhập viện, chúng tôi nhận thấy đối với người Việt Nam thường bệnh nhân đến bệnh viện trong tình trạng có bóc tách ĐMC cấp tính,

vì thế biểu hiện thường nặng nề với các triệu chứng đau ngực dữ dội kèm tăng huyết áp không kiểm soát. Trên phim CT Scan dựng hình cắt lớp mạch máu có biểu hiện bóc tách thành ĐMC đang tiến triển và kéo dài từ ĐMC ngực đoạn xuống đến ĐMC bụng, chậu... Trong những trường hợp này nên xét chỉ định mổ cấp cứu để cứu sống bệnh nhân. Phình bóc tách ĐMC chủ cấp tính trước đây thường người ta dựa vào mốc thời gian 2 tuần với các triệu chứng đau ngực dữ dội và tăng huyết áp không kiểm soát, nhưng những năm gần đây trên thế giới và nhất là ở Mỹ các phẫu thuật viên Tim Mạch dựa trên kích thước lỗ của đường vào và hoạt động dòng máu trong lòng giả, kích thước đường kính lòng giả và toàn bộ khối phình bóc tách...để xét chỉ định mổ cấp cứu đặt stent graft ĐM chủ, chứ không như cách đây vài thập niên chủ yếu dựa vào kích thước khối bóc tách.

Một triệu chứng khác cần quan tâm, trong nhóm nghiên cứu là rối loạn lipid trong máu (55%), đây là một trong những yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ bệnh. Vì thế để điều trị toàn diện cho bệnh nhân cần phải dùng nhóm thuốc làm giảm mỡ trong máu.

Bảng 4: So sánh kích thước (mm) phình bóc tách ĐMC ngực với các tác giả khác

Đặc điểm	Glade	Marcheix	Czerny	Bavaria	Matsumura	Chúng tôi
ĐK trung bình	61	67	69	63,7	60,8	64,12
Chiều dài cổ gần	> 20	39,2 ± 27,7	33	63 ± 39	> 30	32,75
ĐK cổ gần túi phình	#	31 ± 4,5	#	30,8 ± 4,1	35,5 ± 7,8	30,67
Chiều dài cổ xa	> 20	31,5 ± 3,9	40	80 ± 55	> 30	>20
Đường kính cổ xa	#	31,5 ± 3,9	#	29,8 ± 3,7	32,3 ± 5	28,8

Có 3 yếu tố rất quan trọng của khối phình bóc tách ĐMC cần phải đo đạc đánh giá chính xác là đường kính và chiều dài của cổ đầu gần, cổ đầu xa, khối phình bóc tách. Mục tiêu để khi can thiệp hạ đặt stent graft vào ĐMC phải đảm bảo các nguyên tắc: che phủ được lỗ rách nội mạc của thành ĐMC (đường vào) và phủ toàn bộ khối phình bóc tách ĐMC, ống stent graft vừa đủ chặt ở hai đầu không gây rò và di chuyển ống ghép....

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 70% can thiệp đặt stent graft ĐM chủ ngực đoạn xuống bằng phương pháp gây tê tại chỗ cho cả mổ cấp cứu và chương trình (bảng 4). Đây là một trong những đặc điểm ưu việt nhất của can

thiệp nội mạch so với phương pháp mổ mở, bởi vì chỉ cần chọc kim đưa ống dẫn (sheath) qua da vào trong lòng ĐM đùi, qua đó có thể thực hiện hạ đặt stent graft ĐM chủ. Khác với phương pháp mổ mở cần phải gây mê sâu, kiểm soát kẹp ĐM chủ cắt khối phình bóc tách ĐMC thay bằng ống ghép mạch nhân tạo, đây là phẫu thuật nặng nề nguyên do: mất máu nhiều, đường mổ và bóc tách xâm lấn quá lớn...đưa đến thời gian hồi sức và nằm viện quá dài. Mặt khác, những bệnh nhân phình ĐM chủ thường lớn tuổi có nhiều bệnh nội khoa đi kèm (thiếu máu cơ tim, hẹp tắc ĐM nuôi não, suy thận, tiểu đường...) từ đó sẽ xảy ra nhiều nguy cơ biến chứng sau mổ mở.

Chuyển vị ĐM dưới đòn trái vào ĐM cảnh trái thường được sử dụng để tăng chiều dài của cổ đầu gần khối phình bóc tách, từ đó khi hạ đặt đầu gần của ống stent graft đủ bám chặt vào mô lành của thành ĐMC và làm cho không có rò hoặc di chuyển ống ghép. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi chỉ có 2 trường hợp chuyển vị ĐM dưới đòn trái, theo một số tác giả nước ngoài có thể thực hiện hạ đặt stent graft che phủ ĐM dưới đòn trái cũng ít gây tình trạng thiếu máu tay trái nhưng cần lưu ý và cân nhắc sẽ làm thiếu máu tuỷ nếu ống ghép che phủ toàn bộ ĐM chủ ngực đoạn xuống.

Trong 3 nhánh của quai ĐM chủ chỉ có ĐM dưới đòn trái có thể được che phủ, còn 2 nhánh ĐM cảnh trái và ĐM thân tay đầu chống chỉ tuyệt đối không được che phủ. Vì thế sự chuyển vị có tỷ lệ và số lượng nhánh khác nhau giữa các tác giả phụ thuộc tổn thương mô thành mạch của cổ gần túi phình ĐMC (được tính từ ĐM dưới đòn trái, hoặc ĐM cảnh trái hoặc ĐM thân tay đầu) có dẫn chứa nhiều mô phình, xơ vữa, gập góc...hay không? Thậm chí phụ thuộc vào sự kinh nghiệm của phẫu thuật viên khi chọn cổ gần phải đủ dài để an toàn khi hạ đặt stent graft.

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật và lượng máu mất của các nghiên cứu

Nghiên cứu	Cỡ mẫu	Năm	Thời gian trung bình (phút)	Lượng máu mất (ml)
Najibi <i>Mổ mở</i> <i>Can thiệp</i>	29 19 10	2002	256 ± 102 155 ± 62	1205 ± 1493 325 ± 253
Glade <i>Mổ mở</i> <i>Can thiệp</i>	95 53 42	2004	300 160	
Matsumura <i>Mổ mở</i> <i>Can thiệp</i>	156 70 86	2008	244 ± 92 114 ± 46	2538 ± 2179 216 ± 293
Chúng tôi	20	2015	89,25	Rất ít

Ở bảng trên theo số liệu tác giả nước ngoài và chúng tôi ngoài rõ ràng can thiệp nội mạch đặt stent graft điều trị phình bóc tách ĐMC có ưu điểm rất nhiều so với mổ mở về thời gian mổ và lượng máu mất. Như đã trình bày ở trên so với can thiệp nội mạch thì mổ mở có đường mổ lớn, kẹp cắt và thay đoạn ĐMC....từ đó sẽ làm mất máu nhiều.

Bảng 6: So sánh tỷ lệ (%) biến chứng nghiêm trọng trong thời gian chu phẫu

	Glade	Marcheix	Czerny	Bavaria	Matsumura	Chúng tôi
Tử vong	7	6,7	6,3	2,1	6,7	0
Nhồi máu cơ tim	2	0	0	0	15,6	0
Đột quy	0	13,3	5	4	2,5	0
Yếu liệt chi	2	4,4	0	3	1,3	0
Suy hô hấp	9	0	0	4	15,6	0
Suy thận	2	0	0	1	8,8	0
Vỡ túi phình	0	0	1,2	0	0	0
Can thiệp lại	19,1	8,8	11	0	4,3	0

Nhận thấy rằng trên thực tiễn, đây là những trường hợp can thiệp đặt stent graft ĐM chủ ngực mà chúng tôi thực hiện ban đầu ở trung tâm lớn của cả nước. Vì vậy cần có thêm thời gian để theo dõi và đánh giá các diễn tiến biến chứng sau này. Mặt khác tỷ lệ biến chứng sau mổ can thiệp đặt stent graft còn tùy thuộc vào bệnh nền của bệnh nhân trước đó và đây là yếu tố quan trọng tiên lượng ở hậu phẫu. Thường bệnh nhân có những bệnh trước đó như: tắc hẹp ĐM vành, suy thận, bệnh phổi mạn tính, tắc hẹp ĐM cảnh...vì vậy sau mổ thương nặng nề và cần được theo dõi thật sát sau mổ.

Ở tháng thứ 3 nhóm nghiên cứu chúng tôi có 1 trường hợp rò nhóm Ia, từ đó gây tăng kích thước túi phình làm vỡ túi phình và tử vong. Đây là trường hợp chúng ta cần phân tích tại sao ở tháng thứ 3 mới xảy ra rò ống ghép nội mạch thuộc nhóm Ia, nghĩa là dòng máu chảy xen giữa ống ghép nội mạch và thành ĐM ở cổ đầu gần của khối phình bóc tách. Như vậy khả năng đường kính ống ghép nội mạch chưa đủ lớn để bám chặt vào thành mạch, do đó khả năng tính toán đo đạc đường kính của stent graft và đường kính cổ gần của khối phình bóc tách chưa đúng, nên lúc chụp kiểm tra sau hạ đặt stent graft chưa phát hiện, sau một thời gian ống

stent graft có thể dịch chuyển từ đó đầu gần của ống stent graft có thể nằm ở mô túi phình và gây ra biến chứng trên. Vì thế để tránh biến chứng trên chúng ta phải đảm bảo những nguyên tắc đường kính ống stent graft phải lớn hơn đường kính ĐMC ít nhất 20% và đặt vào mô lành thành ĐM với độ dài cổ gần tối thiểu 2 cm.

Tất cả 19 trường hợp còn lại theo dõi liên tục thời gian từ 6- 32 tháng cho kết quả tốt.

V. KẾT LUẬN

Phình bóc ĐMC ngực type B là bệnh lý nặng và thường có nhiều bệnh đi kèm (hẹp tắc ĐM vành, ĐM cảnh, suy thận, bệnh phổi mạn tính...) do vậy làm tăng nguy cơ tử vong cao rất cao. Biến chứng của khối phình bóc tách là vỡ hoặc bóc tách thành mạch gây thiếu máu các cơ quan (tim, não, tuỷ, ruột, gan, thận...). Can thiệp đặt stent graft (ống ghép nội mạch) là su hướng phát triển chung trên thế giới cũng như ở Việt Nam vì có ưu điểm hơn rất nhiều so với mổ mở

do gây tê tại chỗ, thời gian mổ ngắn, mất máu ít..., hiệu quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arnaoutakis, D. J., et al. (2015)**, "Cohort-Comparison of Thoracic Endovascular Aortic Repair with Open Thoracic Aortic Repair Using Modern End-Organ Preservation Strategies", *Ann Vasc Surg.* 5, pp. 1-5.
2. **Clough, R. E., et al. (2011)**, "Predictors of stroke and paraplegia in thoracic aortic endovascular intervention", *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 41(3), pp. 303-310.
3. **Coady, M. A., et al. (2010)**, "Surgical management of descending thoracic aortic disease: open and endovascular approaches: a scientific statement from the American Heart Association", *Circulation.* 121(25), pp. 2780-2804.
4. **Czerny, M., et al. (2007)**, "Results after endovascular stent graft placement in atherosclerotic aneurysms involving the descending aorta", *Ann Thorac Surg.* 83(2), pp. 450-455.
5. **Fillinger, M. F., et al. (2010)**, "Reporting standards for thoracic endovascular aortic repair (TEVAR)", *J Vasc Surg.* 52(4), pp. 1022-1033.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XỬ TRÍ BÍ ĐÁI TRÊN BỆNH NHÂN SAU MỔ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI KHOA PHẪU THUẬT CỘT SỐNG – BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu dọc có can thiệp lâm sàng không đối chứng nhằm đánh giá kết quả xử trí bí đái trên bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Kết quả xử trí bí đái chung đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao 53,4%, tỷ lệ kém thấp chiếm 10,0%. Đánh giá kết quả xử trí bí đái đạt loại tốt chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi nhóm tuổi 20 – 59 tuổi (53,6%) và > 60 tuổi (50,0%); ở nam giới (61,1%) hơn nữ giới (41,7%); ở người lao động nhẹ chiếm tỷ lệ cao (66,7%); ở nhóm bệnh nhân bí đái mức độ 1 chiếm 63,6% và ở nhóm bệnh nhân đau vết mổ ít cao, chiếm 80%. **Kết luận:** Sau mổ bệnh nhân được xử trí bí đái đạt kết quả tốt và khá chiếm tỷ lệ lớn. Theo dõi sát bệnh nhân sau mổ để phát hiện xử trí sớm triệu chứng bí đái của người điều dưỡng là rất quan trọng.

Từ khóa: Kết quả xử trí bí đái, hậu phẫu, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS IN PATIENTS WITH URINARY RETENTION AFTER LUMBAR HERNIATED DISC SURGERY IN VIETDUC HOSPITAL

Objective: A descriptive study aimed to evaluate results in treating urinary retention after lumbar herniated disc surgery in Vietduc Hospital. **Results:** Treatment of urinary retention achieved good results (53.4%). Evaluating the treatment result of urinary retention showed high result in age group of 20-59 years old (53.6%) and > 60 years old (50.0%); men (61.1%) and females (41.7%); light manual works (66.7%); 63,6% of patients had grade 1 urinary retention and 80% of patients had pain in incision region. **Conclusion:** The treatment of postoperative patients with urinary retention achieved good results. It is critical to look after post-operative patients to detect early symptoms of urinary retention.

Keywords: Results urinary retention management, postoperative, lumbar herniated disc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bí đái cấp sau phẫu thuật là triệu chứng thường gặp sau phẫu thuật từ 4 – 6 giờ hoặc lâu hơn nữa, có diễn biến cấp tính làm bệnh nhân

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2017

Ngày duyệt bài: 16.3.2017

khó chịu, ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật và kéo dài thời gian điều trị [1]. Bí đái cấp là tình trạng thận vẫn hoạt động bình thường, bàng quang căng đầy nước tiểu nhưng người bệnh không đi tiểu được. Khác hẳn với tình trạng vô niệu người bệnh không đi tiểu được vì thận không lọc được nước tiểu, bàng quang trống rỗng [2]. Sự thành công của cuộc mổ phụ thuộc một phần lớn vào công tác chăm sóc điều dưỡng sau mổ. Giai đoạn sau mổ là giai đoạn có nhiều rối loạn về sinh lý bao gồm các biến chứng do gây tê, gây mê, do phẫu thuật, do công tác chăm sóc và điều trị. Cùng với biến chứng hô hấp, rối loạn tuần hoàn, rối loạn chức năng thận, đau sau mổ... bí đái cũng là biến chứng nguy hiểm cần được quan tâm và có hướng chăm sóc, điều trị hiệu quả. Bí đái chiếm tỷ lệ từ 5,9 – 38% sau mổ thoát vị đĩa đệm. Bí đái làm cho bệnh nhân khó chịu, đau đớn... Việc phát hiện và xử trí sớm bí đái giúp bệnh nhân được thoải mái, nhanh chóng hồi phục cả thể chất và tinh thần [1], [3].

Ngoài những biện pháp nêu trên còn có những biện pháp xử trí bí đái đơn giản, dễ thực hiện như chườm nóng, xoa vùng hạ vị, cho bệnh nhân ra nhà vệ sinh, cho bệnh nhân ngồi dậy, kích thích sinh dục... [5]. Đặt sonde tiểu là một phương pháp xử trí bí đái có ưu điểm giúp nhanh chóng lấy được hết nước tiểu ra khỏi bàng quang, giảm triệu chứng chướng, đau tức vùng hạ vị cho bệnh nhân. Tuy nhiên phương pháp này đem lại một số tác dụng không mong muốn như dễ gây tổn thương niêm mạc, gây khó chịu

cho bệnh nhân, nếu thủ thuật đặt sonde không đảm bảo vô khuẩn dễ gây ra nhiễm trùng tiết niệu ngược dòng như viêm niệu đạo, viêm bàng quang mãn tính, trường hợp nặng có thể dẫn đến nhiễm trùng huyết, ảnh hưởng tới tính mạng bệnh nhân và có thể dẫn tới tử vong [5], [6].

Do đó việc đánh giá hiệu quả xử trí bí đái bằng biện pháp đơn giản nêu trên là hết sức cần thiết. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Đánh giá kết quả xử trí bí đái trên bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức. Kết quả nghiên cứu góp phần ứng dụng phương pháp xử trí bí đái trên bệnh nhân phẫu thuật nói chung và bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng nói riêng nhằm tránh để lại biến chứng cho bệnh nhân và hỗ trợ bệnh nhân sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 2/2014 đến tháng 4/2014.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân bí đái sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu dọc có can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.4. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Kết quả xử trí bí đái chung

Tiêu chuẩn	Số lượng (N=30)	Tỷ lệ (%)
Tốt	16	53,4
Khá	7	23,3
Trung bình	4	13,3
Kém	3	10,0

Kết quả xử trí bí đái chung đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao 53,4%, tỷ lệ kém thấp chiếm 10,0%.

Bảng 2: Kết quả xử trí bí đái theo nhóm tuổi

Kết quả	Nhóm tuổi					
	<= 19		20 – 59		>= 60	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	0	0,0	15	53,6	1	50,0
Khá	0	0,0	6	21,4	1	50,0
Trung bình	0	0,0	4	14,3	0	0,0
Kém	0	0,0	3	10,7	0	0,0

Tỷ lệ kết quả xử trí tốt ở 2 nhóm tuổi 20 – 59 tuổi và > 60 tuổi gần tương đương nhau, lần lượt là 53,6% và 50,0%. Tỷ lệ kết quả kém ở nhóm 20 – 59 tuổi thấp, chỉ chiếm 10,7% còn ở nhóm > 60 tuổi là không có. Theo kiểm định Phi and Cramer's V ta thấy giá trị $p=0,773 > 0,05$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Kết quả tỷ lệ xử trí bí đái theo một số đặc điểm của bệnh nhân (%)

		Tốt	Khá	Trung bình	Kém
Giới	Nam	61,1	11,1	16,7	11,1
	Nữ	41,7	41,7	5,6	5,6
Nghề nghiệp	Lao động nhẹ	66,7	13,3	13,3	6,7
	Lao động nặng	40,0	33,4	13,3	13,3
Mức độ bí đái	Độ 1	63,6	22,7	9,1	4,6
	Độ 2	28,6	28,6	28,6	14,2
	Độ 3	0	0	0	100,0
Mức độ đau	Đau ít	80,0	20,0	0	0
	Đau vừa	66,7	11,1	22,2	0
	Đau nhiều	22,2	33,3	33,3	11,2
	Đau nặng	0	0	0	100,0

Xử trí bí đái đạt kết quả tốt ở nam cao hơn nữ, cụ thể tỷ lệ này lần lượt là 61,1% và 41,7%. Xử trí đạt kết quả kém tỷ lệ ở nam (11,1%) cao hơn ở nữ (5,6%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,281 > 0,05$.

Nhìn chung tỷ lệ đạt tốt ở người lao động nhẹ cao chiếm 66,7%, tỷ lệ tốt ở lao động nặng thấp hơn, chiếm 40%.

Tỷ lệ xử trí tốt cao nhất ở nhóm bệnh nhân bí đái mức độ 1 chiếm 63,6%, thấp nhất ở nhóm mức độ 3 là 0%. Tỷ lệ kém ở nhóm bệnh nhân mắc bí đái mức độ 3 chiếm 100%. Thấp nhất ở nhóm mắc bí đái mức độ 1 chiếm 4,5%. Theo kiểm định Phi and Cramer's V ta thấy giá trị $p=0,049 < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ tốt ở nhóm bệnh nhân đau vết mổ ít cao, chiếm 80%. Thấp nhất ở nhóm đau nặng chiếm 0%. Tỷ lệ kém ở nhóm đau nặng là cao nhất chiếm 100% và không có ở nhóm đau ít và đau vừa. Theo kiểm định Phi and Cramer's V ta thấy giá trị $p=0,01 < 0,05$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 1 chúng tôi nhận thấy kết quả xử trí bí đái trên bệnh nhân bằng phương pháp xoa, chườm nóng và kích thích bộ phận sinh dục là tốt. Tỷ lệ bệnh nhân phải đặt sonde tiểu chỉ chiếm 23,3%. Tỷ lệ thành công không phải đặt sonde tiểu cao chiếm 76,7%. Điều này giúp giảm cảm giác khó chịu của bệnh nhân khi phải đặt sonde tiểu, giảm nguy cơ biến chứng đường tiết niệu cho bệnh nhân do sonde tiểu gây ra.

Kết quả xử trí bí đái theo tuổi: Chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt nhiều về kết quả tốt giữa 2 nhóm tuổi 20 – 59 tuổi và > 60 tuổi, tỷ lệ tốt lần lượt là 53,6% và 50%. Tỷ lệ khá ở nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm 50% cao hơn ở nhóm 20 – 59 tuổi chiếm 21,4%. Tỷ lệ trung bình và kém ở nhóm tuổi 20 – 59 tuổi lần lượt là 14,3% và 10,7%. Còn ở nhóm tuổi > 60 tuổi thì kết quả

trung bình và kém là không có. Theo kết quả kiểm định Phi and Cramer's V ta thấy giá trị $p=0,773 > 0,05$ nên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê.

Theo bảng 3, trên 30 bệnh nhân trong đó có 12 bệnh nhân nữ và 18 bệnh nhân nam chúng tôi thấy có sự khác nhau giữa nam và nữ. Tỷ lệ không phải đặt sonde tiểu (gồm tỷ lệ tốt và khá) ở nữ là 83,3% cao hơn ở nam là 72,2%. Tuy nhiên tỷ lệ tốt ở nam là 61,1% lại nhiều hơn nữ là 41,8%, tỷ lệ khá ở nữ là 41,7% lại cao hơn ở nam là 11,1%. Có nghĩa là với những bệnh nhân không phải đặt sonde tiểu thì số lần mắc bí đái ở nữ nhiều hơn nam. Tuy nhiên theo kết quả kiểm định Phi and Cramer's V ta thấy giá trị $p=0,281 > 0,05$ nên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng kết quả chăm sóc đạt tốt giảm dần khi mức độ đau tăng lên. Ở nhóm bệnh nhân đau vết mổ ít, 100% không phải đặt sonde tiểu. Trong đó tỷ lệ tốt cao chiếm 80% và tỷ lệ khá chiếm 20%. Nhóm đau vết mổ vừa tỷ lệ tốt vẫn còn cao chiếm 66,7%, tỷ lệ kém là không có. Nhưng sang nhóm đau vết mổ nhiều thì tỷ lệ tốt và khá là thấp chỉ chiếm 22,2% và 33,3%, tỷ lệ trung bình và kém lại tăng lên 33,3% và 11,1%. Và nhóm đau nặng tỷ lệ tốt, khá, trung bình đều không có, tỷ lệ kém chiếm 100%. Theo kết quả kiểm định Phi and Cramer's V ta thấy giá trị $p=0,01 < 0,05$ nên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có thể giải thích là do: Nguyên nhân chủ yếu gây bí đái là do đau gây ra phản xạ co thắt cơ vòng, ngoài ra còn một số yếu tố khác ảnh hưởng đến. Với những bệnh nhân đau vết mổ ít thì tác dụng giảm đau tạo cảm giác dễ chịu khi xoa chườm là có hiệu quả và thường hiệu quả ngay ở bước xử trí 1. Với bệnh nhân đau vết mổ nhiều thì tác dụng giảm đau đó hiệu quả thấp hơn, ở bước xử trí 2, bệnh nhân vừa đau vết mổ vừa đau do căng tức bàng quang, hiệu quả của chườm, xoa hạ vị giảm đi.

Có sự khác nhau giữa các nhóm bệnh nhân mắc bí đái độ 1, độ 2, độ 3. Tỷ lệ tốt và khá chủ yếu ở những bệnh nhân mắc bí đái mức độ 1 và giảm dần ở nhóm mức độ 2 và độ 3, cụ thể tỷ lệ tốt ở nhóm độ 1 là 63,6%, độ 2 là 28,6% và độ 3 là 0%. Tỷ lệ kém lại tăng dần ở nhóm độ 1 chỉ là 4,5% nhưng đến độ 3 thì đã là 100%. Theo kết quả kiểm định Phi and Cramer's V ta thấy giá trị $p=0,049 < 0,05$ nên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Có thể giải thích sự khác biệt đó là do ở nhóm bệnh nhân mắc bí đái mức độ 1 thì bàng quang chưa căng quá mức, còn giống hoặc gần với sinh lý bình thường của cơ thể, cảm giác căng tức, cảm giác đau, cảm giác khó chịu vùng hạ vị chưa nhiều. Khi chúng tôi thực hiện các bước chăm sóc xử trí bệnh nhân cảm thấy khá dễ chịu vì vậy kết quả đạt được tốt chiếm tỷ lệ khá cao. Ở mức độ 2 và 3, cảm giác căng tức, đau đốn, khó chịu vùng hạ vị tăng lên, đồng thời khi đó bệnh nhân sẽ có tâm lý không thoải mái, căng thẳng do sự căng tức đó gây nên, vì thế kết quả xử trí sẽ kém hiệu quả hơn. Ở những bệnh nhân bí đái mức độ 1 kết quả xử trí là tốt hơn nhiều so với bệnh nhân bí đái mức độ 2 hay độ 3. Chứng tỏ việc theo dõi sát bệnh nhân sau mổ là việc phát hiện xử trí sớm triệu chứng bí đái của người điều dưỡng là rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Sau mổ bệnh nhân được xử trí bí đái đạt kết quả tốt và khá chiếm tỷ lệ lớn. Theo dõi sát bệnh nhân sau mổ để phát hiện xử trí sớm triệu chứng bí đái của người điều dưỡng là rất quan trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Gây mê hồi sức – Trường Đại học Y Hà Nội (2007), "Hồi sức sau mổ", Nhà xuất bản Y học.
2. Đặng Hạnh Đệ, Vũ Tự Quỳnh, Trần Thị Phương Mai và cộng sự (2000), "Triệu chứng học ngoại khoa", Nhà xuất bản Y học.
3. Petros J.G, Rimm E.B, Robillard R.J (1991), "Factors influencing postoperative urinary retention in patients undergoing elective inguinal hemiorrhaphy", *Am J Surg*, 161:431-3.
4. Ngô Thị Thu Hương (2011), "So sánh tác dụng điều trị bí đái cơ năng sau mổ trĩ của hai phương pháp xoa bóp bấm huyệt và điện châm", Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Thị Kiệm, Đỗ Phú Đông (1986), "Điều trị bí đái cấp sau mổ", *Tạp chí Y học thực hành*, 5:42-43.
6. Nguyễn Tử Vinh, Nguyễn Thị Lan (1995), "Kết quả điều trị chứng tiểu tiện ít, tiểu khó và bí tiểu tiện", *Tạp chí chăm sóc Việt Nam*, 17:7-8.
7. Nguyễn Thúy Hạnh (2004), "Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân có đặt sonde dài ngày tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu – Bệnh viện Việt Đức", Trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT PHACO ĐẶT THỂ THỦY TINH NHÂN TẠO ĐA TIÊU LOẠN THỊ ACRYSOF RESTOR TORIC

Nguyễn Xuân Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả thị lực, khúc xạ của bệnh nhân sau phẫu thuật phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị trên bệnh nhân đục thể thủy tinh kèm loạn thị giác mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** can thiệp lâm sàng tiến cứu trên 30 mắt của 30 bệnh nhân đục thể thủy tinh kèm loạn thị giác mạc từ 1,00 – 3,00 diop (D), mong muốn nhìn tốt ở mọi khoảng cách được phẫu thuật phaco tiêu chuẩn đặt thể thủy tinh nhân tạo (IOL) Acrysof IQ Restor toric. Thị lực nhìn xa, nhìn gần, nhìn trung gian chưa chỉnh kính, độ loạn thị tồn dư, độ xoay trục IOL và sự hài lòng của bệnh nhân được đánh giá sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. **Kết quả và bàn luận:** sau phẫu thuật, thị lực nhìn xa chưa chỉnh kính

(UDVA) trung bình $0,09 \pm 0,08$ logMAR và 96,67% mắt có UDVA bằng 20/30 hoặc tốt hơn. Thị lực nhìn gần chưa chỉnh kính (UNVA) trung bình $0,23 \pm 0,07$ logMAR và thị lực nhìn trung gian chưa chỉnh kính (UIVA) ở khoảng cách 63 cm trung bình $0,21 \pm 0,06$ logMAR. Độ loạn thị trung bình giảm từ $1,87 \pm 0,51$ D trước mổ xuống còn $0,25 \pm 0,61$ D sau mổ ($p < 0,001$). Độ xoay trục IOL trung bình $2,86 \pm 2,28^\circ$. 96,67% bệnh nhân không phụ thuộc vào kính và hài lòng với loại IOL này. **Kết luận:** đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị Acrysof IQ Restor Toric trên bệnh nhân đục thể thủy tinh kèm loạn thị giác mạc mang lại thị lực tốt ở mọi khoảng cách cả nhìn xa, nhìn trung gian và nhìn gần. Thể thủy tinh cân bằng và ổn định trong bao. Sau phẫu thuật tỷ lệ bệnh nhân hài lòng ở mức cao.

Từ khóa: đục thể thủy tinh, loạn thị giác mạc, thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị.

SUMMARY

OUTCOMES OF PHACOEMULSIFICATION SURGERY WITH TORIC MULTIFOCAL INTRAOCULAR LENS IMPLANTATION

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiệp

Email: buixuanhiiep@vnia.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

Objectives: to evaluate the preliminary visual outcomes and patient satisfaction after toric multifocal intraocular lens (IOL) implantation in patients with cataract and corneal astigmatism. **Subjects and methods:** prospective clinical interventional study on 30 eyes of 30 patients with cataract and corneal astigmatism between 1.00 diopter (D) and 3.00 D who wanted to be spectacle free had standard phacoemulsification surgery with implantation of a toric multifocal IOL (Acrysof IQ Restor toric). The uncorrected distance (UDVA), intermediate (UIVA), and near visual acuities (UNVA); residual refractive astigmatism; rotational stability of the IOL and patient satisfaction were evaluated after 1 week, 1 month, 3 months and 6 months postoperatively. **Results:** postoperatively, the mean UDVA was $0,09 \log\text{MAR} \pm 0,08$ (SD) and 96,67% of eyes achieved a UDVA of 20/30 or better. The mean UNVA was $0,23 \pm 0,07 \log\text{MAR}$ and the mean UIVA (at 63 cm), $0,21 \pm 0,06 \log\text{MAR}$. The mean refractive cylinder decreased from $1,87 \pm 0,51$ D preoperatively to $0,25 \pm 0,61$ D postoperatively ($p < 0.001$). The mean toric IOL axis rotation was $2,86 \pm 2,28$ degrees. 96,67% of patients were spectacle dependency and satisfied with the IOL. **Conclusion:** implantation of the diffractive multifocal toric IOL (Acrysof IQ Restor toric) in patients with cataract and corneal astigmatism provided good distance, intermediate, and near visual acuities; rotational stability; and good optical performance. The post-op spectacle dependence and patient satisfaction rate were high.

Keywords: cataract, corneal astigmatism, multifocal toric IOL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật đục thể thủy tinh từ khi ra đời đến nay đã trải qua nhiều bước tiến nhảy vọt và đã thực sự trở thành một phẫu thuật khúc xạ với độ tinh vi và chính xác cao. Mục tiêu của phẫu thuật đục thể thủy tinh không chỉ khôi phục thị lực về chính thị mà còn nhằm mang lại chất lượng hình ảnh rõ nét ở mọi khoảng cách cả nhìn xa, nhìn gần và nhìn trung gian. Bên cạnh những tiến bộ về kỹ thuật mổ phaco, công nghệ thể thủy tinh nhân tạo ngày càng phát triển. Nhiều loại thể thủy tinh nhân tạo (TTTNT) cao cấp ra đời đặc biệt thể thủy tinh đa tiêu cự đã góp phần cải thiện đáng kể thị lực của bệnh nhân, nâng cao chất lượng phẫu thuật, giảm sự lệ thuộc vào kính sau mổ [1,2]. Tuy nhiên, với những bệnh nhân bị loạn thị từ 1 điốp trở lên muốn đạt loại thể thủy tinh nhân tạo này sẽ phải chịu thêm một phẫu thuật điều chỉnh loạn thị kèm theo trong

khi thực hiện phẫu thuật phaco hoặc một thời gian sau đó. Điều này không những kéo dài thời gian phục hồi vết mổ, khó tiên lượng kết quả phẫu thuật mà còn có thể gây ra một số tác dụng phụ khác như khô mắt, loạn thị trở lại. Thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị ra đời đã bổ sung cho các phẫu thuật viên phaco một phương pháp tốt nhất để điều trị cho bệnh nhân bị đục thể thủy tinh kèm loạn thị giác mạc đều có nhu cầu sử dụng thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu cự. Loại TTTNT này vừa đảm bảo thị lực nhìn gần, nhìn trung gian, nhìn xa, vừa điều chỉnh được loạn thị có sẵn mà bệnh nhân chỉ trải qua một lần phẫu thuật phaco duy nhất [3,4,5]. Ở Việt Nam, TTTNT đa tiêu loạn thị Acrysof ReSTOR Toric mới được đưa vào sử dụng ở một số trung tâm nhãn khoa lớn như Bệnh viện Mắt Trung ương và Bệnh viện Mắt thành phố Hồ Chí Minh...Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về kết quả phẫu thuật đặt loại TTTNT này một cách quy mô và hệ thống. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu thị lực và khúc xạ sau phẫu thuật phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị Acrysof ReSTOR Toric*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân đục thể thủy tinh kèm loạn thị giác mạc đều từ 1-3 điốp được phẫu thuật phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị Acrysof ReSTOR Toric

***Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Thời gian: từ tháng 1/2013 đến tháng 6/2014.

Địa điểm: khoa Điều trị theo yêu cầu – Bệnh viện Mắt Trung ương.

***Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp can thiệp lâm sàng, không có nhóm chứng

Cỡ mẫu nghiên cứu: $n = 30$

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân với 30 mắt, nam giới chiếm 56,67%. Độ tuổi trung bình $35,55 \pm 14,18$ trong đó nhóm tuổi từ 45 trở xuống chiếm 73,33%

Bảng 1. Kết quả khúc xạ

Kết quả khúc xạ	Trước mổ	Sau mổ			
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
KXGM	$44,29 \pm 1,58$	$44,02 \pm 1,56$	$43,95 \pm 1,55$	$43,95 \pm 1,55$	$43,95 \pm 1,55$
KX trụ	$1,87 \pm 0,51$	$-0,45 \pm 0,59$	$-0,25 \pm 0,61$	$-0,21 \pm 0,53$	$-0,21 \pm 0,53$

Sau mổ, khúc xạ giác mạc thay đổi rất ít so với trước mổ. Trong khi đó, khúc xạ trụ tại các thời điểm theo dõi giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ so với trước mổ.

Bảng 2. Kết quả thị lực

Thị lực trung bình (logMAR)	Trước mổ	Sau mổ			
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
TL nhìn xa	1,35 ± 0,45	0,13 ± 0,08	0,09 ± 0,08	0,09 ± 0,08	0,09 ± 0,08
TL nhìn trung gian	1,20 ± 0,38	0,24 ± 0,08	0,21 ± 0,07	0,20 ± 0,06	0,20 ± 0,06
TL nhìn gần	1,01 ± 0,57	0,25 ± 0,07	0,23 ± 0,07	0,22 ± 0,07	0,22 ± 0,07

Sau phẫu thuật, thị lực nhìn xa, nhìn gần và nhìn trung gian của mắt mổ đều tốt hơn so với trước mổ với $p < 0,001$. Thị lực này tăng dần từ sau mổ 1 tuần đến 1 tháng và giữ ổn định ở các thời điểm sau đó.

IV. BÀN LUẬN

Sáu tháng sau khi đặt TTTNT Acrysof ReSTOR Toric, khúc xạ trụ giảm nhiều so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ trong khi khúc xạ giác mạc hầu như không thay đổi. Kết quả này chỉ ra việc giảm loạn thị là nhờ vào tác dụng điều chỉnh loạn thị của IOL, không phải do giác mạc [4,6]. Khi đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị, hệ thống quang học của mắt loạn thị đang từ hệ kính trụ sẽ biến thành hệ kính cầu. Phần kính trụ ở mặt sau IOL sẽ cộng thêm công suất vào trục phẳng (Flat K) của giác mạc làm công suất trục này bằng với công suất trục cong (steep K) và với cơ chế này sẽ khử được loạn thị giác mạc cho bệnh nhân. Trước khi phẫu thuật, bệnh nhân sẽ được đánh dấu trục dự tính trên bề mặt giác mạc và khi đặt thủy tinh thể vào mắt bệnh nhân, 6 điểm đánh dấu trên mặt sau thủy tinh thể sẽ được đặt theo hướng trục đã đánh dấu này.

Việc đặt IOL chính tâm và đúng trục sẽ mang lại thị lực tốt cho bệnh nhân ở mọi khoảng cách [3,5,7]. Sau phẫu thuật, thị lực nhìn xa chưa chỉnh kính (UDVA) trung bình $0,09 \pm 0,08$ logMAR và 96,67% mắt có UDVA bằng 20/30 hoặc tốt hơn. Thị lực nhìn gần chưa chỉnh kính (UNVA) trung bình $0,23 \pm 0,07$ logMAR và thị lực nhìn trung gian chưa chỉnh kính (UIVA) ở khoảng cách 63 cm trung bình $0,21 \pm 0,06$ logMAR. Độ loạn thị trung bình giảm từ $1,87 \pm 0,51$ D trước mổ xuống còn $0,25 \pm 0,61$ D sau mổ ($p < 0,001$). Sự ổn định trục của IOL trong túi bao thể thủy tinh là yếu tố quyết định kết quả lâu dài của phẫu thuật. Nếu lệch 1° so với trục ban đầu sẽ giảm 3,3% công suất điều chỉnh và khi IOL xoay 30° thì sự hiệu chỉnh loạn thị sẽ mất đi hoàn toàn, có thể gây thêm loạn thị. Loại thể thủy tinh nhân tạo Acrysof ReSTOR Toric này đã cải thiện tính ổn định xoay để đạt được kết quả tối ưu. Thiết kế này hiệu chỉnh khúc xạ cầu và trụ. Thêm vào đó, Acrysof ReSTOR Toric có thiết kế

phi cầu để cải thiện độ nhạy cảm tương phản. Ưu điểm của IOL này là thiết kế haptic độc nhất, chất liệu có tính bám dính sinh học để thích hợp với bao và càng Stableforce giúp đạt vị trí lý tưởng và đúng tâm ngay trong bao. **Điều này nâng cao tính ổn định của thể thủy tinh nhân tạo và giảm tối thiểu sự xoay.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ xoay trục IOL trung bình là $2,86 \pm 2,28^\circ$. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Tiago B và cộng sự (2013) $2,97 \pm 2,33^\circ$ [4].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị Acrysof ReSTOR Toric điều chỉnh loạn thị giác mạc hiệu quả mang lại thị lực tốt ở mọi khoảng cách cả nhìn xa, nhìn gần và nhìn trung gian. Tỷ lệ bệnh nhân hài lòng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ken Hayashi, MD, Miki Masumoto, MD, Minehiro Takimoto, MD "Comparison of visual and refractive outcomes after bilateral implantation of toric intraocular lenses with or without a multifocal component" *J Cataract Refract Surg* 2015; 41:73-83
2. M. Allison Roensch, MD, Justin W. Charton, MD, Preston H. Blomquist, MD, Nalini K. Aggarwal, MD, James P. McCulley, MD "Resident experience with toric and multifocal intraocular lenses in a public county hospital system" *J Cataract Refract Surg* 2012; 38:793-798
3. Jose F. Alfonso, MD, PhD, Michael Knorz, MD, Luis Fernandez-Vega, MD, PhD, Jos e L. Rinc on, MD, Enrique Suarez, MD, Christine Titke, BS, Thomas Kohlen, MD, PhD, FEBO "Clinical outcomes after bilateral implantation of an apodized D3.0 D toric diffractive multifocal intraocular lens" *J Cataract Refract Surg* 2014; 40:51-59
4. Tiago B. Ferreira, MD, Eduardo F. Marques, MD, Antonio Rodrigues, MD, Robert Mont es-Mic o, PhD "Visual and optical outcomes of a diffractive multifocal toric intraocular lens" *J Cataract Refract Surg* 2013; 39:1029-1035

5. Michael C. Knorz, MD; JosÃ© L. RincÃ³n, MD; Enrique Suarez, MD; JosÃ© F. Alfonso, MD, PhD; "Subjective Outcomes After Bilateral Implantation of an Apodized Diffractive +3.0 D Multifocal Toric IOL in a Prospective Clinical Study" *J Refract Surg.* 2013;29(11):762-767.
6. Talita Shimoda1, Gilberto Shimoda1, Wilson Takashi Hida2, Celso Takashi Nakano2, AntÃ³nio

Francisco Motta2, Aline Silva Guimarães3, Patrick Frensel "Visual outcomes after implantation of a novel refractive toric multifocal intraocular lens" *Arq Bras Oftalmol.* 2014;77(2):71-5

7. Armando S. Crema, MD, PhD; Aileen Walsh, MD; Bruna V. Ventura, MD; "Visual Outcomes of Eyes Implanted With a Toric Multifocal Intraocular Lens" *J Refract Surg.* 2014;30(7):486-491

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC SỐ ĐO THỂ TÍCH TUYẾN TIỀN LIỆT VÀ MỨC ĐỘ CỦA ĐIỂM TRIỆU CHỨNG TUYẾN TIỀN LIỆT

Vũ Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa chiều cao, chiều ngang, chiều trước sau của tuyến tiền liệt và điểm triệu chứng tuyến tiền liệt ở người bệnh có tắc nghẽn đường tiểu dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Tiêu chuẩn chọn mẫu: Nam giới từ 50 tuổi trở lên, đến khám vì triệu chứng đường tiểu dưới, kết quả siêu âm ghi đủ 3 số đo của TTL, phỏng vấn được thang điểm IPSS. Tiêu chuẩn loại trừ: Những TH khi khám lâm sàng và siêu âm có biểu hiện nghi ngờ ung thư TTL, viêm TTL; Những TH có tiền sử phẫu thuật TTL (mổ dẫn lưu, mổ bóc, mổ nội soi...) Sử dụng các phép tính giá trị trung bình, tỷ lệ %, các test thống kê để phân tích kết quả. Hệ số tương quan: r trong khoảng |0,3|, mối tương quan không chặt chẽ; r trong khoảng |0,3| đến |0,6|, mối tương quan chặt chẽ; r ngoài khoảng |0,6|, mối tương quan rất chặt chẽ. Ngưỡng so sánh sắc xuất có ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $73,5 \pm 10,7$; thấp nhất: 50 tuổi; cao nhất: 97 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 70 – 80 tuổi (38,1%). Lý do đến khám bệnh chủ yếu là đái khó, 83 TH (61,9%); đến khám vì lý do đái dắt, 2 TH (1,5%); đến viện trong tình trạng bí đái cấp tính 49 TH (36,6%). Thể tích TTL trung bình $42,8 \pm 18,2$ cm³; thấp nhất 16,5 cm³; cao nhất 121,0 cm³. Số đối tượng có thể tích TTL trong khoảng 30 - 50 cm³: 72 TH (53,7%). Điểm IPSS trung bình: $14,7 \pm 11,7$; thấp nhất: 5; cao nhất: 35. Tuổi đời có mối tương quan thuận lỏng lẻo với tổng điểm IPSS ($r \leq 0,3$; $p > 0,05$). Thể tích TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS ($r: > 0,3 - \leq 0,6$; $p < 0,05$). Chiều cao TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS ($r: > 0,3 - \leq 0,6$; $p < 0,05$). Chiều ngang TTL có mối tương quan thuận lỏng lẻo với tổng điểm IPSS ($r: \leq 0,3$; $p > 0,05$). Chiều trước sau TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS ($r: > 0,3 - \leq 0,6$; $p < 0,05$). **Kết luận:** Số đo chiều trước sau,

chiều cao và thể tích của TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với: r trong khoảng $> 0,3 - \leq 0,6$; $p < 0,05$). Số đo chiều ngang của TTL và tuổi đời ảnh hưởng không rõ ràng đến tổng điểm IPSS (có mối tương quan thuận lỏng lẻo, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với r: $\leq 0,3$; $p > 0,05$).

Từ khóa: Số đo của tuyến tiền liệt và thang điểm IPSS

RESEARCH CORRELATION BETWEEN MEASURES OF PROSTATE VOLUMES AND EXTENT OF THE INTERNATIONAL PROSTATE SYMPTOM SCORE

Objects: Evaluate the relationship between the height, width, height front and back of the prostate prostate symptom score of patients with lower urinary tract obstruction. **Subjects-Method:** This study was performed according to the method described cross-sectional studies have analyzed. Standard sampling: men aged 50 years or older, to explore for lower urinary tract symptoms, ultrasound results recorded by all 3 prostate measurements, interview scale IPSS. Exclusion criteria form: The case of the physical examination and ultrasound signs of prostate cancer, prostatitis; These cases have a history of prostate surgery (surgical drainage, stripping surgery, endoscopic...). Using the average value calculations, percentages, statistical tests to analyze the results. Correlation coefficient: r in the range |0.3|: correlation does not close; r in the range |0.3| to |0.6|: tight correlation; r outer space |0.6| : Very tight correlation. Compare threshold probability statistical significance: $p < 0.05$. **Results:** Average age: 73.5 ± 10.7 ; lowest: 50 years old; highest: 97 years old. The most common age group is 70-80 years old (38.1%). Medical reasons mainly to difficulty in urinating, 83 cases (61.9%); to explore reasons pollakiuria, 2 cases (1.5%); to hospital in a state of acute urinary retention 49 cases (36.6%). Prostate volume of 42.8 ± 18.2 cm³ average; 16.5 cm³ lowest; 121.0 cm³ highest. Number of objects in prostate volume of approximately 30-50 cm³: 72 cases (53.7%). IPSS Score average: 14.7 ± 11.7 ; lowest: 5; highest: 35. Age has a positive correlation with the total score IPSS loose ($r \leq 0,3$; $p > 0.05$). Prostate volume correlated closely with total points upon IPSS ($r: > 0.3 - \leq 0,6$; $p < 0.05$). Height prostate tight positive correlation with total IPSS score

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sơn

Email: vusonytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2017

Ngày duyệt bài: 20.3.2017

($r > 0.3 - \leq 0.6$; $p < 0.05$). Prostate horizontally with loose positive correlation with total IPSS score ($r: \leq 0.3$; $p > 0.05$). Previous afternoon after prostate tight positive correlation with total IPSS score ($r: > 0.3 - \leq 0.6$; $p < 0.05$). **Conclusions:** Before-after measurements of dimensions, height and volume of prostate tight positive correlation with total IPSS score (difference statistically significant: r in the range $> 0.3 - \leq 0.6$; $p < 0.05$). Width measurements of the prostate and age not clear influence on the total IPSS score (with loose positive correlation, the difference was not statistically significant with $r: \leq 0.3$; $p > 0.05$).

Keyword: Prostate measurements and scale IPSS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản lành tính tuyến tiền liệt (BPH - Benign Prostatic Hypertrophy) là bệnh thường gặp ở người đàn ông cao tuổi, tỷ lệ mắc tăng dần theo lứa tuổi, và được coi là bệnh tiến triển chậm. Tỷ lệ mắc BPH có xu hướng ngày một gia tăng trên toàn thế giới. Hiện nay số người mắc đứng sau bệnh lý mạch vành, tăng mỡ máu, tăng huyết áp, và tiểu đường [4].

Điểm số triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS - International Prostate Symptom Score) để đánh giá mức độ triệu chứng tuyến tiền liệt (TTL). Cho đến nay hầu hết các tác giả [3], [6], đề xuất lựa chọn phương pháp điều trị đối với BPH như sau:

- Theo dõi và chờ đợi: Điểm IPSS ≤ 7 ; Điểm QoL < 3 ; Không có yếu tố nguy cơ.

- Cần phải can thiệp Y tế: Điểm IPSS > 7 ; Điểm QoL ≥ 3 ; Có yếu tố nguy cơ.

Các yếu tố nguy cơ bao gồm: TTL $> 31 \text{ cm}^3$; PSA $> 1,6 \text{ ng/ml}$; Nước tiểu tồn dư $> 39 \text{ ml}$; Tốc độ dòng tiểu tối đa $< 10,6 \text{ ml/s}$; Can thiệp y tế có thể lựa chọn: điều trị bằng thuốc, can thiệp phẫu thuật.

Các nghiên cứu cho thấy thể tích TTL có mối tương quan thuận với tổng điểm IPSS. Thể tích TTL được xác định qua 3 số đo: chiều cao, chiều ngang, chiều trước sau của TTL. Mức độ ảnh hưởng của 3 số đo này đến tổng điểm IPSS như thế nào, để từ đó giúp cho việc lựa chọn hướng điều trị thích hợp khi kết hợp giữa tổng điểm IPSS và thể tích của TTL. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Đánh giá mối liên

quan số đo chiều cao, chiều rộng, chiều trước sau của TTL với điểm số triệu chứng tuyến tiền liệt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

***Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám tiết niệu bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

***Đối tượng nghiên cứu:** Nam giới từ 50 tuổi trở lên, đến khám vì có triệu chứng đường tiểu dưới.

***Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 12 năm 2014

2. Phương pháp nghiên cứu

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

***Phương pháp chọn mẫu.**

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, không xác suất đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Nam giới từ 50 tuổi trở lên, đến khám vì triệu chứng đường tiểu dưới, kết quả siêu âm ghi đủ 3 số đo của TTL, phỏng vấn được thang điểm IPSS.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp không phỏng vấn được thang điểm IPSS; Những trường hợp kết quả siêu âm không ghi rõ chiều cao, chiều ngang, chiều trước sau khi đo thể tích TTL; Những trường hợp khi khám lâm sàng và siêu âm có biểu hiện nghi ngờ ung thư TTL, viêm TTL; Những trường hợp có tiền sử phẫu thuật TTL (mổ dẫn lưu, mổ bóc, mổ nội soi...)

3. Xử lý số liệu.

+ Sử dụng các phép tính giá trị trung bình, tỷ lệ %, các test thống kê để phân tích kết quả.

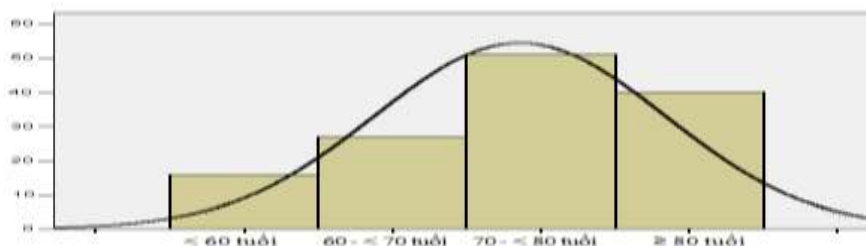
+ Hệ số tương quan: r trong khoảng $[0,3]$: mối tương quan không chặt chẽ; r trong khoảng $[0,3$ [đến $0,6]$: mối tương quan chặt chẽ; r ngoài khoảng $[0,6]$: mối tương quan rất chặt chẽ.

+ Ngưỡng so sánh xác suất có ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

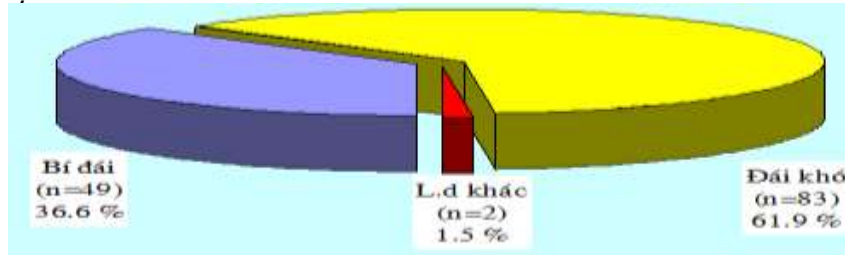
***Tuổi của đối tượng nghiên cứu.**



Biểu đồ 1: Tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=134)

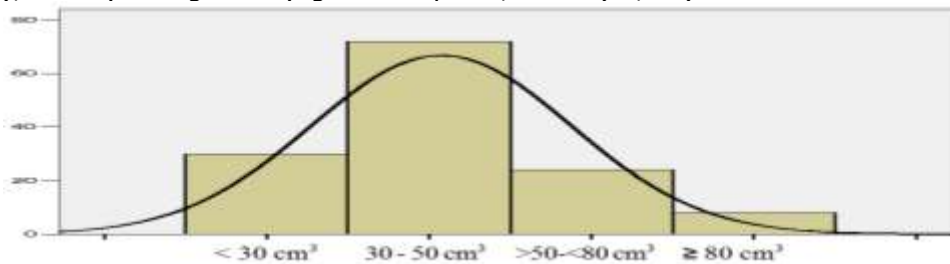
Nhận xét: Tuổi trung bình: 73,5±10,7 ; thấp nhất: 50 tuổi; cao nhất: 97 tuổi. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 70 – 80 tuổi (38,1%).

**Đặc điểm bệnh.*



Biểu đồ 2: Lý do đến khám bệnh của đối tượng nghiên cứu (n=134)

Nhận xét: Lý do đến khám bệnh chủ yếu là đái tháo, 83 TH (61,9%); đến khám vì lý do đái dầm, 2 TH (1,5%); đến viện trong tình trạng bí đái cấp tính, 49 TH (36,6%).



Biểu đồ 3: Thể tích tuyến tiền liệt của đối tượng nghiên cứu (n=134)

Nhận xét: Thể tích TTL trung bình 42,8±18,2 cm³; thấp nhất 16,5 cm³; cao nhất 121,0 cm³. Số đối tượng có thể tích TTL trong khoảng 30 - 50 cm³: 72 TH (53,7 %).

