



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 4 - SỐ 2
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

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GÂY DÍNH MÀNG PHỔI BẰNG IODOPOVIDONE ĐIỀU TRỊ TRÀN KHÍ MÀNG PHỔI TỰ PHÁT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ NAM

Lê Quang Minh*

TÓM TẮT¹

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả phương pháp gây dính màng phổi bằng iodopovidone điều trị bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tại Bệnh viện tỉnh Hà Nam. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, có can thiệp. **Kết quả:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị 41 bệnh nhân TKMF tự phát, tuổi trung bình: $47,5 \pm 20,3$ tuổi, nam giới chiếm 85,4% tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ tháng 12/2008 đến tháng 12/2013 chúng tôi thấy: Nguyên nhân tràn khí màng phổi thường gặp: 51,2% tràn khí màng phổi tự phát thứ phát do bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, 34,2% tràn khí màng phổi nguyên phát do vỡ kén khí. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là khó thở 80,5%, đau ngực 46,3%, tam chứng Galliard 53,7%. Tỷ lệ gây dính thành công đạt tỷ lệ 92,3%. Trong đó, 31 bệnh nhân (75,6%) thành công sau 1 lần bơm, 6 bệnh nhân (14,6%) thành công sau 2 lần gây dính, 1 bệnh nhân (2,4%) phải gây dính lần 3. Thời gian lưu sonde trung bình là $5,02 \pm 2,53$ ngày, dài nhất 13 ngày, ngắn nhất 3 ngày Thời gian nằm viện trung bình $12,92 \pm 8,3$ ngày, nhanh nhất 5 ngày, lâu nhất 25 ngày. Có 3 bệnh nhân thất bại chúng tôi phải chuyển tuyến trung ương. Tai biến thường gặp của phương pháp gây dính màng phổi bằng iodopovidone: 41,5% có triệu chứng đau ngực, 19,5% có biểu hiện sốt, 12,2% có biểu hiện khó thở và mệt, 4,9% bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch màng phổi, 9,8% bệnh nhân bị tràn khí dưới da, không bệnh nhân nào thấy biểu hiện cường giáp trên lâm sàng. **Kết luận:** Gây dính màng phổi bằng Iodopovidone với tỷ lệ thành công cao là một tiến bộ mới trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát ở Hà Nam.

Từ khóa: Tràn khí màng phổi, gây dính màng phổi

SUMMARY

EVALUATED OF EFFECTIVE OF USING IODOPOVIDONE TO PLEURAL FIBROGENESIS FOR TREATMENT SPONTENOUS PNEUMOTHORAX IN GENERAL HOSPITAL OF HANAM PROVINCE

Objective: Describe clinical characteristics, clinical approach and effective evaluation of using Iodopovidine to pleural fibrogenesis for advances in treatment spontanous pneumothorax in general

hospital of Hanam province. **Methods:** The study describes, prospective intervention. **Results:** The study of clinical characteristics and effective evaluation of using iodopovidine to pleural fibrogenesis for treatment of 41 spontanous pneumothorax patients with mean age: 47.5 ± 20.3 years old, accounting for 85.4% of men in general hospital of Hanam province from December, 2008 to December, 2013 we found common causes of pneumothorax: 51.2% of patients were secondary spontanous pneumothorax to chronic obstructive pulmonary disease with emphysema, 34.2% were primary spontanous pneumothorax by breaking the cocoon. Common clinical symptoms: dyspnea were 80.5%, chest pain 46.3%, Galliard triad 53.7%. The rates of treatment successful adhesive 92.3%. Of these, 31 patients (75.6%) in after first time, 6 patients (14.6%) in after second times, 1 patient (2.4%) in after third times. Average time to removed sonde were 5.02 ± 2.53 days, the longest 13 days, 3 days shortest. Average length of hospital stay was 12.92 ± 8.3 days, the fastest 5 days, the longest 25 days. 3 patients have failed of treatment so we had to transit. Common complications of pleural fibrogenesis method with iodopovidone: 41.5% with symptoms of chest pain, 19.5% had fever, 12.2% had shortness of breath and tired expression, 4.9% of patients who present with pleural effusion, 9.8% of patients with subcutaneous emphysema, patients do not find expression in clinical hyperthyroidism. **Conclusion:** using Iodopovidine to pleural fibrogenesis for treatment spontanous pneumothorax with a high success rate is a new advancement in the treatment of spontanous pneumothorax in general hospital of Hanam province.

Keywords: Pneumothorax, pleural fibrogenesis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn khí màng phổi (TKMP) là hiện tượng không khí lọt vào khoang giữa lá thành và lá tạng của màng phổi có thể gây suy hô hấp và nhiều biến chứng nguy hiểm. Có nhiều nguyên nhân gây TKMP như lao, áp xe phổi vỡ vào khoang màng phổi, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, vỡ kén hơi bẩm sinh... Điều trị TKMP nhằm mục tiêu làm cho phổi giãn nở lại trạng thái bình thường và chống tái phát. Có nhiều phương pháp điều trị TKMP như hút khí màng phổi liên tục, gây dính màng phổi, nội soi màng phổi, phẫu thuật...

Tại Hà Nam trước đây bệnh nhân TKMP chỉ được điều trị bằng chọc hút, hút dẫn lưu liên tục, tỷ lệ thành công thấp, chuyển viện cao. Từ 12/2008 chúng tôi áp dụng kỹ thuật gây dính

*Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Minh

Email: drlequangminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 13/2/2017

Ngày duyệt bài: 27/2/2017

màng phổi bằng Iodopovidine đã đem lại nhiều tiến bộ trong điều trị vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá hiệu quả phương pháp gây dính màng phổi bằng iodopovidone điều trị bệnh nhân tràn khí màng phổi tự phát tại Bệnh viện tỉnh Hà Nam.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán TKMP tự phát được chẩn đoán xác định bằng CT scan ngực, đã hút dẫn lưu màng phổi liên tục trong 72 giờ thất bại điều trị tại khoa Cấp cứu - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ tháng 12/2008 đến 12/2013 phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn sau:

- Lâm sàng: Tức ngực, khó thở, tam chứng Galliard.
- X-quang lồng ngực tư thế thẳng, thấy bên tràn khí có hình ảnh: Phế trường quá sáng, mất hết các vân phế quản, khoang liên sườn giãn,

xương sườn nằm ngang, phổi bị ép lại thành một cục xẹp sát rốn phổi, cơ hoành bị đẩy xuống dưới, trung thất bị đẩy sang bên lành

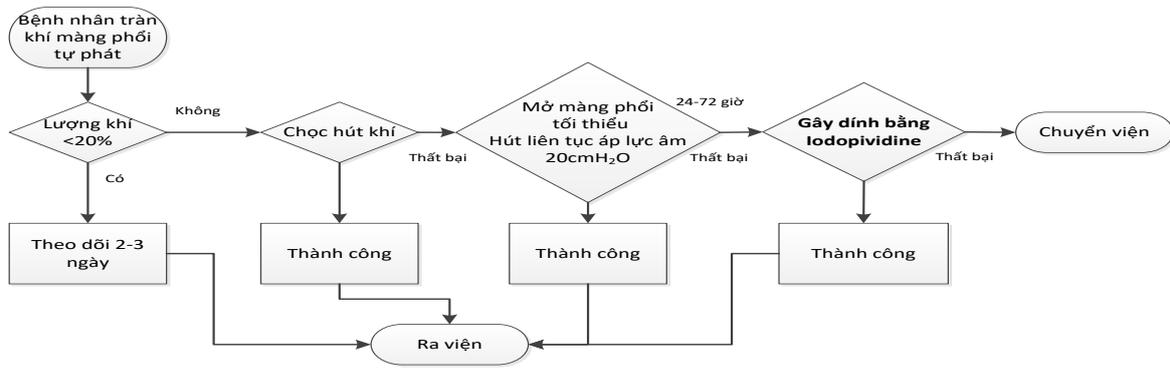
- CT scan ngực: hình ảnh khí tự do trong khoang màng phổi

Tiêu chuẩn loại trừ: TKMP do chấn thương, do thầy thuốc gây nên, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. *Nghiên cứu mô tả*, tiền cứu.

2.2.2. *Quy trình nghiên cứu:* Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn sẽ được làm bệnh án nghiên cứu theo mẫu thống nhất, khai thác tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, chụp X-Quang tim phổi, siêu âm ngực bụng, CT scan ngực. Xét nghiệm: Công thức máu, đông máu cơ bản, urê, creatinin, điện giải, xét nghiệm FT3, FT4, TSH. Được điều trị theo phác đồ dưới đây:



Hình 1: Quy trình điều trị tràn khí màng phổi tự phát.

*Kỹ thuật được đánh giá là thành công khi trên phim X-Quang sau gây dính không còn hình ảnh tràn khí.

2.2.3. *Xử lý số liệu* theo thuật toán thống kê y học.

2.2.4. *Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:* Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được giải thích kỹ về kỹ thuật và các tai biến có thể xảy ra. Chỉ những bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện đồng ý bằng văn bản mới được đưa vào nghiên cứu, trong quá trình nghiên cứu bệnh nhân có thể ra khỏi nghiên cứu bất kể lúc nào. Trong trường

hợp bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu vẫn được điều trị theo phác đồ mà không phải chịu bất kỳ sự phân biệt đối xử nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 12/2008 đến 12/2013 có 41 bệnh nhân TKMF tự phát, tuổi trung bình: 47,5 ± 20,3 tuổi, cao nhất là 14 tuổi, thấp nhất là 68 tuổi, nam giới 35 bệnh nhân (85,4%) đủ điều kiện đưa vào nghiên cứu sau đây là kết quả của chúng tôi:

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng:

Triệu chứng	Số bệnh nhân N=41	Tỷ lệ %
Ho khan.	8	19,5
Ho khạc đờm.	10	24,4
Đau ngực.	19	46,3
Khó thở.	33	80,5
Tím.	4	9,8
Ran ẩm, ran nổ.	5	12,2
Ran ngày, ran rít.	11	26,8

Tam chứng Galliard.	22	53,7
---------------------	----	------

Nhận xét: Triệu chứng của bệnh nhân khi nhập viện khá đa dạng, 80,5% bệnh nhân khó thở, 46,3% đau ngực, 53,7% có đầy đủ tam chứng Galliard

Bảng 2: Hình ảnh tổn thương trên CT scan ngực

Hình ảnh tổn thương	Phổi phải		Phổi trái		Tổng số	
	n=25	Tỷ lệ %	n=16	Tỷ lệ %	N=41	Tỷ lệ %
Giãn phế nang.	12	48	7	43,8	19	46,3
Tổn thương khoảng kẽ.	8	32	5	31,3	13	31,7
TKMP tự do.	25	100	16	100	41	100
Kén khí	9	36	5	31,3	14	34,1

Nhận xét: 100% bệnh nhân thấy được khí tự do trong khoang màng phổi, 34,1% có kén khí, 46,3% giãn phế nang, 31,4% tổn thương khoảng kẽ

Bảng 3: Nguyên nhân TKMP tự phát.

Nguyên nhân	Số bệnh nhân n=41	Tỷ lệ %
Do kén khí.	14	34,2
Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.	21	51,2
Hen phế quản.	3	7,3
Lao.	3	7,3

Nhận xét: Nguyên nhân TKMP tự phát gặp nhiều nhất do bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (51,2%) và kén khí (34,2%).

Bảng 4: Kết quả gây dính màng phổi bằng iodopovidone

Số lần gây dính	Thành công		Thất bại	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
1	31	75,6	10	24,4
2	6	14,6	4	9,8
3	1	2,4	3	7,3

Nhận xét: 38 bệnh nhân (92,3%) được gây dính thành công, trong đó 31 bệnh nhân (75,6%) thành công sau 1 lần gây dính.

Bảng 5: Tai biến của phương pháp gây dính màng phổi bằng iodopovidone.

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đau ngực.	17	41,5
Sốt.	8	19,5
Khó thở, mệt.	5	12,2
Tràn khí dưới da.	4	9,8
Cường giáp.	0	0
Rối loạn chức năng gan, thận.	0	0
Tràn dịch màng phổi	2	4,9

Nhận xét: Biến chứng hay gặp là đau ngực 41,5%, khó thở 19,5%, tràn khí dưới da 9,8%

IV. BÀN LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng:

5.1.1. Tuổi, giới: Có 41 bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của các bệnh nhân là $47,5 \pm 20,3$ tuổi, thấp nhất là 14 tuổi, cao nhất là 68 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Loan và CS trên 22 bệnh nhân TKMP tự phát là $49 \pm 18,12$ tuổi [1].

5.1.2. Nguyên nhân gây tràn khí màng phổi: Tràn khí màng phổi tự phát là tràn khí màng phổi không phải do chấn thương, hoặc vết thương ngực gây ra. Tràn khí màng phổi tự phát nguyên phát thường do vỡ các bóng khí ở đỉnh phổi.

Tràn khí màng phổi tự phát thứ phát là tràn khí màng phổi xuất hiện ở những người bị bệnh phổi trước đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 14 bệnh nhân (34,2%) tràn khí màng phổi nguyên phát do vỡ kén khí, 21 bệnh nhân (51,2%) tràn khí màng phổi tự phát thứ phát do bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính còn lại một số do hen phế quản hoặc lao phổi.

5.1.3. Triệu chứng của tràn khí màng phổi: Triệu chứng lâm sàng thường gặp là khó thở 33 bệnh nhân (80,5%), đau ngực 19 bệnh nhân (46,3%), tam chứng Galliard 22 bệnh nhân (53,7%)... Nghiên cứu của Đoàn Thị Phương Loan và CS trên 22 bệnh nhân TKMP tự phát cũng cho thấy biểu hiện đặc trưng của TKMP là đau ngực, khó thở, khám phổi có tam chứng Galliard.

TKMP thường xảy ra sau 1 gắng sức như thổi kèn, thổi bong bóng, nâng tạ.... có khi người bệnh thấy tự nhiên xuất hiện khó thở tăng dần, đi khám mới biết TKMP. Tuy nhiên ở bệnh nhân có bệnh phổi mạn tính ho, khạc đờm lâu ngày, khó thở, tím tái khiến phế nang giãn rất to khi có cơn ho hay gắng sức, phế nang vỡ, không khí sẽ lọt vào khoang màng phổi gây tràn khí và đột ngột khó thở tăng lên có khi gây nên cơn khó thở dữ dội.