2. Yếu tố liên quan đến điểm triệu chứng tuyến tiền liệt

**Tuổi đời*

Bảng 1: Tổng điểm IPSS và tuổi đời (n=85*)

	n	Giá trị			r	p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất		
Tuổi	85	70,9 ± 10,5	50	93	0,2	0,97
Tổng điểm IPSS	85	14,7 ± 11,7	5	35		

**Có 49 trường hợp vào viện trong tình trạng bí đái cấp tính không khai thác được điểm IPSS*

Nhận xét: Tuổi trung bình: 70,9 ± 10,5 tuổi; thấp nhất: 50 tuổi; cao nhất: 93 tuổi. Điểm IPSS trung bình: 14,7 ± 11,7; thấp nhất: 5; cao nhất: 35. Tuổi đời có mối tương quan thuận lỏng lẻo với tổng điểm IPSS (r ≤ 0,3; p > 0,05).

**Thể tích tuyến tiền liệt*

Bảng 2: Tổng điểm IPSS và thể tích tuyến tiền liệt (n=85)

	n	Giá trị			r	p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất		
Thể tích TTL (cm ³)	85	40,0 ± 17,4	16,5	100,0	0,5	< 0,001
Tổng điểm IPSS	85	14,7 ± 11,7	5	35		

Nhận xét: Thể tích TTL trung bình: 40,0 ± 17,4 cm³; thấp nhất: 16,5 cm³; cao nhất: 100,0 cm³. Thể tích TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS (r: >0,3-≤0,6; p < 0,05).

**Chiều cao tuyến tiền liệt*

Bảng 3: Tổng điểm IPSS và số đo chiều cao của tuyến tiền liệt (n=85)

	n	Giá trị			r	p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất		
Chiều cao TTL (mm)	85	39,9 ± 9,8	35,0	70,5	0,6	< 0,001
Tổng điểm IPSS	85	14,7 ± 11,7	5	35		

Nhận xét: Trung bình chiều cao TTL: $39,9 \pm 9,8$ mm; thấp nhất: 35,0 mm; cao nhất: 70,5mm. Chiều cao TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS ($r: >0,3- \leq 0,6; p < 0,05$)

**Chiều ngang tuyến tiền liệt*

Bảng 4: Tổng điểm IPSS và số đo chiều ngang của tuyến tiền liệt (n=85)

	n	Giá trị			r	p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất		
Chiều ngang TTL (mm)	85	$45,6 \pm 7,2$	23,0	64,0	0,07	0,49
Tổng điểm IPSS	85	$14,7 \pm 11,7$	5	35		

Nhận xét: Trung bình chiều ngang TTL: $45,6 \pm 7,2$ mm; thấp nhất: 23,0 mm; cao nhất: 64,0mm. Chiều ngang TTL có mối tương quan thuận lỏng lẻo với tổng điểm IPSS ($r: \leq 0,3; p > 0,05$).

**Chiều trước sau tuyến tiền liệt*

Bảng 5: Tổng điểm IPSS và số đo chiều trước sau của tuyến tiền liệt (n=85)

	n	Giá trị			r	p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất		
Chiều trước sau TTL (mm)	85	$40,3 \pm 6,6$	28,5	59,0	0,5	< 0,001
Tổng điểm IPSS	85	$14,7 \pm 11,7$	5	35		

Nhận xét: Trung bình chiều trước sau TTL: $40,3 \pm 6,6$ mm; thấp nhất: 28,5mm; cao nhất: 59,0mm. Chiều trước sau TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS ($r: >0,3- \leq 0,6; p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

**Tuổi của đối tượng nghiên cứu:* Kết quả biểu đồ 1 cho thấy, đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình: $73,5 \pm 10,7$, thấp nhất: 50 tuổi, cao nhất: 97 tuổi. Nhóm tuổi 70 – 80 chiếm tỷ lệ 38,1%.

**Đặc điểm bệnh lý tăng sản lành tính tuyến tiền liệt:* Kết quả biểu đồ 2 cho thấy, lý do đến khám bệnh chủ yếu là đái khó (chiếm tỷ lệ 61,9%). Có 2 trường hợp (chiếm tỷ lệ 1,5%) đến khám vì lý do đái dặt. Đặc biệt trong mẫu nghiên cứu có 49 trường hợp (chiếm tỷ lệ 36,6 %) đến khám vì bí đái cấp tính hoàn toàn, được nhập điều trị nội trú để xử trí đặt thông dẫn lưu nước tiểu.

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành đo chiều cao, chiều ngang, chiều trước sau của TTL qua siêu âm đường thành bụng để tính thể tích TTL. Kết quả biểu đồ 3 cho thấy, thể tích TTL trung bình $42,8 \pm 18,2$ cm³; thấp nhất 16,5 cm³; cao nhất 121,0 cm³. Số đối tượng có thể tích TTL trong khoảng 30 – 50cm³ là 72 trường hợp (chiếm tỷ lệ 53,7%).

2. Yếu tố liên quan đến điểm triệu chứng tuyến tiền liệt:

Đánh giá mức độ triệu chứng dựa vào thang điểm IPSS, qua các câu hỏi, cho phép lượng hóa mức độ triệu chứng chủ quan của người bệnh, nhưng tính chính xác của các kết quả thu được không thực sự cao và đôi khi không khách quan. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy kết quả siêu âm đo 3 chiều của TTL và khai thác điểm IPSS của người bệnh đến khám vì lý do có biểu hiện của tắc nghẽn đường tiểu dưới. Cách chọn mẫu chủ định này sẽ làm hạn chế yếu

tố chủ quan so với một số nghiên cứu chọn mẫu ngẫu nhiên.

**Tuổi đời:* Kết quả bảng 1 cho thấy tuổi trung bình: $70,9 \pm 10,5$ tuổi; thấp nhất: 50 tuổi; cao nhất: 93 tuổi, điểm IPSS trung bình: $14,7 \pm 11,7$; thấp nhất: 5; cao nhất: 35. Tuổi đời tăng ảnh hưởng không rõ ràng đến sự tăng lên của điểm số IPSS. Tuổi đời có mối tương quan thuận lỏng lẻo với tổng điểm IPSS (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $r \leq 0,3; p > 0,05$).

Theo Awad Ali M, có mối liên quan giữa tuổi và thể tích TTL với một giá trị hồi quy tuyến tính, mỗi năm thể tích TTL tăng 70 mg, tuy nhiên không có mối liên hệ giữa tuổi đời và triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới [2].

**Thể tích tuyến tiền liệt:* Theo Rosette J, không có mối liên hệ giữa thể tích TTL và triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới, giữa tuổi đời và triệu chứng tắc nghẽn đường tiểu dưới. Sự liên quan giữa điểm triệu chứng và thể tích TTL là quan hệ thấp.

Trong nghiên cứu này thể tích TTL trung bình: $40,0 \pm 17,4$ cm³; thấp nhất: 16,5cm³; cao nhất: 100,0cm³ (bảng 2). Thể tích TTL càng tăng thì tổng điểm IPSS càng tăng. Thể tích TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS ($r: >0,3- \leq 0,6; p < 0,05$).

**Chiều cao tuyến tiền liệt:* Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa có điều kiện để thực hiện đo chỉ số IPP theo một số tác giả khuyến cáo. Chúng tôi chỉ phân tích số đo chiều cao TTL. Kết quả bảng 3 cho thấy trung bình chiều cao TTL: $39,9 \pm 9,8$ mm; thấp nhất: 35mm; cao nhất:

70,5mm. Chiều cao TTL càng tăng thì tổng điểm IPSS càng tăng. Chiều cao TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $r: >0,3-≤0,6; p < 0,05$).

**Chiều ngang tuyến tiền liệt:* Theo Shi-Jun Zhang và cộng sự, tốc độ tăng trưởng của chiều ngang TTL tương đối ổn định so với chiều cao TTL ở nam giới từ 40-70 tuổi.

Kết quả bảng 4 cho thấy trung bình chiều ngang TTL: $45,6 ± 7,2\text{mm}$; thấp nhất: 23,0mm; cao nhất: 64,0mm. Chiều ngang TTL tăng lên ảnh hưởng không rõ ràng đến sự tăng lên của điểm số IPSS. Chiều ngang TTL có mối tương quan thuận lỏng lẻo với tổng điểm IPSS (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $r: ≤0,3; p > 0,05$).

**Chiều trước sau tuyến tiền liệt:* Kết quả bảng 4 cho thấy trung bình chiều trước sau TTL: $40,3 ± 6,6\text{mm}$; thấp nhất: 28,5mm; cao nhất: 59,0mm. Chiều trước sau TTL càng tăng thì tổng điểm IPSS càng tăng. Chiều trước sau TTL có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS ($r: >0,3-≤0,6; p < 0,05$).

Như vậy khi đo kích thước TTL cần đánh giá mức độ tăng lên của chiều cao và chiều trước sau của TTL để giúp cho tiên lượng.

V. KẾT LUẬN

1. Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình: $73,5 ± 10,7$, thấp nhất: 50 tuổi, cao nhất: 97 tuổi. Nhóm tuổi 70 – 80 chiếm tỷ lệ cao nhất 38,1%. Lý do đến khám bệnh chủ yếu là đái khó (61,9%).

2. Số đo chiều trước sau, chiều cao và thể tích của tuyến tiền liệt có mối tương quan thuận chặt chẽ với tổng điểm IPSS (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với: r trong khoảng $>0,3-≤0,6; p < 0,05$).

3. Số đo chiều ngang của tuyến tiền liệt và tuổi đời ảnh hưởng không rõ ràng đến tổng điểm IPSS

(có mối tương quan thuận lỏng lẻo, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $r: ≤0,3; p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ashraf Abdel-Aala, Tarek El-Karamanya, Ahmed Mahmoud El-Adla,** Osama Abdel-Wahaba, Hesham Faroukb (2011); "Assessment of noninvasive predictors of bladder outlet obstruction and acute urinary retention secondary to benign prostatic enlargement"; Arab Journal of Urology Volume 9, Issue 3, September 2011, Pages 209-214
- Awad Ali M. Alawad, Shihab Mohamed Elamin, Faisal H. Younis (2015);** "Correlation between prostate volume and lower urinary tract symptoms in Sudanese patients with benign prostatic hyperplasia"; Basic Research Journal of Medicine and Clinical Sciences ISSN 2315-6864 Vol. 4(4) pp. 121-124 April 2015
- Desgrandchamps Fr, Alexandre de la Taille;** Abdel-Rahme`ne Azzouzi; Marc Fourmarier Olivier Haillet; Bertrand Lukacs (2006); "Management of non-complicated BPH: proposition of a renewed decision tree"; World J Urol; 2006; Pp: 0096-0099.
- Gee W F; Holtgrewe H L; Albertsen P C; Litwin M S; Manyak M J;** O'Leary M P; Painter M R (1995); "Practice trends in the diagnosis and management of benign prostatic hyperplasia in the United States". The Journal of urology; 1995; 154(1); Pp: 205-6.
- Heyns CF, CLE van der Walt, AE Groeneveld (2012);** "Correlation between a new visual prostate symptom score (VPSS) and uroflowmetry parameter in men with lower urinary tract symptoms"; South African Medical Journal, Vol 102, No 4.
- Hiroyuki Nose, Keong Tatt Foo, Kok Bin Lim,** Teruhiko Yokoyama, Hideo Ozawa, Hiromi Kumon (2011); "Accuracy of two noninvasive methods of diagnosing bladder outlet obstruction using ultrasonography: Intravesical prostatic protrusion and velocity-flow video urodynamics"; Urology, Volume 65, Issue 3, Pages 493-497
- Pupca G (2000);** "Symptom scores: what do they describe exactly?"; Prog Urol; 2000 Sep; 10 (4); Pp:561-7.

HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP AN THẦN DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN BẰNG MADAZOLAM TRONG THỦ THUẬT NHA KHOA

Nguyễn Thùy Linh*, Nguyễn Quang Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển (PCS: Patient

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình

Email: nguyenvinh3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2017

Ngày duyệt bài: 8.3.2017

controlled sedation) bằng midazolam trong phẫu thuật răng khôn. **Đối tượng phương pháp:** 70 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật răng khôn, tuổi 18 – 60, ASA I - II chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên. Nhóm gây tê đơn thuần (GTĐT) bằng lidocaine 2% ($n = 35$) và nhóm PCS (patient controlled sedation): gây tê kết hợp với an thần bằng midazolam do bệnh nhân tự điều khiển bơm tiêm chuyên dụng ($n = 35$). **Kết quả:** Hiệu quả an thần ở nhóm PCS so với GTĐT: mức an thần tình 4 $< \text{OAA/S} < 5$ so với $\text{OAA/S} = 5$ điểm ($p < 0,01$); mức độ quên hoàn toàn 77% so với 0% ($p < 0,05$); mức độ

đau $0,77 \pm 1,21$ so với $3,46 \pm 1,74$ điểm ($p < 0,01$); tổng liều thuốc tê $108,23 \pm 12,82$ so với $116,23 \pm 19,01$ mg ($p < 0,01$); điểm phẫu thuật viên hài lòng $8,26 \pm 1,03$ so với $6,63 \pm 1,57$ điểm ($p < 0,01$). Tuy nhiên, nhóm PCS so với GTĐT về thời gian xuất viện và điểm xuất viện không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

Kết luận: Kết hợp an thần midazolam bằng PCS với tê tại chỗ trong phẫu thuật răng khôn cho mức an thần tỉnh, mức gây quên cao hơn, mức giảm đau tốt hơn so với gây tê đơn thuần.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam.

SUMMARY

THE EFFECTIVENESS OF SEDATIVE WITH MIDAZOLAM BY PATIENT CONTROLLED SEDATION METHOD IN WISDOM TOOTH SURGERY

Objective: To assess the effects of midazolam sedation by patient controlled sedation in wisdom tooth surgery. **Subject and method:** 70 patients, aged 18-60, ASA I-II is divided into two groups of local anesthesia lidocaine 2% with and without midazolam sedation using patient controlled method (PCS), each group 35 patients. **Result:** The effects of midazolam sedation on PCS group compared with the group local anesthesia as follow: conscious sedation level $4 < OAA/S < 5$ compared with $OAA/S = 5$ points ($p < 0,05$); the level of obliviousness is 77% compared with 0% ($p < 0,05$); the degree of pain is $0,77 \pm 1,21$ compared with $3,46 \pm 1,74$ ($p < 0,01$); the total of anesthetic doses is $108,23 \pm 12,82$ mg versus $116,23 \pm 19,01$ mg ($p < 0,01$); surgeon satisfaction $8,26 \pm 1,03$ versus $6,63 \pm 1,57$ points ($p < 0,01$). Meanwhile, the time of discharge from the hospital and Fare no difference with ($p > 0,05$). **Conclusion:** Combine midazolam PCS with local anesthesia in wisdom tooth surgery is effective and results in conscious sedation, amnesia levels higher and analgesia levels better than local anesthesia.

Keywords: Sedation, PCS, midazolam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các can thiệp nha khoa mà đại diện là phẫu thuật răng khôn hàm dưới là một can thiệp khó trong khoang miệng, cần phải có một phương pháp vô cảm cho phù hợp. PCS (Patient controlled sedation) là phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển dựa trên nguyên tắc sử dụng từng liều nhỏ an thần mỗi khi lo sợ hay khó chịu và khi hết lo sợ thì không dùng an thần. Nhằm để tránh sử dụng quá liều cho phép thì giữa hai liều người ta cài đặt khoảng thời gian không tác dụng (gọi là khoảng thời gian trơ). Midazolam được sử dụng an thần có tác dụng làm êm dịu thần kinh, gây quên, ít ảnh hưởng đến hô hấp và tuần hoàn. Phương pháp an thần PCS sử dụng midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ lidocain 2% giúp cho bệnh nhân không bị lo sợ, có thể quên các diễn biến trong mổ, giảm ngưỡng đau, giảm liều thuốc tê và bệnh nhân hài

lòng với phẫu thuật. Bởi vậy, chúng tôi nghiên cứu hiệu quả an thần của midazolam bằng phương pháp PCS trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới, nhằm mục tiêu: "đánh giá hiệu quả của phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển bằng midazolam trong phẫu thuật răng khôn".

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 có đối chứng. Chia ngẫu nhiên làm hai nhóm:

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

2.2.2. Phương pháp tiến hành

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

2.2.3. Phương pháp đánh giá

*Các tiêu chí đánh giá

- Đặc điểm chung của bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, ASA, mức độ khó và thời gian phẫu thuật.
- Đánh giá mức độ an thần theo OAA/S (mắt, vè 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 gây quên theo Rodrigo: không quên (nhớ lại toàn bộ sự việc trong lúc mổ); quên một phần (không nhớ đầy đủ sự việc trong mổ); quên hoàn toàn (không nhớ các sự việc diễn ra khi mổ).
- 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 hai nhóm
- Điểm xuất viện theo F Chung (dựa trên các tiêu chí dấu hiệu sinh tồn, khả năng đi lại, buồn nôn và nôn, đau, chảy máu tại chỗ): đủ tiêu chuẩn ≥ 9 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.

- Mức hài lòng của bệnh nhân theo VAS : được hỏi sau kết thúc phẫu thuật (0 - 3: không hài lòng, 4 - 5: hài lòng ít, 6 - 7: hài lòng, 8 - 10: rất hài lòng).

*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; Tx: 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 16.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

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

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, cân nặng, giới và ASA

Đặc điểm bệnh nhân		Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)	p
Tuổi (năm)	X ± SD	30,37 ± 8,29	29,17 ± 7,97	> 0,05
	(min - max)	20 - 49	19 - 51	
Cân nặng (kg)	X ± SD	55,69 ± 8,03	56,40 ± 8,01	
	(min -max)	40 - 77	41 - 70	
Giới	Nam: (%)	25 (71,42)	25 (71,42)	
	Nữ: (%)	10 (28,58)	10 (28,58)	
ASA	I (%)	27 (71,58)	29 (82,29)	
	II (%)	8 (22,42)	6 (17,71)	
Mức độ khó phẫu thuật răng (điểm)	X ± SD	8,26 ± 1,73	8,62 ± 2,11	
Thời gian phẫu thuật (phút)	X ± SD	23,94 ± 3,91	23,46 ± 3,71	

Ở 2 nhóm về tuổi, giới, cân nặng, tình trạng toàn thân (ASA), thời gian phẫu thuật và mức độ khó phẫu thuật răng khôn hàm dưới theo Perderson [1] khác nhau không ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng, tình trạng toàn thân (ASA), thời gian phẫu thuật và mức độ khó phẫu thuật răng khôn hàm dưới ở 2 nhóm nghiên cứu là tương đồng.

3.2. Mức độ an thần theo OAA/S



Biểu đồ 3.1. Mức độ an thần theo OAA/S ở nhóm GTĐT và midazolam

Ghi chú: từ T₁ đến T₅ ở nhóm midazolam khác nhau có ý nghĩa (p < 0,01) so với nhóm GTĐT và 5 > OAA/S > 4 (giới hạn trong vùng an thần tỉnh).

Tại các thời điểm T₁ đến T₅ khi dùng an thần, hiệu quả an thần theo OAA/S ở nhóm midazolam và GTĐT khác nhau có ý nghĩa (p < 0,01). Kết quả từ T₁ đến T₅ 5 > OAA/S > 4 điểm là mức an thần tỉnh và không có trường hợp nào an thần sâu OAA/S < 3 điểm hoặc an thần quá mức OAA/S = 1 - 2 điểm. Tại Tx ngừng dùng an thần, OAA/S ở nhóm midazolam và GTĐT khác nhau không ý nghĩa (p > 0,05) và OAA/S = 5 điểm. Điều này cho thấy khi xuất viện, midazolam hầu

như không tác dụng và bệnh nhân trở về trạng thái bình thường. Như vậy, phương pháp PCS sử dụng midazolam liều bolus 0,5 mg/kg đạt mức an thần tỉnh và sớm xuất viện. Ở mức mức an thần này bệnh nhân không thấy lo sợ, phối hợp tốt, ít cử động trong phẫu thuật. Rodrigo (1998) cho rằng mức an thần cần từ nhẹ đến vừa [2]. Fung (1997) cho thấy một số bệnh nhân không muốn an thần sâu quá, chỉ thích lơ mơ và muốn biết cái gì đang xảy ra, một số bệnh nhân khác thích an thần sâu hơn trong mổ. Phương pháp PCS giúp chuẩn độ an thần mong muốn [3].

3.3. Mức gây quên theo Rodgio

Bảng 3.2. Mức gây quên theo Rodgio

Mức gây quên	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không quên	35	100	0	0

Quên một phần	0	0	8	23*
Quên hoàn toàn	0	0	27	77**

Ghi chú: * và **: khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm 1.

Mức gây quên (quên một phần, quên hoàn toàn) ở nhóm PCS sử dụng midazolam cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm chỉ gây tê đơn thuần. Như vậy, việc sử dụng an thần bằng midazolam giúp cho bệnh nhân quên đi những sự kiện, hình ảnh trong khi phẫu thuật có thể ảnh hưởng đến tâm lý của bệnh nhân như kim gây tê, kim nhổ răng, tiếng khoan cắt răng, kim chỉ khâu... từ đó, bệnh nhân hợp tác tốt và dễ dàng chấp nhận các can thiệp phẫu thuật. Rudkin (1992) cho rằng midazolam có tác dụng

gây quên hoàn toàn và êm dịu không phụ thuộc vào liều sử dụng [4]. Taani (2001) nghiên cứu phương pháp an thần PCS sử dụng midazolam cho thấy các bệnh nhân đều quên các sự kiện trong mổ [5]. Satish (2011) cho rằng hiệu quả sử dụng an thần của midazolam tốt hơn gây tê đơn thuần và midazolam có tác dụng gây quên tốt hơn propofol [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả.

3.4. Mức độ giảm đau theo VAS



Biểu đồ 3.2. Mức độ đau trung bình theo VAS

Nhận xét: Điểm đau theo VAS ở nhóm midazolam thấp hơn nhóm GTĐT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Ở biểu đồ 2 kết quả cho thấy mức độ đau ở nhóm midazolam $0,77 \pm 1,21$ điểm thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT $3,46 \pm 1,74$ điểm. Theo VAS về mức độ đau ở nhóm GTĐT là đau nhẹ và nhóm midazolam là không đau. Như vậy, midazolam là thuốc có tác dụng an thần và không có tác dụng giảm đau nhưng sử dụng midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ làm giảm ngưỡng đau, giảm căng thẳng, tăng tác dụng của gây tê, giảm liều thuốc tê.

3.5. Tổng liều lidocain

Bảng 3.3. Tổng liều trung bình lidocain (mg)

Tổng liều lidocain (mg)	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)
X ± SD	116,23 ± 19,01	108,23 ± 12,82 *
p	$< 0,01$	

Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với nhóm 1.

Tổng liều lidocain ở nhóm midazolam thấp hơn nhóm GTĐT, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,01$). Như vậy, sử dụng liều lidocain ở nhóm midazolam giảm hơn so với GTĐT. Việc sử dụng an thần kết hợp gây tê tại chỗ làm tăng tác dụng của gây tê, giảm liều thuốc tê lidocain. Ngược lại, ở nhóm GTĐT bệnh nhân khó chịu, cử động nhiều hơn, dùng lidocain nhiều hơn trong phẫu thuật.

3.6. Thời gian xuất viện

Bảng 3.4. Thời gian xuất viện (phút)

Thời gian xuất viện (phút)	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)
X ± SD	9,66 ± 1,24	10,07 ± 1,22
p	$> 0,05$	

Thời gian xuất viện ở nhóm midazolam và GTĐT khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$). Mặc dù, sử dụng midazolam trong quá trình phẫu thuật đạt mức an thần tỉnh thì thời gian xuất viện ở nhóm midazolam cũng gần bằng với nhóm GTĐT. Việc sử dụng midazolam liều bolus 0,5 mg/kg và đặt khoảng thời gian chờ 1 phút cho thấy midazolam ít bị tích lũy. Như vậy, thời gian xuất viện sớm giúp giảm thời gian chăm sóc, chi phí phẫu thuật, giảm tải bệnh viện và nâng cao chất lượng điều trị.

3.7. Sự hài lòng của bệnh nhân theo VAS

Bảng 3.5. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng của bệnh nhân (điểm)	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)
X ± SD	6,63 ± 1,57	8,26 ± 1,03 *
p	$< 0,01$	

Ghi chú: * : khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với nhóm 1.

Điểm hài lòng của bệnh nhân ở nhóm midazolam cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với GTĐT. Như vậy, dưới tác dụng an thần ở nhóm midazolam bệnh nhân thoải mái, giảm lo sợ, dễ dàng chấp nhận và hợp tác tốt hơn so với nhóm GTĐT trong quá trình phẫu thuật. Sự hài lòng của bệnh nhân là yếu tố khách quan đánh giá hiệu quả của việc sử dụng phương pháp vô cảm.

3.8. Điểm trung bình về tiêu chuẩn xuất viện theo F.Chung



Biểu đồ 3.3. Điểm xuất viện theo F.Chung

Ghi chú: Điểm xuất viện ở nhóm midazolam và GTĐT khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Kết quả biểu đồ 3 cho thấy điểm xuất viện ở nhóm midazolam và GTĐT khác nhau không có ý nghĩa (thứ tự $9,94 \pm 0,44$ và $9,91 \pm 0,28$ điểm; với $p > 0,05$). Một yêu cầu đối với bệnh nhân phẫu thuật ngoại trú là được xuất viện sớm nhưng phải đủ các tiêu chuẩn xuất viện theo thang điểm Chung ≥ 9 điểm [7]. Trong can thiệp phẫu thuật răng khôn hàm dưới, việc sử dụng phương pháp PCS bằng midazolam giúp cho bệnh nhân chủ động duy trì an thần ở mức độ thích hợp đảm bảo cho sự thành công phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển bằng midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ lidocain 2% có mức an thần tình, mức gây quên cao hơn, mức đau thấp hơn dù sử dụng thuốc gây tê ít hơn, bệnh nhân hài lòng hơn, điểm và thời gian xuất viện như nhau so với phương pháp gây tê đơn thuần trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pedersen G.W. (1988). Surgical removal of teeth, *Oral Surgery*, WB Saunders, Philadelphia, 60-81.
2. Rodrigo C. (1998). Patient-controlled sedation, *Anesth Prog*, 45(3), 117-26.

3. Fung S.C., Rodrigo M.R.C., Yu C. (1997). A comparison of two patient controlled sedation techniques, In: 8th, ed. *International Dental Congress on Modern Pain Control*, Christchurch, New Zealand.
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), 376-81.
5. Taani D.S.M.Q (2001). Dental fear among a young adult Saudian population", *Int Dent J*, 51, 62-66.
6. 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.
7. Chung F., Chan V. W., Ong D. (1995). A post-anesthetic discharge scoring system for home readiness after ambulatory surgery, *J Clin Anesth*, 7(6), 500-6.

NHU CẦU CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI HUYỆN KHÁNH VĨNH, TỈNH KHÁNH HÒA

Trần Văn Hương¹, Nguyễn Hoa Hội², Nguyễn Văn Tập³

TÓM TẮT

Nhằm mục đích tìm biện pháp khả thi nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, mục tiêu

¹Bệnh viện ĐK Dĩ An, Bình Dương

²Trung Tâm kiểm dịch y tế Khánh hòa.

³Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Hương

Email: bshuong67@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.3.2017

Ngày duyệt bài: 22.3.2017

của đề tài khảo sát "nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa". Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được tiến hành trên 1.404 người cao tuổi tại 14 xã/thị trấn, huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người cao tuổi mắc ít nhất một bệnh là 52,0%, trong đó 3 bệnh thường gặp là tăng huyết áp (22,1%), bệnh xương khớp (20,6%) và bệnh dạ dày - ruột (14,5%); 12,0% người cao tuổi gặp khó khăn trong việc đi lại, sinh hoạt và tự vệ sinh thân thể hàng ngày; 4,1% người cao tuổi không hài lòng đối với người chăm sóc; 81,3% người cao tuổi không tham gia tổ chức đoàn thể xã hội. Nguyên vọng chủ yếu của

người cao tuổi là được chính quyền địa phương tuyên truyền kiến thức phòng chống bệnh tật 64,7%, được cấp thẻ bảo hiểm miễn phí, hỗ trợ kinh phí hàng tháng 34,1% và được gia đình cần đưa đi khám sức khỏe định kỳ 58,4%. Tỷ lệ người cao tuổi có nhu cầu lựa chọn nơi khám chữa bệnh là trạm y tế xã (59,8%), lý do lựa chọn nơi khám chữa bệnh chủ yếu là gần nhà, tiện lợi đi lại (68,7%) và lựa chọn phương pháp điều trị tây y (52,3%).

Từ khóa: Nhu cầu, chăm sóc sức khỏe, người cao tuổi, huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa.

SUMMARY

HEALTH CARE NEEDS OF THE ELDERLY AT KHANH VINH, KHANH HOA PROVINCE

The survey aims at finding out the possible method to enhance the effectiveness of taking care of the elderly; this study determined the current health status and health care needs of the elderly at 14 communes belonging to Khanh Vinh District in Khanh Hoa Province. A cross-sectional study was carried out on 1.404 elderly who live at 14 communes belonging to Khanh Vinh District, Khanh Hoa Province in 2011. The results showed that 52.0% of the total elderly had contracted at least one disease, there were 3 common diseases including hypertension (22.1%), osteoarthritis (20.6%) and gastrointestinal diseases (14.5%); 12.0% of the elderly was having difficulty in walking and doing daily activities and taking care of their body daily; 4.1% of the elderly wasn't satisfied with carers; 81.3% of the elderly didn't participate in their social organizations. The rate of elderly whose expectation that the local government provided information about disease prevention and health care was 64.7%, gave free insurance cards, monthly financial support was 34.1% and their families took them to health examination periodically was 58.4%. The rate of the elderly who chose medical station as a place of health care was 59.8%; the reason they chose these places because they were near their houses and convenient for travelling was 68.7% and choosing western medicine treatment was 52.3%.

Keywords: Needs, health care, the elderly, Khanh Vinh District, Khanh Hoa Province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số đang diễn ra trên tất cả các khu vực, trong đó nhanh nhất và nhiều nhất là ở các nước đang phát triển. Theo Tổ chức Y tế thế giới, từ năm 2000 đến năm 2050, tỷ lệ người cao tuổi (NCT) tăng từ 605 triệu người lên tới 2 tỉ người. Theo báo cáo của Tổng cục Thống kê năm 2010, tỷ lệ NCT ở Việt Nam chạm ngưỡng 10% tổng dân số vào năm 2017, tức là dân số Việt Nam chính thức bước vào giai đoạn "già hóa" từ năm 2017 [6]. Người cao tuổi Việt Nam hiện nay có tỷ lệ ốm đau cao, tình trạng khỏe mạnh thấp [2]. Trung bình mỗi người phải chịu 14 năm bệnh tật trong tổng số 73 năm trong

cuộc sống [2]. Vì vậy, khám chữa bệnh khi đau ốm, chăm sóc sức khỏe khi về già là nhu cầu chính đáng của NCT. Đặc biệt đối với người cao tuổi đang sống ở nông thôn, vùng sâu, vùng xa còn gặp nhiều khó khăn trong việc được chăm sóc sức khỏe. Khánh Vĩnh là một huyện miền núi thuộc tỉnh Khánh Hòa, đa số dân cư là đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống, chủ yếu làm nghề nông lâm nghiệp. Nhằm mục đích tìm biện pháp khả thi nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe NCT, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu với mục tiêu khảo sát thực trạng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của NCT tại huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 03/2010 đến tháng 06/2011.

Đối tượng nghiên cứu: Người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên), đang sinh sống tại 14 xã/thị trấn, huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ những người cao tuổi đang sinh sống tại 14 xã/thị trấn, huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa theo danh sách người cao tuổi do Hội người cao tuổi huyện Khánh Vĩnh hoặc trạm y tế cung cấp năm 2010. Thực tế đã điều tra 1.404 người.

Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi.

Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê, phân tích bằng phần mềm Epidata, Stata 10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm chung của người cao tuổi: Điều tra 1404 người cao tuổi, nữ (46,3%) cao hơn so với nam (53,7%). Về nhóm tuổi, người cao tuổi trong nhóm từ 60 – 69 tuổi (54,8%) cao hơn so với các nhóm tuổi từ 70 -79 tuổi (32,3%), nhóm tuổi từ 80 - 89 tuổi (11,4%) và nhóm tuổi từ ≥ 90 tuổi (1,5%). Về dân tộc, dân tộc Raglay chiếm tỷ lệ cao (49,2%), các dân tộc khác như Ê đê, Tày, Nùng có tỷ lệ thấp. Về trình độ học vấn, người cao tuổi không biết chữ có tỷ lệ cao (52,0%), tiểu học (32,1%), trung học cơ sở trở lên (15,9%). Về nghề nghiệp, người cao tuổi làm nương rẫy, khai thác lâm sản (48,0%), chăn nuôi (1,5%), kinh doanh, buôn bán (1,2%), hưu trí, nội trợ, già yếu (49,3%). Về tình trạng nhà ở chủ yếu là nhà do nhà nước xây (85,0%). Về tình trạng hôn nhân, vợ chồng còn sống có tỷ lệ cao (65,8%).

3.2. Tình hình bệnh tật của người cao tuổi

Bảng 1. Tình hình bệnh tật theo giới tính

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tự đánh giá tình trạng sức khỏe	Khỏe	249	17,8
	Bình thường	586	41,7
	Không khỏe	569	40,5
Mắc bệnh	Có bệnh	730	52,0
	Không có bệnh	674	48,0
Bệnh cụ thể	Bệnh tim mạch	90	6,4
	Tăng huyết áp	310	22,1
	Bệnh phổi – phế quản	64	4,6
	Bệnh dạ dày – ruột	203	14,5
	Bệnh gan	04	0,3
	Bệnh hệ thần kinh trung ương	06	0,4
	Bệnh xương khớp	289	20,6
	Bệnh thận	04	0,3
	Sốt rét	114	8,1
	Bệnh ngoài da	31	2,2
	Lao	9	0,6
	Bệnh về thính lực, mắt	10	0,7
	Khác	2	0,1

Tỷ lệ người cao tuổi tự đánh giá không được khỏe 40,5%, người cao tuổi mắc ít nhất một bệnh 52,0%. Trong đó, 3 bệnh thường gặp ở người cao tuổi là tăng huyết áp (22,1%), bệnh xương khớp (20,6%) và bệnh dạ dày – ruột (14,5%).

Bảng 2. Tình hình đi lại, sinh hoạt và tự vệ sinh thân thể hàng ngày (n=1404)

Tự nhận xét	Tình hình đi lại sinh hoạt		Tự vệ sinh thân thể	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Thoải mái	866	61,6	858	61,1
Tương đối thoải mái	370	26,4	378	26,9
Khó khăn	168	12,0	378	12,0

Tỷ lệ người cao tuổi gặp khó khăn trong việc đi lại, sinh hoạt và tự vệ sinh thân thể hàng ngày 12%.

3.3. Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi

Bảng 3. Nhu cầu về người chăm sóc sức khỏe và hỗ trợ cho người cao tuổi

Nội dung	Nữ		Nam		Tổng		
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	
Đối tượng	Con trai	46	6,1	49	7,5	95	6,8
	Con gái	146	19,4	93	14,3	239	17
	Con dâu	13	1,7	7	1,1	20	1,4
	Con rể	2	0,3	1	0,2	3	0,2
	Chồng (vợ)	347	46,0	333	51,2	679	48,4
Tự chăm sóc	200	26,5	168	25,8	368	26,2	
Mức độ hài lòng	Hài lòng	590	78,2	516	79,3	1.106	78,7
	Bình thường	132	17,5	109	16,8	241	17,2
	Không hài lòng	32	4,3	25	3,9	57	4,1

Có 48,4% các trường hợp là vợ, chồng chăm sóc lẫn nhau, đối với vợ, chồng chăm sóc lẫn nhau thì cụ bà chăm sóc cụ ông nhiều hơn (51,2% so với 46,0%). Tỷ lệ NCT hài lòng đối với người chăm sóc 78,7%, trong đó cụ ông cảm thấy hài lòng nhiều hơn so với cụ bà (79,3% so với 78,2%).

Bảng 4. Nhu cầu tham gia các tổ chức đoàn thể xã hội của người cao tuổi

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tham gia tổ chức đoàn thể xã hội	Có tham gia	262	18,7
	Không có tham gia	1.142	81,3
Các đoàn thể tham gia (n=262)	Hội người cao tuổi	168	63,4
	Câu lạc bộ hưu trí	59	22,3
	Hội Cựu chiến binh	31	11,7
	Khác	7	2,6

Tỷ lệ NCT có tham gia tổ chức đoàn thể xã hội 18,7%. Trong đó, tham gia hội NCT 63,4%.

Bảng 5. Nhu cầu về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế của người cao tuổi

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Bảo hiểm y tế	Có thẻ bảo hiểm y tế	1.366	97,3
	Không có thẻ bảo hiểm y tế	38	2,7
Sự hài lòng của người cao tuổi về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế	Hài lòng	1.148	81,8
	Bình thường	215	15,3
	Không hài lòng	41	2,9
Lý do người cao tuổi không hài lòng về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế	Chờ đợi lâu	41	2,9
	Khám bệnh không kỹ	4	0,3
	Thuốc bảo hiểm y tế không tốt	30	2,1
	Thủ tục rườm rà	15	1,1

Tỷ lệ NCT có thẻ bảo hiểm y tế 97,3%. Tỷ lệ hài lòng về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế 81,8%.

Bảng 6. Nhu cầu lựa chọn nơi khám chữa bệnh của người cao tuổi

Nội dung		Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhu cầu lựa chọn nơi khám chữa bệnh	Trạm y tế xã	839	59,8
	Phòng khám đa khoa khu vực	91	6,5
	Y tế tư nhân	13	0,9
	Bệnh viện huyện	345	24,5
	Bệnh viện tỉnh	116	8,3
Lý do lựa chọn nơi khám chữa bệnh của người cao tuổi	Gần nhà, tiện lợi đi lại	965	68,7
	Đón tiếp ân cần, niềm nở	716	51,0
	Trang thiết bị, thuốc men đủ	765	54,5
	Uy tín cơ sở	47	3,3
Lựa chọn phương pháp điều trị của người cao tuổi	Chi phí điều trị	555	39,5
	Đông y	11	0,8
	Tây y	734	52,3
	Kết hợp đông và tây y	659	46,9

Tỷ lệ NCT có nhu cầu lựa chọn nơi khám chữa bệnh là trạm y tế xã (59,8%), lý do lựa chọn nơi khám chữa bệnh chủ yếu là gần nhà, tiện lợi đi lại (68,7%).

Bảng 7. Đề xuất của người cao tuổi đối với chính quyền địa phương và gia đình

Nội dung kiến nghị		Tần số	Tỷ lệ (%)
Chính quyền địa phương	Cấp thẻ bảo hiểm miễn phí, hỗ trợ kinh phí hàng tháng cho người cao tuổi	478	34,1
	Tuyên truyền kiến thức phòng chống bệnh tật cho người cao tuổi	909	64,7
	Tăng cường bác sỹ về xã khám chữa bệnh cho người cao tuổi tại đại phương	17	1,2
Gia đình	Ăn uống đầy đủ, tinh thần thoải mái, thường xuyên tập thể dục	567	40,4
	Khám sức khỏe định kỳ cho người cao tuổi	820	58,4
	Vệ sinh cá nhân, nhà ở sạch sẽ, gia đình hòa thuận	17	1,2

Tỷ lệ NCT mong muốn chính quyền địa phương tuyên truyền kiến thức phòng chống bệnh tật là 64,7%, mong muốn gia đình tạo điều kiện để được khám sức khỏe định kỳ là 58,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tình hình bệnh tật của người cao tuổi: Khi tự đánh giá sức khỏe của mình, 40,5% NCT tự đánh giá không được khỏe, 12% gặp khó khăn trong việc đi lại, sinh hoạt và tự vệ sinh thân thể hàng ngày. Tương tự, theo nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên và cộng sự (2013), tại 4 xã huyện Đông Anh, Hà Nội, 43,9% người cao tuổi tự đánh giá không được khỏe, 18,9% người cao tuổi cho rằng tinh thần không thoải mái, 15,9% người cao tuổi gặp khó khăn trong đi lại, sinh hoạt [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ NCT mắc ít nhất một bệnh 52,0%. Trong đó, 3 bệnh thường gặp ở người cao tuổi là tăng huyết áp

(22,1%), bệnh xương khớp (20,6%) và bệnh dạ dày – ruột (14,5%). Kết quả điều tra 2878 NCT (2007), tại 72 xã thuộc 8 tỉnh/thành phố thuộc 8 vùng kinh tế - xã hội của cả nước là Yên Bái, Bắc Giang, Hà Tây, Hà Tĩnh, Quảng Ngãi, Đắk Nông, Bà Rịa - Vũng Tàu và thành phố Hồ Chí Minh, cho thấy tình trạng sức khỏe của NCT được đánh giá là trung bình (52,71%), yếu (41,97%) và không mắc bệnh chỉ có 9,17% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Thành (2010), tại huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh, cho thấy NCT thường mắc các bệnh mãn tính không lây nhiễm như thoái hóa khớp (57,5%), tăng huyết áp (41,6%), bệnh hệ tiêu hóa (17,9%) và đái tháo đường (12,9%) [7]. Tác giả Vũ Văn Nam (2013),

tại huyện Xuyên Mộc, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu, cho thấy 78,2% người cao tuổi có bệnh, trong đó bệnh thường gặp là xương khớp (54,5%), tim mạch (35,1%) và cảm cúm (34,4%) [5]. Hoàng Trung Kiên và cộng sự (2013), tại 4 xã huyện Đông Anh, Hà Nội, đa phần NCT đều có bệnh.

4.2 Nhu cầu của người cao tuổi: Có 48,4% NCT phải chăm sóc lẫn nhau, tự chăm sóc 26,2%, được con chăm sóc 6,8%, được con gái chăm sóc 17%. Những chỉ số này thể hiện đặc trưng của các mối quan hệ huyết thống, cấu trúc gia đình và sự gắn gũi trong đời sống. Kết quả này hoàn toàn phù hợp theo báo cáo của Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam năm 2011, tỷ lệ NCT sống phụ thuộc với con cái có xu hướng giảm [6]. Điều này có thể là do vị thế kinh tế của NCT đã được cải thiện, hoặc do mô hình gia đình ở Việt Nam đang thay đổi theo xu hướng con cái ngày càng độc lập với cha mẹ.

Tỷ lệ NCT có thể bảo hiểm y tế 97,3% là một trong những điều kiện rất tốt để NCT có nhiều cơ hội được chăm sóc sức khỏe. Tỷ lệ NCT hài lòng về khám chữa bệnh bảo hiểm y tế 81,8%. Những phiền hà về thủ tục hành chính, yếu kém về chất lượng dịch vụ và quyền lợi chưa đảm bảo đã ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế của NCT thấp hơn so với nhu cầu cao về chăm sóc sức khỏe của họ. Điều tra năm 2012 về sức khỏe NCT nông thôn cho thấy 14% ít khi sử dụng thẻ bảo hiểm y tế và 15% không dùng thẻ bảo hiểm y tế khi khám chữa bệnh.

Tỷ lệ NCT có tham gia tổ chức đoàn thể xã hội 18,7%, trong đó, tham gia hội người cao tuổi 63,4%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Nam (2013), tại huyện Xuyên Mộc, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu, NCT có nhu cầu tham gia hội người cao tuổi 98,1% [5] và nghiên cứu của Lê Hoài Nam (2010), tại huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị, NCT tham gia hội người cao tuổi 83,6% [4].

Tỷ lệ NCT có nhu cầu lựa chọn nơi khám chữa bệnh là trạm y tế xã (59,8%), lý do lựa chọn nơi khám chữa bệnh chủ yếu là gần nhà, tiện lợi đi lại (68,7%). Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Nam (2013), tại huyện Xuyên Mộc, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu, tỷ lệ NCT đến khám tại trạm y tế xã (52,6%) [5]. Kết quả đã cho thấy tầm quan trọng của trạm y tế xã trong việc chăm sóc sức khỏe cho NCT, là nơi đem lại lợi ích nhiều hơn cho người nghèo. Đa số NCT đã già yếu, thích được khám chữa bệnh tại nơi gần nhà. Vai trò của trạm y tế xã lại một lần nữa được khẳng định tại vùng miền núi và nông thôn.

Tỷ lệ NCT mong muốn được chính quyền địa phương tuyên truyền kiến thức phòng chống bệnh tật 64,7%. Hoàng Trung Kiên và cộng sự (2013), nghiên cứu tại 4 xã huyện Đông Anh, Hà Nội, nguyện vọng chủ yếu của NCT là được khám chữa bệnh tại nhà với chi phí phải chăng (87,8%) và cung cấp thông tin phòng bệnh, chăm sóc sức khỏe (82,7%) [3]. Tỷ lệ NCT có nguyện vọng được cấp thẻ bảo hiểm miễn phí, hỗ trợ kinh phí hàng tháng 34,1%. Nhu cầu của NCT, nhất là khám chữa bệnh hay chế độ dinh dưỡng đòi hỏi những chi phí nhất định. Do đó, chính quyền địa phương cần có chính sách quan tâm đến NCT, cấp thẻ bảo hiểm y tế cho NCT nghèo đảm bảo mọi NCT đều được chăm sóc sức khỏe toàn diện là thật sự cần thiết có ý nghĩa.

Tỷ lệ NCT mong muốn gia đình tạo điều kiện để được khám sức khỏe định kỳ là 58,4%, cần được khám sức khỏe định kỳ, phòng tránh và phát hiện sớm bệnh tật để chữa trị kịp thời. Vũ Văn Nam (2013), tại huyện Xuyên Mộc, tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu, NCT có nhu cầu kiểm tra sức khỏe định kỳ là 85,3% [5]. Điều tra của Bệnh viện Lão khoa trung ương năm 2009 tại Hà Nội, Thừa Thiên - Huế và Bà Rịa - Vũng Tàu chỉ ra rằng có 75,8% NCT cho rằng, họ cần được khám chữa bệnh tốt hơn so với hiện tại [2]. Theo Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam (2011), lý do khiến NCT không được khám chữa bệnh là không đủ khả năng kinh tế (45,3%), điều kiện đi lại khó khăn (17,3%) và điều kiện y tế địa phương không đáp ứng được (16,5%) [6].

Tóm lại, việc đảm bảo chất lượng cuộc sống của NCT cần sự hỗ trợ và chăm sóc từ gia đình và cộng đồng dựa trên những hiểu biết về những khó khăn và nhu cầu thực tế của NCT về kinh tế, sự tham gia xã hội và trên hết là vấn đề chăm sóc sức khỏe.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người cao tuổi mắc ít nhất một bệnh 52,0%, trong đó 3 bệnh thường gặp là tăng huyết áp (22,1%), bệnh xương khớp (20,6%) và bệnh dạ dày – ruột (14,5%); 12,0% người cao tuổi gặp khó khăn trong việc đi lại, sinh hoạt và tự vệ sinh thân thể hàng ngày; 4,1% người cao tuổi không hài lòng đối với người chăm sóc; 81,3% người cao tuổi không tham gia tổ chức đoàn thể xã hội. Nguyện vọng chủ yếu của người cao tuổi là được chính quyền địa phương tuyên truyền kiến thức phòng chống bệnh tật 64,7%, được cấp thẻ bảo hiểm miễn phí, và cần được khám sức khỏe định kỳ 58,4%. Tỷ lệ người cao

tuổi lựa chọn nơi khám chữa bệnh là trạm y tế xã (59,8%), lý do gần nhà, tiện lợi đi lại (68,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Hoàn, Trần Thị Thoa và cộng sự (2015), "Một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại xã Trung Lương, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam, năm 2014", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 95 (3), tr.87-95.
2. Lê Văn Khảm (2014), "Vấn đề về người cao tuổi ở Việt Nam hiện nay", Tạp chí Khoa học xã hội Việt Nam (Số 7), tr.77-86.
3. Hoàng Trung Kiên, Nguyễn Duy Luật, Hoàng Văn Tân (2013), "Sức khỏe và nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại 4 xã huyện Đông Anh, Hà Nội", Tạp chí Y học Dự phòng, Tập 23 (Số 7), tr.123.
4. Lê Hoài Nam (2010), *Nghiên cứu tình hình nhu cầu khám chữa bệnh của người cao tuổi huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị năm 2010*, Luận án tốt nghiệp chuyên khoa I, Trường Đại học Y dược Huế, tr.31-38.
5. Vũ Văn Nam (2014), *Nhu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi và khả năng đáp ứng của trạm y tế xã tại huyện Xuyên Mộc, tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu năm 2013*, Luận án chuyên khoa cấp 2, chuyên ngành quản lý y tế, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.42-53.
6. Quỹ Dân số Liên Hợp Quốc tại Việt Nam (2011), *Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam. Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách*, tr.6-26.
7. Nguyễn Minh Thành (2010), *Nghiên cứu tình hình bệnh tật, nhu cầu khám chữa bệnh và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại huyện Củ Chi, thành phố Hồ Chí Minh năm 2010*, Luận án chuyên khoa II, chuyên ngành quản lý y tế, Trường Đại học Y dược Huế, tr.32-50.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐẶT GIÁ ĐỖ NIỆU ĐẠO QUA LỖ BỊT (TOT) ĐIỀU TRỊ SÓN TIỂU GẮNG SỨC Ở PHỤ NỮ TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2010-2015

Lê Nguyên Vũ¹, Đỗ Đào Vũ²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt (TOT) điều trị són tiểu găng sức ở phụ nữ tại bệnh viện Việt Đức năm 2010-2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu có can thiệp trên 36 nữ bệnh nhân bị són tiểu găng sức. **Kết quả:** kết quả điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao 91,7%, không có trường hợp nào thất bại. 88,9% bệnh nhân rất hài lòng sau khi được can thiệp, 11,1% hài lòng và không có ai không hài lòng về kết quả điều trị. Có 7 bệnh nhân có biến chứng (chiếm 19,44%), trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là đau khi giao hợp (57,14%). **Kết luận:** Phẫu thuật đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt (TOT) cho bệnh nhân bị són tiểu nặng thất bại với điều trị nội khoa đem lại kết quả tốt trên 90%, cải thiện triệu chứng lâm sàng, chất lượng sống và ít có biến chứng nghiêm trọng.

Từ khóa: són tiểu găng sức, giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt

SUMMARY

TO EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF TRANSOBTURATOR TAPE FOR STRESS INCONTINENCE TREATMENT IN FEMALE

¹Bệnh viện Việt Đức

²Bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2017

Ngày duyệt bài: 22.3.2017

PATIENTS AT VIET DUC HOSPITAL DURING 2010-2015

Objective: To evaluate the effectiveness of transobturator tape (TOT) in treating stress incontinence for female patients at Viet Duc hospital during 2010-2015. **Subject and methodology:** an interventional prospective on 36 stress incontinence female patients. **Result:** after the treatment, positive results accounted for 91.7%; there was no failure case. 88.9% of the patients were very satisfied with the treatment outcome, 11.1% were satisfied and no patients were dissatisfied. 7 patients (19.44%) had complications, and the most common one was painful intercourse (57.14%). **Conclusion:** Transobturator tape (TOT) for stress incontinence patients who did not respond to medical treatment brought about positive results for more than 90% of the patients. TOT helped improve clinical symptoms, life quality and cause few serious complications.

Key words: stress incontinence, transobturator tape (TOT)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Són tiểu găng sức là hiện tượng nước tiểu són qua niệu đạo ngoài ý muốn khi tăng áp lực trong ổ bụng do các hoạt động như ho, cười, hắt hơi... ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của nhiều phụ nữ. Tỷ lệ mắc thay đổi theo các nghiên cứu, ở Trung Quốc tỷ lệ nữ giới mắc bệnh chiếm 18,9%, Nhật Bản 7-10% phụ nữ dưới 65 tuổi và 10 – 15% trên 65 tuổi, tỷ lệ này ở Mỹ là 15 – 35 % những phụ nữ trong độ tuổi trưởng thành [1]. Ở Việt Nam, một nghiên cứu điều tra tình trạng

són tiểu của nữ nhân viên BV Bạch Mai chiếm tỷ lệ khá cao với 25,4%[2]. Điều trị són tiểu gắng sức ở nữ bao gồm các phương pháp dùng thuốc, tập mạnh nhóm cơ đáy chậu cơ sàn chậu và cuối cùng là phẫu thuật. Năm 2001, tác giả Delorme người Pháp đã hoàn thiện phương pháp đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt hay còn gọi là TOT (TransObturator Tape) đem lại kết quả tốt [3]. Ở nước ta đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị són tiểu gắng sức bằng phương pháp tập cơ đáy chậu thông qua phản hồi ngược sinh học, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị bằng phẫu thuật đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt cho những bệnh nhân điều trị nội khoa thất bại. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: “Đánh giá kết quả phẫu thuật đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt (TOT) điều trị són tiểu gắng sức ở phụ nữ tại bệnh viện Việt Đức năm 2010-2015”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

(1) Bệnh nhân nữ được chẩn đoán són tiểu gắng sức mức độ nặng thất bại với phương pháp điều trị nội khoa, ảnh hưởng chất lượng sống theo thang điểm Ditrovie >3; (2) Kết quả niệu độ học són tiểu gắng sức đơn thuần; (3) Bệnh nhân có nguyện vọng điều trị phẫu thuật.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

(1) Són tiểu do đầy tràn, són tiểu gấp hoặc thể hỗn hợp; (2) Xơ cứng cổ BQ, NĐ do điều trị tia xạ; (3) Són tiểu do bệnh lý đường tiết niệu dưới do nguyên nhân thần kinh; (4) Són tiểu kèm theo lượng nước tiểu tồn dư ≥ 110ml; (5) són tiểu do rò bàng quang – âm đạo, rò niệu quản – AD, các bất thường về giải phẫu; (6) Chống chỉ định trong các trường hợp viêm

đường tiết niệu, viêm âm đạo; (7) Có chống chỉ định về phẫu thuật gây mê, gây tê vùng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu có can thiệp

2.2.2. Cỡ mẫu và cách thức tiến hành: Chúng tôi đã khám, làm các xét nghiệm 36 bệnh nhân nữ són tiểu gắng sức mãn tiêu chuẩn lựa chọn. Chọn mẫu có chủ đích những bệnh nhân nữ són tiểu gắng sức đến khám và điều trị tại bệnh viện Việt Đức không phân biệt về tuổi, giới tính, được chẩn đoán són tiểu gắng sức. Được làm đầy đủ các xét nghiệm để tiến hành phẫu thuật đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt (TOT).

2.2.3. Vật liệu và các công cụ phục vụ nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu, mẫu đồng ý tham gia nghiên cứu, chúng tôi sử dụng bộ “I-STOP” gồm: dải băng mỏng dài khoảng 25cm – 30 cm, rộng 1cm, chất liệu bằng Prolen và Alene gồm 2 chiếc đầu cong bằng 2/3 đường tròn, có đánh trái và phải

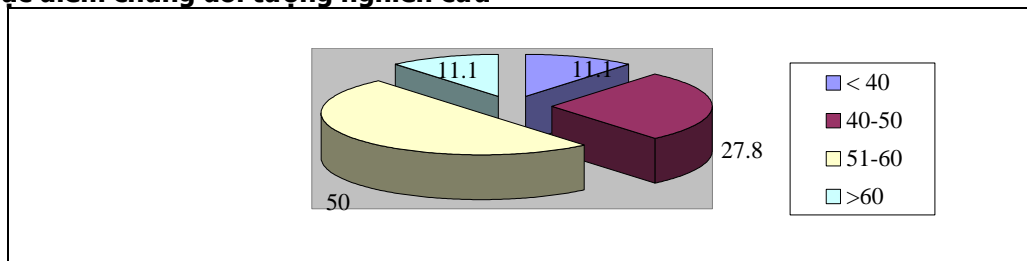
2.2.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 1 năm 2015.

2.2.5. Các chỉ số đánh giá: Tuổi, số lần sinh đẻ, chỉ số khối cơ thể, kết quả điều trị đánh giá theo Sayed M (2014) [4] được chia làm 3 mức độ: Tốt khi bệnh nhân không còn són tiểu khi gắng sức sau lần phẫu thuật đầu tiên. Cải thiện khi sau phẫu thuật có biến chứng nhưng không phải mổ lại, có đái khó sau rút sonde tiểu, có viêm tấy vết mổ và xấu khi tình trạng són tiểu khi gắng sức không thay đổi sau phẫu thuật, buộc phải mổ lại. Biến chứng sau mổ bao gồm: đái khó, bào mòn âm đạo, đau khi giao hợp.

2.3. Xử lý số liệu: Bảng chương trình thống kê SPSS 16.0; Sử dụng Test thống kê, mức có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu theo tuổi (n=36)

Đa số bệnh nhân có độ tuổi từ 51-60. Tuổi trung bình là 51,9 ± 8,4 (thấp nhất là 34, cao nhất 74 tuổi).

Bảng 3.1: Phân bố theo số lần sinh đẻ

Số lần sinh	Số BN (n =36)	Tỷ lệ (%)
-------------	---------------	-----------

≤ 02 lần	28	77,8
03 lần	6	16,7
04 lần	2	5,5
Trung bình	2,3 ± 0,6	

Bệnh nhân có số lần sinh nhiều nhất là 4 (5,5%). Trung bình số lần sinh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2,3 ± 0,6 lần.

Bảng 3.2: Chỉ số BMI nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số BMI	Số BN (n = 36)	Tỷ lệ (%)
BMI < 18,5	0	
18,5 ≤ BMI ≤ 22,9	13	36,1
BMI > 23	23	63,9
Trung bình	22,9 ± 2,4 (18,7-30,9)	

Số bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể trong giới hạn thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ cao nhất 63,9%.

3.2. Kết quả sau điều trị

Bảng 3.3: Kết quả điều trị sau phẫu thuật

Kết quả điều trị sau mổ	Số BN (n = 36)	Tỷ lệ (%)
Tốt	33	91,7
Cải thiện	3	8,3
Thất bại	0	0

Kết quả sau điều trị tốt chiếm tỷ lệ cao 91,7%, không có trường hợp nào thất bại.

Bảng 3.4: Đánh giá sự hài lòng của bệnh nhân sau phẫu thuật

Hài lòng sau mổ	Số BN (n = 36)	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	32	88,9
Hài lòng	4	11,1
Không hài lòng	0	0

Hầu hết bệnh nhân rất hài lòng sau khi được can thiệp (88,9%), không có ai không hài lòng về kết quả điều trị.

Bảng 3.5: Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng	Số BN (n = 7)	Tỷ lệ (%)
Đái khó	2	2,86
Bào mòn âm đạo	1	1,43
Đau khi giao hợp	4	57,14

Có 7 bệnh nhân có biến chứng 19,44%, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là đau khi giao hợp (57,14%).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là 51,9 ± 8,4 tuổi, thấp nhất là 34 tuổi, cao nhất là 74 tuổi, trong đó độ tuổi gặp nhiều nhất là 51- 60 (chiếm khoảng 50%). Đối tượng bệnh nhân của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tiến (2012) [5]. Các tác giả nhận xét chung là phụ nữ lớn tuổi có tỷ lệ mắc bệnh tăng hơn do các yếu tố về giải phẫu tăng sinh môn và sự giảm sút nội tiết tố sinh dục nữ gây ra. Số lần sinh đẻ cũng được cho là yếu tố làm gia tăng nguy cơ són tiểu gắng sức ở phụ nữ sau sinh con do làm giãn và đứt các dây chằng vùng tăng sinh môn, làm mất các thành phần nâng đỡ niệu đạo. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy số lần sinh đẻ trung bình là 2,3 ± 0,6 lần, ít nhất 2 lần, nhiều nhất là 4 lần, trong đó chủ yếu là đẻ thường chiếm 91,7%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tiến (2012) [5]. Kết quả nghiên cứu chúng

tôi chỉ ra đa số bệnh nhân mắc chứng són tiểu gắng sức là có thừa cân (BMI > 23), chiếm 63,9%. Nhận định này phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Thị Tân, nguy cơ són tiểu tăng 1,77 lần khi BMI ≥ 22 [2]. Đánh giá kết quả điều trị của chúng tôi sau phẫu thuật đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt cho thấy kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao 91,7%, cải thiện 8,3% và không có bệnh nhân nào thất bại phải can thiệp lại. Kết quả thể hiện qua triệu chứng lâm sàng, bệnh nhân không còn són tiểu khi ho, hắt hơi, làm gắng sức. Bệnh nhân không thấy tiểu khó sau khi rút thông, không có nhiễm trùng vết mổ và đặc biệt khi theo dõi lâu dài phần lớn bệnh nhân không đau khi quan hệ tình dục (một vấn đề hay gặp phải sau mổ TOT). Khi so sánh kết quả này với các nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy khá tương đồng tỷ lệ thành công là trên 90% [4],[6]. Khi đánh giá về mức độ hài lòng theo thang điểm Ditrovie, kết quả cho thấy bệnh

nhân sau phẫu thuật đều hài lòng và rất hài lòng sau khi theo dõi trên 2 năm. Trong khi Giberti (2007) cho kết quả 88% bệnh nhân hài lòng với kết quả sau phẫu thuật TOT [6], theo Krauth (2005) 85,5% bệnh nhân hài lòng sau mổ TOT sau 1 năm mổ [7]. Khi theo dõi biến chứng xa chúng tôi nhận thấy, có 7 bệnh nhân có biến chứng (chiếm 19,44%), trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là đau khi giao hợp (57,14%). Đây là biến chứng khá hay gặp khi những bệnh nhân đầu tiên được phẫu thuật, sau khi phẫu thuật viên có cải thiện kỹ thuật thì không có bệnh nhân còn biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt (TOT) cho bệnh nhân bị són tiểu nặng thất bại với điều trị nội khoa đem lại kết quả tốt trên 90%, cải thiện triệu chứng lâm sàng, chất lượng sống và ít có biến chứng nghiêm trọng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **OSMan. A. et al.** A 5 year follow-up study comparing Burch colposuspension and transobturator tape for the surgical treatment of

stress urinary incontinence. *International journal of Gynecology and Obstetrics* 125, 2014; 73- 77

2. **Nguyễn Thị Tân Sinh.** *Nghiên cứu thực trạng són tiểu và một số yếu tố liên quan ở nữ nhân viên bệnh viện Bạch Mai*, 2006; Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Delorme. E.** **Transobturator** urethral suspension: Mini invasive procedure in the treatment of stress urinary incontinence in women. *Prog Urol*, 11:2001; 1306– 1313.
4. **Sayed M, et al. Long** – term outcome of transobturator suburethral tape procedure for treatment of female stress urinary incontinence. *Original Article:www.Urologyannals.com on Thursday, June 26, 2014, IP:101.99.1.2*
5. **Nguyễn Ngọc Tiên.** *Đánh giá kết quả điều trị tiểu không kiểm soát khi gắng sức ở phụ nữ bằng giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt*, 2012, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược TPHCM
6. **Giberti. C, et al.** Transobturator tape for treatment of female stress urinary incontinence: objective and subjective results after a mean follow-up of two year. *Elsevier Inc, Urology* 69: 2007; 703-707.
7. **Krauth. J. S et al.** Sub-Urethral Tape Treatment of Female Urinary Incontinence- Morbidity Assessment of the transobturator route and a new tape (I-STOP): A multi-centre Experiment involving 64 cases. *European Urology, volume* 47: 2005; 102-107.

NGUYÊN NHÂN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI NHA KHÔNG PHẪU THUẬT RĂNG VIÊM QUANH CUỐNG MẠN TÍNH

Trần Thị An Huy*, Nguyễn Mạnh Hà**, Nguyễn Vũ Trung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị nội nha không phẫu thuật răng viêm quanh cuống mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu từ 2/ 2014- 2/ 2016 trên 48 răng một chân viêm quanh cuống mạn tính của 38 bệnh nhân. **Kết quả:** nam: 31,57%; nữ: 68,43%. Nguyên nhân hay gặp nhất của răng viêm quanh cuống mạn tính là chấn thương (33,34%); sâu răng không điều trị (27,07%). Sau khi kết thúc điều trị một tuần, triệu chứng đau răng, sưng lợi, có lỗ rò, lung lay răng giảm. Thành công điều trị sau 6 tháng 83,34%; sau 1 năm: 91,30%. **Kết luận:** Có nhiều nguyên nhân gây viêm quanh cuống mạn tính. Phương pháp điều trị nội nha không phẫu thuật điều trị răng viêm quanh cuống mạn tính với tổn thương vùng cuống nhỏ hơn

1cm trên Xquang có sử dụng NaOCL và Ca(OH)₂ mang lại hiệu quả cao.

Từ khóa: Viêm quanh cuống mạn tính, điều trị nội nha không phẫu thuật.

SUMMARY

THE CAUSES AND OUTCOMES BY ROOT CANALS TREATMENT WITHOUT SURGERY OF TEETH WITH CHRONIC PERIAPICAL LESIONS

Aim: The objective of the present study was to evaluate the causes and outcomes by root canal treatment without surgery of teeth with chronic periapical lesions. **Methods:** Cross-sectional study. Forty eight teeth with chronic periapical lesions of thirty eight patients were selected for this study. All patients were examination, Xray and treatment by root canal treatment without surgery. **Results:** Male: 31,57%; female: 68,43%. There are some cause of chronic periapical lesions. Injury and decay are main cause (33,34%; 27,07%). Clinical symptoms improved significantly after treatment ($p < 0,05$). Success rate of nonsurgical endodontic treatment of teeth with chronic periapical lesions after 6 months is 83,34%; after one year: 91,30%. **Conclusion:** There are some causes of teeth with chronic periapical lesions. Calcium hydroxide treatment appears to be effective

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị An Huy

Email: anhuydentist@yahoo.com

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2017

Ngày duyệt bài: 15.3.2017

at facilitating the healing of periapical lesions. Nonsurgical endodontic treatment with using NaOCL and calcium hydroxide should be considered as the first choice in teeth with periapical lesions under 1cm.

Keywords: Teeth with chronic periapical lesions. Root canal treatment without surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh cuống răng mạn tính là một trong những bệnh răng miệng hay gặp. Có rất nhiều nguyên nhân dẫn tới răng bị viêm quanh cuống mạn tính. Đây là bệnh điều trị nội nha phức tạp. Có hai phương pháp điều trị bệnh viêm quanh cuống mạn tính: Điều trị nội nha kết hợp với phẫu thuật cắt cuống hoặc Điều trị nội nha không phẫu thuật. Trước đây, phương pháp Điều trị nội nha kết hợp với phẫu thuật cắt cuống được áp dụng phổ biến. Ngày nay, với tiến bộ của khoa học, điều trị nội nha không phẫu thuật đã mang lại kết quả điều trị cao, hạn chế được sự lo lắng, căng thẳng trước phẫu thuật cũng như tai biến và kinh phí cho người bệnh [3].

Việc thành công của điều trị nội nha không phẫu thuật liên quan đến việc làm sạch vi khuẩn trong ống tủy và hàn kín khí 3 chiều trong không gian để mang lại sự lành thương vùng quanh cuống. Góp phần thêm vào những nghiên cứu về răng viêm quanh cuống mạn để phòng bệnh cũng như lựa chọn phương pháp điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau:

Nhận xét nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị nội nha không phẫu thuật răng viêm quanh cuống mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có răng vĩnh viễn viêm quanh cuống mạn tính được điều trị tại trung tâm kỹ thuật cao Viện đào tạo Răng Hàm Mặt Trường Đại học Y Hà Nội, Khoa

Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Đại học Y Hải Phòng

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Răng vĩnh viễn một chân viêm quanh cuống mạn tính, có tổn thương vùng cuống trên X-quang với đường kính $\leq 10\text{mm}$. Bệnh nhân đủ sức khỏe để chữa răng và hợp tác trong suốt quá trình điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Răng không có chỉ định điều trị nội nha (Răng nứt dọc, răng không còn khả năng phục hồi chức năng ăn nhai, thẩm mỹ; răng có chân dị dạng, ống tủy canxi hóa).

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2 năm 2014 đến tháng 2 năm 2016

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả tiến cứu. Cỡ mẫu được tính theo công thức của nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng đánh giá hiệu quả theo mô hình trước – sau.

2.3.2. Mẫu nghiên cứu

*Cỡ mẫu:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]^2}}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: n_1 = Cỡ mẫu nghiên cứu cho răng trước khi nghiên cứu; n_2 = Cỡ mẫu nghiên cứu cho răng sau khi nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = Hệ số tin cậy (95%), $Z_{(1-\beta)}$ = Lực mẫu (90%), p_1 = Tỷ lệ răng có nang và u hạt ≤ 1 cm trên X- quang trước khi điều trị (100%), p_2 = Tỷ lệ răng có nang và u hạt ≤ 1 cm trên X- quang, thành công sau khi điều trị là 70% (dựa vào kết quả của nghiên cứu của Molven năm 2002 [5]), $p = (p_1 + p_2) / 2$. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n_1 = 47$ răng. Chúng tôi đã nghiên cứu trên 48 răng.

Tiêu chí đánh giá kết quả điều trị

+ *Đánh giá biểu hiện lâm sàng sau khi kết thúc điều trị một tuần:* Đau răng, sưng lợi, lỗ rò, lung lay răng.

+ *Đánh giá sau kết thúc điều trị 6 tháng:*

Kết quả	Lâm sàng	X quang
Thành công	Không đau, không sưng nề, không có lỗ rò. Ăn nhai được	Không có hiện tượng nội tiêu, ngoại tiêu. Tổn thương chóp thu nhỏ
Thất bại	Đau, Sưng nề, lỗ rò tái phát Không ăn nhai được	Có hiện tượng nội tiêu, ngoại tiêu. Tổn thương chóp có thể to ra hoặc không thay đổi.
Nghi ngờ	Đau không rõ ràng, không sưng nề, không có lỗ rò tái phát	Không có hiện tượng nội tiêu, ngoại tiêu. Tổn thương chóp không thay đổi

+ *Đánh giá sau kết thúc điều trị 12 tháng.*

Kết quả	Lâm sàng	X quang
Thành công	Không đau, không sưng nề, không có lỗ rò. Ăn nhai được	Không có hiện tượng nội tiêu, ngoại tiêu. Tổn thương chóp thu nhỏ hơn so với 6 tháng.
Thất bại	Đau, Sưng nề, lỗ rò tái phát Không ăn nhai được	Có hiện tượng nội tiêu, ngoại tiêu. Tổn thương chóp có thể to ra hoặc không thay đổi.

Nghi ngờ	Đau không rõ ràng, không sưng nề, không có ổ rò tái phát	Không có hiện tượng nội tiêu, ngoại tiêu. Tổn thương chóp không thay đổi.
----------	--	---

Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học. Sử dụng chương trình SPSS 16.0, test thống kê y học, $p < 0,05$ được coi là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu:

*Giới: Nam: 31,57%; nữ: 68,43%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

*Nhóm tuổi; chia 5 nhóm và tỷ lệ như sau: < 25 tuổi (28,95%); 25-34 tuổi (18,42%); 35-44 tuổi (21,05%); 45-54 tuổi (15,79%), 55-60 tuổi (15,79%).

3.2 Nhận xét nguyên nhân của răng viêm quanh cuống mạn.

Sau khi hỏi tiền sử, khám lâm sàng và chụp Xquang đã tìm ra nguyên nhân gây viêm quanh cuống răng mạn tính trong nghiên cứu thể hiện ở bảng 1:

Bảng 1: Nguyên nhân của răng viêm quanh cuống mạn

Nguyên nhân	Giới		Nam		Nữ		Chung	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chấn thương	9	47,37	7	24,14	16	33,34		
Sâu răng không điều trị	5	26,32	8	27,59	13	27,07		
Lệch lạc răng	3	15,79	5	17,24	8	16,66		
Núm phụ	1	5,26	4	13,79	5	10,42		
Nguyên nhân khác	1	5,26	5	17,24	6	12,51		

Nhận xét: Răng chấn thương chiếm tỷ lệ cao nhất (33,34%); sâu răng không được điều trị (27,07%), núm phụ (10,42%). Nguyên nhân khác gồm phục hình sai quy cách, tiêu cổ răng, điều trị tủy thất bại: 12,51%. Chấn thương răng ở nam có tỷ lệ cao: 47,37%. Không có sự khác biệt về nguyên nhân theo giới ($p > 0,05$)

Bảng 2: Phân bố nguyên nhân của răng viêm quanh cuống mạn theo vị trí răng

Nguyên nhân	Vị trí răng				
	Chấn thương	Sâu răng không điều trị	Lệch lạc răng	Núm phụ	Nguyên nhân khác
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Răng cửa	16(100%)	8 (61,53%)	8(100%)	0(0%)	6(100%)
Răng hàm nhỏ	0(0%)	5(38,47%)	0(0%)	5(100%)	0(0%)
Tổng	16(100%)	13(100%)	8(100%)	5(100,0)	6(100%)
<i>p</i>	$p < 0,01$	$p > 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,05$	$p < 0,01$

Nhận xét: Chấn thương răng, lệch lạc răng chủ yếu ở răng cửa (100,00%), núm phụ có ở răng hàm nhỏ là 100,00% với ($p < 0,05$). Sâu răng có cả ở răng cửa và răng hàm nhỏ. Không có sự khác biệt về tỷ lệ sâu răng giữa 2 nhóm răng này ($p > 0,05$)

3.3 Đánh giá kết quả điều trị răng viêm quanh cuống mạn tính bằng phương pháp nội nha không phẫu thuật

Sau khi bệnh nhân được điều trị nội nha và hàn vĩnh viễn răng, sẽ hẹn tái khám sau 1 tuần. So sánh triệu chứng lâm sàng trước và sau 1 tuần hoàn tất điều trị nội nha thu được kết quả sau:



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng của răng viêm quanh cuống mạn tính trước và sau kết thúc điều trị 1 tuần.

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng của răng viêm quanh cuống mạn tính trước điều trị chủ yếu là đau răng là chiếm tỷ lệ 64,58%; sưng lợi 39,58%, có ổ rò 25%, lung lay răng 20,83%. Sau điều trị 1 tuần, biểu hiện lâm sàng như là đau răng, sưng lợi, có ổ rò, lung lay răng đã hết (0%). Sự khác biệt giữa triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều trị 48 răng viêm quanh cuống mạn tính trong đó có 38 răng cửa, 10 răng hàm nhỏ. Tỷ lệ thành công được tính ở bảng 3.

Bảng 3: Kết quả điều trị sau 6 tháng theo nhóm răng

Nhóm răng	Răng cửa		Răng hàm nhỏ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Thành công	34	89,47	6	60,00	40	83,34	p<0,05
Thất bại	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Nghi ngờ	4	10,53	4	40,00	8	16,66	
Tổng	38	100,00	10	100,00	48	100,00	

Tỷ lệ răng điều trị thành công là 83,34% (nhóm răng cửa thành công: 89,47%); trường hợp nghi ngờ (chưa rõ thành công hay thất bại) chiếm 16,66%; thất bại là 0%.

Sau 1 năm, 46 bệnh nhân tái khám, được khám lâm sàng và chụp Xquang (bảng 4)

Bảng 4: Kết quả điều trị sau 1 năm theo nhóm răng.

Nhóm răng	Răng cửa		Răng hàm nhỏ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Thành công	36	100,00	6	60,00	42	91,30	p<0,05
Thất bại	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Nghi ngờ	0	0,00	4	40,00	4	8,70	
Tổng	36	100,00	10	100,00	46	100,00	

Tỷ lệ răng điều trị thành công là 91,30%; nghi ngờ là 8,70% (trong đó nhóm răng hàm nhỏ chiếm tỷ lệ cao hơn). Không có trường hợp nào thất bại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết quả điều trị giữa nhóm răng cửa và răng hàm nhỏ (p<0,05).



Hình 1: R22 viêm quanh mạn khi bắt đầu điều trị (tổn thương vùng cuống rõ)



Hình 2: Răng 22 sau điều trị 1 năm (tổn thương vùng cuống đã lành thương)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả khám, chụp Xquang đã chọn lựa ra 48 răng viêm quanh cuống mạn tính có tổn thương vùng cuống nhỏ hơn 1cm để tiến hành điều trị bằng phương pháp nội nha không phẫu thuật. Tỷ lệ nam (31,57%) thấp hơn nữ (68,43%). Có sự khác biệt về giới. Điều này cũng phù hợp với thực tế, nữ thường quan tâm đến vấn đề răng miệng hơn. Nhóm tuổi dưới 25 chiếm tỷ lệ cao nhất: 28,95%.

Qua hỏi tiền sử, khám lâm sàng và chụp Xquang chúng tôi đã tìm ra nguyên nhân gây viêm quanh cuống răng mạn tính. Theo bảng 1, chấn thương răng là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (33,34%) tiếp đến là sâu răng không được điều trị (27,07%), nướu phụ (10,42%); nguyên nhân do phục hình sai quy cách, tiêu cổ răng và điều trị tủy thất bại: 12,51%. Kết quả bảng 2 cho thấy, răng bị chấn thương chủ yếu là răng cửa. Do tai nạn có thể gây vỡ làm ảnh hưởng đến tủy răng như viêm tủy hoặc tủy hoại tử. Vì tủy hoại tử không có triệu chứng lâm sàng

nên người bệnh thường không chú ý. Khi bệnh chuyển sang viêm quanh cuống mạn tính có biểu hiện trên lâm sàng người bệnh mới đến khám. Tỷ lệ sâu răng không được điều trị cũng còn cao. Răng có nướu phụ chiếm tới 10,42% về nguyên nhân và ở răng hàm nhỏ. Những trường hợp răng có nướu phụ được phát hiện và mài chỉnh sớm thì tỷ lệ viêm quanh cuống sẽ giảm. Nguyên nhân gây ra do lệch lạc răng và các nguyên nhân khác ở răng cửa cũng cao hơn răng hàm nhỏ vì nghiên cứu chỉ lấy răng 5 nên số lượng răng hàm nhỏ sẽ ít.

Biểu hiện lâm sàng của răng viêm quanh cuống mạn tính trước điều trị chủ yếu là đau răng (64,58%); sưng lợi 39,58%; có lỗ rò 25%; lung lay răng 20,83% (biểu đồ 1). Sau điều trị 1 tuần, biểu hiện lâm sàng như đau răng, sưng lợi, có lỗ rò, lung lay răng đã hết (0%). So sánh với nghiên cứu của Thái Văn Nguyên và cộng sự (2014)[2] tiến hành trên 36 răng cửa thì sau kết thúc điều trị 1 tuần vẫn còn 11,1% đau răng. Nghiên cứu của chúng tôi không còn răng nào có triệu chứng đau. Chúng tôi bơm rửa răng rất kỹ bằng NaOCl và đặt Ca(OH)₂ trong ống tủy (từ 2-

4 lần), khoảng cách mỗi lần là 1 tuần cho đến khi hết dấu hiệu lâm sàng, ống tủy sạch mới hàn ống tủy và hàn vĩnh viễn

Tỷ lệ răng điều trị thành công sau 6 tháng điều trị là 83,34%, ở nhóm răng cửa thành công cao hơn. Trường hợp nghi ngờ có tỷ lệ 16,66%. Không có trường hợp nào thất bại (bảng 3). So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hà (2005)[1] (tỷ lệ thành công sau 6 tháng điều trị là 75%) thì nghiên cứu của chúng tôi có kết quả cao hơn (83,34%). Có lẽ do chúng tôi sử dụng NaOCL làm dung dịch bơm rửa ống tủy. Đây là dung dịch bơm rửa tốt có tác dụng diệt khuẩn phổ rộng và hiệu quả trên những vi khuẩn khó điều trị. Việc kết hợp với calcium hydroxide mang lại lành thương vùng cuống cao. Kết quả tương tự nghiên cứu của Tuomas Waltimo và cộng sự (2005) [7]; Thái Văn Nguyễn [2], tỷ lệ lành thương vùng cuống trong nghiên cứu là 79%; 80,8%.

Sau 1 năm điều trị tất cả các bệnh nhân đều ăn nhai tốt, không biểu hiện lâm sàng như đau răng, lỏng rớt tái phát, lung lay răng... Bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ răng điều trị thành công sau 1 năm là 91,30%, trường hợp nghi ngờ có tỷ lệ 8,70% chủ yếu ở nhóm răng hàm nhỏ. Chưa có trường hợp nào có biểu hiện thất bại. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Fariborz Moazami (2011) đã tiến hành điều trị 104 răng viêm quanh cuống mạn với tổn thương vùng cuống từ 1- 10mm có tỷ lệ thành công là 89,7% [6]. Kết quả nghiên cứu thành công sau 1 năm trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Asunción Mendoza-Mendoza (2015) [4]; Nguyễn Mạnh Hà [1]. Các nghiên cứu đều cho kết quả tỷ lệ lành thương vùng cuống đạt trên 90%. Với kết quả thu được khẳng định rằng khi răng viêm quanh cuống mạn tính có tổn thương vùng cuống răng trên Xquang nhỏ hơn 1cm thì phương pháp điều

trị nội nha không phẫu thuật có sử dụng dung dịch bơm rửa ống tủy là NaOCL và đặt calcium hydroxide trong ống tủy giữa các lần hẹn mang lại hiệu quả cao trong điều trị.

V. KẾT LUẬN

Có nhiều nguyên nhân gây viêm quanh cuống mạn tính, bệnh nhân cần được khám và điều trị sớm. Phương pháp điều trị nội nha không phẫu thuật điều trị răng viêm quanh cuống mạn tính với tổn thương vùng cuống nhỏ hơn 1cm trên Xquang có sử dụng NaOCL và Ca(OH)₂ mang lại hiệu quả cao, hạn chế lo lắng cho người bệnh và giảm chi phí phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Mạnh Hà (2005). *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị viêm quanh cuống răng mạn tính bằng phương pháp nội nha*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 11-45.
2. Thái Văn Nguyễn, Thảo Quý Lê (2014). Treatment outcomes of Periapical lesions, in Permanent incisors treated with calcium hydroxide, *5th International Conference on Biomedical Engineering in Vietnam*, 147-150.
3. Trịnh Thị Thái Hà (2013), Bệnh lý cuống răng, *Chữa răng và Nội nha*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, 80-91.
4. Asunción Mendoza-Mendoza, Carolina Caleza-Jiménez, Alejandro Iglesias-Linares (2015), Endodontic treatment of large periapical lesions: An alternative to surgery, *Edorium J Dent*, 2, 1-6.
5. Molven O., Halse A., Fristad I. (2002), Periapical changes following root-canal treatment observed 20-27 years postoperatively, *International Endodontic Journal*, 35, 784-789.
6. Fariborz Moazami, Safoora Sahebi, Fereshte Sobhnamayan et al (2011). Success Rate of Nonsurgical Endodontic Treatment of Nonvital Teeth with Variable Periradicular Lesions, *I ran Endod*, 6 (3), 119-124.
7. Tuomas Waltimo, et al (2005). Clinical Efficacy of Treatment Procedures in Endodontic Infection Control and One Year Follow-Up of Periapical Healing. *Journal of Endodontics*, 31(12), 863-86

ĐẶC ĐIỂM CÁC TRƯỜNG HỢP TỬ VONG DO NGỘ ĐỘC Ở TRẺ DƯỚI 19 TUỔI TẠI 63 TỈNH, THÀNH PHỐ GIAI ĐOẠN 2005-2014

Lê Thị Hồng Hạnh¹, Lương Mai Anh²

Nghiên cứu tiến hành hồi cứu số liệu tử vong ghi nhận tại hơn 11.000 xã của 63 tỉnh/thành phố giai đoạn 2005 – 2014 nhằm mô tả tình hình tử vong do ngộ độc ở trẻ em dưới 19 tuổi tại Việt Nam. Kết quả

TÓM TẮT

³Bệnh viện Nhi Trung ương

²Cục Quản lý môi trường y tế,

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hồng Hạnh

Email: lehonghanhbvni@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017

Ngày duyệt bài: 20.3.2017

ngiên cứu cho thấy, tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ em dưới 19 tuổi từ 2005 - 2014 chiếm khoảng 1,49 - 2,29% trong tổng số trường hợp trẻ bị tai nạn thương tích. Tỷ lệ này cao nhất vào năm 2005 và thấp nhất vào năm 2010. Tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ nam và trẻ nữ có sự khác biệt qua các năm nghiên cứu, trong đó, tỷ lệ tử vong ở trẻ nam từ 0,82-1,74% luôn thấp hơn tỷ lệ này ở trẻ nữ từ 1,57-3,28%. Tỷ suất tử vong do ngộ độc ở nhóm tuổi 15-19 cao nhất so với các nhóm còn lại trong giai đoạn 2005-2014 (từ 0,54-1,02/100.000 trẻ/năm). Số liệu thống kê từ 2012 - 2014 cho thấy, có một số tỉnh luôn nằm trong danh sách 10 tỉnh có tỷ suất tử vong do ngộ độc ở trẻ em cao nhất bao gồm: 7 tỉnh thuộc vùng núi phía Bắc (Lai Châu, Điện Biên, Hà Giang, Yên Bái, Cao Bằng, Lào Cai, Sơn La), 3 tỉnh vùng Tây Nguyên (Kon Tum, Đắk Nông, Gia Lai). Năm 2012 Lai Châu là tỉnh có tỷ suất tử vong do ngộ độc ở trẻ em cao nhất toàn quốc và cũng là tỉnh có tỷ suất tử vong do ngộ độc ở trẻ em cao nhất trong cả 3 năm. Nghiên cứu đã mô tả được thực trạng tử vong do ngộ độc ở trẻ em dưới 19 tuổi tại Việt Nam giai đoạn 2005-2014. Kết quả nghiên cứu cho thấy đây là vấn đề cần được quan tâm và nghiên cứu sâu hơn để đánh giá nguy cơ đối với từng nhóm đối tượng (trẻ em ở các nhóm tuổi; trẻ em tại các vùng miền núi phía bắc) nhằm đề xuất biện pháp can thiệp phù hợp giúp giảm tỷ suất tử vong do ngộ độc ở trẻ em.

Từ khóa: ngộ độc, tử vong do ngộ độc, A6-YTCS.

SUMMARY

SITUATION OF MORTALITY DUE TO POISONING IN CHILDREN UNDER 19 YEARS IN 63 PROVINCES/CITY IN PERIOD OF 2005-2014

The study conducted a retrospective study of deaths recorded in more than 11,000 communes in 63 provinces from 2005 to 2014 to describe the deaths from poisoning in children under 19 years of age in Viet Nam. The results show that the mortality rate from poisoning in children under 19 years from 2005 to 2014 is about 1.49-2.29% of the total number of child injuries. This rate is highest in 2005 and lowest in 2010. The mortality rates from poisoning in boys and girls are different over the study years, in which male child mortality from 0.82-1.74% is always lower than the rate in girls from 1.57 to 3.28%. The mortality from poisoning in the 15-19 age group is highest compared to the other groups in the 2005-2014 period (from 0.54 to 1.02 per 100,000 children per year). Statistical data from 2012 to 2014 show that some provinces are always included in the list of 10 provinces with the highest suicide rate among children in the Northern Mountains (Lai Chau, Dien Bien) Ha Giang, Yen Bai, Cao Bang, Lao Cai, Son La), three provinces (Kon Tum, Dak Nong, Gia Lai). In 2012, Lai Chau is the province with the highest child poisoning mortality rate in the country and also the province with the highest death rate among children in all three years. The study has described the status of poisoning deaths in children under 19 in Vietnam for the period 2005-2014. The results of the study indicate that this is a matter of concern and further

research to assess the risk to each target group (children of different age groups and children in the northern mountainous areas) Exhibit appropriate intervention to reduce infant death rates.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngộ độc là tình trạng xảy ra do cơ thể bị nhiễm độc một hoặc nhiều chất làm tổn thương các bộ phận trong cơ thể. Ngộ độc có thể xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào, tuy nhiên ngộ độc có nguy cơ xảy ra ở trẻ em cao hơn do tính hiếu động và mức độ hiểu biết của trẻ còn chưa cao. Ở các nước phát triển, tỷ lệ trẻ em bị ngộ độc có xu hướng ngày càng tăng. Ở nước ta, theo số liệu của Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em, tỷ lệ ngộ độc cấp chiếm 1,25% số trẻ nhập viện (Kỷ yếu công trình NCKH 10 năm 1981-1990, Viện Bảo vệ sức khỏe trẻ em), 20,9% bệnh nhân cấp cứu tại Bệnh viện Nhi trung ương (Long nary 2001).

Dựa trên các số liệu được ghi nhận trong sổ tử vong A6-YTCS do Cục Quản lý môi trường y tế - Bộ Y tế triển khai, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả tình trạng tử vong do ngộ độc ở trẻ em dưới 19 tuổi tại Việt Nam giai đoạn 2005-2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp tử vong ở trẻ em từ 0-19 tuổi do ngộ độc tại Việt Nam được ghi nhận trong sổ tử vong A6-YTCS từ năm 2005 đến năm 2014.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu số liệu báo cáo tử vong theo sổ tử vong A6/YTCS của toàn bộ 11.112 xã/phường tại 63 tỉnh/thành phố trên toàn quốc từ năm 2005-2014. Nội dung nghiên cứu gồm:

- Tỷ suất tử vong do ngộ độc ở nhóm tuổi 0-19;
- Tỷ lệ tử vong do ngộ độc trong TNTT ở nhóm tuổi 0-19;
- Các tỉnh có tỉ suất tử vong do ngộ độc ở nhóm tuổi 0-19 cao nhất trong toàn quốc.

2.3. Thời gian và địa điểm:

- Số liệu hồi cứu được thu thập từ năm 2005 đến năm 2014.

- Các số liệu được ghi nhận từ hệ thống y tế của 11.112 xã/phường tại 63 tỉnh/thành phố trên toàn quốc và tổng hợp tại Cục Quản lý môi trường y tế, Bộ Y tế.

2.4. Mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu là mẫu toàn bộ: bao gồm tất cả các trường hợp tử vong ở trẻ em dưới 19 tuổi bao gồm cả tử vong do ngộ độc trong độ tuổi từ 0-19 được báo cáo tại 63 tỉnh/thành phố trên toàn quốc .

2.5. Phân tích và xử lý số liệu:

- Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng chương trình phần mềm SPSS; Nghiên cứu mã hóa và làm sạch số liệu theo hướng dẫn ghi chép TNTT tại Quyết định số 25/2006/QĐ-BYT. Phân tích, tính toán các chỉ số TNTT bằng các thuật toán thống kê y tế.

- Dân số theo nhóm tuổi được ước tính theo tỷ lệ dân số từng nhóm tuổi so với dân số chung (lấy từ Thập dân số đăng tại Niên giám thống kê y tế).

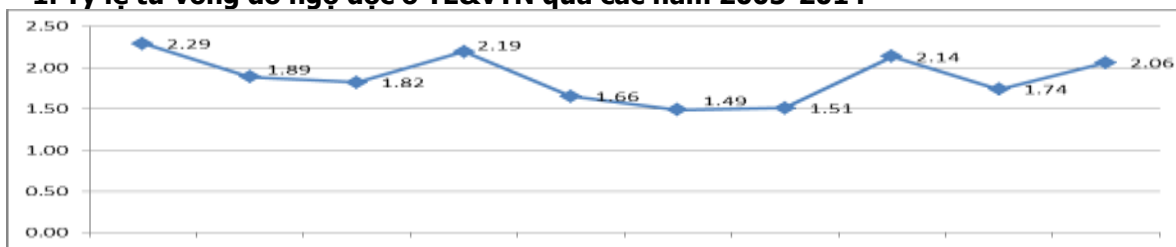
2.6. Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành dựa chỉ sử dụng các số liệu hồi

cứu về tình hình tử vong ở trẻ em được ghi nhận tại y tế tuyến xã/phường của 63 tỉnh/thành phố. Thông tin thu thập cho nghiên cứu đều được bảo đảm tính bí mật, khách quan, và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

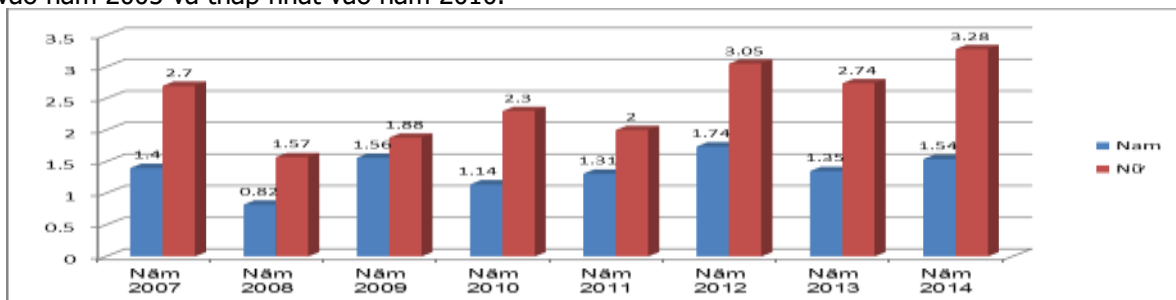
Nghiên cứu cho thấy, trong giai đoạn 2005-2014 cả nước có khoảng 29 triệu trẻ em dưới 19 tuổi, trong đó trung bình mỗi năm có trên 130 trẻ tử vong do ngộ độc.

1. Tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở TE&VTN qua các năm 2005-2014



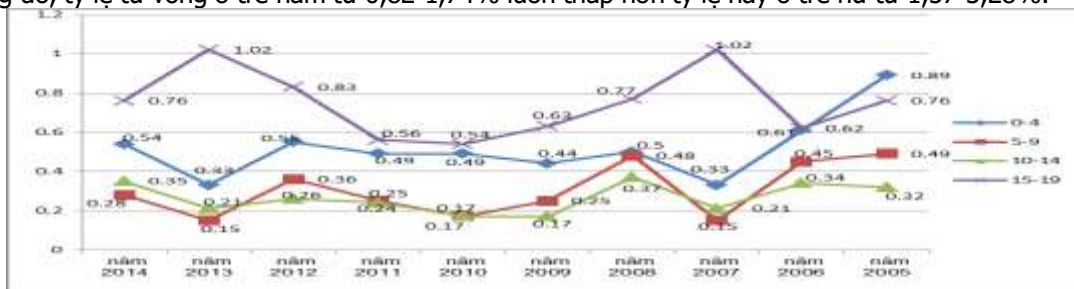
Biểu đồ 1: Tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ em dưới 19 tuổi

Biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ em dưới 19 tuổi từ năm 2005 đến năm 2014 chiếm khoảng 1,49 - 2,29% trong tổng số trường hợp trẻ bị tai nạn thương tích. Tỷ lệ này cao nhất vào năm 2005 và thấp nhất vào năm 2010.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở hai giới

Biểu đồ trên cho thấy, tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ nam và trẻ nữ có sự khác biệt qua từng năm. Trong đó, tỷ lệ tử vong ở trẻ nam từ 0,82-1,74% luôn thấp hơn tỷ lệ này ở trẻ nữ từ 1,57-3,28%.



Biểu đồ 3. Tỷ suất tử vong do ngộ độc ở trẻ em các nhóm tuổi từ 2005-2014

Tử vong do ngộ độc ở trẻ em được phân tích theo 4 nhóm tuổi tại biểu đồ 3. Biểu đồ trên cho thấy tỷ suất tử vong do ngộ độc ở nhóm tuổi 15-19 luôn cao nhất trong các năm nghiên cứu so với các nhóm còn lại (từ 0,54-1,02/100.000 trẻ/năm). Năm 2014, tỷ suất tử vong do ngộ độc ở nhóm này có giảm so với năm trước tuy nhiên vẫn cao nhất trong 4 nhóm. Từ 0-4 tuổi là nhóm tuổi có tỷ suất tử vong cao thứ 2 (từ 0,33-0,89/100.000 trẻ/năm).

Bảng 1: Phân bố 10 tỉnh có tỷ suất tử vong trẻ em do ngộ độc cao nhất

Stt	2014		2013		2012	
	Tỉnh	Tỷ suất	Tỉnh	Tỷ suất	Tỉnh	Tỷ suất
1	Điện Biên	6,96	Hà Giang	6,72	Lai Châu	10,21
2	Sơn La	6	Điện Biên	4,46	Hà Giang	5,17
3	Yên Bái	5,25	Cao Bằng	5,56	Lào Cai	3,92
4	Lai Châu	5,19	Sơn la	4,86	Tuyên Quang	3,85
5	Hà Giang	4,8	Kom Tum	1,73	Yên Bái	3,62
6	Lào Cai	3,27	Yên Bái	1,53	Đắc Lắc	3,12
7	Bắc Kạn	3,02	Lào Cai	1,45	Cao Bằng	3,06
8	Tuyên Quang	1,72	Quảng Bình	1,08	Điện Biên	2,23
9	Gia Lai	1,22	Đắc Lắc	1,03	Sơn La	2,04
10	Đắc Nông	1,12	Ninh Thuận	0,99	Quảng Nam	1,09

Nghiên cứu tiến hành thống kê 10 tỉnh có tỷ suất tử vong do ngộ độc ở trẻ em cao nhất cả nước trong 3 năm từ 2012-2014. Kết quả cho thấy có một số tỉnh luôn nằm trong danh sách này bao gồm: 7 tỉnh thuộc vùng núi phía Bắc (Lai Châu, Điện Biên, Hà Giang, Yên Bái, Cao Bằng, Lào Cai, Sơn La), 3 tỉnh vùng Tây Nguyên (Kon Tum, Đắc Nông, Gia Lai). Năm 2012 Lai Châu là tỉnh có tỷ suất tử vong do ngộ độc ở trẻ em cao nhất toàn quốc và cũng là tỉnh có tỷ suất tử vong do ngộ độc ở trẻ em cao nhất trong cả 3 năm.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ em dưới 19 tuổi từ 2005 - 2014 chiếm khoảng 1,49 - 2,29% trong tổng số trường hợp trẻ bị tai nạn thương tích. Tỷ lệ này cao nhất vào năm 2005 và thấp nhất vào năm 2010. Tỷ lệ tử vong do ngộ độc ở trẻ nam và trẻ nữ có sự khác biệt qua các năm nghiên cứu, trong đó, tỷ lệ tử vong ở trẻ nam từ 0,82-1,74% luôn thấp hơn tỷ

lệ này ở trẻ nữ từ 1,57-3,28%. Tỷ suất tử vong do ngộ độc ở nhóm tuổi 15-19 cao nhất so với các nhóm còn lại trong giai đoạn 2005-2014 (từ 0,54-1,02/100.000 trẻ/năm). Số liệu thống kê từ 2012 - 2014 cho thấy, có một số tỉnh luôn nằm trong danh sách 10 tỉnh có tỷ suất tử vong trẻ em do ngộ độc cao nhất bao gồm: 7 tỉnh thuộc vùng núi phía Bắc (Lai Châu, Điện Biên, Hà Giang, Yên Bái, Cao Bằng, Lào Cai, Sơn La), 3 tỉnh vùng Tây Nguyên (Kon Tum, Đắc Nông, Gia Lai).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization**, Global burden of disease, 2004.
2. **World Health Organization**, Global report on child injury 2008.
3. **Cục Y tế dự phòng và môi trường**, Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2005 - 2008.
4. **Cục Quản lý môi trường y tế**, Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2009-2014.
5. **Bộ Y tế**, Niên giám thống kê y tế 2005-2013.

ĐẶC ĐIỂM U XƠ TỬ CUNG TRÊN SẢN PHỤ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ THAI NGHÉN

Vũ Văn Du* và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm u xơ tử cung trên phụ nữ mang thai và đánh giá một số yếu tố liên quan đến kết quả thai nghén. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 74,9% phụ nữ phát hiện ra UXTC trong thai kỳ, kích thước khối u dưới 10 cm

chiếm tỷ lệ 86%. Thai phụ có 1 u xơ chiếm tỷ lệ 78,7%. Thai phụ có u xơ trên 10 cm có nguy cơ sinh non cao gấp 2,6 lần thai phụ có u xơ dưới 10 cm. **Kết luận:** Thai phụ thường phát hiện UXTC trong thai kỳ, kích thước khối u dưới 10 cm. Kích thước khối u và số lượng khối u có liên quan đến kết quả thai kỳ.

Từ khóa: U xơ tử cung, yếu tố liên quan.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF UTERINE FIBROSIS AND RELATED FACTORS TO PREGNANCY OUTCOME

Objectives: To describe characteristics of uterine fibrosis among pregnant women and to evaluate

**Bệnh viện Phụ sản Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Du

Email: dutruongson@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

factors related to outcome of pregnancy at National hospital of Obstetrics and Gynecology in 2015. **Methodology:** This is cross sectional study. **Results:** 74,9% women were detected uterine fibrosis during pregnancy, most of them have only one uterine fibrosis and its size were under 10 cm (86%). Women with over 10 cm uterine fibrosis owned the risk of premature birth 2.6 times higher than those with under 10 cm fibrosis. **Conclusion:** Pregnant women frequently detected uterine fibrosis during their pregnancies. Size of fibrosis was commonly under 10 cm. Fibrosis size and number were related to outcome of pregnancies.

Keywords: Uterine fibrosis, related factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ tử cung (UXTC) là loại khối u sinh dục hay gặp nhất ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Ảnh hưởng của UXTC lên thai nghén và tác ảnh hưởng của thai nghén đến UXTC là vấn đề được nhiều tác giả quan tâm và nghiên cứu. UXTC có thể không gây ra biến chứng nào trong suốt quá trình mang thai, nhưng cũng có thể làm gia tăng nguy cơ các biến chứng nguy hiểm cho thai nhi. Tỷ lệ sảy thai sớm do UXTC dao động từ 4 - 8,5% theo Parker WH. Thai nghén cũng ảnh hưởng đến UXTC như gây ra khó khăn trong chẩn đoán cũng như có thể gây hoại tử và xoắn khối u. Xử trí u xơ tử cung trong khi đẻ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố như: số lượng u, kích thước khối u, vị trí khối u, tình trạng bệnh

nhân... Phác đồ điều trị cho từng trường hợp cụ thể vẫn còn nhiều vấn đề đặt ra đối với các thầy thuốc sản phụ khoa do còn rất nhiều yếu tố liên quan đến hướng xử trí đối với u xơ tử cung trong thai kỳ. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích làm sáng tỏ thêm một số yếu tố liên quan đến xử trí u xơ tử cung ở phụ nữ mang thai sinh con tại BV Phụ sản TW năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 1/1/2014 đến 31/12/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Là nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu.

Cỡ mẫu: Những phụ nữ mang thai phát hiện u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Xử lý số liệu: số liệu thu thập được xử lý trên máy vi tính theo phần mềm SPSS 18.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Đây là một nghiên cứu hồi cứu mô tả, chỉ sử dụng số liệu trên hồ sơ bệnh án. Nghiên cứu không can thiệp trực tiếp vào đối tượng vì vậy không ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân, không vi phạm đạo đức nghiên cứu. Tất cả các thông tin về người bệnh đều được mã hoá và giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thời điểm phát hiện u xơ tử cung

Thời điểm phát hiện UXTC	n	Tỷ lệ %
Trước khi có thai	30	11,1
Trong thai kỳ	204	74,9
Trong mổ lấy thai, kiểm soát tử cung	38	14
Tổng	272	100

UXTC được phát hiện chủ yếu trong thai kỳ với tỷ lệ 74,9%. Tỷ lệ phát hiện trong mổ hoặc kiểm soát tử cung là 14%. UXTC được phát hiện trước khi có thai chỉ chiếm 11,1%.

Bảng 2. Kích thước khối u

Kích thước khối u	n	Tỷ lệ %
< 5 cm	181	48,2
5 – 10 cm	163	43,4
> 10 cm	32	8,4
Tổng	376	100
$\bar{X} \pm SD$	6,39 ± 3,11	

Bảng này chúng tôi nghiên cứu 376 khối UXTC được mô tả trên 272 bệnh nhân. Kích thước trung bình của UXTC trong mẫu nghiên cứu là 6,39 ± 3,11cm. Khối u < 5cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 48,2%. Khối u từ 5 – 10 cm cũng thường gặp, chiếm 43,2%. Chỉ có 8,4% các khối u có kích thước > 10cm.

Bảng 3. Số lượng u xơ tử cung trên một bệnh nhân

Số lượng UXTC	n	Tỷ lệ %
1 u xơ	214	78,7
2 u xơ	12	4,4
Nhiều u xơ	46	16,9
Tổng	272	100

Tử cung có 1 u xơ là loại thường gặp nhất chiếm 78,7%. Tỷ lệ bệnh nhân có 2 u xơ ít gặp nhất, chỉ chiếm 4,4%. Bệnh nhân có nhiều u xơ chiếm tỷ lệ trung bình với 16,9%.

Bảng 4. Kết quả Giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	n	Tỷ lệ %
U cơ trơn lành tính không thoái hóa	183	97,3
U cơ trơn lành tính thoái hóa	5	2,7
Tổng	188	100

Bảng này chúng tôi nghiên cứu 188 trường hợp có kết quả giải phẫu bệnh trong tổng số 272 trường hợp. Tỷ lệ u cơ trơn lành tính không thoái hóa chiếm 97,3% kết quả giải phẫu bệnh. Tỷ lệ u cơ trơn lành tính thoái hóa chiếm 2,7%.

Bảng 5. Liên quan giữa kích thước u xơ tử cung và trẻ đẻ non tháng

Kích thước UXTC	Đẻ non tháng		Đẻ đủ tháng		Tổng		OR	CI
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %		
≥ 10 cm	8	25,8	23	74,2	31	11,4	2,6	[1,04 – 6,59]
< 10 cm	14	5,8	227	94,2	241	88,6		
Tổng	22	8,1	250	91,9	272	100		

Bệnh nhân có khối u có kích thước ≥ 10 cm có tỷ lệ đẻ non cao hơn 2,6 lần so với các bệnh nhân có khối u có kích thước < 10 cm.

Bảng 6. Liên quan kích thước khối u và trọng lượng sơ sinh

Kích thước khối u	≥ 10 cm	< 10 cm	p
n	23	249	< 0,05
Trọng lượng sơ sinh (g)	2744±442	3160 ± 773	

Nhóm có khối u ≥ 10 cm có trọng lượng sơ sinh thấp hơn nhóm có khối u < 10 cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời điểm phát hiện u xơ tử cung: U xơ tử cung được phát hiện trước thời điểm có thai chiếm tỷ lệ rất thấp, chỉ 11,1%. Chủ yếu u xơ tử cung được phát hiện trong thai kỳ với 74,9%, phát hiện trong mổ và kiểm soát tử cung là 14%. Theo Parker WH 12% u xơ tử cung được phát hiện trước khi có thai. Theo Phạm Trọng Thuật, tỷ lệ này là 18,9%. Theo Benaglia L, 8% u xơ tử cung được phát hiện trước khi có thai. U xơ tử cung được phát hiện trong thời kỳ thai nghén bằng thăm âm đạo, sờ nắn bụng trước những trường hợp bất tương xứng giữa tuổi thai và kích thước tử cung. Sau đó được khẳng định lại bằng siêu âm. Vấn đề đặt ra là không được bỏ sót u xơ tử cung đối với những trường hợp có đau bụng hay ra máu âm đạo trong quý 1 của thai kỳ.

4.2. Kích thước của u xơ tử cung: Theo nghiên cứu của chúng tôi, thường gặp nhất là những khối u < 5 cm chiếm 48,2%. Loại từ 5 - 10 cm gặp ở mức trung bình với 43,2%. Loại > 10 cm ít gặp nhất, chỉ chiếm 8,4%. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với Monnier và Phạm Trọng Thuật. Theo Monnier J.C thì khối u từ 3 - 5 cm chiếm tỷ lệ cao nhất với 40%, khối u 5 - 10 cm chiếm 30%. Theo Phạm Trọng Thuật thì loại 3 - 5 cm gặp nhiều nhất, chiếm 34,5%, loại 5 -

10 cm chiếm 31,1%. Kích thước trung bình của UXTC trong nghiên cứu của chúng tôi là 6,39 ± 3,11 cm. Trong nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, kích thước trung bình của khối u thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Laughlin SK và Baird DD nghiên cứu trên 458 thai phụ UXTC, kích thước trung bình khối u là 2,3 cm. Theo nghiên cứu của Neiger R, kích thước UXTC trung bình là 3,4 ± 2,3cm. Sự khác biệt này do chúng tôi chỉ thu nhận được thông tin về kích thước khối u ở những lần siêu âm xung quanh thời điểm bệnh nhân vào viện. Chúng tôi không thu thập được thông tin về kết quả siêu âm trong quý đầu của thai kỳ. Trong khi các tác giả khác đánh giá kích thước khối u từ quý 1 của thai kỳ.