Các triệu chứng xuất hiện nhanh hay chậm, nặng hay nhẹ phụ thuộc vào tiến triển và mức độ tràn khí. Nếu tràn khí ít thì các triệu chứng trên kín đáo. Nếu tràn khí nhiều các triệu chứng trên xuất hiện rõ rệt. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, lý do chính khiến bệnh nhân đến viện là khó thở (80,5%), đau ngực (46,3%).

5.1.4. Đặc điểm Xquang: Để xác định tràn khí màng phổi một biện pháp kinh điển là chụp Xquang. Tuy nhiên hiện nay CT scan ngực được đánh giá là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán, tìm nguyên nhân TKMP. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tổn thương trên phim CT scan ngực bệnh nhân tràn khí màng phổi là: 100% bệnh nhân thấy được khí tự do trong khoang màng phổi, 34,1% có kén khí, 46,3% giãn phế nang, 31,4% tổn thương khoảng kẽ.

5.2. Hiệu quả gây dính màng phổi bằng iodopovidone.

Điều trị tràn khí màng phổi nhằm mục đích: giải thoát khí trong khoang màng phổi, giúp nhu mô phổi nở ra hoàn toàn, ngăn chặn tràn khí màng phổi tái phát.

Trong trường hợp lỗ rách có van (chỉ cho khí đi vào khoang màng phổi mà không thể đi ra được khi có các cử động hô hấp), áp suất trong khoang màng phổi lớn hơn áp suất khí trời rất nhiều gây xẹp nhu mô phổi hoàn toàn và đẩy lệch trung thất sang bên gây ra suy hô hấp cấp, giảm cung lượng tim có thể dẫn đến tử vong nếu như không phát hiện sớm và xử trí cấp cứu kịp thời. Chính vì vậy, trong điều trị tràn khí màng phổi thì mục đích đầu tiên là giải thoát khí trong khoang màng phổi, giúp nhu mô phổi nở ra hoàn toàn.

Qua các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ các bệnh nhân TKMP bị tái phát khá cao. Larcán nhận xét, tỷ lệ tái phát đối với các bệnh nhân TKMP tự phát nguyên phát là 16- 52% và hầu hết tái phát trong vòng 6 tháng đầu. Tỷ lệ tái phát đối với các bệnh nhân TKMP tự phát thứ phát là 39- 47% [7]. Do vậy, việc điều trị tránh tái phát trong TKMP là rất quan trọng. Các biện pháp phòng tái phát trong TKMP bao gồm:

phẫu thuật hoặc nội soi lồng ngực cắt bỏ bóng khí và gây dính cơ học, gây dính màng phổi qua ống dẫn lưu màng phổi hoặc qua phẫu thuật nội soi lồng ngực. Trong trường hợp chống chỉ định với nội soi hay không có điều kiện phẫu thuật thì việc gây dính màng phổi bằng iodopovidone qua ống dẫn lưu màng phổi được coi là lựa chọn tối ưu.

Nghiên cứu của chúng tôi có 41 bệnh nhân được điều trị bằng gây dính màng phổi bằng iodopovidone qua ống dẫn lưu màng phổi. Trong đó có 14 bệnh nhân thất bại từ phương pháp hút khí với áp lực âm liên tục qua ống dẫn lưu trong 72 giờ, 27 bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp (các bệnh nhân này đều có bệnh phổi mạn tính nặng như hen phế quản, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao) nên được gây dính ngay sau khi mở màng phổi tối thiểu và hút khí liên tục trong 24 giờ.

Kết quả: gây dính thành công đạt tỷ lệ 92,3%. Trong đó, 31 bệnh nhân (75,6%) thành công sau 1 lần bơm, 6 bệnh nhân (14,6%) thành công sau 2 lần gây dính, 1 bệnh nhân (2,4%) phải gây dính lần 3. Thời gian lưu sonde trung bình là $5,02 \pm 2,53$ ngày, dài nhất 13 ngày, ngắn nhất 3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $12,92 \pm 8,3$ ngày, nhanh nhất 5 ngày, lâu nhất 25 ngày. Có 3 bệnh nhân thất bại chúng tôi phải chuyển tuyến trung ương. 3 bệnh nhân này có 2 trường hợp COPD với biểu hiện giãn phế nang nặng và 1 bệnh nhân với kén khí lớn.

Sau gây dính có 17 bệnh nhân (41,5%) có triệu chứng đau ngực, 8 bệnh nhân (19,5%) có biểu hiện sốt, 5 bệnh nhân (12,2%) có biểu hiện khó thở và mệt, 2 bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch màng phổi, 4 bệnh nhân bị tràn khí dưới da, không bệnh nhân nào thấy biểu hiện cường giáp trên lâm sàng. Các bệnh nhân có biểu hiện khó thở và mệt mỏi sau gây dính thường là các bệnh nhân tràn khí thứ phát trên nền tổn thương mạn tính. Trong 17 bệnh nhân đau ngực có 9 bệnh nhân (52,9%) được giảm đau bằng Morphin với liều thấp (Nửa ống) và theo dõi thấy suy hô hấp không nặng lên, các bệnh nhân còn lại được giảm đau bằng thuốc giảm đau thông thường. Bệnh nhân tràn dịch màng phổi với lượng ít và tự hết sau 2 ngày.

V. KẾT LUẬN

- Nguyên nhân tràn khí màng phổi thường gặp: 51,2% tràn khí màng phổi tự phát thứ phát do bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, 34,2% tràn khí màng phổi nguyên phát do vỡ kén khí.

- Triệu chứng lâm sàng thường gặp là khó thở 33

bệnh nhân (80,5%), đau ngực 19 bệnh nhân (46,3%), tam chứng Galliard 22 bệnh nhân (53,7%).

- Tỷ lệ gây dính thành công đạt tỷ lệ 92,3%. Trong đó, 31 bệnh nhân (75,6%) thành công sau 1 lần bơm, 6 bệnh nhân (14,6%) thành công sau 2 lần gây dính, 1 bệnh nhân (2,4%) phải gây dính lần 3. Thời gian lưu sonde trung bình là $5,02 \pm 2,53$ ngày, dài nhất 13 ngày, ngắn nhất 3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình $12,92 \pm 8,3$ ngày, nhanh nhất 5 ngày, lâu nhất 25 ngày. Có 3 bệnh nhân thất bại chúng tôi phải chuyển tuyến trung ương.

- Tai biến thường gặp của phương pháp gây dính màng phổi bằng iodopovidone: 41,5% có triệu chứng đau ngực, 19,5% có biểu hiện sốt, 12,2% có biểu hiện khó thở và mệt, 4,9% bệnh nhân có biểu hiện tràn dịch màng phổi, 9,8% bệnh nhân bị tràn khí dưới da, không bệnh nhân nào thấy biểu hiện cường giáp trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Thị Phương Loan và CS (2008)**. Nghiên cứu vai trò gây dính màng phổi bằng iodopovidone trong điều trị tràn khí màng phổi tự phát tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai. *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai*. Tập 1, trang 311-316.
2. **Lê Văn Truyền và CS (2002)**. Iodopovidone. *Dược thư quốc gia Việt Nam*, trang 804 - 805.
3. **Ngô Quang Quyền (1990)**. Giải phẫu khoang màng phổi. *Giải phẫu ngực*. Nhà xuất bản y học, trang 214 - 216.
4. **Đặng Thị Xuân (2007)**. Kỹ thuật dẫn lưu màng phổi. *Bài giảng Hồi sức cấp cứu*. Trường Đại học y Hà Nội, tr 309- 314.
5. **Jan F, Pochmalicki C (1990)**. Techniques de drainage pleural, *Réanimation en pathologie cardio-vasculaire*. Masson, p 95-96.
6. **Jan F, Pochmalicki C (1990)**. Épanchement gazeux de la cavité pleurale. *Urgences médicales*. Masson, p 20-25.
7. **Larcan A, Laprote M.C (1993)**: Épanchement gazeux de la cavité pleurale. *Réanimation en pathologie pulmonaire*, Masson, p 30- 40.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG NGUYÊN ÂM ĐƠN LUYỆN THANH CHO CA SĨ VIÊM THANH QUẢN MẠN TÍNH

Phạm Thị Bích Đào*, Trần Ngọc Lan**

Từ khóa: Viêm dây dây thanh, âm cao, nguyên âm, luyện thanh.

SUMMARY

EFFECTIVE AFTER VOCAL TRAINING METHOD BY SINGLE VOWELS IN SINGER HAD BEEN CHRONICAL LARYNGITIS

Research usaging of vowels in vocal training for 35 singers condition chronic laryngitis during the period from 3/2014 - 3/2015, along with research methodology, each shift, with the intervention. Results: symptoms of people always have chronic laryngitis is hoarseness lasts, said quickly tired, not to be the highs, not actively controlled singing voice, endoscopic examination status thick vocal cords, the surface has many fluids, stroboscopic laryngeal soi see traits of wire rod decreased motility. Assess the completeness of voice through the criteria (height, F0, F1, F2 - the formant). The study subjects were using the system separate vowels (a, u, e, f, i) to vocal training. After 12 months were reassessed with a good 7.9%, 67.2% and quite poor 24.9%. Through the results we found for singers who can act in the field of good music should be examined soon as no physical injury in the larynx.

Keywords: Inflammation of the vocal cords thick, high tone, vowel, vocal training

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TÓM TẮT

Nghiên cứu kết quả sử dụng nguyên âm trong luyện thanh cho 35 ca sĩ có tình trạng viêm thanh quản mạn tính trong thời gian từ 3/2014 - 3/2015. Kết quả: triệu chứng luôn có của người bị viêm thanh quản mạn tính là khàn tiếng kéo dài, nói nhanh mệt, không lên được các âm cao, không chủ động điều khiển được giọng khi hát, khi khám nội soi tình trạng dây thanh dày, bề mặt có nhiều dịch tiết, soi hoạt nghiệm thanh quản thấy tính trạng giảm nhu động của dây thanh. Đánh giá độ hoàn thiện của giọng qua các tiêu chí (trường độ, F0, F1, F2 - formant). Các đối tượng nghiên cứu được sử dụng riêng hệ thống nguyên âm (a, u, e, ê, i) để luyện thanh. Sau 12 tháng được đánh giá lại với tốt 7,9%, khá 67,2% và kém 24,9%. Qua kết quả thu được chúng tôi nhận thấy để người ca sĩ có thể hoạt động trong lĩnh vực âm nhạc được tốt nên đi khám sớm khi chưa có tổn thương thực thể tại thanh quản.

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Học viện Âm nhạc Quốc gia VN

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/2/2017

Ngày duyệt bài: 22/2/2017

Dây thanh là công cụ lao động của những người làm ca sĩ vì vậy việc bảo vệ giọng nói hay phục hồi giọng trở về tình trạng ban đầu khi bị bệnh tại thanh quản có ý nghĩa thiết thực nhất là trong giai đoạn nghề ca sĩ phát triển rầm rộ như hiện nay. Năm 1997, Hartmann, William Morris đưa ra một số giả thuyết giải thích tại sao nghề ca sĩ hay bị tổn thương thanh quản và các thay đổi của giọng hát khi thanh quản bị tổn thương [2]. Dựa trên những đặc tính đó, Anssi Klapuri and Manuel Davy đưa ra cách luyện thanh để tránh tổn thương thanh quản được dạy trong các trường nhạc tại Philipine vào năm 2006[3]. Trần Ngọc Lan năm 2010 đưa ra một số giải pháp nâng cao hiệu quả đào tạo thanh nhạc chuyên nghiệp trong giai đoạn mới cho các ca sĩ Việt Nam, sử dụng chủ yếu cho dòng nhạc thính phòng, đây cũng là phương pháp dạy hát làm giảm tác động của luồng khí lên dây thanh khi hát[4]. Ngay sau đó Võ Văn Lý 2011 mô tả cách phát âm tiếng Việt trong nghệ thuật ca hát để người ca sĩ hát sao cho tròn vành giảm áp lực lên các cơ hô hấp khi hát [5]. Ca sĩ ngày càng trở thành một trào lưu trong xã hội hiện đại, và việc thể hiện giọng hát là nhân tố được chú ý chính nhưng vấn đề bảo vệ giọng hát vẫn chưa được chú trọng và thực tế nhiều ca sĩ đến với bác sĩ tai mũi họng chỉ khi họ không còn hát được nữa. Theo phân tích âm của các nhà ngôn ngữ học nhận thấy khi dây thanh có xu thế khép không kín thì việc phát âm nguyên âm là thuận lợi nhất vì khi nguyên âm được tạo ra khí luồng hơi ra tự do làm rung dây thanh, dây thanh khép lại, bộ máy phát âm căng toàn bộ và chỉ cần một luồng hơi yếu. Sử dụng các nguyên âm đơn để làm cho dây thanh rung hơn nguyên âm đôi [6]. Kỹ thuật thanh nhạc cũng lấy các nguyên âm để luyện tập nhằm mở rộng âm vực, tạo sự đồng nhất cho âm thanh từ thấp đến cao, từ cao xuống thấp. Việc phối hợp giữa giáo viên thanh nhạc và bác sĩ tai mũi họng trong việc giảng dạy cách hát và cách giữ gìn giọng là xu hướng của nhiều nước trên thế giới. Trước thực tiễn đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu: đánh giá kết quả sử dụng các nguyên âm đơn luyện thanh cho những ca sĩ đã được chẩn đoán là viêm thanh quản mạn tính để cải thiện giọng hát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các ca sĩ hay học

Bảng 1. Thay đổi triệu chứng lâm sàng viêm thanh quản mạn tính trước và sau điều trị

Triệu chứng lâm sàng	Trước tập			Sau tập		
	Nhẹ	Trung bình	Nặng	Bình thường	Nhẹ	Trung bình

viên thanh nhạc được chẩn đoán xác định là viêm thanh quản mạn tính ở giai đoạn nhẹ.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân khàn tiếng kéo dài trên 12 tuần, nói chóng mệt, soi thanh quản thấy dây thanh 2 bên dày, bề mặt tăng tiết dịch. Tập bằng nguyên âm đơn để luyện thanh trong 3 tháng. Được đánh giá sau tập bằng thang điểm VHI và soi hoạt nghiệm thanh quản.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân khàn tiếng do các nguyên nhân khác như u nang, hạt xơ... dây thanh, viêm thanh quản cấp. Bệnh nhân không thực hiện theo phương pháp hướng dẫn bằng nguyên âm đơn.