4.3. Số lượng của u xơ tử cung: Đánh giá chính xác số lượng của UXTC là một điều khó khăn, đòi hỏi phải kết hợp thăm khám lâm sàng cẩn thận, siêu âm và các thăm dò kỹ lưỡng khác. Trên thực tế, việc bỏ sót đặc biệt là những UXTC bé là điều khó tránh khỏi. Hơn nữa, những thăm khám trong quý 3 của thai kỳ, khi thai đã to, để đánh giá được số lượng u xơ tử cung một cách toàn diện, chính xác sẽ phức tạp hơn nhiều so với trong quý 1 của thai kỳ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, số thai phụ có UXTC đơn độc rất cao với 78,7%. Tỷ lệ này theo Phạm Trọng

Thuật là 72,8%, theo Hồ Văn Thu là 69,9%. Koike T cũng nhận định số trường hợp tử cung có một u xơ là phổ biến nhất với 69%. Devivo A nhận thấy có 84% UXTC đơn độc và 16% đa u xơ ở phụ nữ có thai trong nghiên cứu của mình. Theo Monnier J.C, số trường hợp có một nhân xơ cao gấp 3 lần các trường hợp có nhiều nhân xơ. Mặc dù tỷ lệ đưa ra khác nhau, nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các tác giả khác đều thống nhất rằng u xơ tử cung đơn độc gặp nhiều nhất trong các thai phụ u xơ tử cung, thai phụ có từ 2 u xơ trở lên chỉ chiếm tỷ lệ tương đối thấp.

4.4. Kết quả Giải phẫu bệnh: Ở nghiên cứu của chúng tôi, có 188 bệnh nhân được lấy bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh trong số 259 bệnh nhân mổ lấy thai. U cơ trơn lành tính không thoái hóa chiếm 97,3%. U cơ trơn lành tính thoái hóa chiếm 2,7%. Theo nghiên cứu của Phạm Trọng Thuật thì tỷ lệ u cơ trơn lành tính không thoái hóa chiếm 57,4%, u xơ tử cung thoái hóa chiếm 23,4%. Theo Shavell VI, tỷ lệ khối u bị thoái hóa trong thai nghén thay đổi từ 1,5 - 28%. Cùng với sự thay đổi kích thước của u xơ tử cung trong thai kỳ, thoái hóa cũng là một trong số biến chứng của thai nghén gây ra đối với u xơ tử cung. Khi có thai, sự thay đổi ở tử cung có thể làm cho khối u bị thiếu năng tuần hoàn, tổ chức khối u bị thiếu dinh dưỡng, dẫn đến hoại tử. Hoại tử thường diễn ra từ trung tâm rồi lan rộng dần ra phía vỏ của khối u. Giải phẫu bệnh là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định u xơ tử cung thoái hóa, nhưng trên lâm sàng và siêu âm cũng có những triệu chứng gợi ý như: đau khu trú, tăng dần ở vùng có u xơ tử cung, thường không sốt. Nếu khối u to ở mặt trước tử cung có thể sờ thấy một khối mềm ấn đau, nếu khối u ở mặt sau tử cung thì không sờ thấy được. Hình ảnh siêu âm thấy một khối âm vang khác cơ tử cung, thường nằm trong lớp cơ tử cung có biểu hiện hoại tử bờ không đều.

4.5. Trọng lượng trẻ sơ sinh ở các sản phụ u xơ tử cung: Tỷ lệ trẻ < 2500g trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 13,6%. Các tác giả khác nhau cũng đưa ra những số liệu khác nhau về trẻ nhẹ cân. Theo Rice JP, tỷ lệ trẻ nhẹ cân là 21,5%. Trong khi Sergars JH và cộng sự lại thấy tất cả các trẻ sơ sinh trong nhóm nghiên cứu đều có cân nặng bình thường. Theo Phạm Trọng Thuật, tỷ lệ trẻ nhẹ cân chỉ là 9,5%. Tỷ lệ này là 7,3% theo Hee Joong Lee. Tỷ lệ trẻ nhẹ cân trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn

nghiên cứu của Phạm Trọng Thuật và Hee Joong Lee nhưng thấp hơn nghiên cứu của Rice JP. Trẻ nhẹ cân còn liên quan đến nhiều yếu tố như: chế độ dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi, sinh hoạt của mẹ, các bệnh lý kèm theo... Để đánh giá được tác động riêng rẽ của u xơ tử cung đến tỷ lệ trẻ nhẹ cân là một vấn đề khó khăn, đòi hỏi phải lựa chọn đối tượng nghiên cứu và phương pháp nghiên cứu kỹ lưỡng để giảm được các yếu tố gây nhiễu. Chúng tôi nhận thấy nhóm có khối u > 10 cm có trọng lượng sơ sinh trung bình thấp hơn nhóm có khối u < 10 cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi cũng nhận thấy, số lượng UXTC càng tăng thì tỷ lệ trẻ nhẹ cân càng cao ($p < 0,05$). Theo Rice JP tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân tăng lên ở nhóm sản phụ có UXTC to. Nghiên cứu Toshimitsu Koike đều nhận thấy thai phụ có kích thước UXTC càng lớn và số lượng UXTC càng nhiều thì trọng lượng thai càng thấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thống nhất với Rice JP và Toshimitsu Koike, sản phụ có kích thước u xơ tử cung càng lớn, số lượng u xơ tử cung càng nhiều thì nguy cơ sơ sinh nhẹ cân càng cao. Theo Vergani P thì ở các thai phụ có UXTC, nhất là UXTC có kích thước lớn và tử cung có nhiều khối u sẽ làm giảm dòng máu tới hồ huyết nuôi dưỡng thai dẫn tới tăng tỷ lệ trẻ nhẹ cân và chậm phát triển.

V. KẾT LUẬN

Đa số phụ nữ mang thai phát hiện được UXTC trong khi mang thai. Kích thước khối u chủ yếu dưới 10 cm và đa số là u đơn độc. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy chủ yếu là u xơ lành tính không thoái hóa. Có sự liên quan giữa số lượng khối u, kích thước khối u và trọng lượng trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Trọng Thuật (2008), *Tình hình xử trí trong chuyên dạ ở sản phụ thai đủ tháng có u xơ tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong 3 năm 2004 - 2006*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Benaglia L, Cardellicchio L, Filippi F, et al (2014), The rapid growth of fibroids during early pregnancy, *PLoS One*, 9:e85933.
3. Laughlin SK, Hartmann KE, Baird DD (2011), Postpartum factors and natural fibroid regression, *Am J Obstet Gynecol*, 204:496.e1.
4. De Vivo A, Mancuso A, Giacobbe A, et al (2011), Uterine myomas during pregnancy: a longitudinal sonographic study, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 37:361.

5. **Shavell VI, Thakur M, Sawant A, et al (2012)**, Adverse obstetric outcomes associated with sonographically identified large uterine fibroids, *Fertil Steril*, 97:107.
6. **Segars JH, Parrott EC, Nagel JD, et al (2014)**, Proceedings from the Third National Institutes of Health International Congress on Advances in Uterine Leiomyoma Research: comprehensive review, conference summary and future recommendations, *Hum Reprod Update*, 20:309.
7. **Hee Joong Lee, Errol R Norwitz, and Julia Shaw (2010)**, Contemporary Management of Fibroids in Pregnancy, *Obstet Gynecol*, 3(1): 20 - 27.

HIỆU QUẢ SỬ DỤNG CỦA VÍT NEO CHẶN THEO CHIỀU TRƯỚC-SAU TRÊN BỆNH NHÂN LỆCH LẠC KHỚP CẢN LOẠI I

Nguyễn Thị Ngọc Lan*, Lê Thị Thùy Linh**, Hà Ngọc Chiêu**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả sử dụng vít neo chặn theo chiều trước sau trên bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại I. **Đối tượng nghiên cứu:** 20 bệnh nhân có lệch lạc khớp cắn loại I có chỉ định nhổ bốn răng hàm nhỏ thứ nhất với neo chặn tối đa và được đóng khoảng bằng sử dụng vít neo chặn hai hàm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với các số liệu thu thập là chỉ số về xương, răng và phần mềm trên phim cephalometric trước và sau kết thúc đóng khoảng. **Kết quả:** Thay đổi lớn về xương, răng và mô mềm theo chiều trước-sau có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Răng 6 vẫn giữ nguyên vị trí theo chiều trước sau và không bị trôi ra trước. **Kết luận:** vít neo chặn vùng kẽ chân răng má hai hàm cung cấp sự neo chặn tuyệt đối theo chiều trước-sau trong điều trị lệch lạc khớp cắn loại I, mang lại sự thay đổi lớn về xương, răng, phần mềm. Sau đóng khoảng mặt hết vấu, môi trên, môi dưới đạt được vị trí hợp lý.

Từ khóa: Mini implant, sai khớp cắn loại I, neo chặn.

SUMMARY

EFFECT OF USING MINI-IMPLANTS AS ANCHOR IN HORIZONTAL DIRECTION OF CLASS I MALOCCLUSION

Purpose: quantify the treatment effects of using mini-implants as anchor in horizontal direction of class I malocclusion. **Methods:** A total of 20 patients with class I malocclusion who undergo extraction of all 4 first premolars, anterior space closure with mini-implants as maximum anchors units. This is descriptive cross-sectional study with data analyzed from Skeletal, dental, and soft – tissue changes on lateral Cephalometric before retraction and after space closure. **Results:** There are great changes of skeletal, dental, and soft-tissue parameters, a statistically significant differences ($p > 0,05$). There is no anchorage loss of first molar in horizontal direction. **Conclusion:** Mini-implants provided absolute anchorage in horizontal direction to allow greater skeletal, dental, and esthetic changes in patients class I malocclusion who require maximum anterior retraction.

Key words: Mini implant, class I malocclusion, anchorage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lệch lạc khớp cắn chiếm tỷ lệ rất cao trong cộng đồng, trong đó lệch lạc khớp cắn loại I

chiếm tỷ lệ cao nhất. Lệch lạc khớp cắn loại I có đặc điểm là răng chen chúc hoặc cung răng hai hàm cùng với nền xương nhô ra trước. Kế hoạch điều trị cho những trường hợp này là nhổ 4 răng hàm nhỏ, neo chặn tối đa răng sau để giải quyết chen chúc và giảm độ nhô của mặt. Có rất nhiều nguồn neo chặn khác nhau như neo chặn bằng nhóm răng, neo chặn bằng niêm mạc và xương, neo chặn bằng các khí cụ ngoài miệng... Tuy nhiên các loại neo chặn này đều có nhược điểm là không tối đa, không thẩm mỹ, đòi hỏi sự hợp tác của bệnh nhân. Vít neo chặn ra đời được chứng minh là rất hiệu quả và đáng tin cậy. Để góp phần làm rõ vai trò của vít neo chặn tại Việt Nam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả sử dụng của vít neo chặn theo chiều trước-sau trên bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại I".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang [1].

2.2. Cỡ mẫu:

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

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu vừa đủ; α là mức ý nghĩa thống kê (chọn $\alpha = 0,05$. $Z^2_{1-\alpha/2} = 1,96$); p là xác suất cắm vít thành công của một nghiên cứu trước đó = 0,91 [2]; ϵ : Mức sai lệch mong muốn giữa tỷ lệ thu được từ mẫu so với tỷ lệ thực trong quần thể, chọn $\epsilon = 0,1$. Vậy tính được $n = 20$ người.

2.3. Tiến hành nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 20 bệnh nhân có tuổi từ 14 tại khoa Răng hàm mặt, bệnh viện Việt Nam - Cu Ba có lệch lạc khớp cắn loại I, có chỉ định nhổ 4 răng hàm nhỏ thứ nhất với neo chặn tối đa răng sau. Sau đó, bệnh nhân được gắn mắc cài Edgewise của Roth với độ rộng khe 0,022x0,028 inch. Vít neo chặn được đặt sớm nhất có thể để tránh mất khoảng. Chúng tôi sử dụng vít neo chặn của Jeil với đường kính 1,4 hoặc 1,6mm và chiều dài 6 hoặc 8mm. Vít được đặt ở mặt má, giữa kẽ chân răng 5-6 hoặc kẽ chân răng 6-7 ở cả 4 cung răng. Điều trị lâm sàng được chia làm 3 giai đoạn. Giai đoạn 1: làm thẳng hàng răng và làm phẳng đường cong spee. Giai đoạn 2: Điều trị quan hệ răng hàm và

*Bệnh viện Nhi Trung ương

**Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – ĐH Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Lan

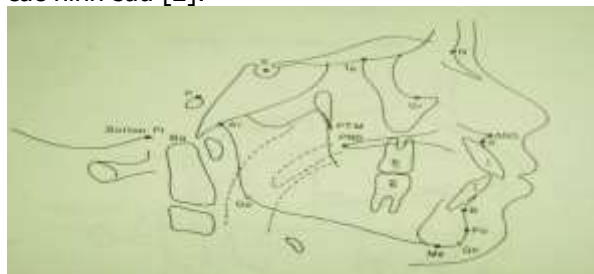
Email: ngooclanwinter@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017

Ngày duyệt bài: 20.3.2017

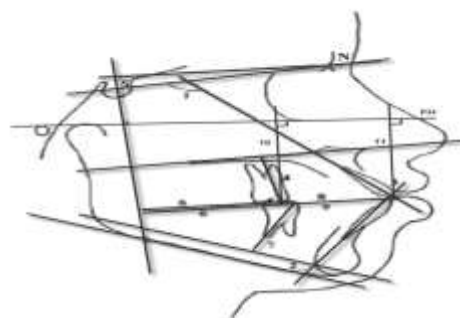
đóng khoảng. Giai đoạn 3: Hoàn thiện và điều trị duy trì. Phim cephalometric được chụp đúng kỹ thuật ở hai giai đoạn: trước điều trị và sau đóng khoảng. Các điểm mốc, mặt phẳng, đường thẳng và các góc được sử dụng trong nghiên cứu theo các hình sau [2]:



Các điểm chuẩn phần xương trên phim cephalometric [2]

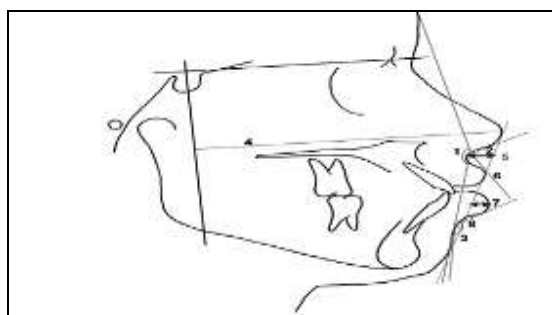
Ở xương sọ: Điểm Na: Là điểm trước nhất, chỗ nối xương trán và xương chính mũi, Điểm hố yên S: Điểm giữa hố yên xương bướm, Điểm Ba:

Điểm dưới nhất của bờ trước lỗ cằm, Điểm Po: Điểm cao nhất của bờ trên ống tai ngoài. Ở xương hàm trên Or: điểm thấp nhất của bờ dưới ổ mắt, ANS: điểm gai mũi trước, PNS: Điểm gai mũi sau, A: điểm sau nhất của xương ổ răng hàm trên, Ptm: Điểm thấp nhất của khe chân bướm hàm, U1: điểm trước nhất của thân răng cửa giữa hàm trên, U6: Điểm đỉnh múi gần của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên. Ở xương hàm dưới L1: điểm trước nhất của thân răng cửa giữa hàm dưới, L6: Điểm đỉnh múi gần của răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới, B: điểm sau nhất của xương ổ răng hàm dưới, Pog: Điểm trước nhất của cằm, Gn: Điểm trước nhất và dưới nhất của cằm, Me: điểm thấp nhất của xương hàm dưới, Go: Điểm dưới nhất và sau nhất của góc hàm dưới, Ar: Giao điểm giữa bờ sau nhánh đứng xương hàm dưới và nền sọ sau, Co: Điểm trên nhất và sau nhất của lõi cầu xương hàm dưới.



Các khoảng cách đo xương sọ mặt theo chiều trước sau và chiều đứng [2],[3]

Các khoảng cách đo vị trí giữa răng theo chiều trước sau và chiều đứng [2],[3]



Các góc và khoảng cách đo phần mềm [2],[3]

2.4. Biên số nghiên cứu: [2],[3],[4],[5]

Chỉ số trên xương		Giai đoạn trước điều trị (T1)	Giai đoạn sau đóng khoảng (T2)
Xương hàm trên-nền sọ	SNA		
Xương hàm dưới-nền sọ	SNB		
Tương quan xương hai hàm	ANB		
Kiểu mặt	SN-GoGn		
Tầng mặt trên (mm)	UFH		

Tầng mặt dưới (mm)	LFH		
Tầng mặt sau (mm)	PFH		
Tầng mặt trước (mm)	TAFH		
Vị trí cằm (mm)	Sv-Pog		
Chỉ số trên răng		T1	T2
Góc nghiêng răng cửa hai hàm	U1-SN		
	IMPA		
	U1-L1		
Vị trí răng theo chiều trước-sau (mm)	U6-Sv		
	L6-Sv		
	U1-Sv		
	L1-Sv		
Vị trí răng theo chiều đứng (mm)	U6-FH		
	L6-MP		
	U1-FH		
	L1-MP		
Chỉ số mô mềm		T1	T2
Góc lõm mặt	G-Sn-Pog (độ)		
	Góc mũi môi (độ)		
	Góc môi cằm (độ)		
Vị trí mũi theo chiều trước-sau	Sv-Pn (mm)		
Đường thẩm mỹ E-môi trên	E-Ss (mm)		
	E-Si (mm)		
Đường thẩm mỹ E-môi dưới	E-Ls (mm)		
	E-Li (mm)		

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sự thay đổi về xương hàm, răng và phần mềm giữa trước điều trị và sau đóng khoảng

3.1. Thay đổi về cấu trúc xương

- Theo chiều trước – sau: Góc SNA giảm 0,55^o có ý nghĩa thống kê (p<0,01). Góc SNB giảm 0,1^o. Góc ANB giảm 0,73^o (p<0,01)

- Nhìn chung không có sự thay đổi về xương theo chiều đứng giữa hai giai đoạn.

3.2. Thay đổi trên răng

Bảng 3.1. Sự thay đổi vị trí răng cửa và răng hàm theo chiều trước-sau

Chỉ số	Giai đoạn	Trước điều trị	Sau đóng khoảng	T2-T1	p
U1-Sv (mm)		76,25 ± 3,48	69,93 ± 3,23	-5,93 ± 1,98	0,0001*
L1-Sv (mm)		72,13 ± 3,56	66,3 ± 4,37	-5,28 ± 2,83	0,0001*
U6-Sv (mm)		41,8 ± 3,96	41,2 ± 3,91	-0,5 ± 1,26	0,053
L6-Sv (mm)		43,35 ± 4,53	42,98 ± 4,38	-0,43 ± 1,26	0,53

- Răng cửa trên lùi vào trung bình 5,93mm

- Răng cửa dưới lùi vào trung bình 5,28mm

- Răng hàm lớn hai hàm vẫn giữ nguyên vị trí theo chiều trước sau, không bị trôi ra trước.

Bảng 3.2: Sự thay đổi góc răng cửa do quá trình điều trị

Chỉ số	Giai đoạn	Trước điều trị	Sau đóng khoảng	T2- T1	p
U1-SN (°)		113,73 ± 5,55	99,95 ± 6,49	-13,94 ± 6,93	0,0001*
IMPA (°)		105,43 ± 6,99	94,45 ± 6,75	-10,78 ± 7,19	0,0003*
U1- L1 (°)		108,88 ± 9,99	130,5 ± 8,14	22,23 ± 11,4	0,0001*

- Góc nghiêng răng cửa trên so với mặt phẳng nền sọ giảm 13,94 độ

- Góc nghiêng răng cửa dưới so với mặt phẳng hàm dưới giảm 10,78 độ.

- Góc tạo bởi trục hai răng cửa tăng 22,23 độ.

*Sau điều trị: (U1-SN)=99,95±6,49. (IMPA)=94,45±6,75. (U1-L1)=130,5±8,14

3.3. Sự thay đổi phần mềm

- Góc lõm mặt giảm 2,33 độ, góc mũi môi tăng 10,83 độ - có ý nghĩa thống kê.

- Góc môi cằm và vị trí mũi theo chiều trước-sau không thay đổi có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau đóng khoảng.

- Điểm lõm nhất của môi trên lùi được 0,93mm. Điểm nhô nhất của bờ viền môi trên lùi vào 2,11mm.

- Điểm lõm nhất của môi dưới lùi 2,45mm. Điểm nhô nhất của bờ viền môi dưới lùi 3,13mm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi về xương

➤ **Thay đổi tương quan xương theo chiều trước – sau:** Lực kéo lùi gây tác động không nhỏ đến tương quan xương hai hàm. Sau điều trị, chúng tôi vẫn duy trì được tương quan xương hai hàm là loại I, hơn thế nữa hai hàm còn ở vị trí phù hợp hơn (góc ANB từ $3,28 \pm 1,16$ xuống còn $2,53 \pm 1,00$). Điểm A lùi ra sau góp phần cải thiện khuôn mặt nghiêng.

➤ **Thay đổi về xương theo chiều đứng:**

Duy trì thước đứng trong điều trị khớp cắn loại I là một vấn đề rất được quan tâm trong nắn chỉnh răng. Với cơ chế điều trị nắn chỉnh răng truyền thống sử dụng chun kéo loại II để kéo lùi răng nanh trên và đóng khoảng bốn răng cửa hàm trên. Theo quy tắc hình bình hành, hướng lực đó sẽ phân tích thành hai thành phần: một phần kéo lùi và một phần làm trôi răng cối lớn hàm dưới. Do đó, góc hàm dưới sẽ mở và xương hàm dưới xoay theo chiều kim đồng hồ. Kết quả là làm tăng kích thước đứng, mang lại một khuôn mặt không đẹp mặc dù răng đã được kéo lùi.

4.2. Thay đổi trên răng

***Thay đổi trên răng hàm lớn thứ nhất theo chiều trước – sau:** Sameer P [4] đã chỉ ra rằng: ở các bệnh nhân nhổ bốn răng hàm nhỏ thứ nhất, chỉ 66,5% khoảng nhổ giành cho giải quyết chen chúc và kéo lùi khối răng cửa. Răng sau sẽ đi ra trước và chiếm một phần ba khoảng trống. Neo chặn tối đa răng sau là chìa khóa trong điều trị vì nó không chỉ kéo lùi tối đa khối răng trước mà quan trọng hơn còn làm giảm độ vẩu của mặt.

Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng hàm lớn hai hàm không thay đổi vị trí theo chiều trước-sau giữa trước và sau đóng khoảng

***Thay đổi trên răng cửa theo chiều trước – sau:** Điểm rìa cắn răng cửa trên lùi được 5,93mm; điểm rìa cắn răng cửa dưới lùi được 5,28mm ($p= 0.000$).

So sánh với nghiên cứu của tác giả Madhur Upahya và Sumit Yadav [3] kéo lùi răng cửa với neo chặn tối đa trên hai nhóm. Nhóm thứ nhất

bằng headgear: răng cửa trên lùi 6,33mm và răng cửa dưới lùi 4,56mm. Nhóm thứ hai bằng vít neo chặn: răng cửa trên lùi 7,22mm và răng cửa dưới lùi 6,06mm. Số liệu cho thấy neo chặn bằng vít sẽ kéo răng cửa lùi vào nhiều hơn neo chặn bằng headgear. Nếu so sánh neo chặn bằng vít với các phương pháp neo chặn bằng răng hay nhóm răng sẽ còn thấy sự chênh lệch rõ hơn.

***Sự thay đổi góc độ nghiêng của răng cửa:** Sau giai đoạn đóng khoảng, răng cửa trên không chỉ được kéo lùi mà nó còn đạt được độ nghiêng rất tốt so với mặt phẳng SN ($99,95 \pm 6,49^\circ$). Trong nghiên cứu này, chúng tôi đặt lực kéo lùi rất gần tâm cắn của vùng răng cửa chứ không đặt lực gần mắc cài như các phương pháp điều trị truyền thống. Do đó, nó tạo ra chuyển động toàn thể của thân và chân răng.

Trên 20 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi đều chôn phim và đánh giá kiểu di chuyển của nhóm răng cửa trên. Ở hai trường hợp chen chúc nặng không có vẩu xương ổ răng: răng di chuyển tịnh tiến. Ở 18 trường hợp vẩu răng và xương ổ răng hai hàm: răng di chuyển nghiêng có kiểm soát. Trục răng cửa dưới và góc giữa hai răng cửa cũng đạt được các góc độ rất tốt. Vít neo chặn đem đến một cơ chế sinh học rất tốt để kiểm soát độ nghiêng của răng cửa trong quá trình kéo lùi.

4.3. Thay đổi phần mềm: Khuôn mặt đẹp là mục tiêu quan trọng số một trong nắn chỉnh răng hiện đại. Khuôn mặt đẹp là sự kết hợp cân bằng của ba yếu tố: phần mềm, tổ chức xương nâng đỡ, vị trí và góc nghiêng răng cửa. Có sự thay đổi lớn trong mô mềm giữa trước và sau đóng khoảng. Các chỉ số góc lõm mặt, góc mũi môi, độ nhô của môi đều thay đổi có ý nghĩa thống kê.

- Góc lõm mặt giảm 2,33, sau đóng khoảng về giá trị trung bình là 12,33 độ làm mặt hết vẩu.

- Góc mũi môi tăng 10,83 độ. Sau đóng khoảng đạt được góc mũi môi đẹp là 104,75 độ.

- Điểm nhô nhất của môi trên lùi ra sau 2,11mm. Điểm nhô nhất của môi dưới lùi 3,13mm. Sau đóng khoảng, môi trên sau đường E 2,44mm và môi dưới gần chạm đường E.

So sánh với nghiên cứu của Chungchen Yao [5] sử dụng neo chặn là Headgear và cung khâu cái: Góc lõm mặt giảm 1,17 độ. Môi trên lùi 1,06 và môi dưới lùi 2,54mm. Góc mũi môi tăng 5 độ. Sự thay đổi phần mềm trên những bệnh nhân của ông ít hơn nghiên cứu của chúng tôi. Lý do là khi sử dụng vít neo chặn, răng cửa được kéo lùi nhiều hơn nên cũng làm thay đổi phần mềm nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Đặt vít neo chặn là một kỹ thuật không quá phức tạp, giá thành vừa phải, tỷ lệ thành công cao (93,75%), bệnh nhân dễ dàng hợp tác.

*Vít neo chặn đặt ở vùng kẽ chân răng mặt má ở hai hàm cung cấp nguồn neo chặn tuyệt đối theo chiều trước sau trong điều trị lệch lạc khớp cắn loại I. Răng hàm lớn không bị di gần, răng cửa được kéo lùi tối đa vào khoảng nhỏ. Sau đóng khoảng, răng hàm và răng cửa không bị trôi.

*Điều trị bằng vít neo chặn còn tạo ra những thay đổi có giá trị về xương: Tương quan hai hàm theo chiều trước - sau gần về giá trị trung bình hơn và không bị tăng kích thước đứng của mặt.

*Sử dụng vít neo chặn điều trị lệch lạc khớp cắn loại I có chỉ định neo chặn tối đa mang đến những thay đổi lớn trong mô mềm. Sau đóng khoảng, mặt hết vấu, môi trên và môi dưới đạt được vị trí hợp lý.

* Vít neo chặn rất hiệu quả và thích hợp trong điều trị lệch lạc khớp cắn loại I có yêu cầu neo chặn tối đa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Ngọc Phong, Tôn Thất Bách, Nguyễn Trần Hiền (2006).** *Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng*, Nhà xuất bản Y học.
2. **Proffit W. R; Fields J R; Henry W (2000).** *Contemporary Orthodontics*, 145-294, Mosby.
3. **Madhur Upadhyay, Sumit Yadav & P, S. (2008).** Treatment effects of mini-implant for en-masse retraction of anterior teeth in bialveolar dental protrusion patients: A randomized controlled trial, *AJODO*, 134, 18-29.
4. **Sameer P, Madhur U, Sumit Y & Nagaraj K (2007).** Treatment effects of mini-implants for en-masse retraction of anterior teeth in bialveolar dental protrusion patients: A randomized controlled trial, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 134 No 1, 18-29.
5. **Chung-Chen J. Y, Lai E. H, Chang Z. C & Chen Y. J (2008).** Comparison of treatment outcomes between skeletal anchorage and extraoral anchorage in adults with maxillary dentoalveolar protrusion, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 615-624.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NGUỒN NHÂN LỰC Y TẾ TRÌNH ĐỘ CAO VỚI THỰC HIỆN PHÂN TUYỂN CHUYÊN MÔN KỸ THUẬT TẠI CÁC BỆNH VIỆN HUYỆN CỦA TỈNH LẠNG SƠN

Trần Bảo Ngọc¹, Nguyễn Thế Toàn², Nguyễn Thị Hoa¹

TÓM TẮT

Thiếu hụt nguồn nhân lực y tế cả số lượng và chất lượng và những yếu tố liên quan khác tại các Bệnh viện (BV) huyện tỉnh Lạng Sơn tác động thế nào đến việc thực hiện phân tuyến chuyên môn kỹ thuật. **Mục tiêu:** Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tới thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến tại các bệnh viện huyện. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng với định tính. **Kết quả:** Một số yếu tố ảnh hưởng thực hiện phân tuyến kỹ thuật là: Thiếu số lượng nguồn nhân lực trình độ cao (kể cả sau đại học) với thực hiện phân tuyến kỹ thuật. Trình độ bác sĩ chưa tốt (chủ yếu từ đào tạo liên thông), chất lượng dịch vụ chưa cao, chưa mạnh dạn triển khai kỹ thuật mới. Trang thiết bị, cơ sở vật chất đã được đầu tư, nhưng đã xuống cấp. Chưa có sự đồng bộ giữa trang thiết bị và con người. Cơ hội học tập, phát triển ở các BV đều thực hiện chậm do thiếu nguồn lực. Quy hoạch

đào tạo chưa sát với thực tiễn. Khả năng thu hút bệnh nhân hạn chế. **Kết luận và khuyến nghị:** Các BV huyện tỉnh Lạng Sơn đều có điểm giống nhau về nguồn nhân lực trình độ cao với thực hiện kỹ thuật. Lãnh đạo các BV cần chú trọng xây dựng đề án vị trí việc làm cụ thể.

Từ khóa: nhân lực y tế trình độ cao, chuyên môn kỹ thuật, bệnh viện huyện.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN HIGH LEVEL HEALTH HUMAN RESOURCES TO IMPLEMENT DECENTRALIZATION TECHNICAL EXPERTISE AT DISTRICT HOSPITALS OF LANG SON PROVINCE

Background: How shortage of health workers (both of quantity and quality) and other factors at the districts hospital of Lang Son province to influence the implementation of decentralization of technical expertise. **Objective:** Analysis factors affecting the technical implementation of decentralization at the district hospital. **Methodology:** descriptive cross-sectional, combining quantitative with qualitative. **Results:** The factors affect the implementation and technical distribution include: Lack number of highly qualified human resources (including postgraduate) to

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

²Sở Y tế Lạng Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc

Email: ngoctranbao72@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2017

Ngày duyệt bài: 7.3.2017

perform technical distribution. Not well qualified doctors (mainly from accreditation), quality of service is not high. Equipment, facilities have been invested, but has deteriorated. No synchronization between the equipment and people. Opportunities for learning and development in the hospitals are carried out slowly. Planning training is not close to reality. Ability to attract patients is limited. Conclusions and Recommendations: The district hospitals of Lang Son province are similar between highly qualified human resources with technical implementation.

Keywords: highly health workforce, technical expertise, district hospitals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe là vốn quý nhất của mỗi con người và của toàn xã hội. Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân là hoạt động nhân đạo, trực tiếp bảo đảm nguồn nhân lực cho sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc, là một trong những chính sách ưu tiên hàng đầu của Đảng và Nhà nước [1]. Để việc bảo vệ chăm sóc sức khỏe nhân dân được đảm bảo, góp phần phát triển kinh tế, xã hội nói chung, yếu tố quan trọng nhất là phát triển nhân lực. Nguồn nhân lực y tế là yếu tố then chốt, mang tính quyết định cho sự phát triển hệ thống cung cấp các dịch vụ bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Việc chuẩn bị nguồn nhân lực y tế vừa đủ số lượng, vừa đảm bảo chất lượng là một yêu cầu cấp thiết, mang tính lâu dài đối với các cơ sở khám chữa bệnh và cần có sự quan tâm, tham gia, phối hợp nhịp nhàng của các cấp, các ngành [2].

Mạng lưới các bệnh viện huyện là tuyến y tế gần dân nhất, là xương sống của hệ thống y tế, trực tiếp chăm sóc sức khỏe nhân dân (CSSKND). Các bệnh viện huyện luôn là mắt xích quan trọng trong việc thực hiện có hiệu quả các chương trình y tế quốc gia ở cộng đồng; hạn chế, ngăn ngừa và chống dịch bệnh hiệu quả; đưa các dịch vụ y tế đến với người dân. Vì vậy, củng cố mạng lưới y tế cơ sở là điều kiện tiên quyết để làm tốt công tác CSSKND và thực hiện công bằng xã hội, xóa đói giảm nghèo, góp phần giảm sự quá tải của các bệnh viện tuyến trên.

Trước tình hình thực tế, ngày 08/12/2014 UBND tỉnh Lạng Sơn đã ban hành quyết định số 2094/QĐ-UBND về việc phê duyệt đề án Phát triển nguồn nhân lực y tế tỉnh Lạng Sơn đến năm 2020 [7]. Trong nội dung đề án đã đề ra các nội dung với mục tiêu phát triển nhân lực y tế đáp ứng với sự phát triển của tỉnh và để có thêm những thông tin giá trị, chính xác, bổ sung các nguyên nhân khách quan, chủ quan về thực trạng nhân lực các bệnh viện tuyến huyện và đặc biệt cụ thể hóa hơn các giải pháp can thiệp,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Phân tích mối liên quan giữa nguồn nhân lực y tế trình độ cao với việc thực hiện phân tuyến chuyên môn kỹ thuật tại 10 bệnh viện huyện của tỉnh Lạng Sơn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm nghiên cứu: Mười bệnh viện huyện của tỉnh Lạng Sơn.

Thời gian: Từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 6 năm 2016.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, kết hợp định lượng với định tính.

Đối tượng nghiên cứu định lượng là toàn bộ hồ sơ cán bộ viên chức trình độ đại học trở lên trong biên chế của các bệnh viện, các báo cáo thứ cấp năm 2015, thu thập thông tin theo mẫu phiếu thống nhất căn cứ theo tiêu chuẩn quy định tại thông tư 43 của Bộ Y tế, từ đó có các số liệu để so sánh, phân tích.

Đối tượng nghiên cứu định tính tiến hành thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu (100% cán bộ viên chức trình độ đại học trở lên (279 người)) tiến hành 10 buổi thảo luận nhóm (mỗi bệnh viện 1 buổi), 10 cuộc phỏng vấn sâu (các lãnh đạo cấp khoa trở lên ở mỗi bệnh viện). Nội dung thảo luận/phỏng vấn tập trung vào 04 vấn đề: Chất lượng/số lượng nguồn nhân lực; Cơ sở vật chất, trang thiết bị; Cơ hội học tập, phát triển; Khả năng thu hút người bệnh.

Các điều tra viên là các cán bộ của Phòng Tổ chức của Sở Y tế và Bệnh viện đều được tập huấn thu thập số liệu, các đối tượng nghiên cứu được quán triệt nhấn mạnh tính tự giác, hợp tác, thẳng thắn trên tinh thần xây dựng. Các giám sát viên được Sở và Bệnh viện chỉ định thường xuyên giám sát, ghi âm quá trình thu thập số liệu và kiểm tra thông tin trước khi nhập số liệu để đảm bảo chất lượng số liệu.

Số liệu được lưu trữ trên bản cứng, file mềm và được xử lý trên phần mềm excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Với 279 cán bộ y tế trình độ cao (trong đó 179 bác sĩ, 17 dược sĩ, 83 đại học khác). Tỷ lệ bác sĩ, dược sĩ/1 vạn dân thấp hơn so với quy định, lần lượt là 2,7 và 0,95, tương ứng. Tỷ lệ sau đại học chung của 10 BV là 26,2% (còn hai huyện Văn Quan và Bắc Sơn mới có 2-3 BS chuyên khoa I, thấp hơn so với quy định-5 BSCKI/BV huyện).

Tỷ lệ thực hiện phân tuyến kỹ thuật theo các chuyên ngành được Sở Y tế phê duyệt đạt trung bình 43% (từ 7,7 đến 81,1%). Còn 04 chuyên

khoa chưa triển khai kỹ thuật (Y học hạt nhân; Vi phẫu; Giải phẫu bệnh-Tế bào và Phẫu thuật nội soi). Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật trung bình của 10 BV huyện đạt 39,7% (từ 28,8 đến 50,3%), thấp nhất ở Đình Lập, cao nhất ở Tràng Định. Tỷ lệ thực hiện kỹ thuật vượt tuyến thấp (trung bình 2,9%). Còn hai đơn vị Cao Lộc và Lộc Bình công suất sử dụng giường bệnh kế hoạch dưới 90%. Kết quả cụ thể của thực trạng nguồn nhân lực được đăng tại Tạp chí Y học thực hành tháng 10/2016.

3.1. Chất lượng/số lượng nguồn nhân lực: Qua các cuộc thảo luận tập trung, 100% số đối tượng tham gia đều cho rằng chất lượng/số lượng nguồn nhân lực ảnh hưởng tới thực hiện kỹ thuật theo phân tuyến hoặc vượt tuyến, kể cả từ vị trí Trưởng khoa, ví dụ như:

"...Trong quá trình công tác đã được cử đi đào tạo nhiều lần, hai năm nữa sẽ nghỉ hưu, trình độ chuyên môn yếu kém, nếu không muốn nói là "dốt", đa số đào tạo BS chuyên tu không qua thi tuyển, đầu vào thấp, học trong 3 năm như "tên lửa", kiến thức thu thập kém, đầu ra BS yếu; kiêm nhiệm nhiều, một BS phụ trách nhiều khoa lâm, hồi sức, nội, làm nội phải đứng gác mê, các bạn tôi cũng thế, kiến thức loãng không tập trung; được đào tạo chuyên 1 nhưng do một số yếu tố nên không triển khai được do thiếu ê kíp hoạt động..." (BS. Trưởng khoa Nội-BV Bình Gia).

BS Trương Văn Dương, Trưởng khoa Ngoại, BV Tràng Định "...Năng lực chuyên môn của BS kém. Năng lực quản lý, lãnh đạo còn hạn chế. Tất cả các khoa hệ Nội-Nhi-Lâm chưa có BS chuyên khoa nào. Kể cả bản thân tôi là BSCKI, với một mình rất khó triển khai kỹ thuật, tự nhận ở dưới mức trung bình. Trang thiết bị đã có nhưng do BS chưa để ý đến, thậm chí có máy không dự trù mua hoặc không mua được vật tư tiêu hao nên chưa vận hành được. Lãnh đạo cần quan tâm hơn tới các khoa, cần bố trí nhân lực hợp lý, có quy hoạch rõ ràng trong cử cán bộ đi học..."

3.2. Cơ sở vật chất, trang thiết bị: Nhờ hưởng lợi của 02 quyết định 47/2008 và 930/2009 của Chính phủ, 10 BV huyện của tỉnh Lạng Sơn cùng với nhiều cơ sở y tế trong toàn quốc đã được đầu tư hàng ngàn tỷ đồng. Nhờ sự đầu tư này, các BV được cải tạo và xây mới hàng ngàn m² xây dựng, trang thiết bị máy móc cũng được trang bị hàng trăm thiết bị mới, số giường bệnh trung bình đạt 25 giường/vạn dân (đạt theo tiêu chí của Bộ Y tế). Do đó, có thể nói cơ sở vật chất, trang thiết bị ở 10 BV huyện của tỉnh Lạng Sơn không thể nói là thiếu thốn quá mức,

tuy nhiên đề án thực hiện từ 2008, đến nay đã xuống cấp do nhiều nguyên nhân khác nhau cùng với yêu cầu ngày càng cao của người dân, cùng với quy mô phát triển ở mỗi BV, do đó đến thời điểm hiện tại các ý kiến thảo luận cũng tập trung nhiều vào nguyên do này dẫn tới năng lực thực hiện chuyên môn kỹ thuật còn thấp so với chỉ tiêu.

"...Cơ sở hạ tầng tuy khang trang nhưng vẫn thiếu, các phòng điều trị chất chội, bệnh nhân phải nằm ghép, làm số lượng bệnh nhân giảm đi, lồng ấp mặc dù đã có nhưng chưa triển khai được còn "đắp chiếu", phương tiện thực hiện kỹ thuật thiếu và xuống cấp..." (Bs. Trưởng khoa Nội-BV Bình Gia).

3.3. Cơ hội học tập, phát triển: Kết quả phỏng vấn các cán bộ y tế tại các BV ít đề cập trực tiếp đến cơ hội học tập và phát triển. Đồng thời qua các ý kiến phát biểu dễ dàng nhận ra: Ít BS về công tác tại huyện.

"...Vấn đề chính tại đơn vị chúng ta là nguồn lực con người. Rất thiếu nhân lực, hai năm nay mới tuyển được một số BS trẻ về công tác".

Lý do của vấn đề này là: Tại các BV huyện là miền núi, biên giới, vùng sâu vùng xa, vùng đặc biệt khó khăn và vùng đồng bào dân tộc thiểu số, điều kiện kinh tế - xã hội khó khăn do những tác động của cơ chế thị trường, sự khác biệt lớn điều kiện giao thông, điều kiện sống và điều kiện, phương tiện làm việc giữa huyện và thành phố, ... dẫn tới sự khác biệt trong thu nhập, cơ hội phát triển nghề nghiệp.. đã tạo ra sự dịch chuyển nhân lực y tế và không thu hút được BS mới ra trường về công tác tại huyện nên vẫn cần phải duy trì loại hình đào tạo chuyên tu BS, DS cho khu vực này. Trong quá trình phỏng vấn có ý kiến đã nêu lên thực trạng này tại các BV ... "đa số đào tạo BS chuyên tu không qua thi tuyển, đầu vào thấp, học trong 3 năm như "tên lửa", kiến thức thu thập kém, đầu ra BS yếu".

Nhìn chung, tại Lạng Sơn hệ thống y tế ở một số huyện chậm được đổi mới, chưa thích ứng kịp thời với sự phát triển của kinh tế xã hội, sự thay đổi của cơ cấu bệnh tật và nhu cầu người bệnh; Mô hình tổ chức bộ máy của mạng lưới y tế cơ sở còn nhiều biến động và chưa thống nhất gây khó khăn, bất cập trong tổ chức thực hiện các hoạt động chuyên môn. Đầu tư của Nhà nước cho y tế còn thấp thì việc thu hút các BS trẻ về công tác là vấn đề rất khó khăn do họ sẽ không được lựa chọn chuyên khoa theo mong muốn để được phát huy năng lực. Qua phỏng vấn cho thấy:

"BV còn thiếu một số chuyên khoa sâu, chất lượng dịch vụ chưa cao, cần đầu tư đào tạo cấp cứu, chuyên khoa lẻ".

"Do mặt bệnh khám rộng, trang thiết bị chưa đồng bộ nên không đáp ứng được nhu cầu. Cần tạo điều kiện cho BS trẻ đi đào tạo".

3.4. Khả năng thu hút người bệnh: Đây là vấn đề quan tâm thứ tư tại các buổi thảo luận và là kết quả tất yếu từ 3 yếu tố kể trên. Việc thu hút người bệnh đến khám và điều trị tại các BV là một vấn đề khó. Thực tế hiện nay, vấn đề quảng bá, nâng cao vị thế, uy tín của mỗi cơ sở y tế là thách thức không nhỏ đối với các nhà quản lý. Qua phỏng vấn các cán bộ y tế có ý kiến cho rằng:

"Giải pháp để thu hút người bệnh vào điều trị là nâng cao chất lượng phục vụ, từ quản lý giờ giấc, giám sát khoa phòng, từ khâu tiếp đón (vốn dĩ người dân đã không tin tưởng), chưa có chế tài xử lý về giờ giấc làm việc, mở thêm phòng khám chuyên khoa lẻ tại phòng khám ..."

"Để thu hút bệnh nhân vào điều trị cần cải tạo môi trường làm việc, tăng cường đào tạo chuyên sâu, nâng cao chất lượng phục vụ. Kiến nghị chính sách ưu đãi tuyển huyện".

IV. BÀN LUẬN

Tất cả 10/10 cuộc thảo luận tập trung tại 10 BV đều thống nhất yếu tố liên quan chính tới việc thực hiện kỹ thuật thấp theo phân tuyến là yếu tố con người. Giống như kết quả của luận án của L.T. Hường (2015) điều tra nhân lực y tế đồng bằng sông Hồng, theo khảo sát, điều tra của tác giả có 69% (174/252) ý kiến của cán bộ quản lý các cơ sở y tế cho rằng nguyên nhân chính của việc nhân lực y tế chưa đáp ứng (hoặc có đáp ứng nhưng hạn chế từng mặt) yêu cầu công tác của đơn vị là do thiếu về số lượng và trong số đó có 83,9% ý kiến cho rằng cần bổ sung BS, 22,4% ý kiến cần bổ sung DS [5]. Qua phỏng vấn 279 cán bộ y tế đều cho rằng: hiện nay, thiếu nhân lực chủ yếu là BS và DS. Thiếu BS dẫn tới tình trạng một BS phải kiêm nhiệm nhiều khoa, nhiều lĩnh vực, luân chuyển thường xuyên BS đến những khoa thiếu, dẫn tới chất lượng dịch vụ không đảm bảo... Về chất lượng nguồn nhân lực: Nhân lực y tế trình độ đại học trở lên của 10 BV huyện tỉnh Lạng Sơn dao động từ 6,5% đến 13,6%, trình độ sau đại học thấp (từ 2-12 người/BV). Số lượng BS thiếu nên phải kiêm nhiệm nhiều, trình độ không chuyên sâu. Ở tuyến huyện, trình độ BS không đồng đều, đa số BS là chuyên tu, đào tạo chưa liên tục nên trình

độ không chuyên sâu. Công tác đào tạo cán bộ, phát triển chuyên môn kỹ thuật, chưa đồng bộ giữa các chuyên khoa, xu hướng phát triển của bệnh viện và nhu cầu người bệnh. Việc đào tạo con người chưa đồng bộ với các trang thiết bị hiện có, chưa có nhiều BV đào tạo theo ê kíp thực hiện kỹ thuật nên chưa phát huy được năng lực chuyên môn. Tỷ lệ thực hiện chuyên môn kỹ thuật theo phân tuyến của 10 BV trung bình đạt 39,7% (dao động từ 28,8 đến 50,3%) với tổng số 179 BS. Kết quả này là tình trạng chung trong toàn quốc, như nghiên cứu toàn bộ 44 BV huyện thuộc 5 tỉnh lân cận TP. Hồ Chí Minh năm 2010, Nguyễn Bích Hà (2012) cho biết có một tỷ lệ đáng kể (29,5%) BV huyện chưa triển khai phòng mổ hoặc có phòng mổ nhưng không thực hiện được mổ đẻ. Thủ thuật được thực hiện nhưng phần lớn ở mức độ 3 [4].

Theo T.T.M Oanh (2010) số lượng BS tuyến huyện năm 2007 hiện có là 10.829 người so với định biên thông tư 08 số BS cần tuyển dụng là 1.377 người, trong đó vùng Đông Bắc còn thiếu 1.059 BS, trung bình 96 người/tỉnh (nhu cầu thấp nhất trong 8 vùng miền, Đông Nam bộ còn thiếu trung bình 203 BS/tỉnh). Nguyên nhân thiếu do: (i) năng lực thu dụng đào tạo của các Trường Đại học Y chưa đủ để đáp ứng nhu cầu thực tế: khả năng đào tạo như hiện nay thì đến năm 2015 mới chỉ đáp ứng được khoảng 56% nhu cầu BS cần có cho cả các cơ sở y tế công theo quy định và cả các cơ sở tư nhân cũng như cho sự biến động nhân lực do về hưu và phát triển; (ii) các cơ sở công lập có sự biến động lớn về BS do chuyển đi, nghỉ việc/ra làm tư và nghỉ chế độ [6]. Và Lạng Sơn cũng nằm trong khu vực thiếu nhân lực tại các BV huyện.

Tương tự như Việt Nam, địa lý khó khăn của Indonesia là một thách thức lớn để cung cấp dịch vụ y tế và hầu hết các nhân viên y tế thích để phục vụ trong khu vực đô thị, dẫn đến một sự phân phối không đồng đều các nhân viên y tế giữa các khu vực. Chính phủ Indonesia đã nỗ lực huy động các nguồn lực y tế cân đối hơn, trong đó có đề án chiến lược chuyển nhượng đặc biệt cán bộ y tế và nhân viên hợp đồng, kết hợp với một chương trình khuyến khích. Hai chương trình này đã đóng góp đáng kể vào việc cải thiện nhân lực y tế ở vùng sâu vùng xa của Indonesia. Đi kèm với hai chương trình là các khuyến khích tài chính (can thiệp chính), ngoài ra các can thiệp phi tài chính khác cũng nên được thí điểm...[3]. Các địa phương có khu vực khó khăn ở Việt Nam cũng đã bắt đầu quan tâm tới các giải pháp thu

hút tương tự như Indonesia như đề án 1816, đề án thí điểm đưa BS trẻ tình nguyện về vùng sâu vùng xa, chính quyền các địa phương trong đó có Lạng Sơn đã có những chính sách ưu đãi trong tuyển dụng, giữ chân nhân lực, đặc biệt là đối tượng trình độ cao, thể hiện trong quyết định số 23/2013 của UBND tỉnh.

Nghiên cứu này mang tính chất định tính từ các cuộc thảo luận, phỏng vấn sâu cho nên các kết quả chưa hẳn mang tính đại diện, tuy nhiên đây cũng là những tiếng nói chung nhất của cán bộ viên chức với các lãnh đạo các BV huyện của tỉnh Lạng Sơn trong việc xây dựng chiến lược phát triển chuyên môn kỹ thuật.

V. KẾT LUẬN

- Thiếu số lượng nguồn nhân lực, chưa có sự tương quan giữa nhân lực trình độ cao (kể cả sau đại học) với thực hiện phân tuyến kỹ thuật. Trình độ bác sĩ chưa tốt (chủ yếu từ đào tạo liên thông), chất lượng dịch vụ chưa cao, chưa mạnh dạn triển khai kỹ thuật mới.

- Trang thiết bị, cơ sở vật chất đã được đầu tư, nhưng đã xuống cấp. Chưa có sự đồng bộ giữa trang thiết bị và con người.

- Cơ hội học tập, phát triển ở các BV đều thực hiện chậm do thiếu nguồn lực. Quy hoạch đào tạo chưa sát với thực tiễn.

- Khả năng thu hút bệnh nhân hạn chế.

KHUYẾN NGHỊ

Các khoa ở mỗi đơn vị cần sớm xây dựng chiến lược phát triển chuyên môn kỹ thuật phù hợp với yêu cầu thực tế ở mỗi địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Chính trị (2005)**. *Nghị quyết số 46 ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị về công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới*.
2. **Bộ Y tế (2015)**. *Quyết định số 2992 ngày 17/7/2015 về việc phê duyệt Kế hoạch phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015-2020*.
3. **Efendi F (2012)**, "Health worker recruitment and deployment in remote areas of Indonesia", *Rural Remote Health*, 12, pp. 2008.
4. **Nguyễn Bích Hà (2012)**, "Tình hình nhân lực y tế và công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện tuyến huyện", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 3 (16), tr. 263.
5. **Lê Thúy Hường (2015)**, "Nguồn nhân lực y tế vùng đồng bằng sông Hồng", *Luận văn tiến sĩ kinh tế*, Học viện chính trị quốc gia Hồ Chí Minh.
6. **Trần Thị Mai Oanh (2010)**, "Thực trạng nhu cầu bác sĩ giai đoạn hiện nay", *Tạp chí Chính sách y tế*, 6, tr. 38-44.
7. **Ủy ban nhân dân tỉnh Lạng Sơn (2014)**, "Đề án Phát triển nguồn nhân lực y tế tỉnh Lạng Sơn đến năm 2020", *Quyết định số 2094/QĐ-UBND*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ QUY TRÌNH XỬ TRÍ BÍ ĐÁI TRÊN BỆNH NHÂN SAU MỔ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG TẠI KHOA PHẪU THUẬT CỘT SỐNG – BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Nguyễn Lê Bảo Tiên*, Đinh Ngọc Sơn*, Võ Văn Thanh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu dọc có can thiệp lâm sàng không đối chứng nhằm trình bày đặc điểm lâm sàng và quy trình xử trí bí đái trên bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Bệnh gặp ở giới nam nhiều hơn giới nữ với tỷ lệ là 3/2, chủ yếu ở nhóm tuổi lao động từ 20 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao 93,3%. Tỷ lệ gặp bí đái thường gặp sau phẫu thuật 4 – 8 giờ chiếm 66,7%, bệnh nhân bí đái mức độ 1 chiếm tỷ lệ cao 73,3%, ở mức độ 2 và 3 thấp hơn lần lượt là 23,3% và 3,4%. Tỷ lệ bệnh nhân không phải

đặt sonde tiểu chiếm 76,7%. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân gặp bí đái là 4 – 8 giờ sau phẫu thuật và bí đái ở mức độ 1. Tỷ lệ bệnh nhân không phải đặt sonde tiểu cao, đa phần là những bệnh nhân bí đái ở mức độ 1 có hiệu quả với việc xoa và chườm nóng. Bệnh nhân bí đái ở mức độ 3 phải đặt sonde tiểu.