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng, đánh giá trước sau can thiệp.

- **Mẫu nghiên cứu:** Nghiên cứu việc sử dụng nguyên âm trong luyện thanh cho 35 ca sĩ có tình trạng viêm thanh quản mạn tính. Cách chọn mẫu nghiên cứu: chọn mẫu toàn bộ theo tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu.

- **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** Trong thời gian từ 3/2014 - 3/2015, tại Khoa Thanh nhạc - Học viên Âm nhạc Quốc gia Việt Nam và Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Đại học Y HN.

- Đánh giá kết quả can thiệp:

+ Theo thang điểm VHI (tổng điểm là 120) [7]: 0 điểm: mức bình thường; 1-30 điểm: mức nhẹ; 31-60 điểm: mức vừa; 61-90 điểm: mức nặng; 91-120 điểm: mức rất nặng.

+ Qua soi hoạt nghiệm thanh quản: sóng rung niêm mạc 2 dây thanh đều đặn và chạm vào nhau khi phát âm – tốt, sóng rung niêm mạc ít, dây thanh chạm vào nhau không hoàn toàn – khá, sóng rung niêm mạc ít, dây thanh thỉnh thoảng mới có điểm chạm vào nhau – kém.

3. Đạo đức nghiên cứu: Tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Các đối tượng nghiên cứu tự nguyện đồng thuận tham gia nghiên cứu và có thể rút lui bất kỳ lúc nào trong quá trình nghiên cứu nếu không đồng ý. Thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu 35 ca sĩ cho thấy: tuổi hay gặp của viêm thanh quản mạn tính là 15 – 25 tuổi (56,9%), tiếp đến là 26-35 tuổi chiếm 31,4%, 36-45 tuổi chiếm 9,2%. Thấp nhất là tuổi >45 chiếm 2,5%.

Khàn tiếng	7(20%)	28(80%)	0	3 (8,6%)	15 (42,9%)	17 (48,6%)	0
Nói mệt	12(34,3%)	2365,7%	0	3 (8,6%)	16 (45,7%)	16 (45,7%)	0
Dây thanh dầy	7 (20%)	28 (80%)	0	3 (8,6%)	15 (42,9%)	17 (48,6%)	0

Triệu chứng lâm sàng sau tập cải thiện nhưng chủ yếu chỉ dừng được ở mức nhẹ, chỉ có 7,9% số đối tượng trở về được trạng thái bình thường.

Bảng 2. Tiêu chí chất giọng trước và sau khi luyện thanh bằng nguyên âm đơn

Tiêu chí		Trước luyện thanh		Sau luyện thanh	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Trường độ kéo dài nguyên âm "a"	Tốt	0	0	3	7,9
	Khá	8	23,5	23	67,2
	Kém	27	76,5	9	24,9
Tốc độ lời nói	Tốt	0	0	3	7,9
	Khá	8	23,5	23	67,2
	Kém	27	76,5	9	24,9
Chỉ số hụt hơi	Tốt	0	0	3	7,9
	Khá	14	38,7	19	53,7
	Kém	21	61,3	13	38,4

Nhận xét: Trước luyện thanh, không có ca sĩ nào được đánh giá là tốt theo thang điểm quy định, 23,5% trường độ nguyên âm kéo dài ở tình trạng khá, 76,5% tình trạng kém. Tốc độ lời nói 0 có trường hợp nào tốt, 23,5% tốc độ lời nói ở tình trạng khá, 76,5% tình trạng kém. Chỉ số hụt hơi được đánh giá là khá trong 38,7% và kém 61,3% các trường hợp. Sau luyện thanh 7,9% ca sĩ được đánh giá là tốt theo thang điểm quy định, 67,2% trường độ nguyên âm kéo dài ở tình trạng khá, 24,9% tình trạng kém. Tốc độ lời nói 7,9% có trường hợp nào tốt, 53,7% tốc độ lời nói ở tình trạng khá, 38,4% tình trạng kém.

Bảng 3. Đánh giá kết quả theo thang điểm VHI

Mức độ VHI	Trước tập		Sau tập	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Bình thường	0	0	3	7,9
Nhẹ	7	20	15	42,9
Vừa	28	80	17	49,2
Nặng	0	0	0	0
Tổng số	35	100	35	100

Nhận xét: sau tập có 7,9% trường hợp các ca sĩ hát được bình thường. VHI nhẹ là 42,9%, vừa là 49,2%, nặng không còn trường hợp nào. Đánh giá qua soi hoạt nghiệm thanh quản 7,9% người bệnh sau tập soi hoạt nghiệm thanh quản được đánh giá là tốt, 53,7% là khá và 38,4% số còn lại là kém.

IV. BÀN LUẬN

Viêm thanh quản mạn tính là bệnh lí hay gặp ở những người phải sử dụng giọng thường xuyên và ca sĩ là một trong những đối tượng đó. Nếu bị viêm thanh quản mạn tính, người ca sĩ không thể lên được những âm cao hoặc nếu có lên được thì cũng không kéo dài được cả bài hát[3]. Trong nghiên cứu, tuổi hay gặp của viêm thanh quản mạn tính là 15 – 25 tuổi (56,9%), tiếp đến là 26-35 tuổi chiếm 31,4%, 36-45 tuổi chiếm 9,2%. Thấp nhất là tuổi >45 chiếm 2,5%. Anssi Klapuri cũng đưa ra kết quả 15 – 25 tuổi gặp 61,2%, đây là lứa tuổi bắt đầu vào nghề nên việc giữ gìn giọng chưa có kinh nghiệm nên thanh quản hay tổn thương. Viêm thanh quản làm cho các ca sĩ không thực hiện được cao độ của giọng. Các cao độ thường được xác định như những tần số (hz) bằng cách so sánh những âm này với

những đơn âm là những âm có chu kỳ và dạng sóng như sóng sin, chính vì những lí do này chúng tôi sử dụng đơn âm để luyện thanh [4]. Nghiên cứu hướng tới việc xác định âm vực của các nguyên âm đơn "hữu ích đối với âm nhạc" vì một số các nốt mà từng người có thể phát ra được coi là hữu dụng cho từng ca sĩ khi trình diễn bởi nhiều lí do khác nhau. Triệu chứng lâm sàng sau tập cải thiện nhưng chủ yếu chỉ dừng được ở mức nhẹ, chỉ có 7,9% số đối tượng trở về được trạng thái bình thường. Như vậy tốt nhất nên biết cách giữ gìn thanh quản vì khi đã tổn thương rất khó hồi phục [5].

Kết quả đánh giá mức độ phục hồi của các triệu chứng cơ năng cho thấy khi biểu mô dây thanh đã bị biến đổi trong trạng thái viêm mạn tính thì việc phục hồi giọng cho các ca sĩ gặp nhiều khó khăn, chỉ 7,9% các trường hợp luyện

tập có thể trở về giọng bình thường sau 12 tháng. Tuy nhiên căn cứ vào bốn khoảng âm: giọng siêu cao (whistle register), giọng giả hay giọng mũi (falsetto register), modal và vocal fry mà chúng tôi hướng dẫn ca sĩ lựa chọn theo kết quả giọng thanh quản sau luyện tập. Tác giả Trần Ngọc Lan cho rằng khôn ngoan nhất lúc này là chuyển ngay sang cơ chế giọng nhẹ hay giả thanh: Dây thanh thả lỏng hết mức nên giãn mỏng ra, lúc này chỉ có bờ tự do của dây thanh rung, sức cản của dây thanh nhỏ nên chỉ cần luồng hơi từ phổi đi ra đủ làm rung dây thanh trừ những nốt cao nhất của giả thanh[1]. Trước luyện thanh, không có ca sĩ nào được đánh giá là tốt theo thang điểm quy định, 23,5% trường độ nguyên âm kéo dài ở tình trạng khá, 76,5% tình trạng kém. Tốc độ lời nói 0 có trường hợp nào tốt, 23,5% tốc độ lời nói ở tình trạng khá, 76,5% tình trạng kém. Chỉ số hụt hơi được đánh giá là khá trong 38,7% và kém 61,3% các trường hợp. Sau luyện thanh 7,9% ca sĩ được đánh giá là tốt theo thang điểm quy định, 67,2% trường độ nguyên âm kéo dài ở tình trạng khá, 24,9% tình trạng kém. Tốc độ lời nói 7,9% có trường hợp nào tốt, 53,7% tốc độ lời nói ở tình trạng khá, 38,4% tình trạng kém.

Chúng tôi sử dụng một số nguyên âm đơn: i, ê, a, ô, u hoặc kết hợp nguyên âm i với các nguyên âm khác để có: ia, iê, iô, iu, rồi kết hợp một số phụ âm. Sở dĩ không sử dụng nguyên âm e, vì nếu phát âm không chú ý, âm thanh dễ bị toè, bẹt, là điều hạn chế việc đưa âm thanh lên vị trí cao [1]. Khi hát với âm thanh đóng, phải mở rộng phần trong của mồm bằng cách buông lỏng hàm dưới, nhắc hàm ếch mềm lên một cách mềm mại. Nguyên âm a hát tròn tiếng, pha chất tròn và gọn của các nguyên âm ô và u. Càng hát lên cao càng phải mở rộng phần trong của mồm, vị trí âm thanh phải chụm, cảm giác như ở đỉnh sống mũi. Phải tăng cường nén hơi thở, thở sâu và nén chặt. Sau tập chúng tôi đánh giá thấy có 7,9% trường hợp các ca sĩ hát được bình thường. VHI nhẹ là 42,9%, vừa là 49,2%, nặng không còn trường hợp nào. Đánh giá qua soi

hoạt nghiệm thanh quản 7,9% người bệnh sau tập soi hoạt nghiệm thanh quản được đánh giá

là tốt, 53,7% là khá và 38,4% số còn lại là kém. Việc tạo ra các bài hát mẫu cũng như phần đệm là rất cần thiết và rất quan trọng, giúp cho người bệnh có điều kiện luyện tập nhiều hơn, thường xuyên hơn vì chỉ cần chiếc máy tính, hoặc máy CD cầm tay là có thể luyện tập ở mọi nơi. Tác giả Trần Ngọc Lan đã đi sâu phân tích những đặc điểm của tiếng Việt trong nghệ thuật hát dân tộc và nghệ thuật hát mới, chính từ đặc điểm này chúng tôi mới lựa chọn được nguyên âm sử dụng để luyện thanh, làm tăng tính mềm mại của dây thanh khi dây thanh bị dầy.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ những ca sĩ bị viêm thanh quản mạn tính có thể phục hồi được hoàn toàn chỉ là 7,9%, chính vì thế việc giữ gìn "sức khỏe" cho thanh quản có vai trò quan trọng. Các ca sĩ phải đi khám ngay khi thấy giọng mình thay đổi và phối hợp chặt chẽ với giáo viên thanh nhạc để có kỹ thuật hát đúng ngay từ đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Lan, 2010** Một số giải pháp nâng cao hiệu quả đào tạo thanh nhạc chuyên nghiệp trong giai đoạn mới
2. **Anssi Klapuri and Manuel Davy (2006).** *Signal processing methods for music transcription*. Springer. tr. 8. ISBN 978-0-387-30667-4.
3. **Hartmann, William Morris (1997).** *Signals, Sound, and Sensation*. Springer. tr. 145, 284, 287. ISBN 1-56396-283-7.
4. **McKinney, James (1994).** *The Diagnosis and Correction of Vocal Faults*. Genovex Music Group. ISBN 978-1-56593-940-0.
5. **Ladefoged, Peter, A Course in Phonetics, fifth edition, 2006.** Boston, MA: Thomson Wadsworth ISBN 978-1-4130-2079-3
6. **Phạm Khánh Hòa, (2010),** Bài giảng Tai Mũi Họng, nhà xuất bản giáo dục.
7. **Jacobson BH, Johnson A (1997).** "The voice handicap index (VHI): development and validation". *Am J Speech Lung Pathol*, 6, pp. 66 – 70.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ LỘ TUYẾN VIÊM CỔ TỬ CUNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẠO CAO TẦN

Lê Thanh Tùng*

TÓM TẮT³

* Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Tùng

Email: tungpcnd@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài: 12/1/2017
Ngày phản biện khoa học: 11/2/2017

Lộ tuyến viêm cổ tử cung là một vấn đề sức khỏe hay gặp ở phụ nữ. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá hiệu quả của việc điều trị lộ tuyến viêm cổ tử cung bằng phương pháp dao cao tần. 28 phụ nữ được đảm bảo đủ tiêu chuẩn lựa chọn sinh sống tại Nam Định đã đồng ý tham gia nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu đánh giá trước và sau can thiệp không có nhóm chứng đã được sử dụng. Kết quả nghiên cứu cho thấy đã làm giảm tiết dịch âm đạo cả về lượng dịch tiết và tính chất của dịch tiết. Tỷ lệ khỏi bệnh sau điều trị 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần lần lượt là 17,86%; 35,71% và 92,86%.

Từ khóa: Lộ tuyến viêm, dao cao tần, cổ tử cung.

SUMMARY

RESEARCH ON TREATMENT EFFECTIVENESS OF ECTROPION CERVICITIS BY HIGH-FREQUENCY KNIFE METHOD

Ectropion cervicitis is a common health problem in women. The purpose of this study was to evaluate the treatment effectiveness of ectropion cervicitis by high-frequency knife method. Twenty eight women met the selection criteria living in Nam Dinh who agreed to participate in the study. A randomized pretest-posttest only control group design was used in the study. The results showed that the treatment reduced vaginal discharge in quantity and quality as well. The cure rate after treatment for 4 weeks, 8 weeks and 12 weeks were 17.86%; 35.71% and 92.86%, respectively.

Key words: Ectropion, high-frequency knife, cervix.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuyến cổ tử cung là những tuyến nằm dưới lớp mạc của tử cung, có nhiệm vụ tiết những dịch nhờn bôi trơn. Lộ tuyến cổ tử cung thực chất là phần biểu mô tiết ra niêm dịch bên trong cổ tử cung bị lộn ra, cũng có khi là sự phát triển lớp biểu mô mỏng chưa hoàn thiện và không bình thường ở cổ tử cung. Hiện nay, có nhiều phương pháp giúp điều trị viêm lộ tuyến cổ tử cung hiệu quả như đốt điện, đốt laser, dùng thuốc hoặc áp lạnh. Các phương pháp này đều mang lại hiệu quả. Tuy nhiên, tùy từng trường hợp mà áp dụng cách điều trị phù hợp.

Tỉ lệ thành công trong việc điều trị lộ tuyến viêm cổ tử cung bằng phương pháp đốt laser đã được tác giả Dalgic H và Kuscu NK chứng minh trong nghiên cứu năm 2001 trên 26 đối tượng với tỉ lệ thành công đạt 93%[5].

Tại Việt Nam cho đến phương pháp điều trị lộ tuyến viêm bằng dao cao tần đã được áp dụng tại một số đơn vị tuy nhiên chưa có công trình nào được công bố về hiệu quả của phương pháp này. Việc áp dụng phương pháp điều trị lộ tuyến viêm bằng dao cao tần cũng chưa được áp dụng rộng rãi tại tỉnh Nam Định, vì vậy nghiên cứu này đã được tiến hành với mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả điều trị lộ tuyến viêm

cổ tử cung bằng phương pháp dao cao tần"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn mẫu là những phụ nữ được chẩn đoán bị lộ tuyến viêm cổ tử cung. Những trường hợp được chỉ định đốt diệt tuyến bằng Dao cao tần là lộ tuyến viêm trên 5mm, tổn thương không sâu quá 5mm. không viêm nhiễm âm đạo, không viêm phần phụ, sạch kinh từ 2-3 ngày và không giao hợp trước khi làm thủ thuật. Người bệnh đồng ý làm thủ thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có dấu hiệu nghi ngờ tổn thương ác tính, có dấu hiệu chứng loạn sản tuyến. Tổn thương sâu quá 5mm hoặc diện lộ tuyến <5mm. Người phụ nữ lộ tuyến viêm đang có thai hoặc mới sinh con <3 tháng. Có biểu hiện của các viêm sinh dục khác:viêm âm đạo, viêm niêm mạc tử cung, viêm vùng chậu. Không đồng ý điều trị bằng các phương pháp diệt tuyến.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2015 - 8/2016.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đánh giá trước và sau can thiệp không có nhóm chứng.

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn được 28 đối tượng đạt theo các tiêu chí đã nêu trên có hộ khẩu sinh sống tại Nam Định để đưa vào nghiên cứu này.

2.5. Các thông tin cần thu thập: Các thông tin về nhân khẩu học: tuổi, nghề nghiệp; học vấn... Thông tin về nhân trắc học: cân nặng, chiều cao, vòng bụng... Các thông tin liên quan đến đặc điểm lâm sàng của BTĐN. Các thông tin liên quan đến đặc điểm cận lâm sàng của BTĐN.

2.6. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin: Công cụ thu thập số liệu: bệnh án, dụng cụ khám phụ khoa, máy siêu âm...

Phương pháp thu thập số liệu: phỏng vấn, khám trực tiếp, làm xét nghiệm sinh hóa

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu sau khi được thu thập sẽ được làm sạch và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng test McNemar để kiểm định thay đổi các tỷ lệ và Wilcoxon Test để kiểm định sự thay đổi các giá trị trung bình trước và sau điều trị.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thay đổi về dấu hiệu cơ năng - tăng tiết dịch âm đạo

Bảng 3.1: Thay đổi về tình trạng dịch âm đạo sau điều trị

Biến số nghiên cứu		Trước can thiệp (0)		Sau can thiệp 4 tuần (1)		Sau can thiệp 8 tuần (2)		Sau can thiệp 12 tuần (3)	
		Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Dịch âm đạo	Nhiều	28	100,0	2	7,14	1	3,57	1	3,57
	Ít	0	0,00	21	75,0	14	50,0	1	3,57
	Không có	0	0,00	5	17,86	13	46,43	26	92,86
Tổng		28	100,0	28	100,0	28	100,0	28	100,0
Tính chất dịch	Không mùi hôi	5	17,86	23	82,14	25	89,29	28	100,0
	Có mùi hôi	23	82,14	5	17,86	3	10,71	0	0,00
Tổng		28	100,0	28	100,0	28	100,0	28	100,0
P, RR (CI)		$p_{(0,1)} < 0,01; p_{(1,2)} > 0,05$ $RR_{(0,1)} = 1,28 (1,03-1,56), RR_{(1,2)} = 2,5 (0,85-7,31)$							

Có sự thay đổi rõ rệt về dịch âm đạo cả về lượng dịch tiết và tính chất của dịch tiết. Cụ thể: Về lượng dịch: trước khi can thiệp, tăng tiết dịch âm đạo là triệu chứng rất điển hình của LTV CTC, 100,0% người bệnh có biểu hiện ra dịch âm đạo nhiều. Còn sau 4 tuần can thiệp, chỉ còn 2 người (7,14%) còn ra dịch âm đạo nhiều, 21 người ra dịch âm đạo ít và 5 người không thấy ra dịch âm đạo nữa; các chỉ số tương ứng ở thời điểm 8 tuần và 12 tuần sau thủ thuật lần lượt là 5,57; 50,0; 46,43 và 5,57; 5,57; 92,86. Sự khác biệt về các tỷ lệ này trước và các thời điểm sau thủ thuật có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Về tính chất của dịch âm đạo: trước khi làm thủ thuật, có tới 23 người bệnh (82,14%) có biểu hiện dịch âm đạo có mùi hôi, dịch màu đục và/hoặc lẫn nhày mũi, chỉ có 5 người bệnh (17,86%) là dịch âm đạo ra nhiều nhưng trong và không có mùi. Sau thủ thuật, tính chất của dịch âm đạo đã thay đổi rõ rệt, sau thủ thuật 4 tuần, chỉ còn 5 người bệnh (17,86%) là dịch âm đạo ra nhiều có mùi hôi, dịch màu đục và/hoặc lẫn nhày mũi, có tới 23 người (82,14%) có biểu hiện dịch âm đạo có tính chất bình thường; các chỉ số này ở thời điểm 8 và 12 tuần sau thủ thuật lần lượt là 3 (10,71%); 25 (89,29%) và 0 (0,00%); 28 (100,0%). Sự khác biệt giữa các thời điểm trước, sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần làm thủ thuật của dấu hiệu này là rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

So sánh với kết quả điều trị trong việc thay đổi các dấu hiệu cơ năng của viêm đường sinh dục dưới của các biện pháp điều trị khác ở các nghiên cứu khác, ta thấy: Trong đề tài "Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm nhiễm đường sinh dục dưới bằng viên đặt vagikit tại bệnh viện phụ Sản Trung ương" của Nguyễn thị Thanh Tuyên, sau điều trị bằng viên đặt vagikit thì biểu hiện ra dịch

âm đạo: sau điều trị số lượng người bệnh có dịch âm đạo giảm từ 98,18% (trước điều trị) còn 75,45%. Tỷ lệ không ra dịch âm đạo tăng từ 1,82% lên 24,55% sau điều trị. Ở những người bệnh có dịch âm đạo thì dịch âm đạo trong (biểu hiện viêm nhẹ) tăng từ 8,18% trước điều trị lên 63,64% sau điều trị, khác biệt giữa trước và sau điều trị với $p < 0,001$. Sau điều trị, dịch âm đạo như mù giảm với $p < 0,01$, dịch âm đạo trắng như bột giảm với $p < 0,05$; dịch âm đạo lẫn máu cũng giảm.

Về đặc điểm dịch âm đạo sau điều trị, số người không có dịch âm đạo tăng từ 6,36% trước điều trị lên 24,55%. Số người có dịch âm đạo giảm từ 93,64% trước điều trị xuống còn 85,45% sau điều trị. Số người biểu hiện viêm nhiễm nhẹ tăng, tỷ lệ dịch âm đạo trong hoặc màu trắng không vón cục tăng từ 10,91% trước điều trị lên 59,09% sau điều trị. Sự sai khác giữa trước điều trị và sau điều trị với $p < 0,001$. Số người có dịch âm đạo bất thường nặng như trắng hoặc xám đồng nhất, dính; dịch âm đạo màu vàng hoặc như bột, vón cục, bám chặt thành âm đạo giảm, sự sai khác giữa trước điều trị và sau điều trị với $p < 0,01$ và $< 0,05$.

Kết quả nghiên cứu của Phạm Thanh Bình (2014) [1] cho thấy sau điều trị tỷ lệ dịch âm đạo đều giảm: trắng như bột, vón cục từ 33,9% giảm xuống 8,5%, như mù từ 33,9% xuống 8,5%. Sau điều trị không có dịch âm đạo chiếm 71,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra, sau điều trị tỷ lệ các triệu chứng cơ năng đều giảm: đau bụng không còn 1 trường hợp nào sau tái khám; ngứa rát âm hộ từ 8,9% xuống 2,0%. Bông rít âm đạo từ 2,0% xuống còn 0,5%. Ngược lại sau tái khám hết triệu chứng chiếm 96,6%. Tỷ lệ dịch âm đạo trắng như bột, màu xanh có bọt từ 20,2% xuống 1,5%; màu trắng như bột từ 9,9% giảm xuống

1,0%, như mũ từ 3,9% xuống 0,5%. Sau tái khám hết dịch âm đạo chiếm 97,0%.

Nguyễn Minh Quang trong nghiên cứu về điều trị VĐSDD cũng ghi nhận tỷ lệ phụ nữ tiểu buốt, tiểu rắt từ 9,3% trước điều trị giảm xuống 1,5% sau điều trị. Dịch âm đạo mũ từ 24,8% giảm xuống 2,9% và đau rát bộ phận sinh dục từ 10,6% giảm xuống 4,4% ($p < 0,05$) [2].

Như vậy ta thấy, với phương pháp điều trị

3.2. Thay đổi về tình trạng viêm lộ tuyến sau điều trị

Bảng 3.2: Thay đổi về tình trạng viêm lộ tuyến sau điều trị

Biến số nghiên cứu	Trước can thiệp (0)		Sau can thiệp 4 tuần (1)		Sau can thiệp 8 tuần (2)		Sau can thiệp 12 tuần (3)	
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %
Độ I	4	14,29	5	17,86	15	53,58	2	7,14
Độ II	23	82,14	18	64,28	3	10,71	0	0,00
Độ III	1	3,57	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Bình thường	0	0,00	5	17,86	10	35,71	26	92,86
Tổng	28	100,0	28	100,0	28	100,0	28	100,0
p	$< 0,05$							

Qua bảng 3.2 ta thấy có sự khác biệt rõ rệt trong tỷ lệ lộ tuyến viêm CTC trước và các thời điểm sau thủ thuật. Cụ thể: Trước thủ thuật thì chỉ có 4 trường hợp (14,29%) là LTV CTC độ I, còn LTV CTC độ II và độ III là 23 trường hợp (3,57%) và 1 trường hợp (82,14%). Sau khi đốt diệt tuyến 4 tuần, các chỉ số này lần lượt là 5 trường hợp (17,86%), 18 trường hợp (64,28%) và 0 trường hợp (0,0%), có 5 trường hợp (17,86%) cổ tử cung đã trở về bình thường. Sự khác biệt so với trước khi làm thủ thuật là rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau khi đốt diệt tuyến 8 tuần, các chỉ số này lần lượt là: 15 (53,58%), 3 (10,71%), 0 (0,0%) và 10 (35,71%). Sau khi đốt diệt tuyến 12 tuần, các chỉ số này lần lượt là: 2 (7,14%), 0 (0,0%), 0 (0,0%) và 26 (92,86%) ($p < 0,01$).

Như vậy, với tiêu chí là tổn thương lộ tuyến sẽ hết sau điều trị thì với nghiên cứu này, kết quả điều trị sẽ là: Sau điều trị 4 tuần: khỏi bệnh 17,86%; Sau điều trị 8 tuần: khỏi bệnh 35,71%; Sau điều trị 12 tuần: khỏi bệnh 92,86%. Tuy nhiên, do giới hạn về thời gian nghiên cứu nên chúng tôi không có điều kiện nghiên cứu dài hơn cho người bệnh. Như ta đã biết, các phương pháp điều trị lộ tuyến viêm cổ tử cung có hiệu quả nhất là các phương pháp diệt tuyến. Diệt tuyến có thể bằng các phương pháp khác nhau như dùng hoá chất, đốt nhiệt, đốt điện, đốt lạnh, đốt Laser,... Kết quả điều trị có thể tương tự nhau giữa các phương pháp diệt tuyến.

So sánh với các biện pháp điều trị trong viêm

LTV CTC bằng thủ thuật đốt diệt tuyến dao cao tần thì việc cải thiện các dấu hiệu cơ năng như làm giảm tiết dịch âm đạo cũng như cải thiện tính chất bình thường của dịch âm đạo là tốt hơn so với các phương pháp điều trị bằng đặt thuốc đơn thuần. Tuy nhiên, do điều trị bằng đặt thuốc là điều trị cho tất cả các nguyên nhân viêm đường sinh dục dưới, do đó sự so sánh này chỉ có tính chất tham khảo tương đối.

đường sinh dục dưới cũng cho những kết quả tương tự. Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm nhiễm đường sinh dục dưới bằng viên đặt vagikit tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương [8] cho thấy sau điều trị số người không có bất thường ở cổ tử cung tăng từ 17,27% trước điều trị lên 57,27% sau điều trị. Sự sai khác giữa trước điều trị và sau điều trị với $p < 0,001$. Số người có viêm đỏ cổ tử cung + lộ tuyến giảm từ 18,18% trước điều trị xuống còn 1,82% sau điều trị. Tuy nhiên số người chỉ có cổ tử cung lộ tuyến lại tăng từ 18,18% lên 33,64%, việc tăng số lượng người lộ tuyến chứng tỏ đã có nhiều người vừa có viêm đỏ cổ tử cung + lộ tuyến, nay đã đỡ hơn chỉ còn viêm lộ tuyến ($p < 0,001$). Rõ ràng, qua điều trị các bất thường ở cổ tử cung đã giảm rất rõ, các tổn thương cổ tử cung đã hết hoặc giảm nhiều, loại tổn thương nặng đã chuyển sang tổn thương còn lại nhẹ hơn.