Từ khóa: Xử trí bí đái, hậu phẫu, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND PROCEDURE OF URINARY RETENTION AFTER LUMBAR HERNIATED DISC SURGERY IN VIETDUC HOSPITAL

Objective: A descriptive study aimed to describe clinical characteristics and treatment procedure of urinary retention after lumbar herniated disc surgery in Vietduc Hospital. **Results:** The disease was more likely occur in men than women (3/2), 93.3% of the patients were in the age group of 20-59 years old.

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiên

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2017

Ngày duyệt bài: 20.3.2017

Urinary retention often occurred after surgery 4 to 8 hours (66.7% cases), 73.3% patients had grade 1 urine retention, grade 2 and grade 3 was 23,3% and 30,4% respectively. 76,7% of patients weren't indicated using urine probe. **Conclusions:** The majority of patients experiencing urinary retention after surgery 4-8 hours had grade 1 urinary retention. Most patients were not indicated using urine probe, mostly patients with urinary retention grade 1 showed sensitivity with massage and warm compresses. Only patients had grade 3 urinary retention needed to use urine probe.

Keywords: Management of urinary retention, postoperative, lumbar herniated disc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ đã giúp chẩn đoán các thể thoát vị đĩa đệm nên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm được phẫu thuật nhiều hơn và sớm hơn [3].

Cũng như tất cả các cuộc phẫu thuật khác, phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cũng có thể gây ra một số biến chứng trên bệnh nhân và bí đái cũng là một trong những biến chứng thường gặp. Bí đái làm bệnh nhân đau đớn, khó chịu, ảnh hưởng đến kết quả điều trị các bệnh kèm theo, nếu phải đặt sonde tiểu sẽ kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị.

Có nhiều phương pháp điều trị xử trí bí đái. Theo y học cổ truyền bí đái có thể được điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt, điện châm, châm cứu... [4]. Tuy nhiên những phương pháp này cần người có chuyên môn kỹ thuật về y học cổ truyền thực hiện.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Số bệnh nhân (N=30)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi		
<= 19 tuổi	0	0
20 – 59 tuổi	28	93,3
>= 60 tuổi	2	6,7
Nghề nghiệp		
Lao động nhẹ	15	50,0
Lao động nặng	15	50,0
Giới		
Nam	18	60,0
Nữ	12	40,0

Tỷ lệ bệnh nhân bí đái sau phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng ở nhóm tuổi từ 20 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao 93,3%, không gặp ở nhóm tuổi < 20 tuổi. Tỷ lệ mắc bí đái sau phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng trên bệnh nhân lao động nặng và lao động nhẹ là như nhau. Bệnh gặp ở giới nam nhiều hơn giới nữ với tỷ lệ là 3/2.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng bí đái

Đặc điểm	Số lượng (N=30)	Tỷ lệ (%)
Thời gian mắc bí đái	< 4 giờ	2
	4 – 8 giờ	20
		6,7
		66,7

Ngoài những biện pháp nêu trên còn có những biện pháp xử trí bí đái đơn giản, dễ thực hiện như chườm nóng, xoa vùng hạ vị, cho bệnh nhân ra nhà vệ sinh, cho bệnh nhân ngồi dậy, kích thích sinh dục... [5]. Việc giúp cho bệnh nhân thoát khỏi tình trạng bí đái sau mổ có tầm quan trọng rất lớn, giúp mang lại sự thoải mái cho bệnh nhân, nhanh chóng lấy lại tình trạng thể chất và tinh thần trong quá trình hồi phục. Tuy nhiên xử trí bí đái sau mổ lại chưa được quan tâm đúng mức. Do đó việc nắm rõ đặc điểm lâm sàng và quy trình xử trí bí đái trên bệnh nhân là hết sức cần thiết. Tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: Nhận biết đặc điểm lâm sàng và quy trình xử trí bí đái trên bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 2/2014 đến tháng 4/2014.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

30 bệnh nhân bí đái sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa Phẫu thuật Cột sống – Bv Việt Đức.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu dọc có can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.4. Cách chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện

2.5. Phân tích và xử lý số liệu:

Số liệu được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

	> 8 giờ	8	26,6
Mức độ mắc bí đái đầu tiên	Độ 1	1	3,4
	Độ 2	22	73,3
	Độ 3	7	23,3

Tỷ lệ gặp bí đái thường gặp sau phẫu thuật 4 – 8 giờ chiếm 66,7%. Sau < 4 giờ và > 8 giờ ít gặp hơn: Lần lượt là 6,7% và 26,7%. Bệnh nhân bí đái mức độ 1 chiếm tỷ lệ cao 73,3%, ở mức độ 2 và 3 thấp hơn lần lượt là 23,3% và 3,4%.

Bảng 3: Quy trình xử trí bí đái ở đối tượng nghiên cứu

Mức độ	Các bước xử trí	Tính chất đi đái		Đặt sonde tiểu	
		Đái nhỏ giọt	Đái nhiều	Có (n)	Không (n)
Độ 1	Bước 1.1	5	5		
	Bước 1.2	1	11		
	Bước 2.1	0	1		
	Bước 2.2	0	1		
	Bước 3	1	1		
	Bước 4			3	19
Độ 2	Bước 2.1	1	1		
	Bước 2.2	2	2		
	Bước 3	0	1		
	Bước 4			3	4
Độ 3	Bước 3	0	0		
	Bước 4			1	1

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 22 bệnh nhân bí đái mức độ 1, số bệnh nhân phải xử trí bước 4 (đặt sonde tiểu) ít, chỉ có 3 bệnh nhân. Còn số bệnh nhân không phải đặt sonde tiểu là khá nhiều gồm 19 bệnh nhân. Có 7 bệnh nhân bị bí đái ở mức độ 2. Số bệnh nhân không phải đặt sonde tiểu và phải đặt sonde tiểu không chênh lệch nhiều, lần lượt là 4 và 3 bệnh nhân. Có 1 bệnh nhân bị bí đái ở mức độ 3 và phải đặt sonde tiểu.

Bảng 4: Tỷ lệ đặt sonde tiểu trên bệnh nhân

	Số lượng (N=30)	Tỷ lệ (%)
Không đặt sonde tiểu	7	23,3
Đặt sonde tiểu	23	76,7

Tỷ lệ bệnh nhân không phải đặt sonde tiểu cao chiếm 76,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong 30 bệnh nhân nghiên cứu chúng tôi thấy rằng nhóm tuổi từ 20 – 59 tuổi chiếm đa số 93,3%, nhóm tuổi ≥ 60 tuổi thấp chiếm 6,7% còn độ tuổi < 20 không có bệnh nhân nào. Tuổi thấp nhất là 20 và cao nhất là 67 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Diệu Thu: Độ tuổi 20 – 59 tuổi chiếm 90% còn độ tuổi ≤ 19 tuổi là không có [6]. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ nam giới bị bí đái là 60% lớn hơn nữ giới với tỷ lệ là 40%. Không có sự khác biệt quá lớn giữa nam và nữ. Điều này có thể giải thích do bệnh lý nền của bệnh nhân là bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Trên 30 bệnh nhân được nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ mắc bí đái ở 2 nhóm lao động và lao động nhẹ là như nhau,

đều là 50,0%. Có thể do cỡ mẫu của chúng tôi còn nhỏ nên chưa thấy được sự khác nhau.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và quy trình xử trí bí đái của đối tượng nghiên cứu: Kết quả bảng 2 cho thấy chủ yếu bệnh nhân mắc bí đái sau mổ 4 – 8 giờ, tỷ lệ ở nhóm này chiếm 66,7%. Ở 2 nhóm > 8 giờ và < 4 giờ có tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 26,7% và 6,7%. Sở dĩ số bệnh nhân mắc bí đái sau phẫu thuật 4 – 8 giờ lại chiếm tỷ lệ cao như vậy có thể vì nguyên nhân sau: Ở trạng thái sinh lý bình thường chức năng thận bình thường thì mỗi phút có thể bài xuất ra 1 ml nước tiểu. Vì vậy sau 4 -8 giờ ở người có chức năng thận bình thường, ở trạng thái bình thường (không lao động nặng, không ra mồ hôi nhiều) có khoảng 240 – 480 ml nước tiểu được bài xuất ra chứa ở bàng quang, và đây là ngưỡng kích thích để bệnh nhân có phản xạ buồn đi đái. Thời điểm nghiên cứu là cuối đông

xuân nên bệnh nhân không mất nước nhiều qua đường mồ hôi. Ngoài ra sau khi phẫu thuật bệnh nhân còn được truyền dịch, làm lưu lượng máu tăng, dẫn đến lưu lượng lọc cầu thận tăng [5].

Từ kết quả bảng 2 chúng tôi gặp 73,3% bệnh nhân bí đái mức độ 1; 23,3% bệnh nhân bí đái mức độ 2 và 3,4% bí đái mức độ 3. Điều này có thể giải thích: Chúng tôi phân mức độ bí đái theo chiều cao của cầu bàng quang so với xương mu. Vì vậy càng phát hiện bí đái muộn cầu bàng quang càng được đẩy lên cao, mức độ bí đái càng tăng. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy chủ yếu bệnh nhân mắc bí đái sau mổ là từ 4 – 8 giờ (ngay khi bắt đầu có cảm giác buồn đái), khi đó bệnh nhân mới đang ở mức độ 1 của bí đái.

Kết quả xử trí bí đái cho thấy: kết quả đạt được trên 22 bệnh nhân bí đái mức độ 1 là rất tốt. Tỷ lệ bệnh nhân không phải đặt sonde tiểu rất cao chiếm 86,3%, tỷ lệ bệnh nhân phải đặt sonde tiểu khá thấp chỉ chiếm 13,7%. Đa số bệnh nhân đái được nhiều, hết cầu bàng quang sau khi xử trí ở bước 1 (84,2%) trong đó tỷ lệ đái được nhiều ở bước 1.1 là 26,3%, bước 1.2 là 57,9% còn tỷ lệ đái được nhiều ở các bước 2.1, bước 2.2, bước 3 là như nhau, đều chiếm 5,3%. Có thể kết quả trên là do: Nguyên nhân gây bí đái sau mổ thường là do phản xạ co thắt cơ vòng do đau hoặc do lo sợ, do liệt cơ chế tổng nước tiểu do mổ vùng chậu hoặc do phản xạ tiểu tiện không được truyền lên não do tác dụng của thuốc tê, thuốc mê... Nhưng trên những bệnh nhân này với vị trí mổ là vùng thắt lưng, bí đái xảy ra sau 4 – 8 giờ sau mổ là chủ yếu vì vậy tác dụng của thuốc tê tùy sống gần như không còn, vậy nguyên nhân gây bí đái có thể là do đau (theo kết quả ở trên 100% bệnh nhân bí đái là có đau vết mổ) hoặc do trong quá trình mổ, khi vén rãnh để lấy khối thoát vị đã kích thích vào vùng đuôi ngựa. Với bệnh nhân mắc bí đái mức độ 1 thì số lượng nước tiểu trong cầu bàng quang là phù hợp với sinh lý bình thường tạo nên một áp lực có thể thắng được sự co cơ tự nhiên của cơ vòng trong và gây ra phản xạ tiểu tiện. Với cơ vòng ngoài, ngay ở lần xoa hay chườm nóng đầu tiên bệnh nhân cảm thấy dễ chịu, giảm đau, kết hợp với việc rặn của bệnh nhân giúp thông báo cho não biết thời cơ tiểu tiện đã đến, trung tâm kích thích ở vỏ não hoạt động kích thích trung tâm kích thích ở cầu não, đồng thời ức chế cơ vòng chườm nóng có hiệu quả hơn xoa vì tác dụng giảm đau và tạo cảm giác dễ chịu cho bệnh nhân thì chườm nóng hiệu quả hơn xoa. Những

bệnh nhân đái được do kích thích bộ phận sinh dục có thể là do việc kích thích đã chuyển sự chú ý của bệnh nhân, làm bệnh nhân quên đi đau do vết mổ, đồng thời với việc rặn đái, bệnh nhân đi đái được.

Kết quả bảng 3 cũng cho thấy trên 7 bệnh nhân mắc bí đái mức độ 2 thì không có sự khác biệt giữa 2 nhóm đặt sonde tiểu (42,9%) và không đặt sonde tiểu (57,1%). Và bệnh nhân đái được nhiều nhất vẫn là bước chườm nóng 50,0%. Không có sự khác nhau này là do: Với bí đái mức độ 2, lượng nước tiểu trong bàng quang đã tăng lên làm cho bệnh nhân cảm thấy khó chịu và đau ở vùng hạ vị, kết hợp với đau vết mổ đã làm tăng sự đau đớn của bệnh nhân. Vì vậy xoa và chườm chỉ làm giảm phần nào sự đau đớn, khó chịu này.

Ở những bệnh nhân bí đái mức độ 3, việc đặt sonde tiểu là tuyệt đối chiếm 100%. Sở dĩ kết quả này là do 2 nguyên nhân: Do cỡ mẫu còn nhỏ, chúng tôi chỉ gặp 1 bệnh nhân bí đái mức độ 3 và do ở độ 3, bàng quang đã căng quá mức và kéo dài làm cho triệu chứng đau và khó chịu vùng hạ vị tăng lên, việc kích thích bộ phận sinh dục không làm cho bệnh nhân chuyển hướng chú ý để quên đi đau đớn, khó chịu.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân gặp bí đái là 4 – 8 giờ sau phẫu thuật và bí đái ở mức độ 1. Tỷ lệ bệnh nhân không phải đặt sonde tiểu cao, đa phần là những bệnh nhân bí đái ở mức độ 1 có hiệu quả với việc xoa và chườm nóng. Bệnh nhân bí đái ở mức độ 3 phải đặt sonde tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Mạnh Chí (1986)**, "Lâm sàng và điều trị ngoại khoa 161 trường hợp thoát vị đĩa đệm tại Viện Quân y 103", *Nội san Thần kinh – Tâm thần – Phẫu thuật thần kinh*.
2. **Nguyễn Vĩnh Ngọc, Nguyễn Thị Ngọc Lan, Giang Thực Anh và cộng sự (1998)**, "Đánh giá các đặc điểm đau thần kinh tọa khoa khớp Bệnh viện Bạch Mai trong 10 năm 1987 – 1997", *Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai 1997 – 1998*, 176-183.
3. **Vũ Hùng Liên, Trần Mạnh Chí (1995)**, "Nhận xét kết quả điều trị ngoại khoa 845 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng", *Kỷ yếu công trình ngoại khoa 1985 – 1995*, 138-140.
4. **Ngô Thị Thu Hương (2011)**, "*So sánh tác dụng điều trị bí đái cơ năng sau mổ trĩ của hai phương pháp xoa bóp bấm huyệt và điện châm*", Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Thị Kiệm, Đỗ Phú Đông (1986)**, "Điều trị bí đái cấp sau mổ", *Tạp chí Y học thực hành*, 5:42-43.

6. Nguyễn Diệu Thu (2006), "*Đánh giá tác dụng của điện châm trong điều trị bí đái cơ năng sau phẫu thuật*", Trường Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ BIẾN ĐỔI CỦA GIÁC MẠC SAU MỔ LASIK ĐIỀU TRỊ CẬN THỊ

Nguyễn Xuân Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến sự biến đổi giác mạc sau mổ LASIK. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng và không có nhóm chứng trên BN cận thị được mổ theo phương pháp LASIK tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian từ tháng 3/2013 đến tháng 10/2013. Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả và bàn luận:** Sự thay đổi độ dày giác mạc sau phẫu thuật liên quan đến độ cận trước phẫu thuật. Độ cận thị điều chỉnh càng cao thì độ dày giác mạc trung tâm và độ cận tồn dư sau phẫu thuật tăng nhiều hơn theo thời gian tại các thời điểm nghiên cứu. Sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc trung bình liên quan đến độ cận trước phẫu thuật, độ cận càng cao thì công suất khúc xạ giác mạc càng giảm nhiều. Sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc cho mỗi Diop khúc xạ điều chỉnh tùy thuộc vào lượng khúc xạ điều chỉnh. Sự thay đổi tăng nếu lượng khúc xạ điều chỉnh thấp và giảm nếu lượng khúc xạ điều chỉnh cao. Bán kính độ cong giác mạc của các mức độ cận thị khác nhau thì thay đổi khác nhau. Nhóm cận càng nặng thì bán kính độ cong giác mạc càng tăng nhiều. **Kết luận:** Các yếu tố liên quan đến sự biến đổi giác mạc sau mổ Lasik là độ cận trước phẫu thuật, lượng khúc xạ điều chỉnh và mức độ cận thị.

Từ khóa: cận thị, Lasik, giác mạc.

SUMMARY

ASSESSMENT OF FACTORS RELATED TO THE CHANGE OF CORNEA AFTER LASIK SURGERY IN MYOPIA PATIENT

Objective: To assess factors related to corneal changes after LASIK surgery. **Subjects and method:** Nearsighted patients undergone LASIK surgery at VNIO during March 2013 to October 2013. Prospective study, clinical description and no control group. **Results and Discussion:** The change in corneal thickness after surgery was related to preoperative refractive power. The higher power of myopia, the thicker the central corneal thickness residual after surgery. The change in mean corneal refractive power is related to the preoperative refractive power, the higher the preoperative refractive power, the greater the reduction in corneal refractive power. The change in corneal refractive power for each refracted dip adjusts depending on the amount of refraction adjusted. The change increases if the refractive index

is low and decreases if the refractive index is high. Corneal curvature varies depends on the level of myopia. The higher of myopia, the greater the radius of curvature of the cornea. **Conclusion:** Factors related to corneal variation after Lasik surgery are preoperative myopia power, refractive changes and myopia level.

Keywords: cataract, corneal astigmatism, multifocal toric IOL.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật LASIK là phương pháp can thiệp trực tiếp lên giác mạc vì vậy sự thay đổi của giác mạc sau mổ là 1 vấn đề đang được các phẫu thuật viên LASIK quan tâm. Giác mạc quyết định 2/3 tổng công suất khúc xạ của nhãn cầu do vậy bất kỳ sự thay đổi nào về độ cong, độ trong suốt hoặc độ dày của giác mạc đều có thể ảnh hưởng tới thị lực, khúc xạ và chất lượng nhìn trước và sau mổ. Cho đến nay đã có một số nghiên cứu về thay đổi mô học và hình thể của giác mạc cũng như sự ảnh hưởng của những thay đổi này lên kết quả sau phẫu thuật. Những nghiên cứu này đều cho thấy sau mổ, giác mạc có sự thay đổi về độ dày giác mạc trung tâm, công suất khúc xạ giác mạc và bán kính độ cong giác mạc. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá về một số yếu tố liên quan đến sự biến đổi này. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đánh giá một số yếu tố liên quan đến sự biến đổi giác mạc sau mổ LASIK điều trị cận thị" với mục tiêu: *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến sự biến đổi giác mạc sau mổ LASIK.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BN cận thị được mổ theo phương pháp LASIK tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian từ tháng 3/2013 đến tháng 10/2013.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN không đến khám theo lịch hẹn khám lại.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả, không có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: 138 mắt.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu: Phương tiện đo thị lực, nhãn áp, máy sinh hiển vi, máy đo khúc xạ, chụp bản đồ giác mạc. Hệ thống phẫu thuật Laser Excimer EC 5000- NIDEK.

2.2.4. Cách thức nghiên cứu

Hỏi bệnh: tuổi, giới, tiền sử.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiệp

Email: nguyentuanhiiep@vnio.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2017

Ngày duyệt bài: 14.3.2017

Đo Thị lực: Đo thị lực không kính ở từng mắt bằng bảng thị lực Snellen. Đo khúc xạ bằng máy đo khúc xạ kế tự động Cannon.

Đo độ dày giác mạc (pachymetry): Sử dụng máy Ultrasonic Pachymeter 3000 (TOMEY) để đo độ dày giác mạc trung tâm.

Chụp bản đồ khúc xạ giác mạc: Sử dụng máy OPD Scan II để đo: Công suất khúc xạ giác mạc, bán kính độ cong giác mạc, khúc xạ của nhãn cầu.

Tiến hành Phẫu thuật: bằng hệ thống Laser Excimer EC 5000- NIDEK.

Theo dõi sau mổ: Sau 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Tại mỗi lần khám lại BN sẽ được đo: Thị lực, Khúc xạ với máy đo khúc xạ tự động, Đo độ dày giác mạc, Bán kính độ cong mặt trước giác mạc, Công suất khúc xạ giác mạc.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Môi liên quan tới sự thay đổi độ dày giác mạc

3.1.1. Theo nhóm cận thị

Bảng 3.1. Độ dày giác mạc theo nhóm cận tại các thời điểm nghiên cứu

ĐDGM TT \ Nhóm cận	-1D → ≤ -3D	- 3,25D → ≤ 6D	- 6,25D → ≤ - 9D	> -9D
Trước mổ	544,18±30,09	547,31±34,03	549,40±29,01	538,22±17,14
Sau mổ 1 tuần	497,84±31,43	455,34±35,55	410,44±34,87	381,33±9,85
Sau mổ 1 tháng	509,69±32,01	468,36±35,45	425,92±33,94	399,78±22,12
Sau mổ 3 tháng	504,91±33,41	464,49±37,27	423,40±32,90	404±39,58
Sau mổ 6 tháng	508,87±33,90	465,69±36,88	430±33,85	420±33,78

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày giác mạc trung tâm trước mổ giữa các nhóm cận không có sự khác biệt. Nhưng có sự thay đổi của độ dày giác mạc khác nhau giữa các nhóm cận thị theo các mốc thời gian nghiên cứu. Nhóm độ cận càng nặng thì độ dày giác mạc trung tâm sau phẫu thuật 1 tuần càng giảm nhiều hơn so với trước phẫu thuật. Như vậy những bệnh nhân cận nặng và rất nặng muốn phẫu thuật hết độ cận thì phải yêu cầu có độ dày giác mạc cao hơn.

3.1.2. Theo nhóm khúc xạ tồn dư

Bảng 3.2. Sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc theo nhóm khúc xạ tồn dư sau mổ

Khúc xạ tồn dư sau mổ	Công suất khúc xạ giác mạc trung bình sau mổ (D)			
	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
< - 0,5D	39,96 ± 1,42	40,48 ± 1,54	40,07 ± 1,43	40,22 ± 1,49
- 0,5D → - 1D	40,02 ± 2,22	39,79 ± 2,23	40,09 ± 2,07	40,12 ± 1,89
- 1,25 → - 2D	39,25 ± 1,63	38,87 ± 1,13	39,68 ± 1,94	39,83 ± 2,42
> - 2D	37,62 ± 2,29	39,20 ± 2,46	39,58 ± 3,30	39,45 ± 2,39

Độ dày giác mạc sau mổ ở các nhóm khúc xạ tồn dư có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê tại mỗi thời điểm theo dõi. Độ dày giác mạc trung tâm trung bình của nhóm cận càng nặng thì càng mỏng. Điều này có thể do những bệnh nhân cận nặng và rất nặng không đủ độ dày giác mạc trước mổ để điều chỉnh hết độ cận, vì vậy mặc dù độ dày giác mạc giảm nhiều nhưng độ cận tồn dư vẫn còn cao hơn so với các nhóm khác.

3.2. Môi liên quan tới sự thay đổi của công suất khúc xạ giác mạc

3.2.1. Theo nhóm cận thị

Bảng 3.3. Công suất khúc xạ giác mạc sau mổ theo nhóm cận

Mức độ cận	Công suất khúc xạ giác mạc (D)				
	Trước mổ	Sau mổ			
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
-1D → ≤ -3D	43,34	41,07	41,33	40,22	41,42
- 3,25D → ≤ -6D	42,83	40,05	40,14	40,16	40,22
- 6,25D → ≤ - 9D	43,7	38,38	38,55	38,55	38,54
> -9D	44,22	36,86	37,08	37,03	37,08

Công suất khúc xạ giác mạc trung bình của các nhóm cận thị khác nhau có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở nhóm cận thị càng nặng thì công suất khúc xạ giác mạc trung bình càng giảm nhiều. Điều này phù hợp với mục đích điều trị, phẫu thuật LASIK điều trị cận thị làm giảm độ dày giác mạc do đó sẽ làm dẹt giác mạc tức là sẽ làm giảm công suất khúc xạ giác mạc, bệnh nhân cận càng cao thì phẫu thuật cho giác mạc càng dẹt và công suất khúc xạ giác mạc càng giảm.

3.2.2. Theo nhóm cận thị tồn dư

Bảng 3.4. Sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc theo nhóm khúc xạ tồn dư sau mổ

Khúc xạ tồn dư sau mổ	Công suất khúc xạ giác mạc trung bình sau mổ (D)			
	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
< - 0,5D	39,96 ± 1,42	40,48 ± 1,54	40,07 ± 1,43	40,22 ± 1,49
- 0,5D → - 1D	40,02 ± 2,22	39,79 ± 2,23	40,09 ± 2,07	40,12 ± 1,89
- 1,25 → - 2D	39,25 ± 1,63	38,87 ± 1,13	39,68 ± 1,94	39,83 ± 2,42
> - 2D	37,62 ± 2,29	39,20 ± 2,46	39,58 ± 3,30	39,45 ± 2,39

Công suất khúc xạ giác mạc trung bình của các nhóm cận thị tồn dư sau mổ khác nhau không đáng kể, mặc dù thể nhưng chúng tôi vẫn nhận thấy rằng nhóm cận thị tồn dư càng cao thì công suất khúc xạ giác mạc càng nhỏ. Điều này có thể giải thích rằng nhóm cận thị nặng trước mổ có thể đã không đủ độ dày giác mạc nên vẫn chưa khử hết độ cận nên độ cận tồn dư còn cao, do đó mặc dù đã làm det giác mạc đi rất nhiều nhưng vẫn còn cận tồn dư.

3.2.3. Môi liên quan giữa thay đổi công suất khúc xạ giác mạc và thay đổi khúc xạ cầu tương đương trước và sau phẫu thuật

Bảng 3.5. Tỷ lệ thay đổi công suất khúc xạ giác mạc và độ cận điều chỉnh

Mức độ cận	Tỷ lệ $\Delta K / \Delta SE$
-1D → ≤ -3D	0,91
- 3,25D → ≤ -6D	0,83
- 6,25D → ≤ - 9D	0,74
> -9D	0,70

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thay đổi công suất khúc xạ giác mạc cho mỗi Diop khúc xạ điều chỉnh không phải là một hằng số mà thay đổi tùy vào lượng khúc xạ điều chỉnh. Kết quả cho thấy sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc cho mỗi Diop điều chỉnh khi lượng khúc xạ cần điều chỉnh từ - 0,75 → -3D là 0,9; từ -3,25 → -6D là 0,83; từ -6 → -9D là 0,74 và trên -9D là 0,71. Nói một cách khác, sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc cho mỗi Diop khúc xạ điều chỉnh tăng nếu như lượng khúc xạ điều chỉnh thấp và giảm nếu lượng khúc xạ điều chỉnh càng cao. Kết quả này tương tự kết quả của Cheri Leng (2010).

3.3. Môi liên quan tới sự thay đổi của bán kính độ cong giác mạc

3.3.1. Theo nhóm cận thị

Bảng 3.6. Bán kính độ cong giác mạc sau phẫu thuật theo mức độ cận

Mức độ cận	Bán kính độ cong giác mạc mặt trước giác mạc (mm)				
	Trước mổ	Sau mổ			
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
-1D → ≤ -3D	7,79	8,23	8,18	8,21	8,16
- 3,25D → ≤ -6D	7,71	8,43	8,42	8,41	8,40
- 6,25D → ≤ - 9D	7,70	8,80	8,76	8,76	8,76
> -9D	7,64	9,18	9,12	9,14	9,13

Ở các nhóm cận thị khác nhau bán kính độ cong giác mạc trung bình thay đổi khác nhau, ở các nhóm cận thị càng cao thì bán kính độ cong giác mạc trung bình càng cao. Điều này cũng phù hợp với mục đích điều trị, để điều chỉnh tật cận thị thì làm cho giác mạc giảm độ cong, điều đó có nghĩa là bán kính độ cong giác mạc càng lớn.

3.3.2. Theo nhóm cận thị tồn dư

Bảng 3.7. Thay đổi BKĐCGM theo nhóm cận tồn dư sau mổ

Khúc xạ tồn dư sau mổ	Bán kính độ cong giác mạc sau mổ (mm)			
	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
< - 0,5D	8,45	8,35	8,43	8,40
-0,5D → -1D	8,46	8,51	8,44	8,43
-1,25 → -2D	8,61	8,68	8,54	8,51
> -2D	8,96	8,64	8,57	8,58

Không có sự khác biệt về bán kính độ cong giác mạc trung bình giữa các nhóm cận thị tồn dư với $p > 0,05$. Như vậy mặc dù bán kính độ cong giác mạc trung bình sau phẫu thuật 1 tháng có giảm hơn so với 1 tuần, có nghĩa là giác mạc lại cong hơn, nhưng sự thay đổi này cũng không làm thay đổi khúc xạ của bệnh nhân sau phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

- Sự thay đổi độ dày giác mạc sau phẫu thuật liên quan đến độ cận trước phẫu thuật. Độ cận thị điều chỉnh càng cao thì độ dày giác mạc trung tâm và độ cận tồn dư sau phẫu thuật tăng nhiều hơn theo thời gian tại các thời điểm nghiên cứu.

- Sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc trung bình liên quan đến độ cận trước phẫu thuật, độ cận càng cao thì công suất khúc xạ giác mạc càng giảm nhiều.

- Sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc cho mỗi Diop khúc xạ điều chỉnh không phải là một hằng số mà nó tùy thuộc vào lượng khúc xạ điều chỉnh. Sự thay đổi tăng nếu lượng khúc xạ điều chỉnh thấp và giảm nếu lượng khúc xạ điều chỉnh cao.

- Bán kính độ cong giác mạc của các mức độ cận thị khác nhau thì thay đổi khác nhau. Nhóm cận càng nặng thì bán kính độ cong giác mạc càng tăng nhiều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stephen D. Klyce, Roger W. Beuerman (1988)**, "Structure and function of the cornea". *The cornea*, ed. B.A.B. (Herbert E. Kaufman, Marguerite B. Mc Donald, Stephen R. Waltman). Churchill Livingstone NewYork. 3-54.

2. **Teruo Nishida (1997)**, "Basic science: Cornea, sclera and ocular adnexa anatomy, biochemistry, physiology and biomechanics". *The Cornea*, ed. M.M.J. (Krachmer Jay H., Holland Edward j.). Vol. 1. Mosby, St Louis. 3-27.
3. **Knorz, M. C., Wiesinger, B., Liermann, A., Seiberth, V., Liesenhoff, H. (1998)**, "Laser in situ keratomileusis for moderate and high myopia and myopic astigmatism". *Ophthalmology*. 105(5): p. 932-40.
4. **Amm, M., Wetzel, W., Winter, M., Uthoff, D., Duncker, G. I. (1996)**, "Histopathological comparison of photorefractive keratectomy and laser in situ keratomileusis in rabbits". *J Refract Surg*. 12(7): p. 758-66.
5. **Slowik, C., Somodi, S., Richter, A., Guthoff, R. (1996)**, "Assessment of corneal alterations following laser in situ keratomileusis by confocal slit scanning microscopy". *Ger J Ophthalmol*. 5(6): p. 526-31.
6. **Perez-Santonja, J. J., Linna, T. U., Tervo, K. M., Sakla, H. F., Alio y Sanz, J. L., Tervo, T. M. (1998)**, "Corneal wound healing after laser in situ keratomileusis in rabbits". *J Refract Surg*. 14(6): p. 602-9.
7. **Leng, C., Feiz, V., Modjtahedi, B., Moshirfar, M. (2010)**, "Comparison of simulated keratometric changes induced by custom and conventional laser in situ keratomileusis after myopic ablation: retrospective chart review". *J Cataract Refract Surg*. 36(9): p. 1550-5.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGUY CƠ SÓT SỎI TRONG KỸ THUẬT MỔ LẤY SỎI ĐÀI BỂ THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

Vũ Sơn*, Trần Văn Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới sỏi sỏi trong kỹ thuật mổ lấy sỏi đài bể thận. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Chỉ chọn vào mẫu nghiên cứu những trường hợp có loại sỏi từ S2 đến S5 (dựa trên phim UIV, theo phân loại của Moores.W.K và Boyle.P.J), được phẫu thuật lấy sỏi tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 4 năm 2014. Giá trị so sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$; CI=95%. **Kết quả:** Nam giới chiếm tỷ lệ 55,3%; Nữ giới chiếm tỷ lệ

44,7%; Tuổi trung bình: 54 ± 12 ; Thấp nhất 12 tuổi; Cao nhất: 85 tuổi; Nhóm tuổi 40 – 60 chiếm tỷ lệ 55,3%. Đối tượng nghiên cứu có bệnh kết hợp chiếm tỷ lệ 25%. Trong đó tiểu đường chiếm tỷ lệ 42,1%. Sỏi thận phải chiếm tỷ lệ 51,3%; Sỏi thận trái chiếm tỷ lệ 42,1%. Có 5 TH (6,6%) bị sỏi cả hai thận, nhưng chỉ lựa chọn can thiệp một thận trong một kỳ mổ. Hình thái sỏi S3 chiếm tỷ lệ 31,6 %; Hình thái sỏi S4 chiếm tỷ lệ 28,9%. Có 20 TH (26,3%) sỏi sỏi sau phẫu thuật. Nguy cơ sỏi sỏi giữa thận phải và thận trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê với OR = 2,51; CI: 0,75 – 8,63; $p > 0,05$. Tỷ lệ sỏi sỏi ở nam là 26,2%, ở nữ là 26,5%. Tỷ lệ sỏi sỏi giữa nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với OR = 0,99; CI: 0,31 – 3,10; $p > 0,05$. Đối với hình thái sỏi S5, tỷ lệ sỏi sỏi là 66,7%. Sỏi càng phức tạp thì nguy cơ sỏi sỏi càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những TH thận viêm dính nhiều, nguy cơ sỏi sỏi cao hơn những TH thận viêm dính ít, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR = 0,30; CI: 0,09 – 0,98; $p < 0,05$. **Kết luận:** Nam giới chiếm tỷ lệ 55,3%; Nữ giới chiếm tỷ lệ 44,7%; Tuổi trung bình: 54 ± 12 ; Thấp nhất 12 tuổi; Cao nhất: 85 tuổi; Nhóm tuổi 40 – 60 chiếm

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sơn

Email: vusonytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2017

Ngày duyệt bài: 13.3.2017

tỷ lệ 55,3%. Có 19 TH (25 %) mắc bệnh kết hợp, trong đó bệnh tiểu đường chiếm tỷ lệ 42,1%. Hình thái sỏi S3 và S4 chiếm tỷ lệ cao hơn các hình thái sỏi khác. Trong nghiên cứu này tỷ lệ sỏi sỏi sau phẫu thuật là 26,3%. Nguy cơ sỏi sỏi: Giữa thận phải và thận trái; Giữa nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Hình thái của sỏi; Mức độ viêm dính của thận có ảnh hưởng tới tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Sỏi thận; Phẫu thuật lấy sỏi thận

SUMMARY

STUDY ON SOME FACTORS RELATED TO RISK STILL NEPHROLITHIASIS THE SURGERY TECHNIQUE NEPHROLITHOTOMY IN GENERAL HOSPITAL THAI BINH PROVINCE

Objects: The study aimed to find out some of the risk factors affecting the technical shortcomings in harvesting gravel stones pyelonephritis stations.

Subjects-Method: his study was performed according to the method described cross-sectional studies have analyzed. Just choose the form of case studies from S2 to S5 stones (based on UIV, classified by Moores.WK and Boyle.PJ), stone removal surgery at the hospital of Thai Binh province, from April 2013 to April 2014. Value comparisons difference was statistically significant when $p < 0.05$; CI = 95%.

Results: Male percentage 55.3%; Women percentage 44.7%; Average age: 54 ± 12 ; The lowest 12-year-old; Highest: 85 years old; Age group 40-60 percentage 55.3%. Audience research has combined percentage of patients 25%. In which diabetes proportion 42.1%. Kidney stones right proportion 51.3%; Left kidney stones percentage 42.1%. There were 5 cases (6.6%), kidney stones either, but a careful choice of intervention in an operation period. Kidney stones morphology S3 percentage 31.6%, morphology S4 percentage 28.9%. There are 20 cases (26.3%) were missed in kidney stone after stone removal surgery. The risk of stones still right kidney and left kidney between different no statistical significance with: OR = 2.51; CI: 0.75 - 8.63; $p > 0.05$. The rate for men is still stones 26.2%, females were 26.5%. The rate is still stones different between men and women is not statistically significant: OR = 0.99; CI: 0.31 - 3.10; $p > 0.05$. Kidney stones morphology S5, the ratio is still stones is 66.7%. Increasingly complex kidney stones, the risk remains higher stones, differences with statistical significance $p < 0.05$ In case of renal ankylosing many, the risk is still higher stones ankylosing kidney cases less, the difference was statistically significant with OR = 0.30; CI: 0.09 - 0.98; $p < 0.05$. **Conclusions:** Male percentage 55.3%; Women percentage 44.7%; Average age: 54 ± 12 ; The lowest 12-year-old; Highest: 85 years old; Age group 40-60 percentage 55.3%. There were 19 cases (25%) disease combination. In which the proportion of diabetes 42.1%. Kidney stones S3 and S4 morphologically higher proportion of other morphology kidney stones. In this study, the rate is still stones after surgery to remove the gallstones were 26.3%. The risk of kidney stones remain after surgery for kidney stones: Kidney Between right and left kidney;

Different between men and women is not statistically significant with $p > 0.05$. The factors: Morphology of kidney stones; The degree of renal ankylosing rate affects kidney stones remain after surgery, the difference statistically significant with $p < 0.05$.

Keyword: Kidney stones; Surgery for kidney stones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các hình thái của sỏi thận bao gồm: Sỏi 1 viên bể thận đơn thuần; Sỏi bể thận kết hợp với những viên nhỏ trong các đài thận bất kỳ; Sỏi bể thận có nhánh xuống dài dưới, có hoặc không kết hợp viên nhỏ nằm trong đài dưới; Sỏi bể thận có 2 nhánh vào đài thận, trong đó có một nhánh vào đài dưới, nhánh còn lại có thể vào đài trên hoặc đài giữa; Sỏi có ba nhánh vào cả ba nhóm đài, có hoặc không có kèm viên nhỏ trong các đài thận [4].

Nguyên tắc phẫu thuật lấy sỏi thận là phải lấy hết sỏi, không để sót sỏi. Theo khuyến cáo của Hội niệu khoa Hoa Kỳ về điều trị sỏi thận, bằng cách kết hợp nhiều phương pháp như: lấy sỏi qua da; tán sỏi ngoài cơ thể; mổ hở. Việc điều trị nên cá nhân hóa, tùy theo từng người bệnh cụ thể mà chọn phương pháp cho thích hợp [3], [6]. Để hạn chế tới mức tối đa sỏi sỏi khi tiến hành phẫu thuật mở, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh sỏi đài bể thận được phẫu thuật tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.
2. Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến nguy cơ sỏi sỏi trong kỹ thuật mổ lấy sỏi đài bể thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

***Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

***Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán trước mổ và chẩn đoán phẫu thuật là sỏi đài bể thận.

***Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 4 năm 2014

2. Phương pháp nghiên cứu

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

***Phương pháp chọn mẫu.**

- Cỡ mẫu: Lấy toàn bộ số bệnh nhân có sỏi đài bể thận được mổ trong thời gian nghiên cứu.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu: Chỉ chọn vào mẫu nghiên cứu những trường hợp có loại sỏi từ S2 đến S5 (dựa trên phim UIV, theo phân loại của Moores.W.K và Boyle.P.J).

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân

không đầy đủ thông tin theo thiết kế nghiên cứu đã xây dựng trước khi tiến hành nghiên cứu.

3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập vào bệnh án mẫu đã được thiết kế trước khi tiến hành nghiên cứu. Sử dụng các test thống kê ứng dụng trong nghiên cứu y sinh học để phân tích

kết quả. Ngưỡng so sánh xác suất có ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$; CI = 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

*Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu (n=76)

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ			
	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
< 20	0	--	1	100	1	1,3
20 - < 40	5	62,5	3	37,5	8	10,5
40 - < 60	25	59,5	17	40,5	42	55,3
≥ 60	12	48,0	13	52,0	25	32,9
Tổng	42	55,3	34	44,7	76	100,0

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ 55,3%; Nữ giới chiếm tỷ lệ 44,7%. Tuổi trung bình: 54±12; Thấp nhất 12 tuổi; Cao nhất: 85 tuổi. Nhóm tuổi 40 – 60 chiếm tỷ lệ 55,3%.

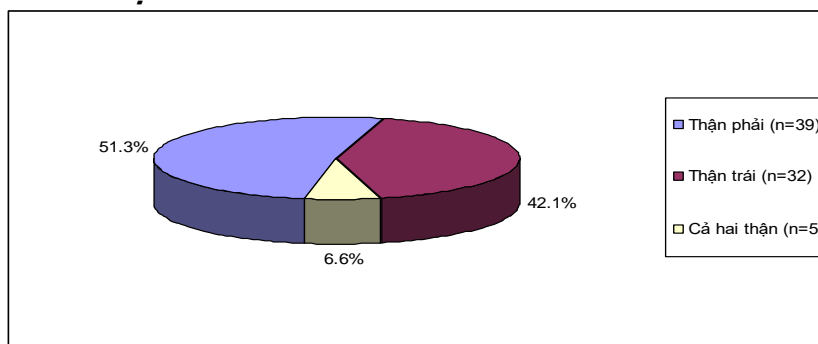
Bảng 2: Bệnh kết hợp của đối tượng nghiên cứu (n=19*)

Nhóm tuổi	Tăng HA		Tiểu đường		Bệnh khác		Tổng	
	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
20 - < 40	0	--	1	33,3	2	66,7	3	15,8
40 - < 60	2	25,0	2	25,0	4	50,0	8	42,1
≥ 60	3	37,5	5	62,5	0	--	8	42,1
Tổng	5	26,3	8	42,1	6	31,6	19	100,0

*Có 57 TH (75,0%) không có bệnh kết hợp

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có bệnh kết hợp chiếm tỷ lệ 25%. Không gặp bệnh kết hợp ở nhóm tuổi dưới 20 tuổi. Bệnh tiểu đường chiếm tỷ lệ 42,1%.

*Đặc điểm của sỏi thận



Biểu đồ 1: Thận bị sỏi trên phim XQ hệ tiết niệu

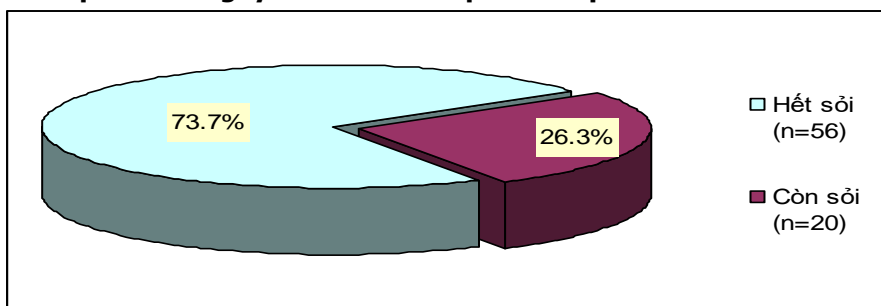
Nhận xét: Sỏi thận phải chiếm tỷ lệ 51,3%; Sỏi thận trái chiếm tỷ lệ 42,1%. Có 5 TH (6,6%) bị sỏi cả hai thận, nhưng chỉ lựa chọn can thiệp một thận trong một kỳ mổ.

Bảng 3: Hình thái sỏi trên phim XQ hệ tiết niệu của thận được phẫu thuật (n=76)

Hình thái của sỏi	Thận được phẫu thuật				Tổng	
	Bên phải		Bên trái			
	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
S2	11	61,1	7	38,9	18	23,7
S3	11	45,8	13	54,2	24	31,6
S4	11	50,0	11	50,0	22	28,9
S5	8	66,7	4	33,3	12	15,8
Tổng	41	53,9	35	46,1	76	100,0

Nhận xét: Hình thái sỏi S3 chiếm tỷ lệ 31,6%; Hình thái sỏi S4 chiếm tỷ lệ 28,9%.

2. Yếu tố liên quan đến nguy cơ sót sỏi sau phẫu thuật.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ sót sỏi sau phẫu thuật trên phim XQ hệ tiết niệu (n=76)

Nhận xét: Có 20 TH (26,3%) sót sỏi sau phẫu thuật.

Bảng 4: Liên quan giữa thận bị sỏi và sót sỏi sau phẫu thuật (n = 76)

Thận được phẫu thuật	Còn sỏi		Hết sỏi		OR [95% CI]	p
	SL	TL(%)	SL	TL(%)		
Thận phải	14	34,1	27	65,9	2,51 [0,75-8,63]	0,09
Thận trái	6	17,1	29	82,9		

Nhận xét: Nguy cơ sót sỏi giữa thận phải và thận trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê với OR = 2,51; CI: 0,75 – 8,63; p > 0,05.

Bảng 5: Liên quan giới tính và sót sỏi sau phẫu thuật (n = 76)

Giới tính	Còn sỏi		Hết sỏi		OR [95%CI]	p
	SL	TL(%)	SL	TL(%)		
Nam	11	26,2	31	73,8	0,99 [0,31-3,10]	0,97
Nữ	9	26,5	25	73,5		

Nhận xét: Tỷ lệ sót sỏi ở nam là 26,2 %, ở nữ là 26.5 %. Tỷ lệ sót sỏi giữa nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với OR = 0,99; CI: 0,31 – 3,10; p > 0,05.

Bảng 6: Liên quan giữa hình thái sỏi và sót sỏi sau phẫu thuật (n = 76)

Hình thái của sỏi	n	Còn sỏi		Hết sỏi		P _{trend}
		SL	TL(%)	SL	TL(%)	
S2	18	2	11,1	16	88,9	0,012
S3	24	5	20,8	19	79,2	
S4	22	5	22,7	17	77,3	
S5	12	8	66,7	4	33,3	

Nhận xét: Đối với hình thái sỏi S5, tỷ lệ sót sỏi là 66,7%. Sỏi càng phức tạp thì nguy cơ sót sỏi càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 7: Liên quan viêm dính của thận và sót sỏi sau phẫu thuật

Viêm dính quanh thận	Còn sỏi		Hết sỏi		OR [95%CI]	p
	SL	TL(%)	SL	TL(%)		
Viêm dính ít	9	18,0	41	82,0	0,30 [0,09-0,98]	0,02
Viêm dính nhiều	11	42,3	15	57,7		

Nhận xét: Những TH thận viêm dính nhiều, nguy cơ sót sỏi cao hơn những TH thận viêm dính ít, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR = 0,30; CI: 0,09 – 0,98; p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

*Tuổi và giới: Kết quả bảng 1 cho thấy: Nam giới chiếm tỷ lệ 55,3%; Nữ giới chiếm tỷ lệ 44,7%; Tuổi trung bình: 54±12; Thấp nhất 12 tuổi; Cao nhất: 85 tuổi; Nhóm tuổi 40 – 60 chiếm tỷ lệ 55,3%.

*Bệnh kết hợp: Kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 2, có 19 TH (25%) mắc bệnh kết hợp, không gặp bệnh kết hợp ở nhóm tuổi dưới 20 tuổi, bệnh tiểu đường chiếm tỷ lệ

42,1%, bệnh lý khác chiếm tỷ lệ 31,6%. Các bệnh lý khác gặp chủ yếu là các bệnh lý về phổi và xương khớp. Các bệnh kết hợp đều được điều trị ổn định trước khi can thiệp phẫu thuật.

*Đặc điểm của sỏi thận: Kết quả tại biểu đồ 1 cho thấy, sỏi thận phải chiếm tỷ lệ 51,3 %, sỏi thận trái chiếm tỷ lệ 42,1%, có 5 TH (6,6%) sỏi cả hai thận, nhưng trong nghiên cứu này chỉ lựa chọn can thiệp một thận trong một kỳ mổ.

Có 41 TH phẫu thuật sỏi thận phải (53,9%),

35 TH phẫu thuật sỏi thận trái (46,1%). Kết quả bảng 3 cho thấy, sỏi S2 chiếm tỷ lệ 23,7%, sỏi S3 chiếm tỷ lệ 31,6%, sỏi S4 chiếm tỷ lệ 28,9%, sỏi S5 chiếm tỷ lệ 15,8%. Hình thái sỏi S3 và S4 chiếm tỷ lệ cao hơn các hình thái sỏi khác. Hình thái sỏi S5 chiếm tỷ lệ ít nhất (15,8%). Tuy tỷ lệ sỏi S5 ít nhưng lại là hình thái sỏi phức tạp nhất, các nguy cơ trong phẫu thuật như chảy máu, sỏi sỏi thường xảy ra ở loại sỏi này [4].

2. Yếu tố liên quan đến nguy cơ sỏi sau phẫu thuật: Trong nghiên cứu này, đánh giá sỏi sỏi sau phẫu thuật được thực hiện như sau: So sánh hình ảnh quang trên phim chụp hệ tiết niệu trước và sau phẫu thuật để đánh giá sỏi sỏi sau mổ. Mục đích so sánh hai phim này để tránh những trường hợp, trong quá trình phẫu thuật, khi bơm rửa có một số viên sỏi nhỏ đã trôi ra khỏi thận và nằm vùng hố thận nhưng không được nhặt hết trước khi đóng thành bụng.

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy, có 20 TH (26,3%) còn sỏi sỏi sau phẫu thuật. Tỷ lệ sỏi sỏi của từng nghiên cứu cũng rất khác nhau. Theo nghiên cứu của Nguyễn Kỳ (1993), trong tổng số 1052 thì có 1,2% trường hợp sỏi sỏi phải can thiệp phẫu thuật. Tỷ lệ sỏi sỏi trong phẫu thuật sỏi san hô có kèm theo nhiều viên sỏi nhỏ là khá cao. Tỷ lệ sỏi sỏi là từ 5-25% tùy theo từng nghiên cứu. Theo tổng kết của Hội tiết niệu Pháp (1980) là 10-16%. Trương Minh Khoa (2008), thực hiện phẫu thuật 58 trường hợp sỏi san hô, trong đó sỏi san hô toàn phần 37 TH (63,8%), bán san hô 21 TH (36,2%), mổ lấy sỏi bằng cách mở bể thận kéo dài vào nhu mô, hoặc mổ nhu mô theo đường Hyrtl, tỷ lệ sỏi sỏi là 4 TH (6,9%) [4]. Sở dĩ có sự dao động lớn về tỷ lệ sỏi sỏi giữa các nghiên cứu là do phân loại hình thái sỏi thận của các nghiên cứu không đồng nhất. Nguyên nhân sỏi sỏi, các tác giả đều cho rằng những trường hợp sỏi thận phức tạp như sỏi san hô kèm theo nhiều viên sỏi nhỏ, sỏi đài - bể thận nhiều viên rải rác ở các đài khó có khả năng kiểm soát hết.

Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sỏi sỏi sau phẫu thuật, trong khuôn khổ đề tài này đề cập tới một số yếu tố sau:

*Thận bị sỏi và nguy cơ sỏi sỏi: Qua kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 4 cho thấy: Tỷ lệ sỏi sỏi ở thận phải là 34,1%; Tỷ lệ sỏi sỏi ở thận trái là 17,1; Nguy cơ sỏi sỏi giữa thận phải và thận trái khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $OR = 2,51$; $CI: 0,75 - 8,63$; $p > 0,05$.

*Giới tính và nguy cơ sỏi sỏi: Kết quả bảng 5 cho thấy: Tỷ lệ sỏi sỏi ở nam là 26,2%, ở nữ là 26,5%. Tỷ lệ sỏi sỏi giữa nam và nữ khác nhau

không có ý nghĩa thống kê với $OR = 0,99$; $CI: 0,31 - 3,10$; $p > 0,05$.

*Hình thái sỏi và nguy cơ sỏi sỏi: Kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 6 cho thấy: Loại sỏi S2 tỷ lệ sỏi sỏi là 11,1%; Loại sỏi S3 tỷ lệ sỏi sỏi là 20,8%; Loại sỏi S4 tỷ lệ sỏi sỏi là 22,7%; Loại sỏi S5 tỷ lệ sỏi sỏi là 66,7%. Hình thái sỏi càng phức tạp thì nguy cơ sỏi sỏi càng tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

*Mức độ viêm dính của thận và nguy cơ sỏi sỏi: Sỏi thận có thể gây nên các biến chứng như: ứ nước; ứ mủ; thận viêm dính với tổ chức xung quanh; thận xơ teo. Về vi thể, sỏi san hô có thể gây nên các biến chứng: xơ hóa cầu thận; thoái hoá ống thận; viêm cấp và mạn tổ chức kẽ thận [1], [2]. Chính những đặc điểm này ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả phẫu thuật sỏi đài bể thận.

Đánh giá mức độ viêm dính của thận với tổ chức xung quanh dựa vào nhận xét của phẫu thuật viên khi tiến hành giải phóng thận và bể thận ra khỏi tổ chức quang quanh. Thận viêm dính với tổ chức quang quanh ít là khi giải phóng thận và bể thận ra khỏi tổ chức quang quanh dễ dàng. Thận viêm dính với tổ chức quang quanh nhiều là khi giải phóng thận ra khỏi tổ chức quang quanh khó khăn.

Kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 7 cho thấy: Tỷ lệ sỏi sỏi ở những trường hợp thận viêm dính ít là 18,0%; Tỷ lệ sỏi sỏi ở những trường hợp thận viêm dính nhiều là 42,3 %. Nguy cơ sỏi sỏi ở những trường hợp thận viêm dính nhiều cao hơn ở những trường hợp thận viêm dính ít, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR = 0,30$; $CI: 0,09 - 0,98$; $p < 0,05$

Theo chúng tôi, những trường hợp thận viêm dính nhiều, khi phẫu tích thận, nguy cơ chảy máu trong mổ là rất cao, thận viêm dính sẽ ảnh hưởng đến việc lựa chọn đường mổ tại thận, thận viêm dính sẽ ảnh hưởng đến khả năng xác định vị trí của các viên sỏi nhỏ lẫn trong các đài nhỏ của thận. Theo khuyến cáo của Hội niệu khoa Hoa Kỳ về điều trị sỏi thận, bằng cách kết hợp nhiều phương pháp như: lấy sỏi qua da; tán sỏi ngoài cơ thể; mổ hở. Việc điều trị nên cá nhân hóa, tùy theo từng người bệnh cụ thể mà chọn phương pháp cho thích hợp [3]. Những trường hợp sỏi sỏi trong nghiên cứu này được kết hợp với tán sỏi ngoài cơ thể đảm bảo hết sỏi trước khi rút sonde đặt nòng niệu quản.