Trong đề tài "Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm sinh dục thấp ở phụ nữ và kết quả điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản-Nhi Đà Nẵng" của Phạm Thanh Bình (2014) [1] cho thấy tỷ lệ tổn thương trước và sau điều trị là: viêm cổ TC từ 32,1% giảm xuống 8,0%. Sau điều trị không tổn thương tăng 72,8%. Tỷ lệ người bệnh lộ tuyến cổ TC giảm ít so với trước điều trị: từ 3,6% xuống 1,3%. Nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của với Nguyễn Thị Hồng Yến [4] CTC lộ tuyến từ 9,62% trước điều trị giảm xuống 8,65% sau điều trị. Kết quả nghiên cứu tỷ lệ tổn thương trước và sau tái khám cho thấy viêm cổ

TC từ 6,9% giảm xuống 1,0%. Qua kết quả tái khám lần 2 ghi nhận tổn thương cổ tử cung đã hết hoặc giảm nhiều, loại tổn thương nặng đã chuyển sang tổn thương còn lại nhẹ hơn. Sau điều trị 1 tháng tỷ lệ khỏi người bệnh VNĐSDT chiếm 96,1%. Chỉ có 8 trường hợp thất bại chiếm tỷ lệ 3,9%. Những trường hợp thất bại có thể do người bệnh chưa tuân thủ điều trị, bệnh nặng, tái nhiễm.

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp đốt diệt tuyến lộ tuyến viêm cổ tử cung bằng phương pháp dao cao tần là phương pháp điều trị có kết quả cao. Giúp cải thiện các dấu hiệu cơ năng của lộ tuyến viêm. Làm giảm tiết dịch âm đạo cả về lượng dịch tiết và tính chất của dịch tiết. Kết quả điều trị khỏi lộ tuyến viêm: tỷ lệ khỏi bệnh sau 4 tuần là 17,86%; 8 tuần là 35,71% và sau 12 tuần là 92,86%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thanh Bình (2014)**, Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm sinh dục thấp ở phụ nữ và kết quả điều

trị tại Bệnh viện Phụ Sản-Nhi Đà Nẵng, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.

2. **Nguyễn Minh Quang (2013)**, Thực trạng mắc bệnh nhiễm trùng đường sinh dục dưới ở phụ nữ bám dâm tại Trung tâm chữa bệnh - giáo dục - lao động xã hội số II Hà Nội và đánh giá hiệu quả can thiệp, Luận án tiến sĩ Y học - Viện Vệ sinh dịch tễ TW.
3. **Nguyễn Thị Thanh Tuyên (2013)**, Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm nhiễm đường sinh dục dưới bằng viên đặt vagikit tại bệnh viện phụ Sản Trung ương, Luận án Bác sĩ chuyên Khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Hồng Yến (2010)**, Viêm Âm Đạo và hiệu quả của Fluomizin trong điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn thạc sĩ - Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **H. Dalgic and N. K. Kuscı (2001)**, "Laser therapy in chronic cervicitis", Arch Gynecol Obstet. 265(2), page 64-6.
6. **A. U. Hakverdi et al. (1997)**, "Treatment of chronic cervicitis: the loop electrosurgical excision procedure", Zentralbl Gynakol. 119(1), page 16-20.
7. **B. G. Lindeque (2005)**, "Management of cervical premalignant lesions", Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 19(4), page 545-61.

TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM CỦA VIÊN REGIMUNE Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Thái Thị Hoàng Oanh*

TÓM TẮT⁴

Nghiên cứu lâm sàng, so sánh trước sau điều trị có đối chứng, mù đơn với mục tiêu đánh giá tác dụng chống viêm của Regimune ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn I-II đợt tiến triển (chứng tý thể phong thấp nhiệt tý). Sau điều trị, số khớp sưng trung bình, thời gian cứng khớp buổi sáng, tốc độ máu lắng đều giảm ở hai nhóm nhưng nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt hơn ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện tốt của nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, Regimune có tác dụng chống viêm ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn I-II đợt tiến triển (chứng tý thể phong thấp nhiệt tý).

Từ khóa: Regimune, viêm khớp dạng thấp, y học cổ truyền.

SUMMARY

THE ANTIPHLOGISTIC EFFECT OF REGIMUNE CAPSULES IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Thị Hoàng Oanh

Email: oanhquang2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 17/2/2017

Ngày duyệt bài: 28/2/2017

Single-blind clinical study, comparing prio-post treatment and compared with control group to evaluate the antiphlogistic effect of Regimune capsules in patients with rheumatoid arthritis exacerbation in RA patients stage 1 and 2 (syndrome of wind-damp-heat arthralgia). The results showed that number of swollen joint, the duration of morning stiffness joint and the average erythrocyte sedimentation speed of both groups decreased with higher decrease was seen in study group ($p < 0,05$). The good improving ratio of study group was higher than control group. The difference was significant with $p < 0,05$. Regimune capsules have antiphlogistic effect in patients with rheumatoid arthritis exacerbation in RA patients stage 1 and 2 (syndrome of wind-damp-heat arthralgia).

Keywords: Regimune, rheumatic arthritis, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp là một bệnh khớp mạn tính có cơ chế tự miễn rất thường gặp trong các bệnh xương khớp. Tại Việt Nam, bệnh chiếm 0,5% dân số và chiếm 20% số bệnh nhân điều trị tại các cơ sở điều trị bệnh khớp. Bệnh thường tiến triển từng đợt, hậu quả cuối cùng là dính khớp, biến dạng khớp gây tàn phế cho người bệnh. Hiện nay, có các phương pháp điều trị

viêm khớp dạng thấp như dùng thuốc, phục hồi chức năng, vật lý chỉnh hình, tái giáo dục nghề nghiệp, ngoại khoa... Tuy nhiên, chưa có phương pháp nào thực sự hữu hiệu cho tất cả các bệnh nhân. Tại Việt Nam, trong các đợt tiến triển, ngoài điều trị thuốc chống thấp khớp tác dụng chậm như methotrexate, các thầy thuốc y học hiện đại thường phải dùng thêm các thuốc chống viêm giảm đau như mobic, diclofenac hoặc prednisolon... các thuốc này dùng kéo dài có thể gây một số tác dụng không mong muốn. Nhóm thuốc sinh học cho thấy có hiệu quả hơn nhưng chi phí quá cao cho phần lớn người bệnh. Dựa vào các triệu chứng của bệnh, viêm khớp dạng thấp được xếp vào phạm vi chứng tý của y học cổ truyền. Trong đợt tiến triển của bệnh các khớp thường sưng nóng đỏ đau tương đương với thể phong thấp nhiệt tý. Các thuốc y học cổ truyền cũng có tác dụng nhất định trong điều trị chứng bệnh này. Nước sắc lá cây Chay là một bài thuốc có trong dân gian được truyền lại và có hiệu quả tốt trong điều trị các bệnh về khớp. Bằng mô hình thực nghiệm, các nhà khoa học đã chứng minh dịch chiết lá Chay có tác dụng chống viêm [4], [5]. Để thuận tiện khi sử dụng và bảo quản đồng thời hiện đại hóa y học cổ truyền, dịch chiết lá chay được chế biến dưới dạng cao khô, đóng viên nang cứng và đặt tên là Regimune,. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu trên lâm sàng đánh giá hiệu quả của thuốc. Vì vậy, đề tài được nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá tác dụng chống viêm của Regimune ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn I-II đợt tiến triển (chứng tý thể phong thấp nhiệt tý).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Vọng chẩn	Vấn chẩn	Vấn chẩn	Thiết chẩn
- Sắc mặt hồng - Chất lưỡi đỏ - Rêu lưỡi đỏ - Khớp sưng đỏ - Có thể teo cơ, biến dạng khớp	- Hơi thở hôi	- Các khớp tứ chi đau nhức, vận động khó khăn - Người nóng, phát sốt, ra mồ hôi, sợ gió. - Đại tiện táo, tiểu tiện vàng.	- Tại chỗ đau nóng, cự án. - Mạch trầm hoạt sác hoặc trầm tế sác.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân mắc các bệnh khác: Gan, thận, nhiễm ma túy, HIV, AID, bệnh phổi mạn tính... Bệnh nhân bỏ thuốc nghiên cứu trên 2 ngày liên tiếp. Bệnh nhân tự động dùng thuốc kết hợp khác trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân không làm đầy đủ các xét nghiệm theo yêu cầu của nghiên cứu. Bệnh nhân bỏ nghiên cứu.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu lâm

1. Chất liệu nghiên cứu

- Viên nang cứng Regimune có thành phần là chiết xuất phần đoạn Auronol glycosid của Artocarpus Tonkinensis (lá cây chay): 500mg.
- Thuốc được sản xuất tại Công ty trách nhiệm hữu hạn Tuệ Linh.
- Dạng trình bày: đóng lọ x 60 viên nang cứng.
- Sản phẩm có chứng nhận của trung tâm kiểm nghiệm Sở Y tế Hà Nội số đăng kí kiểm nghiệm 13/339G.

***Placebo:** Thành phần: bột ngũ cốc. Về hình dáng và màu sắc giống Regimune.

2. Đối tượng nghiên cứu

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu; tuổi ≥ 18 không phân biệt giới, nghề nghiệp; các bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm khớp dạng thấp giai đoạn I- II có đợt tiến triển (theo YHHĐ) và chứng tý thể phong thấp nhiệt tý (theo YHCT) được điều trị nội trú tại Khoa Nội bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông; bệnh nhân tuân thủ điều trị.

***Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Y học hiện đại:** chẩn đoán xác định theo ACR 1987, chẩn đoán giai đoạn bệnh theo tiêu chuẩn của Steinbroker năm 1994. Tiêu chuẩn đánh giá đợt tiến triển của bệnh theo hội chống thấp khớp châu Âu (European League Against Rheumatism-EULAR): Dựa vào DAS 28.

- + DAS 28 > 5,1 => bệnh hoạt động mạnh
- + 3,2 < DAS 28 ≤ 5,1 => bệnh hoạt động vừa
- + 2,9 < DAS 28 ≤ 3,2=> bệnh hoạt động nhẹ
- + DAS 28 ≤ 2,9 => bệnh không hoạt động

***Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Y học cổ truyền:** dựa vào tứ chẩn chọn bệnh nhân chứng tý thể phong thấp nhiệt tý [3].

sàng, so sánh trước sau điều trị, có đối chứng, mù đơn.

3.2. Cỡ mẫu: Chọn mẫu có chủ đích, cỡ mẫu tối thiểu n₁= n₂= 30 bệnh nhân. Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được đánh số từ 1 đến 60. Số lẻ được chọn vào nhóm nghiên cứu, số chẵn được chọn vào nhóm chứng.

3. Đạo đức nghiên cứu: Trước khi nghiên cứu, các bệnh nhân đều được hỏi ý kiến và đồng ý tham gia nghiên cứu. Trong quá trình điều trị

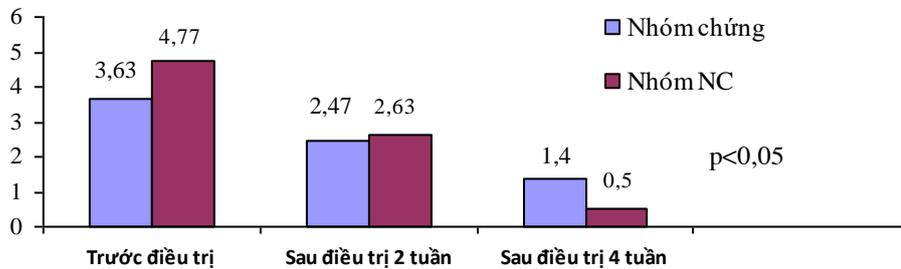
nếu bệnh nặng lên thì sẽ hội chẩn và đổi phương pháp khác nếu cần. Danh tính bệnh nhân được giữ kín.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thay đổi thời gian cứng khớp buổi sáng qua các thời điểm nghiên cứu của hai nhóm

Thời điểm đánh giá	Thời gian CKBS TB (phút)		p(NC- C)
	Nhóm NC (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	
T0 (Trước điều trị)	95,33 ± 8,4	89,5 ± 6,4	>0,05
T2 (Sau điều trị 2 tuần)	60,23 ± 4,8	60,15 ± 3,45	>0,05
p (T2-T0)	>0,05	>0,05	
T4 (Sau điều trị 4 tuần)	20,45 ± 2,12	40,12 ± 2,78	< 0,05
p (T4-T0)	< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình của hai nhóm đều giảm qua các thời điểm điều trị, sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở thời điểm T4 với p < 0,05. Sau 2 tuần điều trị, thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình của hai nhóm giảm tương đương nhau (p > 0,05). Sau 4 tuần điều trị, thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình của nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.



Biểu đồ 1. Thay đổi số khớp sưng qua các thời điểm

Nhận xét : Số khớp sưng của hai nhóm đều giảm qua các thời điểm điều trị, tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa ở thời điểm sau điều trị 30 ngày (p < 0,05). Sau 2 tuần điều trị, số khớp sưng của hai nhóm giảm tương đương nhau (p > 0,05). Sau 4 tuần điều trị, số khớp sưng của nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 2. Thay đổi tốc độ máu lắng của hai nhóm trước sau điều trị.

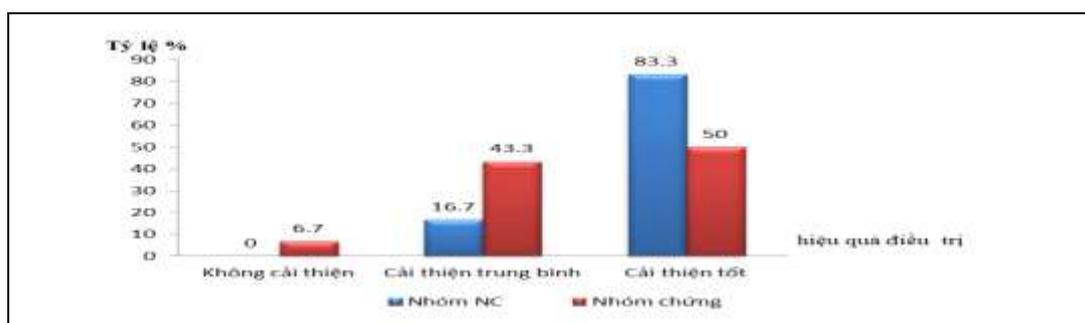
Chỉ số	Nhóm NC(n=30)			Nhóm chứng(n=30)			p(NC-C)
	T0	T4	p(T0-T4)	T0	T4	p(T0-T4)	
Tốc độ máu lắng trung bình (mm/h)	35,98 ± 1,24	10,55 ± 6,2	< 0,05	34,9±4,5	16,03±0,6	< 0,05	< 0,05

Nhận xét: Tốc độ máu lắng trung bình/giờ của hai nhóm sau điều trị đều giảm so với trước điều trị (p < 0,05). Sau 4 tuần điều trị tốc độ máu lắng của nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn nhóm chứng (p < 0,05).

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo mức độ hoạt động bệnh trước sau điều trị

Thời điểm Mức độ bệnh	Nhóm NC (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		p(T0-T4)
	T0	T4	T0	T4	
Không hoạt động	0	7 (23,4%)	0	3 (10%)	p<0,05
Hoạt động nhẹ	0	4 (13,3%)	0	1 (3,3%)	p<0,05
Hoạt động vừa	19 (63,3%)	19 (63,3%)	21 (70%)	26 (83,7%)	p<0,05
Hoạt động mạnh	11 (36,7%)	0	9 (30%)	0	

Nhận xét: Sau điều trị mức độ hoạt động bệnh đều có cải thiện ở cả hai nhóm, nhưng nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng (p < 0,05).



Biểu đồ 2. Mức độ cải thiện hoạt động bệnh theo DAS 28

Nhận xét. Số bệnh nhân cải thiện tốt của nhóm nghiên cứu nhiều hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tất cả các bệnh nhân của nhóm nghiên cứu đều cải thiện mức độ hoạt động bệnh, trong khi đó ở nhóm chứng vẫn còn 6,7% bệnh nhân không cải thiện mức độ hoạt động bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy số khớp sưng của cả hai nhóm đều giảm dần theo thời gian, sau 4 tuần điều trị, số khớp sưng của nhóm nghiên cứu giảm từ $4,77 \pm 0,36$ khớp tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu xuống $0,5 \pm 0,05$ khớp với $p < 0,05$ (Giảm - 4 khớp) nhóm chứng giảm từ $3,63 \pm 0,21$ khớp tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu xuống $1,4 \pm 0,13$ khớp (giảm - 2,2 khớp) với $p < 0,05$. Khi so sánh hiệu quả điều trị qua số khớp sưng giữa hai nhóm thấy nhóm nghiên cứu giảm rõ rệt hơn so với nhóm chứng với $p < 0,05$. Điều này chứng tỏ thuốc nghiên cứu có tác dụng chống viêm nên làm giảm số khớp sưng sau điều trị. Kết quả cho thấy tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, tốc độ máu lắng trung bình/giờ của hai nhóm lần lượt là $35,98 \pm 12,47$ mm và $34,9 \pm 4,5$ mm, không có sự khác biệt giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Sau 4 tuần điều trị, nhóm bệnh nhân nghiên cứu giảm rõ rệt hơn so với trước điều trị với $p < 0,05$ và giảm rõ rệt hơn so với nhóm chứng với $p < 0,05$. Sau 4 tuần, tốc độ máu lắng giờ thứ nhất của nhóm nghiên cứu giảm $-25,43$ mm (từ $35,94$ mm xuống $10,55$ mm) so với thời điểm T0. Ở nhóm chứng, sau 4 tuần tốc độ máu lắng giờ thứ nhất giảm $-18,8$ mm (từ $34,9$ xuống $16,03$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Lưu Thị Hạnh [7]. Khi quá trình viêm được hoạt hóa, các thành phần hữu hình trong máu tăng lên và di chuyển tới ổ viêm khiến tốc độ máu lắng tăng. Tốc độ máu lắng giảm chứng tỏ quá trình viêm đã được cải thiện, phù hợp với kết quả lâm sàng là số khớp sưng của bệnh nhân nhóm nghiên cứu giảm sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với cơ chế tác dụng của thuốc trên thực nghiệm: thuốc có bốn flavonoid tự nhiên,

các flavonoid này chứa gốc phenol có tác dụng chống viêm thông qua việc ức chế các cytokin, và ức chế tăng sinh tế bào T, qua đó làm giảm các triệu chứng của viêm [4], [5].

Kết quả cho thấy thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình của hai nhóm đều giảm qua các thời điểm điều trị tuy nhiên sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở thời điểm T4 với $p < 0,05$. Sau 2 tuần điều trị, thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình của hai nhóm giảm tương đương nhau ($p > 0,05$). Sau 4 tuần điều trị, thời gian cứng khớp buổi sáng trung bình của nhóm nghiên cứu giảm nhiều hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong viêm khớp dạng thấp, màng hoạt dịch của các khớp bị viêm gây sưng, đau, hạn chế vận động các khớp bệnh gây cứng khớp buổi sáng. Regimune có tác dụng chống viêm nên sẽ giảm thời gian cứng khớp buổi sáng trên lâm sàng. Ở nhóm nghiên cứu vì có dùng Regimune nên tác dụng chống viêm mạnh hơn qua đó cải thiện thời gian cứng khớp buổi sáng nhiều hơn.

DAS28 là chỉ số được sử dụng thường quy trong nghiên cứu lâm sàng nhằm đánh giá cải thiện diễn tiến của bệnh viêm khớp dạng thấp. Dựa vào giá trị của DAS28, bệnh được chia thành 4 mức độ: không hoạt động, hoạt động nhẹ, vừa và mạnh. Mục đích điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp là đạt lui bệnh hoàn toàn, chính vì vậy chỉ số DAS28 được sử dụng để đánh giá mức độ lui bệnh và hiệu quả của điều trị. Trong nghiên cứu này cho thấy sau 4 tuần điều trị mức độ hoạt động bệnh đều có cải thiện ở cả hai nhóm, nhưng nhóm nghiên cứu cải thiện tốt hơn nhóm chứng ($p < 0,05$): nhóm bệnh nhân điều trị bằng Regimune phối hợp với phác đồ nền có 23,4% bệnh nhân đạt được lui bệnh hoàn toàn ($DAS28 < 2,9$), nhóm chứng có 10% bệnh nhân

đạt lui bệnh hoàn toàn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị tốt của nhóm nghiên cứu cao hơn nhóm chứng ($p < 0,05$). Tuy nhiên ở nhóm kết hợp Regimune, cho hiệu quả cải thiện lui bệnh hoàn toàn cao hơn nhóm chứng. Giải thích cho điều này có 2 lí do: một là Regimune có tác dụng giảm đau chống viêm nên cũng góp phần cải thiện mức độ hoạt động bệnh. Hai là Regimune còn có tác dụng ức chế miễn dịch [4], [5] khi phối hợp với Methotrexat có thể gây tác dụng hiệp đồng làm tăng tác dụng của Methotrexat, qua đó làm giảm mức độ hoạt động bệnh. Tuy nhiên tác dụng này chưa được chứng minh qua thực nghiệm và lâm sàng, đây cũng là hướng mở của nghiên cứu. Các kết quả của nghiên cứu đều cho thấy Regimune khi dùng kết hợp với phác đồ nền của y học hiện đại cho hiệu quả giảm đau chống viêm tốt hơn khi dùng đơn độc phác đồ nền. Tuy nhiên, thời gian dùng phải là 4 tuần mới cho thấy hiệu quả khác biệt khi kết hợp.

V. KẾT LUẬN

Regimune có tác dụng chống viêm ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp giai đoạn I-II đợt tiến triển (chứng tý thể phong thấp nhiệt tý).

LỜI CẢM ƠN: Tôi xin trân trọng cảm ơn công ty Tuệ Linh, Ban giám đốc, phòng Kế hoạch tổng hợp, phòng tổ chức cán bộ, cùng tập thể nhân viên khoa Nội bệnh viện Y học cổ truyền Hà Đông đã tạo điều kiện giúp đỡ tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jones, G., et al. (2010), Comparison of tocilizumab monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with moderate to severe rheumatoid arthritis: the AMBITION study. *Ann Rheum Dis*, 69(1): p. 88-96.
2. Kremer J M, Blanco R, Brzosko M et al. (2011), Tocilizumab inhibits structural joint damage in rheumatoid arthritis patients with inadequate responses to methotrexate: results from the double-blind treatment phase of a randomized placebo-controlled trial of tocilizumab safety and prevention of structural joint damage at one year. *Arthritis Rheum*, 63(3), p. 609-21.
3. Smolen, J.S., et al. (2008), Effect of interleukin-6 receptor inhibition with tocilizumab in patients with rheumatoid arthritis (OPTION study): a double-blind, placebo-controlled, randomised trial. *Lancet*, 371(9617): p. 987-97.
4. D.T.N.DUNG, E. Eriste, E. Liepinsh, T.T. Thuy, H. Erlandsson- Harris, R. Sillard, P- Larsson (2009), A novel anti-inflammatory compounds, artonkin- 4'- O-glucosid, from the leaves of *Artocarpus tonkinensis* suppresses experimentally induced arthritis. *Scandinavian Journal of Immunology*, 69 (2), 110-118.
5. L.K. Dung, T.T. Thuy, T. V. Sung, P. T. Ninh (2004). Phenol glycosides from Vietnamese *Artocarpus tonkinensis*. *Tạp chí dược liệu* 9 (1), 2-6.
6. Hoàng Thị Quế (2011), *Nghiên cứu tác dụng của bài thuốc "Tam Tý thang gia giảm" điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp*, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội.
7. Lưu Thị Hạnh (2012), *Đánh giá tác dụng bài thuốc Khương hoạt nữ hương thang trong điều trị hỗ trợ viêm khớp dạng thấp giai đoạn I- II, thể nhiệt tý*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, trường đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG ẢO GIÁC, HOANG TƯỚNG Ở BỆNH NHÂN LOẠN THẦN DO RƯỢU

Nguyễn Hữu Thắng*, Bùi Quang Huy**,
Nguyễn Sinh Phúc**, Cao Tiên Đức**

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu: Ảo giác và hoang tưởng là phổ biến ở bệnh nhân loạn thần do rượu. Các triệu chứng này có thể gây nguy hiểm cho những người xung quanh và cho bệnh nhân. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi: 1). Đặc điểm ảo giác do rượu. 2). Đặc điểm hoang

tưởng do rượu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 79 bệnh nhân được chẩn đoán là loạn thần do rượu. Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD-10 (1992). Dùng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. Các số liệu được xử lý và phân tích trên chương trình Standa 12.0. **Kết quả:** 45,67% số bệnh nhân có ảo giác kết hợp với hoang tưởng, chỉ có ảo giác chiếm 27,85% và số bệnh nhân chỉ có hoang tưởng chiếm 26,58%. Ảo thị giác chiếm 58,23%. Ảo giác xuất hiện thường xuyên chiếm 96,55%, ảo giác chỉ phối hành vi của bệnh nhân chiếm 60,34%. Bệnh nhân chỉ có 1 loại ảo giác chiếm 70,69%. Hoang tưởng bị truy hại chiếm 59,49%. Số bệnh nhân có hoang tưởng xuất hiện thường xuyên chiếm 82,46% và tất cả các

*Bệnh viện Tâm thần TƯ 2 Biên Hòa

*Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quang Huy

Email: bshuy2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 10/2/2017

Ngày duyệt bài: 25/2/2017

hoang tưởng đều chi phối hành vi của bệnh nhân. Số bệnh nhân chỉ có 1 loại hoang tưởng chiếm 70,17%.

Từ khóa: Ảo giác, hoang tưởng do rượu

SUMMARY

RESEARCH CLINICAL CHARACTERISTICS HALLUCINATIONS, DELUSIONS IN PATIENTS WITH ALCOHOL-INDUCED PSYCHOSIS

Objective: Hallucinations and delusions are common in patients with alcohol-induced psychosis. These symptoms can be dangerous for people and the patient. The goal of our research: 1). Features hallucinations caused by alcohol. 2). Features delusions caused by alcohol. **Subjects and methods:** 79 patients diagnosed as alcoholic psychosis. Using the diagnostic criteria of ICD-10 (1992). Cross-sectional and prospective method, describe every individual of 79 inpatients. The data is processed and analyzed on programs Standa 12.0. **Results:** 45.67% of patients have hallucinations associated with delusions, hallucinations only account for 27.85% and delusions only account for 26.58%. Visual hallucinations account for 58.23%. Hallucinations occur frequently occupies 96.55%, hallucinations dominate the behavior of patients accounted for 60.34%. Patients have only one kind of hallucination accounted for 70.69%. Harmful delusion accounted 59.49%. Delusions occur frequently occupies 82.46%, and all delusions dominate behavior of patients. 70.17% of patients have only one kind of delusion.

Keywords: Hallucinations, alcoholic delusions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loạn thần do rượu rất phổ biến trong lâm sàng Tâm thần. Hoang tưởng và ảo giác do rượu là các triệu chứng loạn thần nặng, có thể gây nguy hiểm cho những người xung quanh và cho chính bệnh nhân. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu sâu về các hoang tưởng và ảo giác ở bệnh nhân rối loạn tâm thần do rượu. Chúng tôi thực hiện đề tài "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ảo giác, hoang tưởng ở bệnh nhân loạn thần do rượu" với mục tiêu sau: *Đặc điểm ảo giác do rượu. Đặc điểm hoang tưởng do rượu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 79 bệnh nhân được chẩn đoán là loạn thần do rượu. Các bệnh nhân này được điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 2 Biên Hòa, từ tháng 11 năm 2012 đến tháng 7 năm 2016.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán các rối loạn tâm thần do rượu theo ICD 10 (1992).

- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Các số liệu được xử lý và phân tích trên chương trình Standa 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm ảo giác do rượu

Bảng 1. Sự kết hợp ảo giác với hoang tưởng

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chỉ có hoang tưởng	21	26,58
Chỉ có ảo giác	22	27,85
Ảo giác và hoang tưởng	36	45,57
Tổng số	79	100

Kết quả nghiên cứu ở bảng 1 cho thấy 45,67% số bệnh nhân có ảo giác kết hợp với hoang tưởng, số bệnh nhân chỉ có ảo giác (27,85%) và số bệnh nhân chỉ có hoang tưởng (26,58%) là gần tương đương nhau.

Bảng 2. Tần suất các loại ảo giác

Loại ảo giác	Tần suất	Tỷ lệ %
Ảo thị giác thật	46	58,23
Ảo thính giác thật	19	24,05
Ảo xúc giác thật	12	15,19

Kết quả bảng 2 cho thấy ảo giác của bệnh nhân rất đa dạng, phong phú, trong đó ảo thị giác chiếm đến 58,23% số bệnh nhân. Còn ảo thính giác (24,05%) và ảo xúc giác (15,19%) thì chiếm tỷ lệ ít hơn.

Bảng 3. Tính chất của ảo giác

Đặc điểm	Số lượng (n = 58)	Tỷ lệ %
Xuất hiện không thường xuyên	56	96,55
Xuất hiện thường xuyên	2	3,45
Không chi phối hành vi	23	39,66
Có chi phối hành vi	35	60,34

Hầu hết ảo giác của bệnh nhân xuất hiện thường xuyên (96,55%) và đa số các ảo giác này (60,34%) có chi phối hành vi của bệnh nhân.

Bảng 4. Các loại ảo giác trên bệnh nhân

Số loại ảo giác	Bệnh nhân	Số lượng (n=58)	Tỉ lệ %
1 loại ảo giác		41	70,69
2 loại ảo giác		15	25,86
3 loại ảo giác		2	3,45

Bảng 4 cho thấy đại đa số bệnh nhân (70,69%) chỉ có 1 loại ảo giác. Khoảng một phần tư (25,86%) số bệnh nhân có 2 loại ảo giác. Số bệnh nhân có 3 loại ảo giác rất ít gặp (3,45%).

3.2. Đặc điểm hoang tưởng do rượu

Bảng 5. Tỷ lệ các loại hoang tưởng

Hoang tưởng	Bệnh nhân	Số lượng (n=57)	Tỉ lệ %
Hoang tưởng bị theo dõi		5	6,33
Hoang tưởng bị truy hại		47	59,49
Hoang tưởng bị đầu độc		3	3,80
Hoang tưởng ghen tuông		15	18,99
Hoang tưởng tự cao		6	7,59

Kết quả bảng 5 cho thấy hoang tưởng bị truy hại là hay gặp nhất, chiếm 59,49%. Tiếp theo là hoang tưởng ghen tuông với 18,99%. Các hoang tưởng khác ít gặp.

Bảng 6. Tính chất hoang tưởng

Đặc điểm	Bệnh nhân	Số lượng (n = 57)	Tỉ lệ %
Xuất hiện không thường xuyên		47	82,46
Xuất hiện thường xuyên		10	17,54
Không chi phối hành vi		0	0
Có chi phối hành vi		57	100

Bảng 6 cho thấy tuyệt đại đa số bệnh nhân (82,46%) có hoang tưởng xuất hiện thường xuyên và tất cả các hoang tưởng đều chi phối hành vi của bệnh nhân.

Bảng 7. Các loại hoang tưởng trên bệnh nhân

Số loại hoang tưởng	Bệnh nhân	Số lượng (n=57)	Tỉ lệ %
1 loại		40	70,17
2 loại		15	26,32
3 loại		2	3,51

Kết quả bảng 7 cho thấy đa số bệnh nhân (70,17%) chỉ có 1 loại hoang tưởng. Số bệnh nhân có hai loại hoang tưởng chiếm 26,32%, còn số bệnh nhân có 3 loại hoang tưởng chỉ có 3,51%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm ảo giác

- Sự kết hợp ảo giác và hoang tưởng

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số bệnh nhân có ảo giác và hoang tưởng gần tương đương nhau. Cụ thể 45,67% số bệnh nhân có ảo giác kết hợp với hoang tưởng, chỉ có ảo giác chiếm 27,85% và số bệnh nhân chỉ có hoang tưởng chiếm 26,58%. Kết quả này phù hợp với ý kiến của Bùi Quang Huy (2010) khi cho rằng tần xuất của ảo giác và hoang tưởng là tương đương nhau.

- Về tần suất các loại ảo giác, Cao Tiến Đức (2016) cho rằng ảo thị giác là hay gặp nhất, sau đó là ảo thanh thật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 2 cho thấy ảo thị giác chiếm

58,23% số bệnh nhân, ảo thính giác chiếm 24,05% và ảo xúc giác chỉ chiếm 15,19%.

- Về tính chất của ảo giác, Kaplan H.I. (1994) cho rằng các ảo giác do rượu thường xuất hiện liên tục và chi phối hành vi của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 30 cũng khẳng định nhận định trên với 96,55% có ảo giác xuất hiện thường xuyên và 60,34% ảo giác có chi phối hành vi của bệnh nhân.

- Về các loại ảo giác trên bệnh nhân, Sadock B.J (2007) cho rằng đa số bệnh nhân chỉ có 1 loại ảo giác. Các bệnh nhân có 2-3 ảo giác hiếm gặp. Kết quả ở bảng 4 cũng cho thấy đại đa số bệnh nhân (70,69%) chỉ có 1 loại ảo giác, 25,86% số bệnh nhân có 2 loại ảo giác và số bệnh nhân có 3 loại ảo giác rất ít gặp (3,45%).

4.2. Đặc điểm hoang tưởng do rượu

- Về tỷ lệ các loại hoang tưởng, Nguyễn Mạnh Hùng (2009) cho rằng đa số bệnh nhân có hoang tưởng bị truy hại. Họ cho rằng bị ma quỷ hoặc một thể lực nào đó tìm cách hại họ. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 5) cho thấy hoang tưởng bị truy hại là hay gặp nhất, chiếm 59,49%, tiếp theo là hoang tưởng ghen tuông với 18,99%.

- Về tính chất của hoang tưởng, chúng tôi nhận thấy (bảng 6) 82,46% số bệnh nhân có hoang tưởng xuất hiện thường xuyên và tất cả các hoang tưởng đều chi phối hành vi của bệnh nhân.

Kết quả này là phù hợp với Bhat PS (2012) khi cho rằng hầu hết các hoang tưởng đều tồn tại suốt ngày và chi phối hành vi của bệnh nhân.

- Về số lượng hoang tưởng trên một bệnh nhân, Nguyễn Mạnh Hùng (2009) cho rằng 73,35% số bệnh nhân chỉ có một loại hoang tưởng. Nghiên cứu của chúng tôi (bảng 7) cũng phù hợp với kết quả này với 70,17% số bệnh nhân chỉ có 1 loại hoang tưởng.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm ảo giác

- 45,67% số bệnh nhân có ảo giác kết hợp với hoang tưởng, chỉ có ảo giác chiếm 27,85% và số bệnh nhân chỉ có hoang tưởng chiếm 26,58%.

- Ảo thị giác chiếm 58,23%, ảo thính giác chiếm 24,05% và ảo xúc giác chỉ chiếm 15,19% số bệnh nhân.

- 96,55% bệnh nhân có ảo giác xuất hiện thường xuyên và 60,34% ảo giác chi phối hành vi của bệnh nhân.

- Đa số bệnh nhân (70,69%) chỉ có 1 loại ảo giác, 25,86% số bệnh nhân có 2 loại ảo giác.

5.2. Đặc điểm hoang tưởng

- Hoang tưởng bị truy hại chiếm 59,49%, hoang tưởng ghen tuông với 18,99% số bệnh nhân.

- 82,46% số bệnh nhân có hoang tưởng xuất hiện thường xuyên và tất cả các hoang tưởng đều chi phối hành vi của bệnh nhân

- 70,17% số bệnh nhân chỉ có 1 loại hoang tưởng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Tiến Đức, Trần Xuân Trường (2016). Các rối loạn tâm thần, hành vi và tổn thương cơ thể do rượu. Nhà xuất bản Y học-hà Nội. Trang 43-45.
2. Nguyễn Mạnh Hùng (2009). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng sáng rượu cấp*. Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.
3. Bùi Quang Huy, Nguyễn Mạnh Hùng, Nguyễn Thanh Bình (2010). *Nghiên cứu rượu*. Nhà xuất bản y học, Hà Nội. Trang 27-67.
4. Bhat PS, Ryali V, Srivastava K, and colab. (2012). *Alcoholic hallucinosis*. *Ind Psychiatry J*. Jul; 21(2):155-157. doi: 10.4103/0972-6748.119646
5. Kaplan H. I., Sadock B. J., Grebb J. A. (1994). *Synopsis of psychiatry*. Seventh edition. Wasington D.C. Page: 396-410.
6. Sadock B. J., Sadock V. A. (2007). *Kaplan and Sadock's. Synopsis of psychiatry*. Tenth edition. William and Wilkins. Page: 189-217.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU MẠCH MÁU - CƠ SỞ THIẾT KẾ VẬT DA CÂN THƯƠNG ĐÒN

Trần Văn Anh*

TÓM TẮT⁶

Đặt vấn đề: Tại Việt Nam, vật da cân thương đòn (DCTĐ) là một chất liệu tốt được các phẫu thuật viên tạo hình lựa chọn trong khoảng hơn 10 năm trở lại đây trong điều trị phẫu thuật sẹo co kéo vùng cổ. Đây là một vật dạng trục, có độ an toàn cao, hiệu quả tốt. Nghiên cứu về giải phẫu của vật này ít được thông báo, trong khi thông tin trong các sách giáo khoa về giải phẫu kinh điển thì chưa được viết chi tiết, chưa đủ cơ sở để ứng dụng trên thực tế lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 20 xác được bảo quản bằng dung dịch Formalin tại Bộ môn giải phẫu trường đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.

*Viện Bông Quốc gia Lê Hữu Trác

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Anh

Email: vanhvb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 3/2/2017

Ngày duyệt bài: 20/2/2017

Nghiên cứu bao gồm đặc điểm giải phẫu của động mạch trên đòn (bên phải và bên trái) về: nguồn gốc, đường đi, liên quan, độ dài, đường kính và vùng cấp máu. **Kết quả:** Động mạch trên đòn có mặt ở tất cả 20 xác với 40 tiêu bản giải phẫu, có nguyên ủy từ động mạch cổ ngang, điểm xuất phát chủ yếu nằm trong khoảng 1/3 giữa xương đòn (95%), cách đầu trong xương đòn trung bình 7,56 cm, chiều dài của động mạch trên đòn khoảng 3,5-4,5 cm, đường kính trung bình 1,19mm. Vùng cấp máu của động mạch trên đòn đạt được: chiều dài trung bình: 20,2cm, chiều rộng trung bình: 10,5cm. **Kết luận:** Vật da cân thương đòn là một vật có độ tin cậy cao bởi mạch máu nuôi vật hằng định, chiều dài mạch trên đòn đảm bảo cho vật có độ linh hoạt cao trong ứng dụng lâm sàng. Vùng cấp máu của động mạch trên đòn mang lại chất liệu có kích thước khá rộng, rất hiệu quả trong phẫu thuật tạo hình phủ. Đường kính của động mạch trên đòn có thể giúp cho vật được sử dụng ở dạng vật tự do.

Từ khóa: Động mạch trên đòn, vật da

SUMMARY**ANATOMICAL FEATURE OF SUPRACLAVICULAR ARTERY AND USING FOR HAVESTING FLAP**

Introduction: Recently, supraclavicular flap is an excellent flap that has been used widely in treatment post burn scars contracture at the neck. However, its vascular reliability remains unclear. Thus, authors analyzed anatomical feature in this study that are useful for harvesting flap. **Patient and Method:** 40 flaps from 20 preserved cadavers to dissected at Anatomy department of Ho Chi Minh city medical and pharmacy university. Supraclavicular artery were examined including origins, courses, lengths, diameters and its anatomical territory. **Results:** The supraclavicular artery was found in all twenty cadavers with forty anatomical specimens, the origin was transverse cervical artery and arised at the level of the middle third of the clavicle in 95%, the distance of the origin of the artery from the inner border of the clavicle was 7.56cm, the length of the artery was about 3.5-4.5cm, the average diameter was 1.19mm, the blood-supplied region of the artery could reach 20.2cm in length and 10.5cm in width. **Conclusion:** Supraclavicular flap is reliable, pedicle length enough for flexible using in flap design. The artery diameter of the pedicle could be used as free flap in reconstructive surgery.

Key word: Supraclavicular artery, flap

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vạt da cân thượng đòn được Lamberty thông báo lần đầu tiên năm 1979, sau đó được Pallua và Machens áp dụng thành công cho 8 bệnh nhân sẹo co kéo cằm cổ vào năm 1997. Dạng vạt này đã góp phần giải quyết được nhiều hạn chế của nhiều phương pháp tạo hình khác, đáp ứng được yêu cầu tạo hình vùng cằm cổ, đặc biệt là yêu cầu thẩm mỹ bởi nó mang lại chất liệu mỏng, hòa đồng với da lành lân cận vùng cằm cổ [3]. Từ đó đến nay vạt da cân thượng đòn đã được ứng dụng tại nhiều nước trên thế giới. Tuy nhiên, việc hiểu biết một cách chính xác nguồn gốc và vị trí xuất phát của mạch máu nuôi vạt vẫn còn chưa thật sự rõ ràng. Việc nghiên cứu, khảo sát về giải phẫu mạch máu, về nguồn cấp máu cho các vạt da luôn là điều cần thiết, không thể thiếu và vô cùng hữu ích đối với các phẫu thuật viên. Việc làm này không những chỉ làm tăng hiệu quả ứng dụng trên lâm sàng, giúp cho các phẫu thuật viên nắm chắc giải phẫu cấp máu của vạt được sử dụng, đảm bảo tỷ lệ thành công cao khi phẫu thuật mà còn giúp ích cho các nhà nghiên cứu có thể tìm ra các nhánh mạch mới, tạo tiền đề cho các ý tưởng mới, đưa ra được những chất liệu tạo hình mới sẽ được ứng dụng trên lâm sàng. Nghiên cứu giải phẫu của chúng tôi góp

phần làm sáng tỏ thêm vị trí xuất phát, sự phân bố mạch máu và các mốc giải phẫu liên quan giúp cho các phẫu thuật viên dễ dàng hơn trong quá trình phẫu tích cũng như khẳng định về độ tin cậy của vạt da cân thượng đòn. Dựa trên kết quả nghiên cứu giải phẫu, các hình thức sử dụng vạt cũng sẽ được đề xuất và bàn luận trong bài báo của chúng tôi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

20 xác (40 tiêu bản) được bảo quản bằng dung dịch Formalin tại bộ môn giải phẫu trường đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11-12/2011.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Xác định nguyên ủy động mạch trên đòn, mô tả đường đi của động mạch này, liên quan với các mốc giải phẫu, độ dài và kích thước của mạch máu.