V. KẾT LUẬN

1. Về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sỏi đài bể thận

- Nam giới chiếm tỷ lệ 55,3%; Nữ giới chiếm

tỷ lệ 44,7%; Tuổi trung bình: 54±12; Thấp nhất 12 tuổi; Cao nhất: 85 tuổi; Nhóm tuổi 40 – 60 chiếm tỷ lệ 55,3%.

- Có 19 TH (25%) mắc bệnh kết hợp, trong đó bệnh tiểu đường chiếm tỷ lệ 42,1%.

- Hình thái sỏi S3 và S4 chiếm tỷ lệ cao hơn các hình thái sỏi khác.

2. Về các yếu tố liên quan đến nguy cơ sỏi sỏi sau mổ

- Trong nghiên cứu này tỷ lệ sỏi sỏi sau phẫu thuật là 26,3 %.

- Nguy cơ sỏi sỏi: Giữa thận phải và thận trái; Giữa nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Hình thái của sỏi; Mức độ viêm dính của thận có ảnh hưởng tới tỷ lệ sỏi sỏi sau mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thành Đức (1999); "Nghiên cứu tại bệnh, biến chứng sớm trong phẫu thuật sỏi đường tiết niệu trên và một số yếu tố liên quan"; Luận án

Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội, 1999.

2. Nguyễn Thành Đức, Ngô Kim Chung, Hoàng Văn Kỳ, Ngô Văn Độ (2004); "Nghiên cứu về biến đổi mô học của thận có sỏi"; Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh; 2004; tập 8; số 1

3. Trần Văn Hình (2001); "Nghiên cứu phẫu thuật lấy sỏi thận bằng đường mổ bề thân – nhu mô mặt sau"; Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội, 2001.

4. Trương Minh Khoa, Trương Công Thành, Nguyễn Phước Lộc, Lê Quang Dũng, Lê Quang Trung, Trần Huỳnh Tuấn, Nguyễn Trung Hiếu, Đàm Văn Cường (2010); "Đánh giá kết quả mổ sỏi thận san hô tại bệnh viện Trung ương Đa khoa Cần Thơ"; Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh; 2010; tập 14; số 3.

5. Vũ Sơn (1995); "Góp phần nghiên cứu sự phân bố mạch máu vùng cuống thận - cực dưới bước đầu ứng dụng cắt một phần thận điều trị sỏi đài - bể thận"; Luận văn Thạc sỹ Y học; Hà Nội 1995.

6. By Joseph A. Smith, Jr., MD, Stuart S. Howards, MD, Edward J. McGuire, MD and Glenn M. Preminger, MD; "Open stone surgery: anatomic nephrolithotomy and pyelolithotomy"; Hinman's Atlas of Urologic Surgery; Chapter 158.

THỰC TRẠNG THỜI GIAN CHỜ CỦA BỆNH NHÂN TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ 7/2014 ĐẾN 6/2015 VÀ GIẢI PHÁP BỔ TRÍ NHÂN LỰC

Trần Đình Thơ*, Nguyễn Văn Uy*

bệnh tại phòng khám có vai trò quan trọng, làm cơ sở cho việc đề xuất các giải pháp bổ trí nhân lực và đầu tư cơ sở hạ tầng phù hợp.

SUMMARY

WAITING TIME OF PATIENTS AT OUTPATIENT DEPARTMENT, VIET-GERMANY HOSPITAL FROM JULY 2014 TO JUNE 2015

Objective: Research the waiting time of patients at outpatient department, Viet – Germany hospital from July 2014 to June 2015. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was conducted to identify the waiting time of patients at Outpatient Department in Vietnam-Germany Hospital. **Result and Conclusion:** shows that, the waiting time of patients from registration to finish examination in 2014 was 50.41 minutes, while the waiting time in 2015 was 42.05 minutes. For patients with health insurance, the highest waiting time was 81.54 minutes at the time from 6.30 a.m. to 7 a.m. Patients receiving examination on Thursday had the lowest waiting time, while those on Tuesday had the highest waiting time. For patients with health insurance, the highest waiting time was on July, August and September while the lowest waiting time was on November, December and February. Meanwhile, for patients without health insurance, the highest waiting time was on July,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu thời gian chờ của bệnh nhân tại khoa Khám bệnh từ tháng 07/2014 – 06/2015, từ đó đề xuất giải pháp bổ trí nhân lực. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang tiến hành nhằm tìm hiểu thời gian khám bệnh của bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** thời gian chờ trung bình của người bệnh (NB) từ khi đăng ký đến khi được khám bệnh năm 2014 là 50.41 phút, thời gian chờ trung bình của NB năm 2015 đã giảm xuống còn 42.05 phút. Thời gian chờ lâu nhất đối với NB có BHYT là 81.54 phút, ứng với giờ tiếp đón 6h30-7h. Thời gian chờ ít nhất là thứ 5, trong khi thời gian chờ lâu nhất là thứ ba. Đối với đối tượng có BHYT, thời gian chờ lâu nhất rơi vào tháng 7, 8, 9, trong khi thời gian chờ ít nhất rơi vào tháng 11, 12 và 2. Đối với đối tượng không có BHYT, thời gian chờ lâu nhất là tháng 7, 8, 9 trong khi thời gian chờ ít nhất là tháng 12, 1, 2. **Kết luận:** Việc tìm hiểu thời gian chờ đợi của người

*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Thơ

Email: Trandinhthovd68@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2017

Ngày duyệt bài: 21.3.2017

August and September while the lowest waiting time was on December, January and February.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức khám chữa bệnh hợp lý sẽ rút ngắn thời gian khám bệnh của người bệnh đặc biệt là thời gian chờ của người bệnh [1], việc đánh giá thời gian khám bệnh của người bệnh là tiêu chí rất quan trọng, đã và đang được đề cập trong một số nghiên cứu gần đây. Các nghiên cứu cho thấy thời gian khám bệnh của người bệnh tại các bệnh viện là rất khác nhau và có rất nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến thời gian này như quy trình làm việc, khối lượng công việc, nguồn lực [2], [4].

Bệnh viện Việt Đức là bệnh viện hạng đặc biệt có nhiệm vụ chăm sóc sức khỏe cho nhân dân khu vực phía Bắc Việt Nam. Hàng ngày, khoa Khám bệnh của Bệnh viện tiếp đón hàng trăm nghìn lượt người bệnh khám, thường xuyên trong tình trạng quá tải. Bệnh viện luôn mong muốn tìm kiếm những giải pháp thích hợp để giúp người dân thuận tiện khi đi khám chữa bệnh, nâng cao chất lượng phục vụ người bệnh. Tuy nhiên, tại Bệnh viện chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào về thời gian khám bệnh của người bệnh. Chính vì vậy nghiên cứu được tiến hành với hai mục tiêu sau: *Phân tích thời gian khám bệnh của bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Việt Đức từ 7/2014 đến 6/2015 và đưa ra một số giải pháp bố trí nhân lực.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tổng hợp số bệnh nhân từ 1/7/2014 đến 30/6/2015

Năm	Có BHYT			Không BHYT			Chung		
	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)
2014	26174	68,34	52,12	49192	49,40	49,51	75366	54,66	50,41
2015	12124	31,66	50,71	50391	50,60	39,96	62515	45,34	42,05
Chung	38298	100,00	51,67	99583	100,00	44,68	137881	100,00	46,62

Bảng 1 cho thấy, số lượng NB được tiếp nhận có BHYT là: 38.298/137881 NB chiếm tỷ lệ 27,77%. Số lượng NB được tiếp nhận không có BHYT là 99583/137881 NB chiếm tỷ lệ 72,23%. Thời gian chờ trung bình của NB từ khi đăng ký đến khi được khám bệnh năm 2014 là 50.41 phút, thời gian chờ trung bình của NB năm 2015 đã giảm xuống còn 42.05 phút.

Bảng 2: Bệnh nhân phân phối theo giờ trong ngày (từ 1/7/2014 đến 30/6/2015)

Giờ	Có BHYT			Không BHYT			Chung		
	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)
6:30-7:00	3,507	9,16	81,54	13,704	13,76	70,63	17,211	12,48	72,85
7:00-8:00	11,498	30,02	60,95	26,512	26,62	55,01	38,010	27,57	56,80
8:00-9:00	10,631	27,76	47,34	24,506	24,61	38,48	35,137	25,48	41,16
9:00-10:00	5,238	13,68	40,84	15,165	15,23	32,85	20,403	14,80	34,90
10:00-11:00	2,339	6,11	39,08	5,891	5,92	30,06	8,230	5,97	32,62

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian nghiên cứu: Từ 1.7.2014 đến 1.7.2015

2. Địa điểm: Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội

3. Đối tượng nghiên cứu là người bệnh đến khám tại khoa Khám bệnh- Bệnh viện Việt Đức, Hà Nội trong khoảng thời gian 07/2014 – 6/2015.

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

5. Thông tin thu thập:

- Tổng thời gian khám bệnh của người bệnh: thời gian khám bệnh trung bình, thời gian khám bệnh trung bình theo từng giai đoạn, thời gian trung bình theo ngày, buổi, loại hình khám, phòng khám và theo từng trường hợp khám.

- Thời gian chờ khám trung bình của người bệnh: thời gian chờ trung bình tại bệnh viện, thời gian chờ trung bình theo ngày, buổi, loại hình khám phòng khám và theo từng trường hợp khám.

- Phương pháp: quan sát, bấm giờ.

6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu. Số liệu điều tra được nhập vào máy tính với phần mềm EPI-DATA 3.1. Sử dụng phần mềm STATA 12.0 xử lý số liệu: Thời gian trung bình ($M \pm SD$), các tần suất, tỷ lệ %

11:00-12:00	727	1,90	74,87	1,418	1,42	60,21	2,145	1,56	65,18
13:00-14:00	2,177	5,68	34,32	6,140	6,17	27,73	8,317	6,03	29,45
14:00-15:00	1,336	3,49	26,26	4,304	4,32	20,56	5,640	4,09	21,91
15:00-16:00	774	2,02	20,91	1,743	1,75	24,71	2,517	1,83	23,54
16:00-16:30	71	0,19	45,51	200	,20	87,48	271	,20	76,48
	38,298	100,00	51,67	99,583	100,00	44,68	137,881	100,00	46,62

Bảng 2 cho thấy, số lượng NB đông nhất tập trung vào hai cung giờ là 7h-8h và 8h-9h. Số lượng NB thấp nhất vào các cung giờ 11h-12h, 15h-16h và 16h-16h30. Như vậy, thời gian chờ lâu nhất đối với NB có BHYT là 81.54 phút, ứng với giờ tiếp đón 6h30- 7h. Thời gian chờ lâu nhất đối với NB không có BHYT là 70.63 phút, cũng ứng với giờ tiếp đón 6h30- 7h.

Bảng 3: Tỷ lệ NB phân bố theo các ngày trong tuần

Ngày thứ	Có BHYT			Không BHYT			Chung		
	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)
Thứ hai	8,655	22,60	52,38	23,484	23,58	46,50	32,139	23,31	48,08
Thứ ba	9,647	25,19	55,00	22,931	23,03	46,91	32,578	23,63	49,30
Thứ tư	8,123	21,21	48,89	19,302	19,38	43,25	27,425	19,89	44,92
Thứ năm	6,440	16,82	47,98	16,746	16,82	42,21	23,186	16,82	43,81
Thứ sáu	5,433	14,19	53,18	17,120	17,19	43,22	22,553	16,36	45,62
Chung	38,298	100,00	51,67	99,583	100,00	44,68	137,881	100,00	46,62

Bảng 3 cho thấy, quy luật phân bố theo các ngày trong tuần: Thứ 2, thứ 3 và thứ 4 là đông nhất. Thứ 5 và thứ 6 vắng hơn. Thời gian chờ ít nhất là thứ 5, trong khi thời gian chờ lâu nhất là thứ ba.

Bảng 4: Số lượng bệnh nhân theo các tháng

			Có BHYT			Không BHYT			Chung			
			Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	Số lượng (NB)	Tỷ lệ (%)	Thời gian chờ (phút)	
Năm	2014	Tháng	6	3585	13,70	52,45	6966	14,16	51,69	10551	14,00	51,95
			7	4212	16,09	59,23	8124	16,51	58,77	12336	16,37	58,93
			8	3417	13,05	57,79	6925	14,08	58,20	10342	13,72	58,06
			9	3524	13,46	57,93	6901	14,03	56,55	10425	13,83	57,02
			10	4078	15,58	53,50	7541	15,33	47,41	11619	15,42	49,55
			11	3667	14,01	42,19	6200	12,60	36,90	9867	13,09	38,87
	12	3691	14,10	41,23	6535	13,28	33,38	10226	13,57	36,21		
	2015	Tháng	1	2042	16,84	47,47	7747	15,37	33,02	9789	15,66	36,04
			2	796	6,57	42,23	4574	9,08	33,93	5370	8,59	35,16
			3	2343	19,33	50,02	9986	19,82	37,72	12329	19,72	40,06
			4	2082	17,17	49,79	8557	16,98	39,93	10639	17,02	41,86
			5	2387	19,69	52,22	9271	18,40	43,40	11658	18,65	45,21
6			2474	20,41	56,06	10256	20,35	47,00	12730	20,36	48,76	

Bảng 4 cho thấy, quy luật phân bố theo các tháng trong năm: Các tháng hầu như ít có sự khác biệt về sự phân bố NB, duy nhất có tháng 2/2015 là số lượng NB ít hơn hẳn các tháng vì đây là tháng có Tết âm lịch.

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng thời gian chờ của bệnh nhân tại khoa Khám bệnh:

Kết quả nghiên cứu cho thấy tổng thời gian trung bình từ khi người bệnh đăng ký khám đến lúc bác sỹ chẩn đoán là 50,41 phút trong năm 2014 và 42,05 phút trong năm 2015. So sánh kết quả nghiên cứu này với kết quả của một số tác

giả cho thấy, tổng thời gian trung bình của người bệnh tới khám 1 lượt trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hà ở bệnh viện đa khoa Hà Đông [2], nghiên cứu ở bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương [3] và nghiên cứu tại bệnh viện Nguyễn Trãi thành phố Hồ Chí Minh [4]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Minh Thúy tại

Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương [1] và nghiên cứu của Frank. L. Cole tại Úc [5]. Điều này có thể giải thích là do tùy từng địa điểm, tùy từng đặc trưng khám bệnh mà thời gian 1 lượt khám của người bệnh là khác nhau. Nếu như ở nghiên cứu của F. Cole [5] chỉ nghiên cứu ở một phòng khám, nghiên cứu của Vũ Minh Thúy [1] chỉ nghiên cứu ở bệnh viện thuộc về chuyên khoa, có đặc thù riêng của một bệnh viện truyền nhiễm nên thời gian chờ của người bệnh sẽ thấp hơn nghiên cứu này. Mặt khác, Khoa Khám bệnh Bệnh viện Việt Đức là cơ sở khám chữa bệnh chất lượng cao, do đó người bệnh trực tiếp đến cơ sở để khám chữa bệnh mà không thông qua tuyến cơ sở, do đó thường bị quá tải.

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác nhau về thời gian trung bình ở bệnh viện giữa ngày đông và ngày vắng, giữa buổi sáng và buổi chiều, giữa khám BHYT với khám thu phí, giữa các phòng khám với nhau. Điều này có thể dễ hiểu là do những ngày đông người bệnh đến khám thời gian chờ đợi nhiều hơn vì thế tổng thời gian khám bệnh sẽ nhiều hơn. Kết quả đưa ra cũng tương đồng với nghiên cứu của Vũ Minh Thúy khi tác giả này chỉ ra rằng thời gian khám trung bình ngày hành chính dài hơn ngày nghỉ [1]. Hiện nay, người bệnh chỉ tập trung khám vào buổi sáng là chủ yếu, để có thể thực hiện các xét nghiệm dễ dàng hơn. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Hân khi tác giả chỉ ra rằng số lượng người bệnh đăng ký vào các buổi sáng cao hơn buổi chiều: sáng (trước 11 giờ): 2929 (76,8%), chiều (sau 12 giờ): 884 (23,2%) [6]. Có lẽ vì thế thời gian khám bệnh trung bình của những người bệnh tới khám buổi sáng cao hơn nhiều so với buổi chiều như vậy. Đối với những người bệnh khám thu phí, người bệnh thu phí lại có thời gian nộp viện phí nhanh hơn do không phải chờ đợi ở quầy giữ/trả thẻ BHYT vì thế thời gian khám bệnh cũng ngắn hơn. Tương tự như ý kiến "Phòng giữ thẻ, thu phí người bệnh tập trung quá đông trong không gian chật, dễ gây tâm lý bức bối cho người bệnh" [2].

Kết quả bảng 3 cũng cho thấy thời gian trung bình của người bệnh khám BHYT ở ngày đông là cao hơn so với ngày vắng và thời gian trung bình của người bệnh đến vào ngày đông có khám BHYT cao hơn khám thu phí. Điều này cho thấy, người bệnh cần tốn một khoảng thời gian trong tổng thời gian khám bệnh để hoàn thành các thủ tục hành chính. Điều này cũng tương đồng với ý kiến trong nghiên cứu trước đó "Những thủ tục hành chính có ảnh hưởng nhiều tới thời gian

khám bệnh của người bệnh nhưng vẫn phải thực hiện vì không thể thay đổi được" [2].

Thời gian trung bình thực hiện một quy trình khám của người bệnh vào buổi sáng dài hơn buổi chiều. Tổng thời gian trung bình tại của người bệnh đến khám BHYT và khám thu phí ở buổi sáng đều cao hơn buổi chiều. Việc tập trung đông người bệnh buổi sáng khiến cho thời gian khám kéo dài hơn. Vì vậy, việc điều động nhân lực hay tổ chức khám buổi sáng cần được xem xét để giảm thời gian cho người bệnh.

2. Đề xuất giải pháp bố trí nhân lực:

2.1. Giải pháp trước mắt

➢ Bố trí các bác sĩ khám bệnh sớm hơn, thời gian dự kiến bắt đầu từ 6h sáng (do thời gian người bệnh chờ nhiều nhất tập trung vào cung giờ từ 6h30 đến 9h)

➢ Bố trí thêm mỗi phòng khám một bác sĩ tại cung giờ từ 6h30 đến 9h (cả phòng khám tổng hợp và phòng khám chuyên khoa có người bệnh đông).

➢ Bố trí nhân viên hướng dẫn của phòng Công tác xã hội để hướng dẫn người bệnh khám, làm xét nghiệm, giảm tập trung đông người ảnh hưởng đến thời gian chờ của người bệnh).

➢ Bố trí bác sĩ cận lâm sàng, KTV cận lâm sàng tại các phòng chụp XQ, siêu âm, CT, MRI... vào thời điểm cung giờ 6h30 đến 9h30).

2.2. Giải pháp dài hạn

- Đăng ký khám bệnh qua mạng, khám theo hẹn (việc làm này làm giảm chi phí cho người bệnh, giảm gánh nặng về phân bổ người khám bệnh cho Bệnh viện).

- Phân tích thời gian chờ người bệnh dựa trên quy trình khám bệnh, thời gian chờ người bệnh dài nhất ở khâu nào, tăng cường nhân lực tại khu vực đó.

- Nâng cấp hệ thống phần mềm quản lý và dữ liệu để giảm gánh nặng về hành chính, hay thực hiện ISO trong khám bệnh... từ đó làm giảm thời gian chờ đợi của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

*Thời gian chờ trung bình của NB từ khi đăng ký đến khi được khám bệnh năm 2014 là 50.41 phút, thời gian chờ trung bình của NB năm 2015 đã giảm xuống còn 42.05 phút.

- Thời gian chờ lâu nhất đối với NB có BHYT là 81.54 phút, ứng với giờ tiếp đón 6h30- 7h. Thời gian chờ lâu nhất đối với NB không có BHYT là 70.63 phút, cũng ứng với giờ tiếp đón 6h30- 7h.

- Thời gian chờ ít nhất là thứ 5, trong khi thời gian chờ lâu nhất là thứ ba.

- Đối với đối tượng có BHYT, thời gian chờ lâu nhất rơi vào tháng 7, 8, 9, trong khi thời gian chờ ít nhất rơi vào tháng 11, 12 và 2. Đối với đối tượng không có BHYT, thời gian chờ lâu nhất là tháng 7, 8, 9 trong khi thời gian chờ ít nhất là tháng 12, 1, 2.

*Giải pháp trước mắt cần bố trí tăng nhân lực tăng cường tại thời điểm từ 6h30 đến 9h30 hàng ngày tại các phòng khám.

*Giải pháp lâu dài tiến hành đăng ký khám bệnh qua mạng, khám theo hẹn để qua đó bố trí nhân lực phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Minh Thúy (2010)**, Thời gian chờ khám của bệnh nhân tại Khoa Khám bệnh bệnh viện Nhiệt đới Trung ương từ tháng 11/2009 đến tháng 2/2010, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Thu Hà (2015)**, Thời gian sử dụng dịch vụ của người bệnh và một số yếu tố liên quan

tại khoa khám bệnh, bệnh viện đa khoa Hà Đông, Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

3. **Lê Thanh Chiến, Huỳnh Thị Thanh Trang và Đỗ Công Tâm và các cộng sự (2012)**, "Khảo sát quy trình khám chữa bệnh tại Khoa Khám bệnh - bệnh viện cấp cứu Trưng Vương", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 4(16).
4. **Nguyễn Thái Hà (2001)**, *Sự hài lòng của người bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế về chất lượng dịch vụ y tế tại bệnh viện Nguyễn Trãi thành phố Hồ Chí Minh năm 2001 và một số yếu tố liên quan*, Luận văn Thạc sỹ y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, TP Hồ Chí Minh.
5. **Frank.L.Cole (2000)**, *Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in Australia*, Australia.
6. **Nguyễn Thị Ngọc Hân, Nguyễn Thị Hoàng Vân và Bùi Hữu Minh Trí (2012)**, Thời gian chờ đợi khám bệnh và sự hài lòng của bệnh nhân tại khoa khám bệnh bệnh viện Tim mạch An Giang, truy cập ngày, tại trang web <http://123doc.org/document/3058252-thoi-gian-cho-va-hai-long-cua-nguoi-benh.htm>.

ĐÁNH GIÁ SỰ HỢP TÁC CỦA BỆNH NHÂN GIỮA PHƯƠNG PHÁP AN THẦN DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN SỬ DỤNG MIDAZOLAM VỚI GÂY TÊ ĐƠN THUẦN TRONG THỦ THUẬT NHA KHOA

Nguyễn Thùy Linh*, Nguyễn Quang Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá về sự hợp tác của bệnh nhân giữa phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển (PCS: patient controlled sedation) sử dụng midazolam so với gây tê đơn thuần (GTĐT) trong thủ thuật nha khoa. **Đối tượng phương pháp:** 70 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật răng khôn, tuổi 18 – 60, ASA I - II chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên. Nhóm GT: gây tê đơn thuần bằng lidocaine 2% (n = 35) và nhóm PCS: gây tê kết hợp với an thần bằng midazolam do bệnh nhân tự điều khiển bơm tiêm điện (n = 35). **Kết quả:** nhóm PCS so với GTĐT khác nhau không ý nghĩa thống kê (p > 0,05) về: mức độ khó phẫu thuật 8,62 ± 2,11 điểm so với 8,26 ± 1,73 điểm; thời gian phẫu thuật 23,46 ± 3,71 phút so với 23,94 ± 3,91 phút nhưng nhóm PCS so với GTĐT khác nhau có ý nghĩa thống kê (p < 0,05 và p < 0,01) về: sự hợp tác tốt với phẫu thuật 91,43% so với 31,43%; bệnh nhân không cử động trong mổ 97,14 % so với 54,29%; mức độ hài lòng của phẫu thuật viên 8,23 ± 0,88 điểm so với 6,74 ± 0,95 điểm; mức độ hài lòng của bệnh nhân 8,26 ± 1,03 điểm so với 6,63 ± 1,57

điểm. **Kết luận:** phương pháp PCS bằng midazolam kết hợp với tê tại chỗ lidocain 2% có mức độ khó và thời gian phẫu thuật như nhau nhưng có sự hợp tác tốt hơn với phẫu thuật, ít cử động hơn, bệnh nhân và phẫu thuật viên hài lòng hơn so với phương pháp chỉ gây tê đơn thuần trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam.

SUMMARY

TO ASSESSED THE PATIENT'S COOPERATION BETWEEN USING SEDATION METHODS PATIENT CONTROLLED SEDATION BY MIDAZOLAM WITH LOCAL ANESTHETIC IN DENTAL SURGERY

Objective: To assessed the patient's cooperation between using sedation methods patient controlled sedation by midazolam with local anesthetic in dental. **Methods:** clinical trials, controlled study, conducted in 70 patients, aged 18 - 60, ASA I - II. LANS group (n = 35): administered local anesthesia by lidocaine 2% with epinephrine 1/100,000 with a dose of 2 mg/kg and 5 minutes after the surgery. PCS group (n = 35): 0.5 mg midazolam intravenously 1 minute before the local anesthetic (such as LANS) and subsequent maintenance dose by installing electric pump bolus injection: 0.5 mg midazolam and duration refractory period (lockout period) between 2 visits of bolus is 1 minute. **Results:** The group PCS and LANS (p > 0.05) on the level of difficulty of the surgery 8.62 ± 2.11

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình

Email: nguyenbinh3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.3.2017

points and 8.26 ± 1.73 points; duration of surgery 23.46 ± 3.71 minutes and 23.94 ± 3.91 minutes. PCS groups on the good cooperation with surgery 91.43%, the movements during operation 97.14%, the level of satisfaction of the patients 8.26 ± 1.03 point, the satisfaction level of the surgeon 8.23 ± 0.88 points but difference ($p < 0.01$; $p < 0.05$) compared with LANS on good cooperation with surgery 31.43%, the movements during operation 54.29%, the level of satisfaction of the patients 6.63 ± 1.57 points, the satisfaction level of the surgeon 6.74 ± 0.95 điểm.

Conclusion: The methods PCS using midazolam and local anesthesia have the level of difficulty and duration of lower wisdom teeth surgery almost the same. But sedation methods PCS using midazolam combined with local anesthesia have the better cooperation with surgery, the movements during surgery is less, the level of satisfaction of patients and surgeons are higher than local anesthetics.

Keywords: Sedation, PCS, midazolam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Midazolam sử dụng từng liều nhỏ có tác dụng chấn kinh, an thần, êm dịu, gây quên và giảm lo lắng. Người ta có thể áp dụng phương pháp an thần bằng midazolam do bệnh nhân tự điều khiển (PCS = patient controlled sedation) kết hợp với gây tê lidocain 2% để can thiệp các thủ thuật nha khoa (đại diện là phẫu thuật răng khôn hàm dưới) không những giúp cho bệnh nhân thoải mái, hợp tác tốt, ít cử động trong mổ mà còn giúp cho bệnh nhân và phẫu thuật viên dễ chấp nhận với phương pháp. Nhằm để đánh giá sự hợp tác của bệnh nhân bằng phương pháp PCS sử dụng midazolam chúng tôi so sánh với phương pháp gây tê đơn thuần bằng lidocain 2% trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Với các tiêu chí đánh giá: "mức độ khó và thời gian phẫu thuật, sự hợp tác và cử động trong mổ, sự hài lòng của bệnh nhân và phẫu thuật viên về phương pháp".

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.

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi, cân nặng, giới và ASA

Đặc điểm bệnh nhân		Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)	p
Tuổi (năm)	X ± SD	30,37 ± 8,29	29,17 ± 7,97	> 0,05
	(min - max)	20 - 49	19 - 51	

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng. Chia ngẫu nhiên làm hai nhóm:

- Nhóm 1 (GTĐT = gây tê tại chỗ đơn thuần): n = 35 bệnh nhân

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

2.2.2. Phương pháp tiến hành

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

2.2.3. Phương pháp đánh giá

*Tiêu chí đánh giá:

- Đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, ASA, mức an thần OAA/S.

- Mức độ khó phẫu thuật răng khôn hàm dưới theo Pedersen: khó ít (1 – 5 điểm), khó vừa (6 – 10 điểm), rất khó (11 – 15 điểm) [1].

- Thời gian phẫu thuật (phút): bắt đầu rạch niêm mạc đến khi khâu đóng.

- 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) [2].

- Đánh giá mức độ cử động theo Ellis: 1 điểm (không cử động bất thường); 2 điểm (ít cử động chi); 3 điểm (cử động chi nhiều hơn); 4 điểm (cử động chi nhiều rõ rệt); 5 điểm (bồn chồn, vận động chi rất nhiều) [3].

- Mức độ hài lòng của bệnh nhân và phẫu thuật viên theo VAS, hỏi trước khi xuất viện (0 - 3: không hài lòng, 4 - 5: hài lòng ít, 6 - 7: hài lòng, 8 - 10: rất hài lòng).

*Thời điểm đánh giá: T₀: 5 phút trước an thần; T₁: 1 phút sau an thần; T₂: 5 phút; T₃: 10 phút; T₄: 15 phút phẫu thuật; T₅: kết thúc phẫu thuật; T_X: xuất viện.

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

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về cân nặng, tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe (ASA), mức an thần theo OAA/S

Cân nặng (kg)	X ± SD (min -max)	55,69 ± 8,03 40 - 77	56,40 ± 8,01 41 - 70
Giới	Nam: (%)	25 (71,42)	25 (71,42)
	Nữ: (%)	10 (28,58)	10 (28,58)
ASA	I (%)	27 (71,58)	29 (82,29)
	II (%)	8 (22,42)	6 (17,71)

Ở 2 nhóm nghiên cứu về tuổi, giới tính, cân nặng và tình trạng sức khỏe ASA khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng sức khỏe ASA ở 2 nhóm là tương đồng.

Bảng 2. Mức độ an thần theo OAA/S (điểm)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD
T ₀	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00
T ₁	5,00 ± 0,00	4,37 ± 0,55*
T ₂	5,00 ± 0,00	4,34 ± 0,47*
T ₃	5,00 ± 0,00	4,29 ± 0,46*
T ₄	5,00 ± 0,00	4,46 ± 0,51*
T ₅	5,00 ± 0,00	4,71 ± 0,46*
T _x	5,00 ± 0,00	5,00 ± 0,00

Ghi chú: *: $p < 0,01$ so với giá trị tương ứng ở nhóm 1

Nhóm PCS tại các thời điểm sử dụng midazolam có mức an thần OAA/S thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT. Mức an thần $4 < OAA/S < 5$ và ở mức an thần tỉnh. Ở mức an thần này bệnh nhân không còn cảm giác lo sợ và có thể làm theo lệnh và phối hợp tốt với phẫu thuật viên.

3.2. Tỷ lệ và mức khó phẫu thuật theo Pedersen

Bảng 3. Tỷ lệ mức khó phẫu thuật theo Pedersen

Mức độ khó phẫu thuật	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Khó ít	06	(17,14)	04	(11,43)	> 0,05
Khó vừa	26	(74,29)	27	(77,14)	
Rất khó	03	(8,57)	04	(11,43)	
X ± SD	8,26 ± 1,73		8,62 ± 2,11		> 0,05

Mức khó ít, khó vừa và rất khó và điểm khó trung bình trong phẫu thuật ở 2 nhóm khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) và ở mức độ khó vừa. Ở 2 nhóm mức khó vừa chiếm tỉ lệ cao hơn mức khó ít và rất khó. Như vậy, mức độ khó của phẫu thuật ở 2 nhóm nghiên cứu là tương đồng. Lê Ngọc Thanh (2005) nghiên cứu ở 83 bệnh nhân cho rằng điểm khó trung bình rằng khôn hàm

dưới là $7,93 \pm 2,53$ điểm và tỉ lệ bệnh nhân khó ít 10,8%, khó vừa 62,7% và rất khó 26,5% [4]. Kết quả của chúng tôi gần giống với kết quả của các tác giả. Như vậy, việc tiên lượng mức độ khó của phẫu thuật rằng khôn hàm dưới giúp bác sĩ quyết định chọn phương pháp vô cảm phù hợp như gây mê, gây tê hay an thần.

3.3. Thời gian phẫu thuật

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật (phút)

Thời gian phẫu thuật (phút)	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)
X ± SD	23,94 ± 3,91 (14 - 33)	23,46 ± 3,71 (20 - 30)
p	> 0,05	

Thời gian phẫu thuật ở cả 2 nhóm khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$). Tuy nhiên, nhóm GTĐT thời gian dài hơn một chút là do bệnh nhân thường há và ngậm miệng nhiều hơn so với nhóm PCS trong phẫu thuật. Lê Ngọc Thanh (2005) cho biết thời gian phẫu thuật 1 rằng khôn hàm dưới bằng gây tê là $27,68 \pm 12,7$ phút [4]. Theo Phạm Như Hải (1999), thời gian phẫu thuật 1 rằng khôn hàm dưới bằng gây tê là $35,8 \pm 12,5$ phút [5]. Kết quả của chúng tôi về thời gian phẫu thuật ngắn hơn so với các tác giả. Như vậy phương pháp PCS sử dụng midazolam giúp cho quá trình hợp tác giữa phẫu thuật viên và bệnh nhân diễn ra thuận lợi do đó giảm thời gian phẫu thuật.

3.4. Sự hợp tác của bệnh nhân trong phẫu thuật theo Rodrigo

Bảng 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)		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	

Tốt	11	(31,43)	32	(91,43)*	< 0,01
Trung bình	20	(57,14)	03	(8,57)	
Kém	04	(11,43)	0	(0)	

Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với nhóm 1.

Sự hợp tác của bệnh nhân trong phẫu thuật với mức tốt ở nhóm PCS cao hơn rõ rệt ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT. Như vậy, dưới tác dụng của midazolam giúp bệnh nhân thoải mái, ít cử động và phẫu thuật được thuận lợi.

3.5. Mức độ cử động của bệnh nhân trong phẫu thuật theo Ellis

Bảng 6. Tỷ lệ số bệnh nhân cử động trong phẫu thuật

Sự cử động của bệnh nhân	Nhóm 1 (n=35)		Nhóm 2 (n=35)		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Không cử động	19	(54,29)	34	(97,14)*	< 0,01
Cử động:	16	(45,71)	01	(2,86)	< 0,01
Ít	09	(25,71)	01	(2,86) (0)	
Trung bình	06	(17,14)	0	(0)	
Nhiều	01	(2,86)	0	(0)	
Không mổ được	0	(0)	0	(0)	

Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) so với nhóm 1.

Tỷ lệ bệnh nhân không cử động ở nhóm PCS cao hơn rõ rệt ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT. Nhóm GTĐT bệnh nhân cử động nhiều trong phẫu thuật chủ yếu do đau, lo sợ, bồn chồn nên phải tăng liều thuốc tê. Nhóm PCS dưới tác dụng của midazolam bệnh nhân không cử động do giảm lo sợ, thoải mái và tăng ngưỡng chịu đau. Maranets (1999) cho rằng an thần sẽ làm giảm lo sợ chủ quan nên cũng giảm được liều thuốc tê [6]. Như vậy, midazolam có tác dụng giảm lo sợ và cử động trong phẫu thuật, tạo điều kiện thuận lợi cho cuộc mổ hơn so với nhóm không sử dụng an thần. Mức độ cử động của bệnh nhân sẽ tác động mạnh đến mức độ hài lòng của bệnh nhân và phẫu thuật viên trong phẫu thuật.

3.6. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên và bệnh nhân theo VAS

Bảng 7. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên và bệnh nhân theo VAS

Mức độ hài lòng (điểm)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD
Phẫu thuật viên	6,74 ± 0,95	8,23 ± 0,88 *
Bệnh nhân	6,63 ± 1,57	8,26 ± 1,03 *
p	< 0,01	

Ghi chú: *: Khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với giá trị tương ứng ở nhóm 1.

Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên ở nhóm PCS cao hơn rõ rệt ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT. Sự hài lòng của phẫu thuật viên gián tiếp đánh giá hiệu quả của việc sử dụng an thần. Như vậy, phương pháp PCS sử dụng midazolam giúp bệnh nhân ít cử động, nằm yên, cộng tác tốt nên phẫu thuật viên cho điểm hài lòng cao hơn so với nhóm GTĐT. Mức độ hài lòng của bệnh nhân ở nhóm PCS cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với GTĐT. Phương pháp an thần PCS sử dụng midazolam giúp bệnh nhân thư giãn, thoải mái, giảm lo sợ, dễ dàng chấp nhận và hợp tác tốt với phẫu thuật. Vì vậy, bệnh nhân có mức rất hài lòng về phương pháp PCS cao hơn so với phương pháp GTĐT.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp PCS sử dụng midazolam kết

hợp gây tê tại chỗ lidocain 2% có mức độ khó và thời gian phẫu thuật như nhau, bệnh nhân hợp tác tốt hơn, ít cử động hơn, phẫu thuật viên và bệnh nhân hài lòng hơn so với phương pháp gây tê đơn thuần trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Pedersen G.W. (1988). Surgical removal of teeth, *Oral Surgery*, WB Saunders, Philadelphia, 60-81.
2. Rodrigo C., Irwin M. G., Yan B. S., Wong M. H. (2004). Patient-controlled sedation with propofol in minor oral surgery, *J Oral Maxillofac Surg*, 62(1), 52-6.
3. Ellis S. (1996). Response to intravenous midazolam sedation in general dental practice, *Br Dent J*, 180(11), 417-20.
4. Lê Ngọc Thanh (2005). Nhận xét đặc điểm lâm sàng x-quang và đánh giá kết quả phẫu thuật răng hàm dưới mọc lệch, mọc ngầm, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

5. **Phạm Như Hải (1999).** *Nhận xét tình hình răng khôn hàm dưới mọc lệch ngậm ở sinh viên lứa tuổi 18-25 và xử trí*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y HN.
6. **Maranets I., Kain Z. N. (1999).** Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements, *Anesth Analg*, 89(6), 1346-51.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CỦA DẤU HIỆU GIÃN ĐỒNG TỬ VÀ TƯƠNG QUAN VỚI LIỆT CƠ, THỜI GIAN THỞ MÁY Ở BỆNH NHÂN BỊ RẮN CẠP NIA (BUNGARUS MULTICINCTUS HOẶC B.CANDIDUS) CẮN

Phạm Duệ¹, Ngô Đức Ngọc², Trần Văn Phụng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Giãn đồng tử là một dấu hiệu vô cùng đặc biệt trong các triệu chứng do rắn cạp nia cắn gây ra. Đây là đặc điểm chẩn đoán và tiên lượng quan trọng, giãn đồng tử rất nặng và thường kéo dài hàng tháng. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm và diễn biến của dấu hiệu giãn đồng tử và tương quan với liệt cơ, thời gian thở máy ở bệnh nhân bị rắn cạp nia (Bungarus multicinctus hoặc B.candidus) cắn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên những bệnh nhân bị rắn cạp nia (Bungarus multicinctus hoặc B.candidus) cắn tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 37 bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn, 24 nam (64,8%), 13 nữ (35,2%). Tuổi trung bình của bệnh nhân bị rắn cạp nia (Bungarus multicinctus hoặc B.candidus) cắn: $37,0 \pm 15,4$. Thời gian từ khi bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn đến khi vào viện trung bình là $9,8 \pm 5,7$ giờ. Có 34/37 bệnh nhân giãn đồng tử, chiếm 92%. Đồng tử giãn lớn nhất vào các ngày 1, ngày 2, ngày 4 và ngày 8 với kích thước lần lượt là 5,79; 5,70; 5,68 và 5,69 mm. Có mối tương quan giữa thời gian xuất hiện giãn đồng tử với thời gian thở máy, thời gian liệt chi và mức độ liệt chi với hệ số tương quan lần lượt là -0,45, -0,531 và -0,669. Hệ số tương quan giữa thời điểm giãn đồng tử lớn nhất với thời gian thở máy, thời gian liệt chi và mức độ liệt chi lần lượt là 0,558; 0,627 và 0,866. **Kết luận:** Giãn đồng tử khá đặc trưng khi bị rắn cạp nia (B.Muticinctus hoặc B.Candidus) cắn, triệu chứng kéo dài hàng tháng. Giãn đồng tử có giá trị cao trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn.

Từ khóa: rắn cạp nia, giãn đồng tử, liệt chi.

SUMMARY

STUDY CHARACTERISTICS OF MYDRIASIS AND THE CORRELATION WITH PARALYSIS AND DURATION OF MECHANICAL VENTILATION IN BUNGARUS (B. MULTICINCTUS AND B. CANDIDIUS) BITE PATIENTS

Introduction: Mydriasis is a specific feature caused by Bungarus venom and essential for diagnosis and prognosis. This sign can last for months after the patient is bitten. **Object:** To study the characteristics

and development of mydriasis and the correlation with paralysis and duration of mechanical ventilation in Bungarus (B.Muticinctus and B.Candidus) bite patients. **Subjects and methods:** An observational study in Bungarus (B. multicinctus and B. candidus) bite patients at Poison Control Center of Bach Mai hospital. **Results:** This study included 37 Bungarus bite patients. There were 24 males (64.8%), 13 females (35.2%). The average age was $37,0 \pm 15,4$. The average duration from bitten time to hospital admission was $9,8 \pm 5,7$ hours. 34/37 (92%) patients had mydriasis. The maximum pupil dilation's time were in day 1, day 2, day 4, and day 8. The pupil sizes in those days were 5,79; 5,70; 5,68 and 5,69mm, respectively. There was a correlation between the onset timing of mydriasis with duration of mechanical ventilation, duration of limb paralysis, severity of limb paralysis. The correlation coefficient were -0,45, -0,531, and -0,669, respectively. The correlation coefficient between the timing of maximum pupil dilation with mechanical ventilation time, limb paralysis time, severity of limb paralysis were 0,558, 0,627, and 0,866. **Conclusion:** Mydriasis is specific in Bungarus (B.Muticinctus and B.Candidus) bite patients. This sign can last for months. Mydriasis has high value in diagnosis and prognosis in Bungarus snake bite patients.

Keyword: Bungarus snake, mydriasis, limb paralysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn đồng tử là dấu hiệu thường gặp trong cấp cứu do nhiều nguyên nhân khác nhau như: bị rắn cạp nia cắn, thiếu oxy, ngộ độc atropin, chết não... Điều đáng nói ở đây là những bệnh nhân bị rắn hổ cắn, đặc biệt là rắn cạp nia, thường có tình trạng liệt cơ toàn thân rất nặng, và với đặc điểm bệnh nhân bất động hoàn toàn, đồng tử giãn tối đa, rất nhiều chẩn đoán nhầm cho rằng bệnh nhân đã chết não và cho về để chết. Sự thực là bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn não hoàn toàn bình thường và tỉnh hoàn toàn, tuy nhiên bệnh nhân liệt cơ toàn thân nên không thể có bất kỳ phản ứng nào. Do đó chuyện chẩn đoán và/hoặc tiên lượng nhầm sẽ xảy ra và làm ảnh hưởng rất nhiều tới kết quả điều trị [1][2]. Ở Việt Nam tại Trung tâm Chống độc bệnh viện Bạch Mai trước đây đã áp dụng bộ kit xét nghiệm nhanh nọc rắn, bộ xét nghiệm ELISA dùng xác định nọc và định loại bốn loại rắn thường gặp ở Miền Nam Việt Nam gồm: rắn lục xanh, rắn chàm quạp, rắn hổ mang bành và rắn

¹Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn HSCC Trường Đại học Y Hà Nội

³Khoa Cấp cứu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duệ

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 01.3.2017

Ngày duyệt bài: 8.3.2017

hổ chúa. Nhưng hiện nay không còn tiếp tục sản xuất nữa[1]. Thời gian xuất hiện giãn đồng tử ở những bệnh nhân này khá sớm (rắn cạp nong, cạp nia cắn), đồng tử giãn rất to và tồn tại lâu. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thấy rất cần có nghiên cứu về hiện tượng giãn đồng tử ở bệnh nhân bị cạp nia cắn, đây là dấu hiệu vô cùng quan trọng giúp các bác sĩ lâm sàng có thể định hướng trong chẩn đoán rắn độc cắn và phân định giữa rắn độc và rắn thường cũng như các loài rắn độc với nhau. Dấu hiệu giãn đồng tử có thể coi là dấu hiệu khá đặc trưng cho rắn cạp nia, cạp nong [1]. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Nghiên cứu đặc điểm và diễn biến của dấu hiệu giãn đồng tử và tương quan với liệt cơ, thời gian thở máy ở bệnh nhân bị rắn cạp nia (Bungarus multicinctus hoặc B.candidus) cắn*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 37 bệnh nhân bị rắn độc cắn điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai được chẩn đoán rắn cạp nia cắn từ tháng 9/ 2011 –10/ 2012.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Chẩn đoán xác định bị rắn cạp nia (Bungarus multicinctus hoặc B.candidus) cắn

Xác định rắn độc bằng cách: Nhìn thấy rắn cắn, mang rắn đến hoặc mô tả lại và chỉ đúng rắn mẫu tại Trung tâm Chống độc. Lâm sàng phù hợp (tại chỗ, diễn biến toàn thân): vết móc độc như kim châm, tại chỗ không hoại tử, đau họng miệng, đau bụng...

Tại chỗ: hầu như không có triệu chứng.

Toàn thân: sụp mí, đồng tử giãn, phản xạ ánh

sáng của đồng tử giảm hoặc mất, há miệng hạn chế, liệt hô hấp, liệt tứ chi, giảm hoặc mất phản xạ ánh sáng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân có các bệnh lý mắt ảnh hưởng đến đồng tử. Bệnh nhân đang dùng thuốc giãn đồng tử. Bệnh nhân bị các bệnh lý thần kinh cơ gây liệt

2. Phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu tiến cứu mô tả*

Quy trình đánh giá đồng tử: Dựa vào thước đo kích thước đồng tử (thước mẫu)

Dùng đèn soi đồng tử, 1870lux (3cm), 4000lux (1cm), ánh sáng luôn đảm bảo trên 1800lux với khoảng cách từ đèn soi đến mắt 3cm.

Xác định giãn đồng tử khi kích thước đồng tử của bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn > 4mm và giãn cả hai bên với ánh sáng >1800lux

Theo dõi lâm sàng bệnh nhân nằm viện

- Các dấu hiệu tại chỗ: hoại tử, phù nề.

- Các dấu hiệu toàn thân: kích thước đồng tử, liệt chi, thở máy theo thời gian: giờ thứ 2, giờ thứ 6, giờ thứ 12, sau 1 ngày, sau 2 ngày, sau 4 ngày, sau 1 tuần, sau 1 tháng.

Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng các test toán thống kê phù hợp. Chọn $\alpha=0,05$ là mức có ý nghĩa thống kê, $\beta=0,2$. Xác định mức tương quan r bằng thuật toán Spearman.

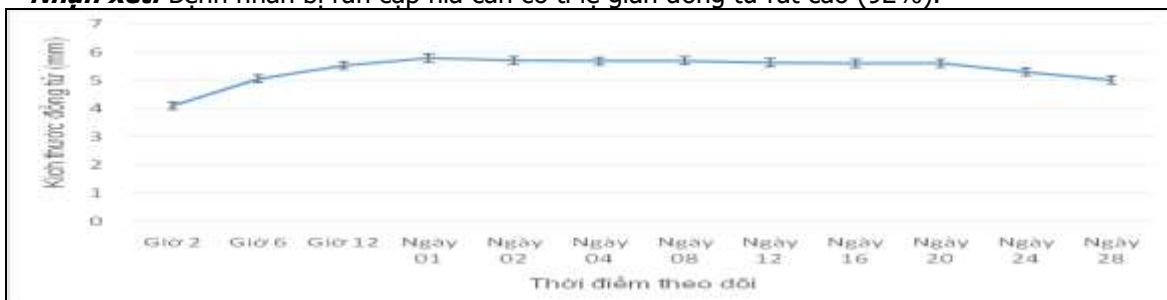
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 37 bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn, trong đó 24 nam (64,8%) và 13 nữ (35,2%). Độ tuổi trung bình là $37,0 \pm 15,4$. Thời gian từ khi bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn đến khi vào viện trung bình là $9,8 \pm 5,7$ giờ.

Bảng 3.1. Tỷ lệ và thời điểm xuất hiện giãn đồng tử

	Giãn đồng tử	
	Có	Không
n	34	3
Tỷ lệ (%)	92	8
Thời điểm xuất hiện giãn đồng tử (giờ)	4,10±2,05 [2-11]	

Nhận xét: Bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn có tỷ lệ giãn đồng tử rất cao (92%).



Biểu đồ 3.1. Kích thước đồng tử trong các thời điểm nghiên cứu

Nhận xét: Kích thước đồng tử trung bình cao nhất vào các ngày thứ nhất, thứ hai, thứ 4 và thứ 8 với các giá trị lần lượt là 5,79, 5,70, 5,68 và 5,69mm. Sau đó kích thước giảm từ từ tới ngày thứ 8 kích thước đồng tử trung bình là 5,01mm.

Bảng 3.2. Thời gian tồn tại giãn đồng tử

Thời gian	Đặc điểm	Bệnh nhân giãn đồng tử		Kích thước đồng tử (mm)
		n	Tỉ lệ (%)	
2 tuần		21	61,76	5,62 ± 0,82
1 tháng		17	50	4,80 ± 0,99
2 tháng		9	26,47	4,64 ± 1,01
3 tháng		3	8,82	4,1 ± 0,9

Nhận xét: 17 bệnh nhân (50%) tồn tại giãn đồng tử đến tháng thứ 1. 3 bệnh nhân tồn tại giãn đồng tử trên 3 tháng.

Bảng 3.3. Tỉ lệ và thời gian thở máy và thời gian liệt chi

Yếu tố	n	Tỉ lệ (%)	Thời gian (ngày)		
			Ngắn nhất	Dài nhất	TB ± SD
Liệt chi	33	97	2	35	9,5 ± 8,3
Thở máy	31	91	2	28	9,3 ± 8,2

Nhận xét: Thời gian thở máy dài nhất là 28 ngày, trong khi đồng tử vẫn còn giãn tới ngày thứ 90

Bảng 3.4. Tương quan giữa dấu hiệu giãn đồng tử với thời gian thở máy, mức độ và thời gian liệt chi

Chi số	Hệ số	Thời điểm xuất hiện giãn đồng tử	Mức độ giãn đồng tử lớn nhất
Thời gian thở máy	r	-0,45	0,558
	p	<0,01	<0,01
Mức độ liệt chi	r	-0,669	0,866
	p	< 0,01	< 0,01
Thời gian liệt chi	r	-0,531	0,627
	p	< 0,01	< 0,01

Nhận xét: Thời điểm xuất hiện giãn đồng tử và thời điểm đồng tử giãn lớn nhất tính từ sau khi bị cắn có mối tương quan với thời gian thở máy, mức độ liệt chi và thời gian liệt chi. Trong đó, mức độ liệt chi có liên quan nghịch mức độ mạnh với thời điểm đồng tử giãn lớn nhất.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ và đặc điểm dấu hiệu giãn đồng tử:

Trong nghiên cứu này, dấu hiệu giãn đồng tử gặp ở hầu hết bệnh nhân bị rắn cắn nia cắn (92%). Kết quả này cũng giống với một số tác giả Nguyễn Kim Sơn, 99/99 ca (100%) [1], Hà Trần Hưng, 93% [4] và cao hơn so với Trịnh Xuân Kiếm (71%) [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy kích thước đồng tử bệnh nhân bị rắn cắn nia cắn giãn rất sớm TB 4,1 (2-11giờ) và nhanh (2-24 giờ) và mức độ giãn rất lớn trung bình 5,79±0,65mm tồn tại rất lâu (1-28 ngày). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Sơn, 5,63±1,2 mm [1]. Trên thực tế đã từng có những ca chẩn đoán được coi là chẩn đoán rất khó khi không khai thác được thông tin từ bệnh nhân (liệt hoàn toàn) và thăm khám kỹ trên người bệnh nhân không có dấu vết gì. Có bệnh nhân đã từng được chẩn đoán nhầm là mất não hoặc tai biến mạch não, viêm não...vv. Nhưng dấu hiệu giãn đồng tử rất đặc trưng đã giúp chúng tôi xác định được đó chính là bệnh

do rắn cắn nia cắn gây ra. Ngược với những tổn thương nội khoa khác như viêm não hoặc xuất huyết não, đồng tử giãn to chứng tỏ có tổn thương não trầm trọng hoặc chết não. Đây là điều mà các bác sỹ lâm sàng cần chú ý và hết sức cảnh giác trong chẩn đoán mất não ở bệnh nhân bị rắn hổ cắn có giãn đồng tử (rắn cắn nia cắn). Tác giả Warrell [5] có kết quả nghiên cứu tương tự, nhưng chưa đưa ra những nhận xét chi tiết như chúng tôi. Về cơ chế giãn đồng tử mạnh và lâu, chưa rõ ràng. Theo chúng tôi có khả năng nọc độc của rắn cắn nong hoặc cắn nia gắn bền vững với cơ vòng của đồng tử khiến cơ này liệt hoàn toàn trong một thời gian dài gây nên giãn đồng tử. Như vậy, dấu hiệu đồng tử giãn, tồn tại lâu suốt quá trình nằm viện cũng như đồng tử không co khi chiếu đèn (mất phản xạ ánh sáng) là một trong dấu hiệu đặc trưng chỉ gặp ở rắn cắn nia cắn.

Thời điểm xuất hiện và thời gian tồn tại giãn đồng tử: Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy thời gian từ khi bệnh nhân bị rắn cắn nia cắn đến khi xuất hiện dấu hiệu giãn đồng tử

trung bình là $4,10 \pm 2,05$ [2-11 giờ]. Kết quả này cũng tương tự với Nguyễn Kim Sơn (4-5 giờ) [1]. Tình trạng giãn đồng tử kéo dài ở một số bệnh nhân. Có tới 50% bệnh nhân vẫn còn dấu hiệu giãn đồng tử sau 1 tháng tính từ khi bị rắncạp nia cắn, kích thước trung bình $4,80 \pm 0,99$. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với LaoThong và Sitprija [6].

Tương quan giữa giãn đồng tử và liệt chi: Thời điểm xuất hiện giãn đồng tử cũng có liên quan chặt chẽ với thời gian liệt chi, hầu hết các bệnh nhân bị rắncạp nia cắn thì thời điểm xuất hiện giãn đồng tử càng sớm thì thời gian liệt chi càng kéo dài. Thời điểm giãn đồng tử lớn nhất có liên quan với mức độ liệt chi và thời gian liệt chi. Thời điểm giãn đồng tử lớn nhất càng sớm thì mức độ liệt càng nặng và thời gian thở máy càng kéo dài, sự tương quan này gặp ở hầu hết bệnh nhân bị rắncạp nia cắn. Bệnh nhân vào viện mà có giãn đồng tử với liệt chi rất dễ nhầm với chết não, vì vậy đòi hỏi bác sĩ cần phải thăm khám kĩ càng. Các chỉ số tương quan ở bảng 3.4. đều $>0,3$ chứng tỏ mức tương quan khá chặt chẽ. Thời điểm giãn đồng tử có tương quan nghịch với thời gian thở máy, mức độ liệt chi và thời gian liệt chi. Có nghĩa là thời điểm xuất hiện giãn đồng tử càng sớm thì mức độ liệt chi càng nặng, cũng như thời gian thở máy lại kéo dài. Cũng chính lý do tương tự, mức độ giãn đồng tử tương quan thuận với thời gian thở máy và thời gian liệt chi.

Trong thực tế chúng tôi thấy rằng có bệnh nhân bị rắncạp nia cắn, thời điểm xuất hiện giãn đồng tử lớn nhất đã xuất hiện vào giờ thứ 2 sau khi bị rắncạp nia cắn và bệnh nhân xuất hiện liệt tứ chi rất sớm và mức độ liệt xuất hiện rất nhanh (2-6h), càng nặng (5/5-1/5) và kéo dài (36 ngày), trong khi đó bệnh nhân xuất hiện rất muộn ở giờ 24 thì thời gian liệt chi ngắn (2 ngày). Qua tính toán cụ thể chúng tôi cũng thấy rằng mức độ giãn đồng tử càng lớn thì mức độ liệt chi càng nặng ($r=0,866$; $p<0,01$).

Tương quan giữa giãn đồng tử với thời gian thở máy: Trong nghiên cứu này (bảng 5 và 6) thời gian thở máy có tương quan với thời điểm giãn đồng tử ($r= -0,45$; $p<0,01$), thời điểm xuất hiện giãn đồng tử càng sớm (thời gian từ khi bị cắn đến khi giãn đồng tử càng ngắn) thì thời điểm bắt đầu thở máy càng sớm, tương tự logic trên, thời điểm xuất hiện giãn đồng tử càng sớm thì mức độ liệt chi càng nặng, thời gian liệt chi càng kéo dài (tương ứng với $r= -0,669$ và $-0,531$; $p<0,01$). Mức độ giãn đồng tử có tương

quan thuận với thời gian thở máy, tức là đồng tử giãn càng lớn thì thời gian thở máy càng kéo dài ($r=0,558$; $p<0,01$), mức độ liệt chi càng nặng ($r=0,866$; $p<0,01$), thời gian liệt chi càng kéo dài ($r=0,627$; $p<0,01$). Qua ý nghĩa trên, các bác sỹ thực hành lâm sàng điều trị ngộ độc cấp do rắncạp nia có thể dự đoán được tính chất nghiêm trọng và thời gian điều trị dựa trên thời gian xuất hiện và mức độ giãn đồng tử. Tác giả Nguyễn Kim Sơn cũng có kết quả nghiên cứu gần giống với chúng tôi với cách giải thích tương tự [1].

V. KẾT LUẬN

Dấu hiệu giãn đồng tử ở bệnh nhân bị rắncạp nia cắn chiếm tỉ lệ rất cao, thường xuất hiện sớm và kéo dài. Thời điểm xuất hiện giãn đồng tử càng sớm thì thời gian thở máy, liệt chi càng kéo dài, mức độ liệt chi càng nặng (tương quan nghịch). Mức độ giãn đồng tử càng nặng, thời gian thở máy, liệt chi càng kéo dài, mức độ liệt chi càng nặng (tương quan thuận). Đây là một đặc điểm rất quan trọng đặc trưng độc tố rắncạp nia cho phép các bác sỹ lâm sàng căn cứ xác đáng trong chẩn đoán xác định rắncạp nia cắn cũng như tiên lượng tình trạng liệt cơ hô hấp là căn cứ để chuẩn bị nguồn lực điều trị bệnh nhân rắncạp nia cắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Kim Sơn (2008): Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị một số rắncạp nia trên cạn thuộc họ rắncạp hổ (*Elapidae*) ở Miền Bắc Việt Nam, *Luận án Tiến sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội.
2. Vũ Văn Đính và CS (2004): Rắncạp nia, Hồi sức cấp cứu toàn tập, *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội, 433 - 437.
3. Paternostro-Sluga T., Grim-Stieger M, Posch M, et al. (2008) Reliability and validity of the Medical Research Council (MRC) scale and a modified scale for testing muscle strength in patients with radial palsy. *J Rehabil Med*. 40(8):665-71. doi: 10.2340/16501977-0235.
4. Hung HT, Höjer J, Du NT (2009): Clinical features of 60 consecutive ICU-treated patients envenomed by Bungarus multicinctus. *Southeast Asian J Trop Med Public Health*, Vietnam Poison Control Center, Hanoi Medical University, Vietnam. May;40(3):518-524.
5. Trinh KX, Khắc QL, Warrell DA (2010): Hyponatraemia, rhabdomyolysis, alterations in blood pressure and persistent mydriasis in patients envenomed by Malayan kraits (*Bungarus candidus*) in southern Viet Nam. *Toxicon*. Nov;56(6):1070-1075.
6. Laothong C, Sitprija V (2001): Decreased parasympathetic activities in Malayan krait (*Bungarus candidus*) envenoming. Department of Medicine, Srisaket Hospital, Srisaket, Thailand. *Toxicon*. Sep;39(9):1353-1357.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT THÂN ĐUÔI TỤY QUA NỘI SOI Ổ BỤNG: KINH NGHIỆM 10 NĂM

Đoàn Tiến Mỹ*, Phan Minh Trí**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mục tiêu của nghiên cứu này là phân tích các kết quả của phẫu thuật cắt thân đuôi tụy nội soi ổ bụng. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hàng loạt ca. **Kết quả:** Từ tháng 05/2005 đến tháng 05/2015, tại khoa Ngoại Gan- Mật- Tụy bệnh viện Chợ Rẫy có 39 trường hợp cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng với tỉ lệ nam:nữ là 1:2,6, tuổi trung bình 40,5 (14-77), và thời gian mổ trung bình là 280 phút (135-460). Tỉ lệ mổ cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng thành công là 34/39 trường hợp, trong đó có 9 trường hợp cần kỹ thuật bàn tay hỗ trợ, và có 5/39 trường hợp chuyển mổ mở. Biến chứng sau mổ bao gồm: 1 trường hợp chảy máu phải mổ lại qua nội soi ổ bụng, 1 trường hợp nhiễm trùng thành bụng, 1 trường hợp viêm phổi, 4 trường hợp rò tụy sau mổ được điều trị bảo tồn. Kết quả giải phẫu bệnh bao gồm: 7 trường hợp insulinoma, 4 trường hợp nang tuyến lành tính, 8 trường hợp ung thư tuyến tụy, 10 trường hợp viêm tụy mạn - nang giả tụy, 5 trường hợp u thể đặc giả nhú giáp biên ác, và 2 trường hợp u mạch dạng hang xơ hóa. **Kết luận:** Cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng an toàn và khả thi, với tỉ lệ tai biến và biến chứng chấp nhận được và không có trường hợp tử vong. Đây có thể là điều trị chọn lựa đối với các u lành, kích thước vừa phải tại các trung tâm có dung lượng bệnh nhân lớn và phẫu thuật viên có kinh nghiệm mổ nội soi.

Từ khóa: Mổ nội soi- Cắt thân đuôi tụy nội soi- U tụy

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC DISTAL PANCREATECTOMY

Aim: The aim of this study was to analyze the results of laparoscopic distal pancreatectomy. **Materials and Methods:** Case series descriptive report. **Results:** We conducted the research on 39 cases of laparoscopic distal pancreatectomy at the department of hepato-biliary-pancreatic surgery, Cho Ray hospital, from May 2005 to May 2015. The male:female ratio was 1:2.6, average age was 40.5 (14-77), mean time of operation was 280 minutes (135- 460). Successful rate of laparoscopic procedure was 34/39 cases, in which 9 cases required hand-assisted technique, and there were 5/39 cases converted to open laparotomy. Postoperative complications included 1 case of bleeding that

underwent laparoscopic reoperation, 1 case of incisional infection, 1 case of pneumonia, and 4 cases of pancreatic fistulas that healed spontaneously. Pathological results included 7 cases of insulinoma, 4 cases of benign pancreatic cyst, 8 cases of pancreatic carcinoma, 10 cases of chronic pancreatitis with pseudocyst, 5 cases of borderline solid pseudopapillary epithelial neoplasm, and 2 cases of fibrosis cavernous hemangioma. **Conclusions:** Laparoscopic distal pancreatectomy is a safe and feasible procedure with acceptable morbidities and complications and without mortality. It could become the treatment of choice for benign tumor with moderate size at a high workload center with experienced laparoscopic surgeons.

Keywords: Laparoscopy- Laparoscopic distal pancreatectomy- Pancreatic tumor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự tiến triển về số trường hợp cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng cũng như sự hoàn thiện kỹ thuật tương đối chậm vì các lý do sau: (1) tụy nằm sau phúc mạc có giải phẫu học khá phức tạp, nhất là sự liên quan với các mạch máu lớn xung quanh; (2) biến chứng sau mổ đáng ngại là rò tụy; (3) thời gian cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng còn khá dài; (4) cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng vẫn chưa được xem là phẫu thuật chuẩn so với cắt thân đuôi tụy bằng phương pháp mổ mở, nhất là đối với ung thư tụy. Tuy nhiên trong vài năm gần đây, số lượng công trình cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng tăng dần đã chứng minh cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng vẫn có vị trí so với những phẫu thuật mổ mở kinh điển. Sau 10 năm áp dụng phương pháp cắt tụy qua nội soi ổ bụng một cách thận trọng tại khoa ngoại gan mật tụy Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi muốn tổng kết lại những trường hợp cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng qua đó rút ra những yếu tố kỹ thuật, kinh nghiệm về chọn lựa bệnh nhân cũng như đưa ra chỉ định hợp lý cho loại phẫu thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu chọn mẫu liên tục, có mẫu bệnh án bao gồm các tham số ghi nhận trước mổ, trong mổ và các biến chứng sau mổ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán là u vùng thân và đuôi tụy được chỉ định mổ cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng tại khoa ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 05/ 2005 đến tháng 05/2015.

*Khoa Gan Mật Tụy Bệnh Viện Chợ Rẫy

**Bộ môn Ngoại – ĐHY Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Tiến Mỹ

Email: myquan67@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2017

Ngày duyệt bài: 12.3.2017

Tiêu chuẩn loại trừ

- U xâm lấn cơ quan lân cận trên CT - scan.
 - U thể đặc có đường kính trên 10 cm.
- Theo dõi sau mổ: dấu hiệu phục hồi lưu thông tiêu hóa và biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ

Tổng số bệnh nhân: n=39

Nam:nữ: 1:2,6

Tuổi trung bình (năm): 40,5 (từ 14 đến 77)

Bảng 1- Đặc điểm thương tổn

Kích thước u (n)	<1 cm 2/39	1 – 5 cm 16/39	> 5 cm 21/39
Viêm dính quanh u (n)	9/39		
	Nang giả tụy – viêm tụy: 4 ca		Ung thư tuyến: 5 ca

Viêm dính có thể do quá trình viêm và do ung thư xâm lấn. Đây là nguyên nhân làm cho cuộc mổ khó khăn phải hỗ trợ bằng tay hoặc chuyển thành mổ mở.

Bảng 2- Đặc điểm cuộc mổ

Đặc điểm	Số trường hợp N=39)
Chảy máu nhiều trong khi phẫu tích	14
Cần đến kỹ thuật bàn tay hỗ trợ	9
Truyền máu trong mổ	15
Chuyển mổ mở	4
Sử dụng stapler để cắt tụy	33
Cắt tụy với bàn tay hỗ trợ (không stapler)	6
Thời gian mổ trung bình (phút)	280 (135- 460)

Hai lý do chính khiến phẫu thuật viên cần đến kỹ thuật bàn tay hỗ trợ là u insulin quá bé không thấy trên bề mặt tuyến tụy (hình ảnh CT hoặc MRI cũng không rõ ràng) hay u dính nhiều. Lý do chính của chuyển mổ mở là chảy máu trong khi phẫu tích (2 trường hợp) và viêm dính quá nhiều do ung thư (2 trường hợp) làm cho phẫu thuật viên không thể tiếp tục phẫu tích tụy được.

Bảng 3. Biến chứng sau mổ và xử trí

Biến chứng	Tần suất (n=39)	Tỉ lệ (%)	Xử trí
Biến chứng sau mổ	7	17,9	
Rò tụy	4	10,3	2,5
			2,5
			5,1
Chảy máu bờ cong lớn dạ dày	1	2,5	Mổ nội soi lại cầm máu
Nhiễm trùng vết mổ	1	2,5	Điều trị nội
Viêm phổi	1	2,5	Điều trị nội
Kết quả			
Tốt	7		17,9

Trường hợp nằm viện lâu nhất 38 ngày là do rò tụy sau mổ. Bốn trường hợp rò tụy đều là trường hợp mổ khó, chảy máu và cần truyền máu trong mổ, trong đó 2 ca phải chuyển mổ mở (1 do ung thư tụy, 1 do u mạch hang xơ hóa). Hai trường hợp chuyển mổ mở này có 1 trường hợp cắt tụy và khâu mặt cắt bằng tay và 1 trường hợp cắt bằng stapler có khâu tăng

cường mặt cắt. Trường hợp rò tụy còn lại xảy ra trên một bệnh nhân bị nang giả tụy do viêm tụy mạn và tụy được cắt bằng stapler. Cả 4 trường hợp rò tụy này điều trị bảo tồn đều thành công, không cần mổ lại. Trường hợp biến chứng chảy máu sau mổ duy nhất được phát hiện và mổ lại cầm máu qua nội soi ổ bụng trong ngày, vị trí chảy máu là ở bờ cong lớn dạ dày

Bảng 4. Đặc điểm Giải phẫu bệnh

U nang tuyến tụy lành tính	4
U tiết insulin	7
Ung thư tuyến tụy	8
Viêm tụy xơ hóa- nang giả tụy	10
U thể đặc giả nhú giáp biên ác	5

U mạch dạng hang xơ hóa	2
Nang bạch mạch mạch máu	1
Ung thư biểu mô tế bào thần kinh nội tiết tụy	1
U bọc tuyến nhầy tại tụy	1
Tổng	39

Những bệnh nhân có bệnh cảnh nhập viện là hạ đường huyết đều được khoa nội tiết chuyển đến vì nghi u tụy tiết insulin. Khi đo lượng đường trong máu bệnh nhân tại phòng mổ, chúng tôi ghi nhận tất cả 7 trường hợp u tiết insulin đều biểu hiện đường huyết tăng dần ngay sau cắt u. Cả 8 trường hợp ung thư tụy vùng đuôi đều có chỉ số CEA, CA 19.9 bình thường, và đều có hình ảnh viêm dính ít nhiều trên phim CT scan bụng có cản quang.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan đến chuyển mổ mở

Các yếu tố	Chuyển mổ mở		Không (n = 34)		Có (n = 5)		p
	TS	%	TS	%	TS	%	
Kích thước u (cm)							
≤ 5	21	53,8	0	00,0	0,038*		
> 5	13	33,3	5	12,8			
Chảy máu trong mổ							
Chảy ít	24	61,5	1	2,5	0,087**		
Chảy nhiều	10	25,6	4	10,3			
Tổn thương nội tạng, hoặc lỗi do kỹ thuật							
TT nội tạng	00	00,0	2	5,1	< 0,0001*		
Tuyệt clip TM	00	00,0	1	2,5			
Không	34	87,2	2	5,1			

(*) Test Cramer's V.

5 trường hợp chuyển mổ mở đều rơi vào nhóm có kích thước u trên 5cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,038. Vậy nên cần nhắc khi chọn những trường hợp u lớn hơn 5cm để thực hiện phẫu thuật nội soi. Sự liên quan giữa chảy máu trong mổ và chuyển mổ mở không có ý nghĩa thống kê, với p=0,087; tuy nhiên sự liên quan giữa chuyển mổ mở và tổn thương cơ quan trong mổ có ý nghĩa thống kê với p=0,0001.

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến biến chứng sau mổ

Các yếu tố	Biến chứng		Không (n = 32)		Có (n = 7)		p
	TS	%	TS	%	TS	%	
Chuyển mổ mở							
Có	01	2,5	4	10,3	0,001*		
Không	31	79,5	3	7,7			
Khâu tăng cường							
Có	14	35,9	7	17,9	0,038**		
Không	18	46,2	0	00,0			
Giải phẫu bệnh							
Viêm	04	10,3	4	10,3	0,027*		
Ung thư	07	17,9	2	5,1			
Bình thường	21	53,8	1	2,5			

(*) Test Cramer's V.

Có sự liên quan giữa biến chứng sau mổ với nhóm chuyển mổ mở, 4/5 trường hợp chuyển mổ mở có tai biến so với 3/32 trong nhóm không chuyển mổ mở (p=0,001).

Gần phân nửa nhóm có khâu tăng cường móm tụy có biến chứng sau mổ và khác biệt có ý nghĩa so với nhóm không khâu (p=0,038). Những trường hợp có biến chứng thường có viêm dính hay u kích thước lớn. Kết quả giải

phẫu bệnh sau mổ viêm hay ung thư có tỉ lệ biến chứng sau mổ cao hơn so sánh với nhóm còn lại (p=0,027).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng đã được chứng minh giúp phóng đại phẫu trường và giúp bệnh nhân chóng hồi phục sau mổ với tỉ lệ tai biến và biến chứng chấp nhận

được [3]. Với hình ảnh được phóng đại, các nhánh nhỏ của tĩnh mạch và động mạch lách dễ dàng được phẫu tích khỏi nhu mô tụy và kẹp clip, đồng thời làm tăng khả năng bảo tồn được lách. Cắt thân đuôi tụy rất thích hợp được thực hiện qua nội soi ổ bụng vì không cần phải khâu nối ở mặt cắt. Các nghiên cứu đa trung tâm với số liệu bệnh nhân lớn đều cho rằng nên áp dụng phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy đối với các u lành, mặc dù các nghiên cứu gần đây cho thấy mổ qua nội soi ổ bụng có kết quả tương đương với mổ mở, ngay cả đối với ung thư tuyến ống của tụy [3],[4].

So với mổ mở, thời gian cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng dài hơn đặc biệt trong những trường hợp viêm dính nhiều quanh tụy. Tuy nhiên để cuộc mổ không quá lâu nên chăng chúng ta nên kết hợp với bàn tay hỗ trợ ngay từ đầu nếu thấy những dấu hiệu viêm dính trên CT scan bụng có cản quang.

Vài công trình đã chứng minh không có sự khác biệt về tỉ lệ rò tụy sau mổ giữa khâu bằng tay và bằng stappler. Chúng tôi chọn giải pháp an toàn là khâu tăng cường mồm cắt tụy sau khi đóng bằng stappler. Tỉ lệ rò tụy của chúng tôi là 10,3% (4/39), có thể chấp nhận được khi so sánh với các báo cáo ngoài nước trước đây.

Tác giả Nasafumi Nakamura giới thiệu kỹ thuật ép mô tụy trước và sau khi cắt bằng stappler (Peri-firing compression) giúp làm giảm tỉ lệ rò tụy. Tuy nhiên 3 trường hợp rò tụy của chúng tôi xảy ra trên 2/27 trường hợp sử dụng stapler (1 khâu ép tăng cường và 1 không khâu ép) và trên 1/8 trường hợp cắt tụy bằng dao điện thông thường có kèm khâu ép mồm cắt tụy. Không có sự khác biệt về tỉ lệ rò giữa 2 nhóm sử dụng stapler và nhóm cắt bằng dao điện. Chúng tôi cho rằng còn nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến tỉ lệ rò tụy như cuộc mổ dễ hay khó, thời gian mổ ngắn hay dài, chảy máu trong mổ ít hay nhiều, nhận định ranh giới mặt cắt rõ ràng hay không, chất lượng mô tụy bở hay chắc v.v..

Đối với những trường hợp u tiết insulin có kích thước nhỏ, khó khăn trong mổ là định vị được khối u nếu khối u nằm sâu trong mô tụy. Do đó, định vị thật chính xác vị trí khối u trước mổ là thiết yếu cho sự thành công của phẫu thuật và nhằm tránh cắt mù mô tụy. Nếu không có siêu âm qua nội soi ổ bụng thì phẫu thuật viên phải cần kỹ thuật bàn tay hỗ trợ.

Chúng tôi thường mở rộng lỗ trocar rốn khoảng 6cm để cho bàn tay trái vào ổ bụng hỗ trợ mổ nội soi, cân cơ thành bụng được khâu vắt

với nylon 1.0 vừa khít cổ tay, tránh xì CO₂. Với bàn tay trong ổ bụng, có thể xác định khối u tụy kích thước nhỏ, không chế chảy máu, và tách khối u khỏi các tạng lân cận dễ dàng hơn. Trong nghiên cứu này, có 9 trường hợp chúng tôi đã cho bàn tay vào hỗ trợ mổ nội soi để tránh phải chuyển thành mổ bụng không cần thiết. Chỉ định bao gồm 4 trường hợp u tiết insulin (1 do không thấy u trên bề mặt tụy, 1 do chảy máu tĩnh mạch lách, 2 do bệnh nhân béo phì không bộc lộ được khối u), 4 trường hợp nang tụy (2 do u viêm dính nhiều, 1 do bấm stapler bị thất bại, 1 do áp-xe tụy vỡ) và 1 trường hợp ung thư đuôi tụy dính nhiều vào mô lân cận.

Trong giai đoạn đầu, một số tác giả đã cho rằng không nên phẫu thuật nội soi đối với ung thư thân đuôi tụy, vì tỉ lệ cắt được thấp hơn ung thư đầu tụy nhiều [5] do bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn trễ. Các phản ứng viêm và xơ hóa quanh khối u khiến cho việc bóc tách qua nội soi ổ bụng rất khó khăn. Tuy nhiên phẫu thuật nội soi cũng có ưu điểm giúp phát hiện di căn gan hoặc phúc mạc và tránh được mổ bụng không cần thiết. Cũng như các nhà ngoại khoa trên thế giới, chúng tôi chưa thể bàn luận khía cạnh ung thư học trong cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng, dù trong nghiên cứu có 8 trường hợp có giải phẫu bệnh ung thư tụy.

V. KẾT LUẬN

Cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng hoàn toàn khả thi với đối với u lành tính hay giáp biên ác của đuôi tụy với tỉ lệ thành công cao, tỉ lệ biến chứng chấp nhận được, và không có tử vong. Hai nguyên nhân chính gây khó khăn về mặt kỹ thuật là tình trạng viêm tụy mạn tính và ung thư tụy. Thời gian mổ sẽ ngắn lại nếu chọn lọc bệnh nhân chặt chẽ hơn và phẫu thuật viên tích lũy nhiều kinh nghiệm hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choi SH, Kim SM, Oh JT, Park JY, Seo JM, Lee SK (2006).** Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: a multicenter study of 23 pediatric cases. *J Pediatr Surg.* 41(12):1992-5
2. **Finlayson E, Clark OH (2004).** Surgical treatment of insulinomas. *Surg Clin North Am.* 84(3): 775-85
3. **Frantz VK (1959).** Tumor of the pancreas. In: Atlas of tumor pathology. Washington DC: Armed Forces Institute of pathology. 1959:32-3
4. **Gagner M, Pomp A (1994).** Laparoscopic preserving pancreatoduodenectomy. *Surg Endosc.*8(5):408-10

5. Gagner M, Pomp A, Herrera MF (1996) Early experience with laparoscopic resections of islet cell tumors. *Surgery*. 120:1051-1054
6. Hao CY, Lu AP, Xing BC, Huang XF, Gao F, Ji JF (2006). Solid pseudopapillary tumor of the pancreas: report of eight cases in a single

institution and review of the Chinese literature. *Pancreatology*. 6(4): 291-6

7. Jung SE, Kim DY, Park KW, Lee SC, Jang JJ, Kim WK (1999). Solid and papillary epithelial neoplasm of the pancreas in children. *World J Surg*. 23:233-6

HIỆU QUẢ GÂY TÊ TỦY SỐNG CỦA LEVOBUPIVACAIN ĐẲNG TRỌNG KẾT HỢP VỚI FENTANYL TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI

Nguyễn Văn Minh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: *Levobupivacain*, là đồng phân S của bupivacain, ngày càng được sử dụng nhiều hơn do mức độ ngộ độc tim mạch và thần kinh ít hơn bupivacain. Mục tiêu của nghiên cứu này là so sánh tác dụng phong bế cảm giác, vận động, tỷ lệ thành công và khảo sát tác dụng không mong muốn của levobupivacain liều 8mg và 9mg khi kết hợp với 20mcg fentanyl trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai. **Đối tượng và phương pháp:** Sau khi được phê duyệt và sản phụ đồng ý, 100 sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai được chọn vào nghiên cứu và chia thành hai nhóm. Nhóm I nhận 8mg và nhóm II nhận 9mg levobupivacain, cả hai nhóm được dùng kết hợp thêm 20 mcg fentanyl đường tủy sống. Gọi là gây tê thành công cho phẫu thuật khi không dùng thêm ketamin hay fentanyl trong phẫu thuật. **Kết quả:** Mức độ phong bế cảm giác, vận động giữa hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê, tỉ lệ thành công ở nhóm II cao hơn nhóm I (98% so với 84%, $p < 0,05$). Tỉ lệ tụt huyết áp 64% so với 58%, chậm nhịp tim 6% so với 4%, buồn nôn, nôn 8% so với 4%, ngứa 4% so với 4%, rét run 6% so với 8% ở nhóm II và I theo thứ tự, không có bệnh nhân nào bị suy hô hấp. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy gây tê tủy sống liều 9mg levobupivacain có tỉ lệ thành công cao hơn liều 8mg khi kết hợp với 20 mcg fentanyl cho phẫu thuật lấy thai. Mức độ phong bế cảm giác, vận động và tỉ lệ tác dụng không mong muốn tương đương giữa hai nhóm.

Từ khóa: Levobupivacain, gây tê tủy sống, phẫu thuật lấy thai

SUMMARY

EFFICACY OF DIFFERENT DOSE OF PLAIN LEVOBUPIVACAINE COMBINED WITH FENTANYL INTRATHECALLY FOR CESAREAN SECTION

Background: Levobupivacaine is a pure S(-) enantiomer of bupivacaine, its use is progressively increased due to lower cardiotoxicity and

neurotoxicity. The objectives of this study were to compare the sensory, motor blockade, success rate and to convey undesirable effects of 8 and 9mg levobupivacaine combined with 20µg fentanyl in spinal anesthesia for cesarean section. **Materials and methods:** After hospital ethics committee approval and getting written informed consent from parturients, one hundred parturients with ASA I-II were included in the study. They were randomly divided into either Group I receiving 8 mg levobupivacaine and 20 mcg fentanyl or Group II receiving 9mg levobupivacaine and 20 mcg fentanyl. Success was defined as without using ketamine or fentanyl during surgery. **Results:** The sensory and motor blockade were not significantly different between two groups. Success rate in Group II was higher than in Group I (98% vs 84%, $p < 0,05$). Hypotension rate was 64% vs 58%, bradycardia 6% vs 4%, nausea and vomiting 8% vs 4%, pruritus 4% vs 4%, shivering 6% vs 8% in Group II and Group I, respectively. No parturients experienced respiratory depression. **Conclusion:** Intrathecal 9 mg levobupivacaine provided anesthesia better than 8mg when combined with 20 mcg fentanyl in Cesarean section in term of success rate. Sensory, motor blockade and side effects were similar between two groups.

Key words: Levobupivacaine, spinal anesthesia, cesarean section

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ phẫu thuật lấy thai ở Việt Nam năm 2008 là 35,6%, thuộc loại cao trong khu vực, Trung Quốc 46,2%, Thái Lan 34,1%, Nhật 19,8%, Hoa Kỳ 32,3% [5],[6]. Như vậy số sản phụ cần phẫu thuật lấy thai rất lớn. Gây mê hồi sức trong phẫu thuật lấy thai phải tính đến hai cá thể. Yêu cầu trong vô cảm để phẫu thuật lấy thai là đảm bảo an toàn cho mẹ nhưng không ảnh hưởng đến con.

Có nhiều phương pháp vô cảm được áp dụng trong phẫu thuật lấy thai từ gây mê toàn thân có đặt nội khí quản đến gây tê tủy sống, gây tê ngoài màng cứng hoặc kết hợp gây tê tủy sống và ngoài màng cứng. Gây tê tủy sống (GTTS) là kỹ thuật được ưu tiên lựa chọn, chiếm đến trên 95% các trường hợp phẫu thuật lấy thai. Phương pháp này dễ thực hiện, kỹ thuật đơn giản,

*Đại học Y Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Minh

Email: nguyenvanminhdhy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2017

Ngày duyệt bài: 10.3.2017

nhánh, kết quả đáng tin cậy, dùng ít thuốc nên ảnh hưởng đến mẹ và con tối thiểu, mẹ tỉnh táo trong quá trình phẫu thuật nên tham dự vào một quá trình đặc biệt, sự chào đời của trẻ. Tuy nhiên GTTS cũng có những bất lợi như tụt huyết áp nặng, buồn nôn, nôn, thời gian phong bế hạn chế, nhức đầu sau gây tê. Các bác sĩ gây mê hồi sức cũng phải tính đến cân bằng giữa mức tê đủ để phẫu thuật và tác dụng không mong muốn khi chọn thuốc tê và chọn liều dùng.

Câu hỏi được đặt ra là khi áp dụng phương pháp vô cảm gây tê tùy sống để phẫu thuật lấy thai thì liều lượng của thuốc tê levobupivacain 0,5% đẳng trọng là bao nhiêu miligram, để vừa đủ cho phẫu thuật viên lấy thai được thuận lợi và sản phụ không bị đau đồng thời hạn chế các tác dụng không mong muốn. Cần có nghiên cứu để đánh giá hiệu quả và chọn liều thích hợp để sử dụng trên lâm sàng. Fentanyl là thuốc giảm đau họ morphin, khi kết hợp với thuốc tê trong gây tê tùy sống không chỉ làm cải thiện chất lượng gây tê và giảm đau mà còn làm giảm được liều thuốc tê từ đó giảm được các tác dụng không mong muốn. Có ít nghiên cứu về levobupivacain trong gây tê tùy sống để phẫu thuật lấy thai. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Hiệu quả gây tê tùy sống của levobupivacain đẳng trọng kết hợp với fentanyl trong phẫu thuật lấy thai nhằm mục tiêu:

1. So sánh tác dụng phong bế cảm giác, vận động và tỷ lệ thành công của các phương pháp gây tê tùy sống bằng levobupivacain liều 8 mg và 9 mg kết hợp với 20 mcg fentanyl trong phẫu thuật lấy thai.

2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của các phương pháp gây tê trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện trên các sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế, trong thời gian từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 02 năm 2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Sản phụ đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu, có chỉ định phẫu thuật lấy thai và áp dụng phương pháp GTTS, phân loại sức khỏe I, II theo phân loại của Hội Gây mê Hoa Kỳ (ASA I và ASA II), tuổi thai đủ tháng, có ngôi thai là ngôi chòm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Sản phụ từ chối phương pháp GTTS, bị rối loạn đông máu (tỷ lệ prothrombin < 50%, tiểu cầu < 100G/L hoặc đang dùng thuốc chống đông), bị tiền sản giật nặng hoặc sản giật, mắc hội chứng HELLP, bị dọa vỡ hoặc vỡ tử cung, rau tiền đạo, rau bong non, rau cài răng lược, bị các bệnh lý về tim

mạch, có vết phẫu thuật cũ ở thành bụng, đang trong tình trạng sốc, bị suy thai cấp, bị gù vẹo cột sống lưng hoặc nhiễm trùng vùng lưng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu có so sánh giữa hai nhóm.

2.3. Cách tiến hành

2.3.1. Quy trình tuyển chọn đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 100 sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai đạt tiêu chuẩn lựa chọn, bốc thăm ngẫu nhiên phân sản phụ vào một trong hai nhóm;

Nhóm I gồm 50 sản phụ được gây tê bằng levobupivacain liều 8mg kết hợp với 20mcg fentanyl.

Nhóm II gồm 50 sản phụ được gây tê bằng levobupivacain liều 9mg kết hợp với 20mcg fentanyl.

Theo dõi các thông số gồm tần số tim, huyết áp, SpO₂ và nhịp thở được đo tự động trên máy Heyer. Ghi nhận các thông số 2 phút/lần trong 10 phút đầu sau gây tê tùy sống. Sau đó cứ 5 phút đo lại một lần cho đến kết thúc cuộc phẫu thuật. Kim đầu tù 18G để xác định mức phong bế cảm giác (phương pháp pinprick) sau khi sản phụ được GTTS.

2.4. Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá

2.4.1. Đánh giá tác dụng phong bế cảm giác: Đánh giá phong bế cảm giác đau theo phương pháp châm kim (pin-prick) cứ 1 phút/lần trong 15 phút đầu, sau đó 5 phút 1 lần cho đến khi kết thúc phẫu thuật. Đánh giá thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau (onset of analgesia) đến mức T₆ và T₄, đánh giá mức mất cảm giác cao nhất trong các lần đánh giá hoặc mức cảm giác đạt được vào phút thứ 20 kể từ lúc tiêm thuốc tê theo sơ đồ phân phối cảm giác của Scott D., với các mốc cơ bản như sau: T₆ mất cảm giác khi châm kim đầu tù từ mũi ức trở xuống. T₄ ngang mức hai núm vú trở xuống. Đánh giá mức độ vô cảm cho cuộc phẫu thuật dựa vào thang điểm Abouleish và được chia ra 3 mức độ:

Tốt: Sản phụ không có cảm giác đau, khó chịu trong cuộc phẫu thuật

Trung bình: Sản phụ có cảm giác đau nhẹ, khó chịu trong cuộc phẫu thuật, cần cho thuốc giảm đau fentanyl 50 mcg có hoặc không kết hợp ketamin 1mg/kg sau đó tiến hành phẫu thuật.

Kém: Sản phụ đau khi rạch da, phải chuyển phương pháp mê nội khí quản.

Gọi là thất bại khi đạt mức vô cảm trung bình hoặc kém, phải dùng thêm thuốc hoặc chuyển phương pháp gây mê toàn thân có đặt nội khí quản.

2.4.2. Đánh giá tác dụng ức chế vận động: Theo thang điểm của Bromage tại thời điểm 10 phút:

Br₁: Cử động cẳng chân và bàn chân bình thường

Br₂: Chỉ có thể gấp gối, cử động bàn chân

Br₃: Không thể co gối, cử động bàn chân

Br₄: Hoàn toàn không thể cử động cẳng, bàn chân.

2.4.3. Các chỉ tiêu đánh giá về huyết động và xử trí: Tụt huyết áp khi huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg hoặc thấp hơn 80% so với giá trị trước khi gây tê. Xử trí bằng dùng ephedrin 6mg, có thể lặp lại và bù dịch để điều chỉnh huyết áp đạt đến trên 80% huyết áp nền. Chậm nhịp tim: Tần số tim dưới 50 lần/phút, dùng atropin 0,5mg, có thể lặp lại.

2.4.4. Các chỉ tiêu về hô hấp: Suy hô hấp khi tần số hô hấp dưới 10 lần/phút và hoặc SpO₂ ≤ 92%.

2.4.5. Khảo sát tác dụng không mong muốn trong phẫu thuật: Buồn nôn, nôn, ngứa, ức chế hô hấp, run.

2.4.5. Số liệu được xử lý với phần mềm SPSS 13.0 cho Windows.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 100 sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Huế, trong thời gian từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 02 năm 2016, 50 sản phụ ở nhóm I được gây tê bằng levobupivacain liều 8 mg kết hợp với 20 mcg fentanyl, 50 sản phụ nhóm II được gây tê bằng levobupivacain liều 9 mg kết hợp với 20 mcg fentanyl. Kết quả thu được như sau:

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi, cân nặng, chiều cao của hai nhóm

Thông số	Nhóm I (n = 50)	Nhóm II (n = 50)	p
Tuổi (năm)	29,7 ± 4,6[16 - 42]	29,5 ± 5,5[16 - 42]	> 0,5
Cân nặng (kg)	62,30 ± 5,4[49 - 76]	61,9 ± 8,1[50 - 90]	> 0,5
Chiều cao (cm)	155,3 ± 3,9[147 - 167]	154,5 ± 6,2[145 - 168]	> 0,5

Tuổi, cân nặng chiều cao của hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân phân bố đồng đều vào hai nhóm.

3.2. Thời gian phẫu thuật, lượng dịch truyền, lượng ephedrin đã dùng

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật, lượng dịch truyền, lượng ephedrin đã dùng

Thông số	Nhóm I (n = 50)	Nhóm II (n = 50)	p
Thời gian phẫu thuật (phút)	41,9 ± 11,2[35 - 65]	42,3 ± 10,5[36 - 62]	> 0,5
Lượng dịch truyền (ml)	122,3 ± 233,9[900-1400]	1208,9 ± 264,1[950-1300]	> 0,5
Lượng ephedrin đã dùng (mg)	10,6 ± 5,9[6 - 27]	12,4 ± 5,0[6 - 27]	> 0,5

Sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, lượng dịch truyền và lượng ephedrin đã dùng giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.3. Đánh giá các chỉ số vô cảm

Bảng 3. Thời gian tiềm tàng đạt các mức phong bế cảm giác

Thời gian (phút)	Nhóm	Nhóm I (n = 50)	Nhóm II (n = 50)	p
T ₆	($\bar{X} \pm SD$)	3,6 ± 1,6	3,2 ± 0,9	> 0,05
	Min - max	2 - 8	2 - 7	
T ₄	($\bar{X} \pm SD$)	5,4 ± 2,1	5,3 ± 2,0	> 0,05
	Min - max	3 - 10	3 - 10	

Thời gian sản phụ đạt mức phong bế cảm giác đau ở các vị trí khoanh tử T₆ và T₄ của nhóm I chậm hơn nhóm II, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 4. Mức phong bế cao nhất

Mức phong bế cao nhất	Nhóm	Nhóm I (n=50)	Nhóm II (n=50)	p
T ₅		3	0	> 0,05
T ₄		8	4	
T ₃		12	16	
T ₂		14	14	
T ₁		10	11	
C ₅		1	2	
C ₄		2	3	

Nhóm II có mức phong bế cao nhất cao hơn nhóm I, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Mức độ vô cảm cho phẫu thuật

Mức độ	Nhóm	Nhóm I (n=50)		Nhóm II (n=50)		p
		n	%	n	%	

Tốt	42	84%	49	98%	< 0,05
Trung bình, kém	8	16%	1	2%	

Mức độ vô cảm cho phẫu thuật ở nhóm I kém hơn nhóm II ($p < 0,05$), không có trường hợp nào cần chuyển qua nội khí quản, có 8 sản phụ khó chịu và đau khi lấy thai, khi lau ổ phúc mạc cần dùng ketamin lúc lấy thai và dùng thêm fentanyl sau khi lấy thai.

Bảng 6. Mức độ ức chế vận động của các nhóm nghiên cứu

Thông số	Nhóm I (n = 50)		Nhóm II (n = 50)		p
	n	%	n	%	
Br ₃	9	18	7	14	> 0,05
Br ₄	41	82	43	86	

Mức phong bế vận động giữa hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Các tác dụng không mong muốn trong phẫu thuật

Thông số	Nhóm I (n = 50)		Nhóm II (n = 50)		p
	n	%	n	%	
Tụt huyết áp	29	58	32	64	> 0,05
Chậm nhịp tim	2	4	3	6	
Buồn nôn, nôn	2	4	4	8	
Ngứa	2	4	2	4	
Rét run	4	8	3	6	

Tỉ lệ tụt huyết áp, chậm nhịp tim ở nhóm II cao hơn nhóm I, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tỉ lệ buồn nôn, nôn, ngứa, run lạnh.

Bảng 8. Chỉ số Apgar của trẻ ở hai nhóm

Thời gian	Nhóm		Nhóm I(n=50)	Nhóm II(n=50)	p
	Min-Max	$\bar{x} \pm SD$			
Phút thứ nhất	Min-Max		8-9	8-9	> 0,05
	$\bar{x} \pm SD$		8,3 ± 0,4	8,8 ± 0,3	
Phút thứ năm	Min-Max		9 - 10	9 - 10	> 0,05
	$\bar{x} \pm SD$		9,6 ± 0,6	9,6 ± 0,5	

Ở hai nhóm đều không có trường hợp nào trẻ có chỉ số Apgar ở các phút thứ 1 và phút thứ 5 thấp dưới 7 điểm. Sự khác biệt về điểm số Apgar giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả vô cảm: Nghiên cứu cho thấy levobupivacain liều 9mg kết hợp với 20 mcg fentanyl hiệu quả hơn so với liều 8mg kết hợp với 20 mcg fentanyl thể hiện qua số bệnh nhân khó chịu hoặc đau trong phẫu thuật cần phải dùng thêm thuốc ketamin hoặc fentanyl. Mức phong bế cảm giác, vận động của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Yêu cầu gây mê trong phẫu thuật lấy thai là phải vừa đảm bảo an toàn cho mẹ và con đồng thời bệnh nhân không khó chịu hoặc đau trong phẫu thuật mà cần phải dùng thêm các thuốc khác ketamin, fentanyl hoặc chuyển qua gây mê toàn thân có đặt nội khí quản. Khi phải dùng thêm thuốc hoặc chuyển phương pháp như vậy có thể kèm theo biến chứng như trào ngược, ức chế hô hấp. Phương pháp gây mê tùy sống thành công sẽ tránh được các can thiệp về phương pháp vô cảm. Dùng liều thuốc tê cao sẽ đảm bảo được tỉ lệ thành công tuy nhiên gặp phải bất lợi

thường gặp là tỉ lệ tụt huyết áp cao. Việc chọn liều thuốc tê thế nào để vừa cân bằng được yêu cầu đảm bảo thành công về vô cảm nhưng ít tụt huyết áp là vẫn đề còn nhiều tranh luận.

Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết luận của Arzola và cộng sự [2] trong một nghiên cứu phân tích tổng hợp gộp về liều bupivacain trong gây mê tùy sống để phẫu thuật lấy thai. Tác giả kết luận dùng liều trên 8mg thì hiệu quả gây mê tốt hơn, tỉ lệ bệnh nhân đau trong phẫu thuật ít hơn, ít cần dùng thêm các thuốc an thần giảm đau nhưng tỉ lệ tụt huyết áp trong phẫu thuật nhiều hơn so với dùng liều từ 8mg trở xuống. Tác giả cũng kết luận rằng tụt huyết áp có thể dự phòng và điều trị hiệu quả bằng bù dịch, dùng thuốc co mạch và thay đổi tư thế sản phụ mà không gây nên hậu quả nghiêm trọng. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với nghiên cứu của Gautier [4] với yêu cầu mức phong bế đến khoảng tủy T₄, tác giả dùng 8mg levobupivacain kết hợp với 2,5mcg sufentanil thấy kết quả 20% cần dùng thêm thuốc tê qua catheter ngoài màng cứng trong phẫu thuật. Hay nói cách khác liều 8mg không hiệu quả cho phẫu thuật lấy thai. Câu hỏi đặt ra mức độ phong bế cảm giác được đánh giá bằng kim đầu tù và vận

động tương đương nhau giữa hai nhóm nhưng tỉ lệ bệnh nhân đau trong phẫu thuật khác nhau. Điều này có thể giải thích được qua liều dùng ở mỗi nhóm. Giảm đau được đánh giá là mất cảm giác với kích thích châm kim đầu tù (pinprick), mất cảm giác khi mất cảm giác sờ. Tăng liều thuốc tê làm tăng mức độ phong bế cảm giác (vô cảm), ít cần dùng thêm thuốc giảm đau, nhưng không nhất thiết mức phong bế cảm giác với kim đầu tù lan cao hơn.

Opioid là thuốc hỗ trợ làm cải thiện chất lượng của gây tê tủy sống và ngoài màng cứng mà không gây lan cao mức giảm đau khi đánh giá bằng kim đầu tù. Có nhiều phương pháp đánh giá mức phong bế cảm giác được sử dụng. Mức phong bế cao nhất được cho là đủ cho phẫu thuật lấy thai nằm trong khoảng tủy T₆ đến T₂. Trên lâm sàng, cho dù mức phong bế hay phương pháp đánh giá nào thì trải nghiệm đau của bệnh nhân vẫn là cách đánh giá quan trọng nhất [2]. Về mặt lâm sàng chúng tôi lựa chọn liều cao và chấp nhận áp dụng các biện pháp dự phòng và điều trị tụt huyết áp.

4.2. Tác dụng không mong muốn: Tụt huyết áp là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất trong gây tê tủy sống để phẫu thuật lấy thai, có thể từ 20 đến 100% [7]. Tuy nhiên, biến chứng này có thể dự phòng được.

Buồn nôn và nôn trong phẫu thuật có thể do tụt huyết áp hay do tác dụng của fentanyl tủy sống, fentanyl ít gây nôn, nên nguyên nhân chính do tụt huyết áp.

Tóm lại, liều levobupivacain 9mg kết hợp 20mcg fentanyl hiệu quả hơn liều 8 mg kết hợp với 20mcg fentanyl trong gây tê tủy sống cho phẫu thuật lấy thai.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy gây tê tủy sống liều 9 mg levobupivacain có tỉ lệ thành công cao hơn liều 8 mg khi kết hợp với 20 mcg fentanyl cho phẫu thuật lấy thai. Mức độ phong bế cảm giác, vận động giữa hai nhóm tương đương. Tỉ lệ tác dụng không mong muốn thấp và tương đương giữa hai nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quốc Dĩnh, Hồ Khả Cảnh, Nguyễn Văn Minh (2010)**, "Đánh giá hiệu quả và tỷ lệ tụt huyết áp của gây tê tủy sống với marcain 8mg để mổ lấy thai", *Tạp chí y học thực hành*, Số 682+683: 559-61.
2. **Arzola C., Wiczorek P.M. (2011)**, "Efficacy of low-dose bupivacaine in spinal anaesthesia for Caesarean delivery: Systematic review and meta-analysis", *British Journal of Anaesthesia*, 107(3): 308-18.
3. **Bogod D. (2000)**, "Medicolegal implications", In: Reynolds F., ed. *Regional analgesia in obstetrics: A millennium update*. London: Springer: 371-80.
4. **Gautier P., De Kock M., Huberty L., Demir T., Izydorczak M., Vanderick B. (2003)**, "Comparison of the effects of intrathecal ropivacaine, levobupivacaine, and bupivacaine for Caesarean section", *British Journal of Anaesthesia*, 91: 684-9.
5. **Guise J.M., Denman M.A., Emeis C., et al. (2010)**, "Vaginal Birth after Cesarean: New Insights on Maternal and Neonatal Outcomes", *Obstetrics & Gynecology*, 115: 1267-78.
6. **Lumbiganon P., Laopaiboon M., Gülmezoglu A.M. et al. (2010)**, "Method of delivery and pregnancy outcomes in Asia: the WHO global survey on maternal and perinatal health 2007-08", *www.thelancet.com*, Published online DOI:10.1016/S0140-6736(09)61870-5.
7. **Ngan Kee W.D., Khaw K.S., Lee B.B., Lau T.K., Gin T. (2000)**, "A dose-response study of prophylactic intravenous ephedrine for the prevention of hypotension during spinal anesthesia for cesarean delivery", *Anesthesia & Analgesia*, 90: 1390-5.

TỬ VONG DO TAI NẠN THƯƠNG TÍCH Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2010-2014

Lương Mai Anh¹, Hà Anh Đức²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành hồi cứu đối với toàn bộ các trường hợp tử vong theo sổ tử vong A6-YTCS của

¹Cục Quản lý môi trường y tế

²Văn phòng Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Lương Mai Anh

Email: lmanh2004@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.3.2017

Ngày duyệt bài: 14.3.2017

63 tỉnh/thành phố năm 2005-2014 với mục tiêu mô tả tình hình tử vong do tai nạn thương tích ở nhóm tuổi trên 60 tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ suất tử vong do tai nạn thương tích ở nhóm trên 60 tuổi có xu hướng giảm dần trong vòng 5 năm qua từ năm 2010 đến năm 2014, từ 68/100.000 người tử vong năm 2010 xuống còn 60/100.000 người năm 2014. Tử vong do tai nạn thương tích ở nam (59%) trên 60 tuổi cao hơn ở nữ (41%). Trong đó, nguyên nhân tử vong do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ (40%) và tỷ suất (26,24/100.000) cao nhất, tiếp đó là nguyên nhân do ngã (chiếm 12%; 7,71/100.000).

Nguyên nhân có tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích ở người trên 60 tuổi thấp nhất là hóc và do động vật cắn, đốt húc (chỉ dưới 1%). Nghiên cứu này phản ánh thực trạng tai nạn thương tích ở những người trên 60 tuổi trong giai đoạn 5 năm từ 2010-2014 và cho thấy vấn đề y tế công cộng này cần được tăng cường theo dõi giám sát để giúp cho việc xây dựng chính sách và biện pháp can thiệp.

Từ khóa: tử vong do tai nạn thương tích, A6-YTCS, người già.

SUMMARY

SITUATION OF INJURY-RELATED MORTALITY OF ELDERLY IN VIETNAM IN PERIOD OF 2010-2014

A retrospective research was conducted with an aim to describe the situation of injury-related mortality status of elderly who were more than 60 years old in Vietnam according to the A6-YTCS book of all communes in 63 province of Viet Nam in 2010 - 2014. The results showed that the trend on injury-related mortality of elderly decreased from 2010 to 2014 (from 68/100,000 in 2005 to 60/100,000 in 2014). The percentage of male elderly injury-related mortality (59%) was higher than female (41%). In which, road traffic injury mortality was the highest in term of percentage (40%) and proportion (26.24/100.000), the second highest cause was falls (12%; 7,71/100.000). The lowest number was related to choking and animals bites (less than 1%). This study described the current situation of injury-related mortality of elderly older than 60 years old in the period from 2010 to 2014 and showed that the public health issues should be enhanced monitoring of assistance in the main building policies and interventions.

Key words: injury mortality, elderly, A6-YTCS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một nước đang phát triển, số người cao tuổi đang có xu hướng tăng nhanh. Theo dự báo, Việt Nam sẽ chính thức trở thành quốc gia có dân số già (tỉ lệ người trên 60 tuổi lớn hơn 10%) vào năm 2014 [3,4]. Như vậy chỉ trong vòng chưa đầy 10 năm nữa Việt Nam sẽ phải đối mặt với các khó khăn do việc "già hóa dân số" mang lại [3]. Đối với những trường hợp trên 60 tuổi, nhiều thay đổi cả về thể chất lẫn tâm thần (đặc biệt là về sức khỏe) có thể xuất hiện vì vậy cần có một sự quan tâm đặc biệt của gia đình và xã hội [1]. Đứng trước số lượng người già tăng nhanh trong những thập kỷ qua và còn tiếp tục tăng trong những năm tới, vấn đề chăm sóc sức khỏe cho đối tượng này đã trở thành nhiệm vụ cấp bách [3,4].

Hiện nay hệ thống cơ sở hạ tầng và mặt bằng kinh tế, dân trí của nước ta còn thấp. Nếu như Việt Nam không sự chuẩn bị tốt ngay từ bây giờ thì chắc chắn trong những năm tới áp lực của

việc "già hóa dân số" ngày càng đè nặng lên xã hội. Sự gia tăng dân số cao tuổi này kéo theo nhu cầu ngày càng tăng về các dịch vụ phúc lợi và y tế cho người cao tuổi [5]. Hậu quả là việc chăm sóc mang tính toàn diện đối với người cao tuổi ở nước ta khó có thể thực hiện được tốt [3,4].

Do những thay đổi về sinh lý và tâm thần, người cao tuổi trở thành những đối tượng nhạy cảm có nguy cơ bị thương tích. Để có kế hoạch phòng chống thương tích cho người cao tuổi, các nghiên cứu nghiên cứu tình hình tử vong ở những người trên 60 tuổi là hết sức cần thiết. Do đó, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng tử vong do tai nạn thương tích ở những người trên 60 tuổi tại Việt Nam được ghi nhận trong sổ tử vong A6-YTCS giai đoạn 2010-2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp tử vong ở người trên 60 tuổi tại Việt Nam được ghi nhận trong sổ tử vong A6-YTCS từ năm 2010 đến năm 2014.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu số liệu báo cáo tử vong theo sổ tử vong A6-YTCS. Nội dung nghiên cứu gồm:

- Tỉ suất tử vong do tai nạn thương tích ở nhóm trên 60 tuổi;

- Tỉ lệ tử vong do TNTT ở nhóm trên 60 tuổi;

2.3. Thời gian và địa điểm:

- Số liệu hồi cứu được thu thập từ năm 2010 đến năm 2014.

- Các số liệu được ghi nhận từ hệ thống y tế của toàn bộ xã/phường tại 63 tỉnh/thành phố.

2.4. Mẫu nghiên cứu:

- Mẫu nghiên cứu là mẫu toàn bộ: tất cả các trường hợp tử vong ở nhóm trên 60 tuổi được ghi nhận tại 63 tỉnh/thành phố.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu:

- Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng chương trình phần mềm SPSS; Mã hóa và làm sạch số liệu theo hướng dẫn ghi chép TNTT tại Quyết định số 25/2006/QĐ-BYT. Phân tích, tính toán các chỉ số TNTT bằng các thuật toán thống kê y tế.

2.6. Đạo đức của nghiên cứu

Tất cả các thông tin thu thập được đều được bảo đảm tính bí mật, khách quan, và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Trong giai đoạn nghiên cứu từ 2010-2014, cả nước có 182.374 trường hợp trên 60 tuổi do tai nạn thương tích.

Bảng 1: Tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích ở người trên 60 tuổi giai đoạn 2010-2014

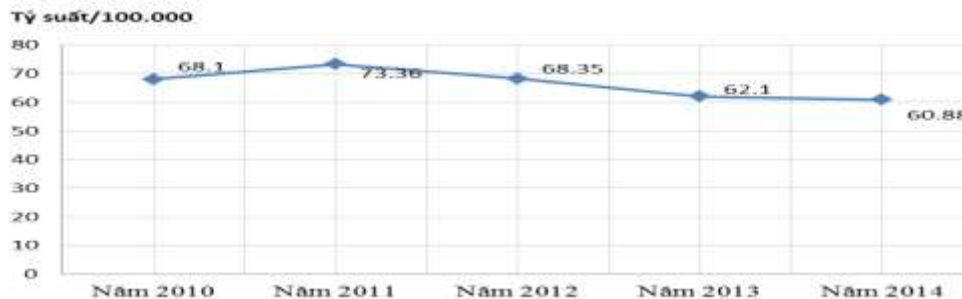
Năm	Số lượng TV TNTT chung	Số lượng tử vong do TNTT ở người trên 60 tuổi	Tỷ lệ %
2010	36.869	5587	15,15
2011	38.083	5.871	15,42
2012	37.627	5.574	14,81
2013	34.547	5.287	15,30
2014	35.248	5.496	15,59
Tổng	182.374	27.815	15,25
Trung bình năm	36.475	5.563	

Trong đó, tử vong ở nhóm trên 60 tuổi là 27.815 trường hợp, chiếm tỷ lệ 15,25%. Tỷ lệ này có giao động nhưng không nhiều. Kết quả thống kê cho thấy, trung bình mỗi năm cả nước có 5563 trường hợp trên 60 tuổi tử vong do tai nạn thương tích. Tỷ lệ này có xu hướng giảm từ năm 2005 (5587 trường hợp) đến năm 2014 (5496 trường hợp), và cao nhất vào năm 2011 (5871 người) và thấp nhất là năm 2013 (5287 người).

Bảng 2: Tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích ở người trên 60 tuổi theo giới

Năm	Nam	Tỷ lệ %	Nữ	Tỷ lệ %	Tổng	Tỷ lệ %
2010	3.233	57,87	2.354	42,13	5.587	100
2011	3.478	59,24	2.393	40,76	5.871	100
2012	3.170	56,87	2.404	43,13	5.574	100
2013	3.196	60,45	2.091	39,55	5.287	100
2014	3.290	59,86	2.206	40,14	5.496	100
Tổng	16367	58,84	11.448	41,16	27.815	100

Phân tích số liệu tử vong do tai nạn thương tích ở nhóm trên 60 tuổi theo giới cho thấy, tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích ở nam nhiều hơn nữ (nam trung bình là 58,84%) và (nữ trung bình là 41,16%). Tỷ lệ nam cao nhất vào năm 2013 (60,45%), thấp nhất vào năm 2010 (57,87%), tuy nhiên tỷ lệ giao động không nhiều.

**Biểu đồ 1: Tỷ suất tử vong do tai nạn thương tích ở nhóm trên 60 tuổi năm 2010 – 2014**

Biểu đồ trên cho thấy tỷ suất tử vong do tai nạn thương tích trên 60 tuổi có xu hướng giảm trong vòng 5 năm qua từ năm 2010 đến năm 2014, từ 68,1/100.000 người trên 60 tuổi từ năm 2010 xuống còn 60,88/100.000 người trên 60 tuổi năm 2014.

Bảng 3. Tỷ suất tử vong do tai nạn thương tích ở người trên 60 tuổi

Năm	Số lượng			Tỷ suất /100,000		
	Tổng	Nam	Nữ	Tổng	Nam	Nữ
2010	5.587	3.233	2.354	68,1	93,87	49,46
2011	5.871	3.478	2.393	73,36	104,02	51,36
2012	5.574	3.170	2.404	68,35	93,02	50,64
2013	5.287	3.196	2.091	62,10	75,75	48,69
2014	5.496	3.290	2.206	60,88	73,40	48,54
Tổng	27.815	16367	11448			
Trung bình năm	5.563	3273	2290	65,46	86,78	51,32

Trung bình mỗi năm cứ 100.000 người trên 60 tuổi có 65,46 trường hợp tử vong do tai nạn thương tích. Tỷ lệ này cao hơn đối với nam, trung bình cứ 100.000 nam giới trên 60 tuổi thì có 86 tử vong do tai nạn thương tích, trong khi tỷ suất này ở nữ là 51 người. Tỷ suất tử vong ở nam cũng có xu hướng giảm từ 93/100.000 nam giới năm 2010 xuống còn 73/100.000 năm 2014. Xu hướng tử vong ở nữ không thay đổi nhiều theo các năm.

Bảng 4: Số lượng tử vong do tai nạn thương tích trên 60 tuổi theo nguyên nhân

Nguyên nhân	2014	2013	2012	2011	2010	Trung bình	Tỷ lệ %
	Số lượng	Số lượng	Số lượng	Số lượng	Số lượng		
TNGT	2221	2151	2220	2533	2127	2250	40,45
TNLĐ	141	230	249	258	217	219	3,94
Động vật	41	45	47	49	59	48	0,87
Ngã	707	566	709	553	813	670	12,04
Đuối nước	620	637	690	727	617	658	11,83
Hóc	45	30	63	45	43	45	0,81
Bỏng	58	47	72	93	51	64	1,15
Ngộ độc	116	135	131	129	184	139	2,50
Tự tử	661	611	536	658	533	600	10,78
Bạo lực	55	75	68	87	66	70	1,26
Điện giật	164	177	156	170	154	164	2,95
Khác	667	583	633	569	723	635	11,41
Tổng	5496	5287	5574	5871	5587	5563	100

Bảng trên cho thấy, tính theo trung bình mỗi năm, tỷ lệ tử vong do tai nạn giao thông chiếm 40,45% tổng số trường hợp tử vong do tai nạn thương tích, chiếm tỷ lệ cao nhất. Nguyên nhân cao thứ hai là ngã, chiếm 12,04%, cao thứ ba là đuối nước với tỷ lệ 11,83%; thấp nhất là tỷ lệ tử vong do hóc (0,81%), do động vật cắn, đốt (0,87%).

Bảng 5: Tỷ suất tử vong do tai nạn thương tích trên 60 tuổi theo nguyên nhân

Nguyên nhân	2014	2013	2012	2011	2010	Tỷ suất trung bình
TNGT	24,60	25,27	23,78	31,65	25,93	26,24
TNLĐ	1,56	2,7	2,67	3,22	2,65	2,32
Động vật	0,45	0,53	0,50	0,61	0,72	0,61
Ngã	7,83	6,65	7,60	6,91	9,91	7,71
Đuối nước	6,87	7,48	7,39	9,08	7,52	7,62
Hóc	0,5	0,35	0,67	0,56	0,52	0,56
Bỏng	0,64	0,55	0,77	1,16	0,62	0,73
Ngộ độc	1,29	1,59	1,40	1,61	2,24	1,61
Tự tử	7,32	7,18	5,74	8,22	6,5	6,93
Bạo lực	0,61	0,88	0,73	1,09	0,8	0,84
Điện giật	1,82	2,08	1,67	2,12	1,88	2,81
Khác	7,39	6,85	6,78	7,11	8,81	7,41

Bảng trên cho thấy, trung bình mỗi năm, cứ 100.000 người trên 60 tuổi, có 26 người bị tử vong do tai nạn giao thông, hơn 7 người tử vong do ngã, 7 người tử vong do đuối nước và 7 người tử vong do tự tử. Tỷ suất tử vong do tai nạn thương tích ở người trên 60 tuổi thấp nhất do hóc (0,56/100.000), do động vật cắn, đốt, húc (0,61/100.000) và do bỏng (0,78/100.000).

IV. BÀN LUẬN

Xu hướng tử vong do tai nạn thương tích ở người

nhóm trên 60 tuổi có xu hướng giảm trong vòng 5 năm từ 2010 đến năm 2014. Kết quả này có sự tương đồng với kết quả đánh giá tỷ suất tử vong do tai nạn thương tích chung ở tất cả các nhóm tuổi tại Việt Nam và xu hướng của thế giới [6, 7].

Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích ở người trên 60 tuổi là nam giới cao hơn nữ giới. Tử vong ở nam trên 60 tuổi do tai nạn thương tích chiếm 58,8% trong khi nữ giới chỉ chiếm khoảng 41,16%. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả đánh giá tỷ lệ tử vong

do tai nạn thương tích chung theo giới ở tất cả các nhóm tuổi tại Việt Nam và xu hướng của thể giới [1, 6, 7,4].

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, tỷ lệ tử vong do tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất trong các nguyên nhân gây tử vong ở người trên 60 tuổi (40%). Kết quả cũng tương đồng với kết quả đánh giá tình hình tử vong do tai nạn thương tích theo các nguyên nhân của Cục Quản lý môi trường y tế, tác giả Phạm Việt Cường (2010), tác giả Đàm Viết Cường, Trần Thị Mai Oanh, Khương Anh Tuấn (2006) [6,7]. Nguyên nhân gây tử vong cao thứ hai ở người già là ngã (chiếm 12,04%), kết quả này cũng tương đồng với kết quả thống kê trên 100.000 người cao tuổi. Sau tai nạn giao thông, ngã luôn là nguyên nhân chính gây thương tích cũng như tử vong ở người già [6,7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ tử vong do tai nạn thương tích ở người già là một trong những nguyên nhân đáng chú ý gây tử vong ở Việt Nam. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng tai nạn thương tích ở người cao tuổi đã và đang là một vấn đề y tế công cộng cần được can thiệp. Vì vậy nghiên cứu đề xuất các nghiên cứu sâu hơn để tìm hiểu về vấn đề tử vong do tai nạn giao thông, ngã ở người trên 60 tuổi như hoàn cảnh

và các yếu tố đặc thù liên quan đến tai nạn thương tích nhằm cung cấp các thông tin cơ bản để thiết kế các biện pháp can thiệp thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Lão khoa Trung ương**, cập nhật ngày 10/02/2017 tại <http://benhvienlaokhoa.vn/vi/nga-va-roi-loan-dang-di-o-nguoi-cao-tuoi>.
2. **Chi Cục Dân số, kế hoạch hóa gia đình TP. Hồ Chí Minh**, cập nhật ngày 09/02/2017 tại <http://dansohcm.gov.vn/tin-tuc/thu-vien-tai-lieu/truyen-thong-suc-khoe-sinh-san-va-cac-bien-phap-tranh-thai/1376/cham-soc-s%E1%BB%A9c-kh%E1%BB%8Fe-ng%C6%B0%E1%BB%9Di-cao-tu%E1%BB%95i/>
3. **Thư viện y khoa**, cập nhật ngày 01/02/2017 tại <http://www.thuvienvykhoa.vn/chi-tiet-tai-lieu/nghien-cuu-tinh-trang-suc-khoe-va-cac-nhu-cau-cham-soc-tac-dong-den-suc-khoe-cua-nguoi-cao-tuoi-tai-huyen-an-hai-hai-phong/1964.yhoc>
4. **Đàm Viết Cường, Trần Thị Mai Oanh, Khương Anh Tuấn (2006)** Nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam.
5. **Bộ Lao động-Thương binh và Xã hội (2014)** Nhân rộng mô hình chăm sóc sức khỏe người cao tuổi dựa vào cộng đồng. Cập nhật ngày 01/02/2017 tại <http://www.molisa.gov.vn/vi/Pages/chitiettin.aspx?IDNews=21253>
6. **Cục Y tế dự phòng và môi trường**, Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2005 - 2008.
7. **Cục Quản lý môi trường y tế**, Thống kê tử vong do tai nạn thương tích năm 2009-2014.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GỠ ĐẦU DƯỚI XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Trần Trung Dũng*, Đào Xuân Thành*

TÓM TẮT

Gãy đầu dưới xương đùi là một gãy xương phức tạp và cần rất nhiều phương pháp để có được cách xử trí cần thiết cho loại gãy xương này. Trong một thời gian dài nhiều cách xử trí và phương tiện kết hợp xương đã được sử dụng. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả điều trị gãy hở đầu dưới xương đùi. **Phương pháp:** đánh giá hồi cứu trên 73 bệnh nhân bị gãy hở đầu dưới xương đùi được kết hợp xương bên trong. Thời gian liền xương, lệch trục cơ học, tỷ lệ nhiễm trùng và biến chứng sau phẫu thuật đã được nghiên cứu. **Kết quả:** với thời gian theo dõi

trung bình 12,5 tháng tỷ lệ liền xương là 100%. Sáu trường hợp nhiễm khuẩn đã được phát hiện. 9,6% bệnh nhân bị lệch trục cơ học. Có hai trường hợp lỏng khớp gối và hai bệnh nhân thoái hóa khớp gối. **Kết luận:** gãy đầu dưới xương đùi vẫn đang là thách thức trong ngành chấn thương chỉnh hình. Các phương tiện kết hợp xương bên trong là một bước đột phá trong điều trị loại gãy xương này.

Từ khóa: gãy xương hở, đầu dưới xương đùi.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF DISTAL FEMUR FRACTURE IN ADULTS

Background: distal femur is a complex fractures and most of times a personalized approach is needed for these fractures. Over a period of time variety of approaches and implants have been used for these fractures. The purpose of this study was evaluate results of treatment of open intra-articular and periarticular distal femur fractures. **Methods:**

*Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Dũng

Email: dungbacsy@dungbacsy.com

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2017

Ngày duyệt bài: 29.3.2017

Retrospective data evaluation of 73 patients with open distal femur fractures fixed with internal fixator was performed. Time of fracture healing, mechanical axis deviation, rate of infection and postoperative complications were registered. **Results:** at mean follow up of 12.5 months healing rate was 100%. Six cases with infection was observed. 9.6% of patients ended up with mechanical axis deviation. There were two cases knee instability and two patients presented knee arthrosis. **Conclusion:** distal femur fractures are challenging injuries. Internal fixators are a breakthrough in the treatment of open distal femur fractures.

Keywords: open fracture, distal femur.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy hở đầu dưới xương đùi là loại gãy lồi cầu đùi, liên lồi cầu hoặc trên lồi cầu xương đùi tính từ khe khớp gối lên trên và có vết thương phần mềm thông với ổ gãy. Trong đó loại gãy xương phạm khớp chiếm 60%. Đây là loại gãy thường gặp trong cấp cứu, chấn thương trực tiếp ngoại lực tác động mạnh, vết thương phần mềm dập nát nhiều, xương gãy phức tạp, dễ gây biến chứng, để lại di chứng sau gãy xương rất nặng nề như cứng duỗi gối, đau do viêm thoái hóa khớp gối và biến dạng khớp. Hiện nay gãy xương hở đầu dưới xương đùi ngày càng tăng cao với thương tổn phức tạp theo sự gia tăng các vụ tai nạn giao thông, tai nạn lao động ở những nước đang phát triển như Việt Nam. Cơ chế chấn thương rất đa dạng và mức độ tổn thương giải phẫu bệnh cũng rất khác nhau. Có thể gặp thương tổn phần mềm ít, xương gãy không hoặc ít di lệch cho đến tổn thương nặng như khuyết hồng phần mềm lộ xương, ổ gãy nát thành nhiều mảnh nhiều đoạn, xử trí tương đối phức tạp và để lại nhiều di chứng cho bệnh nhân.

Trước năm 1970, phương pháp điều trị bảo tồn là chính. Bệnh nhân được xuyên đinh kéo liên tục để nắn chỉnh, sau 2 đến 3 tuần chuyển sang cố định bằng bột. Điều trị phẫu thuật đã cho nhiều kết quả khả quan như liền xương, phục hồi chức năng. Tuy nhiên, đối với những trường hợp gãy phức tạp, gãy ở người già thì vấn đề lựa chọn phương tiện kết hợp xương (KHX) phù hợp với thương tổn vẫn còn nhiều tranh luận một số trường hợp chưa được như mong muốn và để lại nhiều di chứng ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống người bệnh [1]. Do vậy, để giúp cho việc nâng cao chất lượng điều trị gãy hở đầu dưới xương đùi bằng phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật gãy hở đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 73 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán gãy hở đầu dưới xương đùi độ I, II và IIIA theo phân loại Gustilo được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2013 đến tháng 5/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán xác định là gãy hở đầu dưới xương đùi độ I, II và IIIA do chấn thương theo phân loại Gustilo, có chỉ định phẫu thuật kết hợp xương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy xương bệnh lý, gãy kèm tổn thương mạch, tổn thương thần kinh, đa chấn thương, bệnh nhân không đến khám kiểm tra lại.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, nguyên nhân chấn thương, xử trí sơ cứu sau tai nạn của tuyến trước, thời điểm phẫu thuật.

- Phân loại gãy ĐDXĐ trên hình ảnh XQ thẳng và nghiêng theo phân loại của AO/ASIF gồm các nhóm A1 ,A2 ,A3 ;B1 ,B2 ,B3 ; C1,C2 ,C3. Trong gãy nhóm C có kèm theo gãy Hoffa (B3 theo phân loại AO)

Phương pháp phẫu thuật: Nguyên tắc phẫu thuật theo nguyên tắc của AO/ASIF.

BN được dùng kháng sinh ngay khi vào viện, trước khi phẫu thuật. Kháng sinh thường dùng là nhóm Cefalosporin thế hệ 3.

- **Đánh giá kết quả gần:** Thời gian trong vòng 3 tháng sau phẫu thuật.

Đánh giá tình trạng vết mổ: liền tốt vết mổ, nhiễm trùng viêm rò vận động của khớp gối. Đánh giá kết quả nắn chỉnh, phục hồi lại bề mặt khớp, xương gãy về vị trí giải phẫu bình thường, tình trạng cố định. Dựa vào tiến triển của vết mổ và kết quả chỉnh trục xương sau mổ kết hợp xương theo các tiêu chuẩn đánh giá của Larson – Bostman

Tiêu chuẩn liền xương trên hình ảnh XQ: Có can xương: là một khối đồng nhất, cản quang rõ. Không nhìn thấy khe sáng giữa hai đầu xương gãy.

- **Đánh giá kết quả xa:** Khám định kỳ theo hẹn 6 tháng, 12 tháng, 18 tháng. Đánh giá quá trình liền xương, trục xương, chức năng của khớp gối. Kết quả phục hồi chức năng: được đánh giá theo tiêu chuẩn phục hồi chức năng của Terchiphorst.

Biến chứng: Biến chứng trong mổ: chảy máu, kẹt đinh, gãy vis...Biến chứng sau mổ: chảy máu vết mổ, nhiễm trùng vết mổ. Biến chứng muộn và di chứng sau mổ: trôi vis, cong nẹp, viêm xương, chậm liền, cứng duỗi khớp, đau sau mổ...

III. KẾT QUẢ

Tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 69, tuổi trung bình là: $35,5 \pm 14,4$

Bảng 3. Phân loại mức độ gãy hở

Mức độ gãy hở	Số BN	Tỷ lệ (%)
I	11	15,0
II	31	42,5
IIIA	31	42,5
Tổng	73	100,0

Nhận xét: Gãy hở độ II và độ IIIA chiếm tỷ lệ cao tương ứng 42,5%. Gãy hở độ I chiếm tỷ lệ ít hơn tương đương 15%. Số bệnh nhân được xử trí mổ cấp cứu xử trí trong cùng một thì cắt lọc vết thương KHX là 35 BN (chiếm 47,9%). Số bệnh nhân KHX khi vết thương ổn định 38 BN (chiếm 52,1%).

Kết quả điều trị: Kết quả chung theo Larson-Bostman

Bảng 4. Tình trạng vết mổ

Diễn biến tại vết mổ	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Liên da thì đầu	67	91,8
Nhiễm khuẩn nông	5	6,8
Nhiễm khuẩn sâu	1	1,4
Tổng	73	100,0

Nhận xét: Trong số 73 BN có 67 BN liền da thì đầu; 5 BN nhiễm khuẩn nông vết mổ. Chỉ có 1 BN nhiễm khuẩn sâu có viêm xương.

Bảng 5. Kết quả nắn chỉnh ổ gãy

Nắn chỉnh ổ gãy trên XQ	n	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	14	19,2
Tốt	52	71,2
Trung bình	7	9,6
Kém	0	0,0
Tổng	73	100,0

Nhận xét: Rất tốt và tốt: 66/73BN (90,4%). Trung bình: 7/73 BN (9,6%)

Kết quả xa: Bệnh nhân có thời gian theo dõi sau mổ ngắn nhất là 5 tháng, dài nhất là 38 tháng, trung bình là 12,5 tháng.

Bảng 6. Mức độ ngắn chi

Mức độ (mm)	n	%
0	36	49,4
≤10mm	32	43,8
>10mm	5	6,8
Tổng	73	100,0

Nhận xét: Có 5 BN bị ngắn chi >10mm (2,7%). Những BN này đều là gãy thuộc nhóm C3.

Bảng 7. Kết quả liền xương

Loại phương tiện	Sự liền xương		Vững chắc		Đạt yêu cầu		Khuyết xương	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Đinh Kirschner	8	42,1	11	57,9	0	0,0	0	0,0
Kirschner + Buttress	6	33,3	10	55,6	2	11,1	2	11,1
Nẹp DCP	1	20,0	4	80,0	0	0,0	0	0,0
Nẹp Buttress	11	42,3	13	50,0	2	7,7	2	7,7
Nẹp Khóa	4	80,0	1	20,0	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	41,1	39	53,4	4	5,5	4	5,5

Nhận xét: Cả 73/73 BN đều liền xương. Không có BN nào không liền hoặc chậm liền. Khuyết xương nhỏ có 4 BN (5,5%).

Bảng 8. Phân loại kết quả phục hồi chức năng theo Terchiphors

Kết quả		Rất tốt		Tốt		Trung bình		Kém	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nhóm A	A1	0	-	0	-	0	-	0	-
	A2	0	0,0	1	50,0	1	50,0	0	0,0
	A3	0	-	0	-	0	-	0	-
Nhóm B	B1	0	0,0	5	83,3	0	0,0	1	16,7

	B2	3	42,9	3	42,9	1	14,3	0	0.0
	B3	0		0		0		0	
Nhóm C	C1	1	16,7	4	66,7	1	16,7	0	0.0
	C2	1	8,3	4	33,3	6	50,0	1	8.3
	C3	3	7,5	20	50,0	12	30,0	5	12.5
Tổng		8	10,96	37	50,7	21	28,8	7	9,6

Nhận xét: Các BN có kết quả phục hồi chức năng kém chủ yếu nằm ở nhóm C.

Biến chứng muộn: đáng đi khắp khiêng 56 BN (76,7%), lệch trục chi 7 BN(9,6%), viêm khớp thoái hóa 2 BN (2,7%), lỏng khớp gối 3 BN(4,1%).

IV. BÀN LUẬN

Số bệnh nhân được phẫu thuật 1 lần 35/73 BN (47,9%), 2 lần 38/73 BN(52,1%). Phẫu thuật được tiến hành sau khi đã thăm khám và đánh giá đầy đủ các tổn thương, BN ở trong trạng thái ổn định, đồng thời các phương tiện KHX đã được chuẩn bị đầy đủ và phẫu thuật viên là người có kinh nghiệm[1]. Đối với các gãy xương phạm khớp nói chung thì việc tiến hành phẫu thuật sớm có ý nghĩa rất quan trọng giúp cho PHCN sau phẫu thuật tốt. Theo Mize R.D., (1982) thì thời điểm phẫu thuật tốt nhất là nên tiến hành vào ngày thứ 3. Theo Nguyễn Đức Phúc (2000), nếu trì hoãn 3 tuần hoặc lâu hơn nữa thì phẫu thuật khó khăn nhiều hơn vì khi đó chân bị biến dạng, di lệch chông và co cứng cơ gây ngăn chân, can nguyên thủy đã thành lập, phẫu thuật thời điểm này gây chảy máu nhiều. Theo David L.H., (1992), phẫu thuật được tiến hành tốt nhất trong vòng 48h đầu sau khi bị tổn thương. Đặng Kim Châu (1976), đối với gãy đầu xương, dù là phạm khớp hay không thì cần được xử trí sớm nhất trong điều kiện có thể để đảm bảo liên xương đúng hình thể và phục hồi được cử động bình thường của khớp. Chúng tôi nhận thấy những trường hợp xử trí muộn là gãy hở độ I thay bằng vết thương, bó bột chăm sóc vết thương ổn định mới mổ KHX.

Kết quả nắn chỉnh ở gãy: Việc kiểm tra, đánh giá kết quả phục hồi giải phẫu chúng tôi dựa trên hai chỉ tiêu là biến dạng gập góc và ngăn chân. Chúng tôi xác định biến dạng gập góc bằng thước đo góc được đo trên phim X quang và xác định độ ngăn chi bằng cách đo chiều dài tuyệt đối của chi gãy so sánh với chi lành. Trong số 73 BN có 66 BN (90,4%) không có biến dạng gập góc, không ngăn chi và ngăn chi dưới 10mm có 68 BN (93,2%). Biến dạng gập góc và ngăn chân xảy ra phần lớn ở những BN bị gãy đầu dưới xương đùi loại C2 và C3, những loại gãy xương này rất phức tạp do vậy khả năng KHX vững chắc và hoàn chỉnh về giải phẫu là khó đạt được. Để hạn chế những biến dạng này, theo Siliski J.M., (1989) và Kregor P.J., (2002)

nên ghép xương ở tất cả các trường hợp có vỡ nát ở vùng hành xương và những BN gãy loại C3. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 4 BN (2 BN loại C2, 2 BN loại C3) được ghép xương.

Kết quả liền xương: Bệnh nhân có thời gian theo dõi sau mổ ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 38 tháng, trung bình là 12,5 tháng. Tất cả các BN đều liền xương. Theo kết quả của Chiron H.S. và Muller M.E. (1974) thì thời gian liền xương trung bình là 16 tuần, tỷ lệ liền xương là 100% và có 60% BN trên lâm sàng liền xương trong 3 tháng đầu. Nghiên cứu của Mize R.D., (1989) [2] đạt liền xương ở tất cả 68 BN qua theo dõi 28 đến 52 tháng. Thời gian liền xương trung bình ở mỗi loại có khác nhau: với gãy loại C1 là 12,3 tuần, C2 là 13,1 tuần, C3 là 15.4 tuần. Nghiên cứu của Shewring D.J., (1992) [3] dùng nẹp DCS điều trị cho 21 BN tất cả đều liền xương trong vòng 11.3 tuần. Như vậy kết quả liền xương của chúng tôi không có sự khác biệt với các tác giả khác.

Kết quả phẫu thuật theo phân nhóm: Tỷ lệ tốt và rất tốt của chúng ba nhóm là 45/73 BN (61,6%). Đoàn Lê Dân và cs (1998) [4]: tỷ lệ tốt và rất tốt của ba nhóm là 23/48 BN (47,9%). Giang Hoài Nam (2001) [5]: tỷ lệ tốt và rất tốt của nhóm A và C là 26/36 BN (72,2%). Lê Quốc Huy (2003) [6]: tỷ lệ tốt và rất tốt của nhóm B và C là 30/51 BN (58.8%). Kết quả của chúng tôi tương đương với Lê Quốc Huy (58,8%) và Giang Hoài Nam (72,2%) và cao hơn Đoàn Lê Dân (47,9%) có lẽ phương tiện, kỹ thuật tốt hơn so với thời gian trước đây. Trên thực tế lâm sàng, những trường hợp thuộc nhóm C1 do thương tổn đơn giản nên việc KHX đạt được vững chắc hơn cho phép BN tập luyện được sớm hơn nên kết quả điều trị tốt hơn nhóm C2 và C3. Theo Siliski J.M., [7], trong số 52 BN bị gãy TLC-LLC được điều trị KHX bên trong thì kết quả tốt và rất tốt của nhóm C1 là 92%, C2 và C3 là 77%.

Sự phục hồi khả năng vận động của khớp gối là một trong những mục đích cơ bản của phẫu thuật KHX trong điều trị gãy đầu dưới xương đùi. Đây cũng là một vấn đề khó khăn trong điều trị. Việc phục hồi tốt hình thể giải phẫu, tương quan giữa các diện khớp và cố định xương vững chắc

tạo điều kiện cho BN vận động sớm tạo điều kiện cho xương liền nhanh và PHCN tốt. Khả năng gấp duỗi của khớp gối còn phụ thuộc vào loại gãy. Gãy càng phức tạp thì khả năng phục hồi càng kém. Theo Mize R.D., (1989) và Davis S.M., (1994) thì không thể KHX hoàn hảo cho tất cả các trường hợp gãy ĐDXĐ, nhất là gãy loại C3 phức tạp, nhiều mảnh và ở người già quá loãng xương, khả năng PHCN rất hạn chế.

Theo kết quả nghiên cứu ở bảng 8 có: 8/73 BN (11,0%) đạt gấp gối trên 120°, 37/73 BN (50,7%) đạt gấp gối từ 90° đến 120°, 21/73 BN (28,8%) đạt gấp gối dưới 90° và có 7 BN (9,6%) cứng gối hoàn toàn. Biên độ gấp gối trung bình của ba nhóm là: $92,6 \pm 7,8\%$. Riêng của nhóm C thì biên độ gấp gối trung bình của nhóm C1 là 109,6%, của nhóm C2 là 92,4° và của nhóm C3 là 52,6%. So sánh với nghiên cứu của Siliski J.M., (1989) [7] kết quả gấp gối trung bình đạt 107° (từ 113° với loại gãy C1 đến 99° với loại gãy C3) thì kết quả của chúng tôi thấp hơn, đặc biệt là đối với gãy loại C3. Điều này phản ánh những hạn chế về kỹ thuật cũng như về mức độ tập luyện PHCN sau PT.

Các biến chứng: Một trong những biến chứng của KHX bên trong là nhiễm khuẩn vết mổ, nếu nặng có thể gây viêm xương, dẫn đến kết quả điều trị thất bại. Trong nghiên cứu 6 BN (8,2%) bị nhiễm khuẩn trong đó 5 BN bị nhiễm khuẩn nông ở vết mổ. Các trường hợp này được cắt chỉ, tách vết mổ, thay băng, dùng kháng sinh và các thuốc chống nhiễm khuẩn tại chỗ, sau đó tất cả các vết mổ liền. Có 1 BN nhiễm khuẩn sâu do sau mổ 5 ngày xin ra viện viêm rò sâu dẫn tới viêm xương. Sau nạo viêm điều trị kháng sinh, sau 04 tháng tháo nẹp và giải quyết ổ viêm, bỏ bột thời gian 2 tháng và kết quả vết mổ đã ổn định. Tỷ lệ nhiễm khuẩn rất khác nhau giữa các tác giả. Nhưng nhìn chung tỷ lệ này ngày càng giảm, cho đến những năm gần đây thì tỷ lệ nhiễm khuẩn trong khoảng từ 0 đến 7%. Theo Stewart M.J., (1966): tỷ lệ nhiễm khuẩn là 6%, Chiron H.S., (1974) tỷ lệ nhiễm khuẩn là 2%. Theo các tác giả này thì các yếu tố dẫn đến nhiễm khuẩn bao gồm vết thương gãy hở, chấn thương mạnh gây đung dập mô mềm, làm giảm hoặc mất nuôi dưỡng các mảnh xương. Phẫu thuật bóc tách rộng làm tổn thương mạch máu nuôi xương và mô mềm. Kíp phẫu thuật thiếu kinh nghiệm, thời gian phẫu thuật kéo dài. Kết hợp xương không vững chắc.

Cứng duỗi gối sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7/73 BN (9,6%) bị cứng gối hoàn toàn, trong đó 1 BN thuộc nhóm B1, 6 BN

thuộc nhóm C, 1 BN thuộc nhóm C1, 5 BN nhóm C3. Biên độ gấp gối dưới 90° có 21 BN (28,8%). Theo chúng tôi, nguyên nhân dẫn đến cứng duỗi gối là do gãy hở ĐDXĐ phức tạp tổn thương phần mềm lớn, gãy hở độ II, độ III, có 62 BN (85%). Đặc biệt là cơ tứ đầu đùi bị bầm dập gây xơ dính, hạn chế vận động của khớp gối. Hơn nữa nắn chỉnh xương không đạt giải phẫu, tương quan diện khớp bị mất cân bằng. Kết hợp xương không vững chắc, BN tập vận động muộn, gây co cứng và co ngắn cơ tứ đầu. Bệnh nhân không được tập luyện PHCN đúng phương pháp. Theo Đoàn Lê Dân thì cứng duỗi gối chủ yếu xảy ra ở những trường hợp gãy xương phức tạp, phạm khớp. Loại gãy này khó phục hồi được diện khớp và khó thực hiện KHX vững chắc. Seinsheimer F. (1980) khuyến cáo: với gãy trên lồi cầu – liên lồi cầu phức tạp, dù được KHX vững chắc nhưng nếu không được vận động trị liệu tốt thì vẫn xảy ra cứng gối. Những trường hợp bị cứng duỗi gối sẽ được phẫu thuật gỡ dính sau tháo nẹp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật gãy hở đầu dưới xương đùi KHX vững chắc, phục hồi tốt cấu trúc giải phẫu ổ gãy, phục hồi được các diện khớp, hạn chế được can lệch, ngắn chân. KHX vững chắc, cho phép BN tập vận động sớm tránh được các biến chứng như teo cơ, cứng khớp, phục hồi tốt chức năng khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David S. M., Eric S. I., (1994) "Zickel supracondylar nailing for supracondylar femoral fractures in elderly patient" *J. Bone & Jointsurg.* 76B, pp 596-601.
2. Mize R.D., (1989). "Surgical management of complex fractures of the distal femur". *Clin. Orthop* 243, pp 115-128.
3. Shewring D. J., Megitt B. F., (1992), Fractures of the distal femur treated with AO dynamic condylar screw. *J. Bone & joint surg.* 74B, p.122.
4. Đoàn Lê Dân, Đoàn Việt Quân (1998), *Xử trí gãy trên lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi do tai nạn giao thông tại Bệnh viện Việt - Đức Hà Nội*, Tạp chí Ngoại khoa số 6/1998, tr.9 - 17.
5. Giang Hoài Nam (2001), Đánh giá kết quả điều trị gãy kín trên lồi cầu và liên lồi cầu xương đùi người lớn bằng kết hợp xương bên trong, Luận văn thạc sĩ y học, Học Viện Quân Y.
6. Lê Quốc Huy, (2003). "Đánh giá kết quả phẫu thuật kết hợp xương điều trị gãy kín phạm khớp đầu dưới xương đùi người lớn tại bệnh viện Việt Đức". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ CKII, Đại học Y Hà Nội, tr 12 – 15.
7. Siliski J.M., Maring M., Hofer H.P., (1989). Supracondylar-intercondylar fractures of the femur.

Treatment by internal fixation. *J.Bone & joint surg* 71, pp 95-104.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 453 - THÁNG 4 - SỐ 1 - 2017 VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - APRIL - 2017

- 1 **Sự phát triển và sự xoay của xương hàm dưới lứa tuổi 11-12 trên phim sọ nghiêng**
Cephalometric assessment of mandibular growth and rotation among children from 11 to 12 years old

Phạm Cao Phong, Lê Gia Vinh
- 2 **Nghiên cứu rối loạn chức năng hô hấp ở bệnh nhân chấn thương sọ não trước và sau phẫu thuật**
Studying on respiratory dysfunction in brain trauma patients before and after surgery

Phạm Thái Dũng, Nguyễn Ngọc Thạch
- 3 **Yếu tố liên quan với viêm nha chu ở người bệnh thận mạn**
Factors related to periodontitis in chronic kidney disease patients

Phạm Anh Vũ Thụy
- 4 **Đặc điểm di truyền bệnh khô da sắc tố**
Genetic characteristics of xeroderma pigmentosum

Lương Thị Lan Anh, Nguyễn Hữu Sáu
- 5 **Điều trị chỉnh hình răng mặt giai đoạn răng hỗn hợp bằng khí cụ cố định 2x4**
Studying in orthodontal treatments at mixed dentition stage using 2x4 fixed appliances

Nguyễn Thế Dũng
- 6 **Đánh giá tình hình bỏ trị ở thời điểm 12 tháng và tìm hiểu một số đặc điểm về bệnh nhân bỏ trị tại các phòng khám ngoại trú do dự án quỹ toàn cầu hỗ trợ**
Assessing arv treatment maintaining at 12 months in length and finding out affected factors in out patient clinic supported by global fund

Lê Thị Hương, Nguyễn Hữu Hải
- 7 **Kỹ thuật cải tiến trong cấy ghép implant xương gò má**
The modified zygomatic implant technique for patients with atrophic edentulous maxilla

Võ Văn Nhân, Nguyễn Tài Sơn
- 8 **Hiệu quả can thiệp nhằm cải thiện một số chỉ số đánh giá chất lượng điều trị HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa huyện Thuận Châu, tỉnh Sơn La**
Effective intervention indicator to improve quality performance for HIV/AIDS treatment in hospital Thuan Chau, Son La province

Lê Thị Hương
- 9 **Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm túi lệ mãn bằng phương pháp tiếp khẩu túi lệ-mũi qua đường rạch da có đặt ống silicon**
Clinical characteristics and treatment results of chronic dacryocystitis by dacryocystorhinostomy via the skin with inserting silicone rod

Nguyễn Quốc Đạt
- 10 **Nghiên cứu ứng dụng phần mềm stata để xử lý kết quả triple test trong sàng lọc trước sinh**
Research on applying stata software to process triple test results in prenatal screening

Lê Thanh Tùng
- 11 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị vết thương phần mềm tại khoa ngoại Bệnh viện Đa khoa huyện Càng Long năm 2015 - 2016**
Study on clinical characteristics and wound software treatment results in surgery faculty Cang Long district hospital from year 2015 – 2016

Phạm Thế Hiền, Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Thị Hồng Thoa

- 12 **Rối loạn thần kinh giao cảm phản xạ trong thăm dò niệu động học ở bệnh nhân tổn thương tủy sống**
Autonomic dysreflexia (AD) during urodynamic investigation in patients with spinal cord injury
Đỗ Đào Vũ, Cao Minh Châu
- 13 **Nghiên cứu bệnh động mạch chi dưới ở nhóm đối bệnh nhân có nguy cơ cao**
Prevalence of lower extremity arterial disease in high-risk patients using ankle-brachial index in general practice
Nguyễn Mạnh Hà, Đinh Thị Thu Hương
- 14 **Đánh giá sự thay đổi một số chỉ số quanh răng sau điều trị khởi đầu bệnh quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2**
Evaluate the change of some periodontal indexes after initial periodontal therapy in type 2 diabetic patients
Nguyễn Xuân Thực
- 15 **Mô tả ý tưởng và hành vi tự sát ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm nặng**
Description of ideas and acts suicide disorders in patients severe depression
Nguyễn Văn Dũng và cộng sự
- 16 **Nghiên cứu kết quả điều trị can thiệp nội mạch giãn tĩnh mạch tinh bằng kỹ thuật sandwich kết hợp coil và keo tại Bệnh viện Bạch Mai**
Results of intervention intervention treatment results the sandwich mechanism of sandwich coil and clear combination at Bach Mai Hospital
Lê Văn Khánh, Bạch Nguyễn Trà My, Nguyễn Xuân Hiền
- 17 **Đánh giá hiệu quả khóa đào tạo kỹ năng giao tiếp qua ý kiến của điều dưỡng**
Effectiveness of training course on communication skills throught nurses' opinions
Lê Thu Hòa
- 18 **So sánh mức độ an thần, gây quên và giảm lo lắng bằng phương pháp pcs sử dụng midazolam và propofol trong can thiệp phẫu thuật răng**
Compare the level of sedation, memory loss and anti-anxiety in pcs using midazolam and propofol in dental surgery
Nguyễn Quang Bình, Phạm Hoàng Tuấn
- 19 **Đánh giá kết quả mổ cắt thùy phổi bằng phẫu thuật nội lồng ngực tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong thời gian 4/2010- 4/2015**
Evaluate the results of thoracoscopic lobectomy at the 108 military central Hospital in period 4/2010 – 4/2015
Trần Trọng Kiểm, Nguyễn Ngọc Trung
- 20 **Nghiên cứu sự thay đổi paraquat huyết tương ở bệnh nhân ngộ độc paraquat được điều trị bằng lọc máu hấp thụ**
Study the changes plasma paraquat concentration with patients poisoning paraquat treated by hemoperfusion
Ngô Đức Ngọc
- 21 **Nghiên cứu tình trạng suy giảm nhận thức của bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn hồi phục tại Trung tâm Phục hồi Chức năng Bệnh viện Bạch Mai**
To study the cognitive impairment of patients with infarction in recover stage, rehabilitation Bach Mai Hospital
Nguyễn Thị Kim Liên, Lê Thị Hà
- 22 **Thừa cân-béo phì và các yếu tố xác định hội chứng chuyển hóa trên phụ nữ 20-59 tuổi tại hai Phường, quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội**
Overweight-obesity and factors identifying of metabolic syndrome in women aged 20-59 years in two communes of Bac Tu Liem District, Hanoi
Cao Thị Thu Hương, Lê Danh Tuyên
- 23 **Mối liên quan giữa điểm asa và tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ**
The relationship between asa score and surgical infection rate
Đinh Vạn Trung

- 24 **Đ**ánh giá tác dụng của độc hoạt tang ký sinh trong điều trị thoái hóa khớp gối
Evaluate the effect of độc hoạt tang ký sinh thang in improving clinical symptoms of
Nguyễn Thị Tâm Thuận, Hà Thị Việt Nga
- 25 **Đ**ánh giá tình trạng suy dinh dưỡng theo thang điểm sga ở bệnh nhân lọc màng bụng
Assess malnutrition with scale of sga in dialysis peritoneal patients
Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Văn Thanh, Đỗ Gia Tuyền
- 26 **N**ghiên cứu mô hình bệnh tai mũi họng tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh năm 2016
To study the disease structure of ear, nose and throat of tra vinh hospital in the year 2016
Phạm Thế Hiền
- 27 **N**ghiên cứu đặc điểm rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2016
A study on characteristics of lower urinary tract dysfunction in patients with type 2 diabetes at Bach Mai Hospital in 2016
Đỗ Đào Vũ, Nguyễn Khoa Diệu Vân
- 28 **Đ**ặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương mắt trẻ em
Clinical characteristics and treatment results of ocular trauma in the children
Nguyễn Quốc Đạt
- 29 **N**ghiên cứu chỉ số abi trong chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới mạn tính có đối chiếu siêu âm doppler mạch trên nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao
Comparaison of colour duplex untrasound and ankle brachial pressure index measurement in diagnosis of chronic lower extremity arterial disease in high-risk patients
Nguyễn Mạnh Hà, Đinh Thị Thu Hương
- 30 **V**ai trò của phân loại phẫu thuật răng khôn hàm dưới lệch gần theo parant
Role of parant scale for mesio-angular impacted mandibular third molars
Nguyễn Xuân Thục
- 31 **N**ghiên cứu đặc điểm hình ảnh u phổi trên phim chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương
Resecher somes featruers of lung tuomr in ct – scanner
Trần Văn Việt, Nguyễn Xuân Hiền
- 32 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng triệu chứng âm tính trong Bệnh Tâm thần Phân liệt
Clinical research and characteristics of the disease symptoms negative schizophrenia
Nguyễn Văn Dũng và cộng sự
- 33 **T**hực trạng giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
Communication skills in relationship between nurses and patients in Hanoi medical university Hospital
Lê Thu Hòa
- 34 **Đ**ánh giá mức độ hài lòng của bệnh nhân sử dụng phương pháp pcs bằng midazolam và Propofol trong phẫu thuật răng
Patients satisfaction asesment using pcs by midazolam and propofol in dental surgery
Nguyễn Quang Bình, Phạm Hoàng Tuấn
- 35 **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bệnh bướu giáp đơn thuần tại Bệnh viện TƯQĐ 108
Evaluation results of endoscopic thyroidectomy for simple goiter diseases in 108 milytary central Hospital
Trần Trọng Kiểm, Nguyễn Văn Nam
- 36 **N**ghiên cứu chức năng tình dục của nam giới sau tổn thương tuỷ sống giai đoạn tái hoà nhập cộng đồng
To study the sexual function in spinal cord injury male patients in community reintegration stage
Nguyễn Thị Kim Liên, Lê Thị Mai

- 37 **Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng có liên quan đến kết quả điều trị của bệnh nhân sau phẫu thuật cấp cứu lấy sỏi đường mật tại đơn vị Hồi sức Tích cực – Bệnh viện Việt Đức**
Effectiveness of the treatment of corrosive poisonings at poison control center of Bach Mai Hospital
Vũ Hoàng Phương, Trần Đình Thơ
- 38 **Đặc điểm lâm sàng, x quang và điều trị của nang xương hàm do răng tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang**
Clinical characteristics, x ray and treatment for odontogenic cysts in jaws in Tien Giang general Hospital
Tạ Văn Trâm, Phạm Thế Hiền
- 39 **Hội chứng chuyển hóa trên phụ nữ 20-59 tuổi có béo phì trung tâm tại 2 Phường, Quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội**
Metabolic syndrome in women aged 20-59 years having central obesity in two communes of Bac Tu Liem District, Hanoi
Cao Thị Thu Hương, Lê Danh Tuyên
- 40 **Sự đề kháng của một số vi khuẩn gram âm đối với các kháng sinh thường dùng trong Bệnh viện**
The resistance of some gram-negative bacteria to antibiotics commonly used in Hospital
Đinh Vạn Trung, Nguyễn Quang Toàn
- 41 **So sánh hiệu quả điều trị của độc hoạt tang ký sinh thang kết hợp tiêm ha và tiêm ha đơn thuần trong điều trị thoái hóa khớp gối**
Compare the effect of độc hoạt tang ký sinh thang with ha injection in treatment osteoarthritis
Nguyễn Thị Tâm Thuận, Hà Thị Việt Nga
- 42 **Lo âu và mối liên quan giữa lo âu và trầm cảm của bệnh nhân trước phẫu thuật bệnh lý cột sống tại khoa phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức**
Anxiety and the relationship between anxiety and depression in preoperative patients in spinal surgery department, Vietduc Hospital
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiên, Võ Văn Thanh, Nguyễn Trọng Đức
- 43 **Nghiên cứu đặc điểm và nguyên nhân tụt huyết áp ở bệnh nhân ngộ độc cấp tại Trung tâm Chống độc**
Study proportion and causes of hypotension patients at poison control center Bach mai Hospital
Bé Hồng Thu, Ngô Đức Ngọc
- 44 **Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ**
The thymic feature characteristics and role of mri in the evaluation of thymic lesion in patients with myasthenia gravis
Phùng Anh Tuấn, Bùi Văn Giang, Mai Văn Viện
- 45 **Nghiên cứu đặc điểm tuổi tác và tình trạng rối loạn cương dương ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt**
Aging character and erectile dysfunction in patients with benign prostatic hyperplasia
Nguyễn Quang
- 46 **Mối tương quan giữa độ dày lớp sợi thần kinh võng mạc và tổn thương thị trường trên bệnh nhân glôcôm**
Correlation between rNFL thickness and visual field defects in glaucoma
Nguyễn Quốc Đạt
- 47 **Kết quả can thiệp đặt ống ghép nội mạch trong bệnh lý phình bóc tách động mạch chủ ngực (TYPE B)**
Results of thoracic aortic artery endovascular intervention for type b dissection
Nguyễn Duy Tân, Trần Quyết Tiến

- 48 **Đ**ánh giá kết quả xử trí bí đái trên bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức
Evaluation of treatment results in patients with urinary retention after lumbar herniated disc surgery in vietduc hospital
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến
- 49 **K**ết quả bước đầu phẫu thuật phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo đa tiêu loạn thị acrysof restor toric
Outcomes of phacoemulsification surgery with toric multifocal intraocular lens implantation
Nguyễn Xuân Hiệp
- 50 **N**ghiên cứu mối liên quan giữa các số đo thể tích tuyến tiền liệt và mức độ của điểm triệu chứng tuyến tiền liệt
Research correlation between measures of prostate volumes and extent of the international prostate symptom score
Vũ Sơn
- 51 **H**iệu quả của phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển bằng midazolam trong thủ thuật nha khoa
The effectiveness of sedative with midazolam by patient controlled sedation method in wisdom tooth surgery
Nguyễn Thùy Linh, Nguyễn Quang Bình
- 52 **N**hu cầu chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại huyện Khánh Vĩnh, tỉnh Khánh Hòa
Health care needs of the elderly at Khanh vinh, Khanh Hoa province
Trần Văn Hương, Nguyễn Hoa Hội, Nguyễn Văn Tập
- 53 **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật đặt giá đỡ niệu đạo qua lỗ bịt (TOT) điều trị són tiểu gắng sức ở phụ nữ tại bệnh viện đức năm 2010-2015
To evaluate the effectiveness of transobturator tape for stress incontinence treatment in female patients at viet duc hospital during 2010-2015
Lê Nguyên Vũ, Đỗ Đào Vũ
- 54 **N**guyên nhân và kết quả điều trị nội nha không phẫu thuật răng viêm quanh cuống mạn tính
The causes and outcomes by root canals treatment without surgery of teeth with chronic periapical lesions
Trần Thị An Huy, Nguyễn Mạnh Hà, Nguyễn Vũ Trung
- 55 **Đ**ặc điểm các trường hợp tử vong do ngộ độc ở trẻ dưới 19 tuổi tại 63 tỉnh, thành phố giai đoạn 2005-2014
Situation of mortality due to poisoning in children under 19 years in 63 provinces/city in period of 2005-2014
Lê Thị Hồng Hanh, Lương Mai Anh
- 56 **Đ**ặc điểm u xơ tử cung trên sản phụ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và một số yếu tố liên quan đến kết quả thai nghén
Clinical characteristics of uterine fibrosis and related factors to pregnancy outcome
Vũ Văn Du và cộng sự
- 57 **H**iệu quả sử dụng của vít neo chặn theo chiều trước-sau trên bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại I
Effect of using mini-implants as anchor in horizontal direction of class i malocclusion
Nguyễn Thị Ngọc Lan, Lê Thị Thùy Linh, Hà Ngọc Chiêu
- 58 **M**ối liên quan giữa nguồn nhân lực y tế trình độ cao với thực hiện phân tuyến chuyên môn kỹ thuật tại các Bệnh viện huyện của tỉnh Lạng Sơn
The relationship between high level health human resources to implement decentralization technical expertise at district hospitals of Lang Son province
Trần Bảo Ngọc, Nguyễn Thế Toàn, Nguyễn Thị Hoa

- 59 **Đặc điểm lâm sàng và quy trình xử trí bí đái trên bệnh nhân sau mổ thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại khoa phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức**
Clinical characteristics and procedure of urinary retention after lumbar herniated disc surgery in Vietduc Hospital
Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn, Võ Văn Thanh
- 60 **Nghiên cứu đánh giá những yếu tố liên quan đến sự biến đổi của giác mạc sau mổ Lasik điều trị cận thị**
Assessment of factors related to the change of cornea after lasik surgery in myopia patient
Nguyễn Xuân Hiệp
- 61 **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sỏi sỏi trong kỹ thuật mổ lấy sỏi đài bể thận tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình**
Study on some factors related to risk still nephrolithiasis the surgery technique nephrolithotomy in general hospital Thai Binh province
Vũ Sơn, Trần Văn Nam
- 62 **Thực trạng thời gian chờ của bệnh nhân tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Việt Đức từ 7/2014 đến 6/2015 và giải pháp bố trí nhân lực**
Waiting time of patients at outpatient department, viet-germany Hospital from july 2014 to june 2015
Trần Đình Thơ, Nguyễn Văn Uy
- 63 **Đánh giá sự hợp tác của bệnh nhân giữa phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển sử dụng midazolam với gây tê đơn thuần trong thủ thuật nha khoa**
To assessed the patient's cooperation between using sedation methods patient controlled sedation by midazolam with local anesthetic in dental surgery
Nguyễn Thùy Linh, Nguyễn Quang Bình
- 64 **Nghiên cứu đặc điểm của dấu hiệu giãn đồng tử và tương quan với liệt cơ, thời gian thở máy ở bệnh nhân bị rắn cạp nia (bungarus multicinctus hoặc b.candidus) cắn**
Study characteristics of mydriasis and the correlation with paralysis and duration of mechanical ventilation in bungarus (b. multicinctus and b. candidus) bite patients
Phạm Duệ, Ngô Đức Ngọc, Trần Văn Phụng
- 65 **Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt thân đuôi tụy qua nội soi ổ bụng: kinh nghiệm 10 năm**
Results of laparoscopic distal pancreatectomy
Đoàn Tiến Mỹ, Phan Minh Trí
- 66 **Hiệu quả gây tê tủy sống của levobupivacain đẳng trọng kết hợp với fentanyl trong phẫu thuật lấy thai**
Efficacy of different dose of plain levobupivacaine combined with fentanyl intrathecally for cesarean section
Nguyễn Văn Minh
- 67 **Tử vong do tai nạn thương tích ở người cao tuổi tại Việt Nam giai đoạn 2010-2014**
Situation of injury-related mortality of elderly in Vietnam in period of 2010-2014
Lương Mai Anh, Hà Anh Đức
- 68 **Đánh giá kết quả phẫu thuật gãy hở đầu dưới xương đùi ở người trưởng thành**
Results of surgical treatment of distal femur fracture in adults
Trần Trung Dũng, Đào Xuân Thành