- Xác định vùng cấp máu của động mạch trên đòn

2.2.2. Các bước tiến hành:

- Cố định xác ngâm ở tư thế nằm ngửa một cách chắc chắn.

- Rửa da theo theo bờ dưới xương đòn, bộc lộ động mạch cổ ngang, tâm động mạch trên đòn, thắt các nhánh tách ra phía trước của động mạch trên đòn.

- Tách rời động mạch trên đòn khỏi nguyên ủy và luồn kim guy 18 vào lòng động mạch trên đòn.

- Bơm dung dịch xanh Methylen vào động mạch trên đòn qua cannule để xác định vùng cấp máu của động mạch trên đòn sau khi đó thắt hết các nhánh của động mạch dưới đòn.

- Quan sát vùng màu xanh thể hiện vùng cấp máu của vạt DCTĐ, đo kích thước vùng cấp máu (cm) theo chiều dài và chiều rộng (lấy kích thước lớn nhất), đối chiếu với các mốc giải phẫu (bờ dưới xương đòn, đầu ngoài xương đòn).

- Tiếp tục rạch da đến phía ngoài, vùng trên cánh tay. Dùng kim cắt bỏ toàn bộ xương đòn.

- Phẫu tích tìm động mạch dưới đòn, tìm thân giáp cổ, động mạch cổ ngang cũng như các nhánh tách ra từ đây, xác định nguyên ủy của động mạch nuôi vạt (động mạch trên đòn).

- Tiếp tục phẫu tích xác định đường đi của động mạch trên đòn đến điểm chui vào da.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Về nguồn cấp máu cho vạt:**

3.1.1. Kết quả khảo sát về động mạch trên đòn: Động mạch trên đòn có mặt ở tất cả các tiêu bản và đều xuất phát từ động mạch cổ ngang.

Bảng 3.1. Vị trí xuất phát của động mạch trên đòn tương đương với các đoạn chiều dài xương đòn

Đoạn xương đòn	1/3 trong	1/3 giữa	1/3 ngoài
Số trường hợp (n=40)	0	38	2
Tỷ lệ %	0%	95%	5%

Số liệu bảng này cho thấy 95% (38/40) trường hợp động mạch trên đòn tách ra từ động mạch cổ ngang ở trong khoảng 1/3 giữa xương đòn, có 2 trường hợp động mạch trên đòn tách ra muộn hơn, tương đương với đoạn 1/3 ngoài của xương đòn. Không có trường hợp nào tách ra ở đoạn 1/3 trong xương đòn.

Bảng 3.2. Chiều dài đoạn tự do của động mạch trên đòn

Chiều dài (cm)	4,5	4	3,5	3	2
Số trường hợp (n=40)	6 (15%)	11 (27,50%)	12 (30%)	7 (17,50%)	4 (10%)
Chiều dài trung bình	3,82 cm				

Chiều dài đoạn tự do của động mạch trên đòn được tính từ nơi sinh ra đến khi nó chui vào cân để cấp máu cho da. Phần lớn động mạch này có chiều dài trong khoảng từ 3,5 đến 4,5 cm, kích thước trung bình là 3,82 cm. Có những trường hợp động mạch trên đòn tách ra từ động mạch cổ ngang muộn và chia nhánh vào cân ngay.

Bảng 3.3. Đường kính ngoài của động mạch trên đòn

Đường kính (mm)	1,5	1,2	1
Số trường hợp (n=40)	14 (35%)	19 (47,50%)	7 (17,50%)
Đường kính trung bình	1,19 mm		

Động mạch trên đòn có đường kính trung bình là 1,19mm, đường kính này gần như không thay đổi từ nơi sinh ra đến khi chui vào cân.

**Các nhánh động mạch dưới đòn có liên quan đến cuống mạch của vật (động mạch cổ ngang, động mạch trên vai, động mạch giáp dưới):*

- Các dạng phát sinh của các nhánh tách ra từ động mạch dưới đòn:

+ 95% (38/40) số trường hợp các nhánh tách ra từ thân giáp cổ.

+ 5% (2/40) số trường hợp các nhánh tách ra trực tiếp từ động mạch dưới đòn.

- Động mạch cổ ngang và động mạch giáp dưới chung một thân tách ra từ 1/3 trong của động mạch dưới đòn: 1/40 (2,5%). Trường hợp này thấy động mạch trên vai tách ra trực tiếp từ động mạch dưới đòn tại khoảng 1/3 giữa.

Đường kính ngoài trung bình của động mạch cổ ngang là 2,5 mm, có những trường hợp tới 3,6 mm.

Bảng 3.4. Khoảng cách từ đầu trong xương đòn tới nơi sinh ra động mạch trên đòn

Khoảng cách (cm)	8,5	8	7	6
Số trường hợp (n=40)	2 (5%)	11 (27,50%)	19 (47,50%)	8 (20%)
Kích thước trung bình	7,56 cm			

Khoảng cách trung bình đầu trong xương đòn tới nguyên ủy động mạch trên đòn là: 7,56 cm.

Bảng 3.5. Khoảng cách từ đầu trong xương đòn tới nguyên ủy của động mạch cổ ngang

Khoảng cách (cm)	4,5	3,5	3,0
Số trường hợp (n=40)	8 (20%)	14 (35%)	18 (45%)
Kích thước trung bình	3,38 cm		

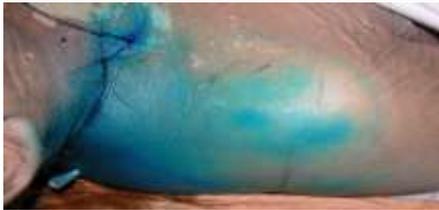
Phần lớn số trường hợp động mạch cổ ngang có điểm xuất phát cách đầu trong xương đòn trong khoảng từ 3,0 cm (18/40=45%). Khoảng cách trung bình là 3,38cm.

**Hình 1 : Nguyên ủy, đường đi động mạch trên đòn**

3.1.2. Kết quả khảo sát tĩnh mạch trên đòn: ở tất cả 40 tiêu bản chúng tôi đều thấy 1 tĩnh mạch đi kèm lân cận với động mạch trên đòn và đổ vào tĩnh mạch cổ ngang.

3.1.3. Kết quả khảo sát vùng cấp máu của động mạch trên đòn**Bảng 3.6. Một vài thông số nghiên cứu về vùng cấp máu của động mạch trên đòn**

Các thông số nghiên cứu	Số đo		
	Lớn nhất	Nhỏ nhất	Trung bình
Chiều dài vùng cấp máu (cm)	24	15	20,2
Chiều rộng vùng cấp máu(cm)	12,5	8	10,5
Khoảng cách tính từ giới hạn trước của vịnh cấp máu tới bờ dưới xương đòn tại điểm 1/2(cm)	4,5	2,5	2,8
Khoảng cách tính từ giới hạn ngoài của vịnh cấp máu tới đầu ngoài xương đòn(cm)	5	2,5	3,8

**Hình 2 : Vùng cấp máu của động mạch trên đòn****IV. BÀN LUẬN****- Nguồn cấp máu chính cho vật - động mạch trên đòn**

Nguyên ủy: Kết quả phẫu tích 20 xác người Việt Nam trưởng thành (40 tiêu bản), chúng tôi nhận thấy động mạch trên đòn có mặt trên toàn bộ 40 tiêu bản và đều xuất phát từ động mạch cổ ngang. Như vậy sự có mặt của động mạch trên đòn là hằng định, nguồn gốc của động mạch này từ động mạch cổ ngang. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tuy có khác với nghiên cứu của Lamberty (1983) nhưng lại phù hợp nghiên cứu của một số tác giả khác như Bùi Bạch Dương (2003) [1], [5]. Sự bất thường về giải phẫu này chúng tôi không gặp trong khi phẫu tích 40 tiêu bản xác.

Vị trí tách ra: Số liệu bảng 3.1 cho thấy phần lớn (38/40= 95%) số tiêu bản có vị trí tách ra của động mạch trên đòn chủ yếu nằm trong khoảng 1/3 giữa xương đòn, chỉ có 5% (2/40) số tiêu bản động mạch trên đòn tách ra tại khoảng điểm nổi 1/3 ngoài và 2/3 trong. Kết quả nghiên cứu như vậy là phù hợp với thông báo của Baudet J. và Martin D. có 80% trường hợp động mạch trên đòn tách ra ngang mức giữa xương đòn, còn lại 20% tách ra trong khoảng 1/3 trong của xương đòn.

Tuy nhiên kết quả của chúng tôi có khác so với nghiên cứu của Lamberty (1982): ở 31 tiêu bản tác giả nhận thấy động mạch trên đòn tách ra tương đương với các đoạn xương đòn như sau [trích từ 1]:

- + Trong khoảng 1/3 trong xương đòn: 26%

- + Tại điểm nổi 1/3 trong và 2/3 ngoài xương đòn: 36%

- + Trong khoảng 1/3 giữa xương đòn: 32%

- + Tại điểm nổi 1/3 ngoài và 2/3 trong xương đòn: 3%

Sự khác nhau này có thể là vì số liệu nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều nên khả năng gặp biến đổi bất thường về giải phẫu ít hơn cũng như các vị trí xuất phát của động mạch trên đòn cũng ít phong phú hơn.

Đường đi: Động mạch cổ ngang và động mạch trên đòn chạy dọc theo bờ trên xương đòn, nằm trong hố trên đòn, chạy ngang qua cơ bậc thang trước. Động mạch trên đòn sau khi tách ra chạy hướng lên trên, ra ngoài, rồi chia thành 1-2 nhánh trước khi chui vào lớp cân sâu và chạy hành trình trong lớp da cân. Sau khi tách ra động mạch trên đòn, động mạch cổ ngang chạy lên trên, ra sau và chia nhánh chui vào chi phổi cho cơ thang [2],[3].

Chiều dài cuống mạch: Chiều dài cuống mạch tính từ nơi sinh ra của động mạch trên đòn đến điểm chui vào lớp cân sâu của nó là 2 – 4,5 cm (trung bình là 3,82 cm), đây chính là đoạn tự do của động mạch trên đòn. Kết quả nghiên cứu này phù hợp nghiên cứu của một số tác giả khác như Pallua, Bùi Bạch Dương [4], [5]. Điều này rất có ý nghĩa thực tiễn, giúp cho các phẫu thuật viên có thể phẫu tích vật DCTĐ dưới hình thức một đảo da di động với cuống vật có thể dài tới gần 5 cm [4]. Trong một số trường hợp nếu cần cuống dài hơn chúng ta có thể thắt tại đầu xa của động mạch cổ ngang sau nơi phân chia nhánh động mạch trên đòn, chiều dài cuống mạch có thể được tăng lên đáng kể lớn hơn

7,5cm do được cộng thêm một phần của động mạch cổ ngang.

Thành phần cuống mạch: Động mạch trên đòn sau khi tách ra từ động mạch cổ ngang có đường kính ngoài trung bình 1,19 mm, (bảng 3.3), đường kính này hầu như không thay đổi từ nơi xuất phát đến khi chia nhánh chui vào lớp cân sâu. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Pallua: động mạch trên đòn có đường kính $1,5 \pm 0,34$ mm [3]. Theo Bùi Bạch Dương số liệu này là 1-1,6 mm [5]. Với đường kính này, động mạch trên đòn giúp cho có thể sử dụng vạt DCTĐ ở dạng vạt tự do với độ an toàn cao.

- Vùng cấp máu của động mạch trên đòn: Trong nghiên cứu của chúng tôi, vùng cấp máu của động mạch trên đòn là vùng da ngấm xanh Methylen và hiển thị màu xanh. Vùng này bao gồm da phía trên xương đòn là chủ yếu, vượt xuống dưới bờ dưới xương đòn và phía trên của cánh tay trước ngoài một chút. Kích thước của vùng hiển thị màu tùy thuộc từng tiêu bản như bảng 3.6.

- Kích thước vùng cấp máu: Vùng da được cấp máu bởi động mạch trên đòn bao gồm da vùng trên và dưới xương đòn, từ đầu trong xương đòn, vượt ra ngoài có thể tới khoảng $\frac{1}{2}$ trên cánh tay (hình 2). Với kết quả nghiên cứu của chúng tôi là: chiều dài trung bình: 20,2cm và chiều rộng trung bình: 10,5 cm. Có thể nói thiết kế vạt DCTĐ dựa trên kết quả giải phẫu này sẽ mang lại chất liệu khá rộng trong tạo hình phủ. Baudet và Martin (1984) cho rằng chiều dài vạt có thể tới 20- 22 cm [trích từ 3]. Với 29 vạt, Pallua (2000) đưa ra kích thước vạt DCTĐ là 22 ± 5 cm chiều dài, 12 ± 3 cm chiều rộng. Theo tác giả, chiều dài của vạt tỷ lệ với chiều cao cơ thể từ 1:8 đến 1:6 [4].

- Các giới hạn vùng cấp máu

+ Giới hạn trước: Trong nghiên cứu của chúng tôi, giới hạn trước của vùng cấp máu cách bờ dưới xương đòn tại điểm $\frac{1}{2}$ trung bình là 4,2cm. Trong khi Baudet và Martin (1984) cho rằng phạm vi cấp máu của vạt DCTĐ với giới hạn trước không vượt quá bờ dưới xương đòn. Nhưng cũng theo các tác giả, vùng cấp máu bổ xung của vạt DCTĐ nhờ hiện tượng nối thông với

các nhánh tận của động mạch mũ cánh tay sau, gianh giới trước của vạt có thể cách bờ dưới xương đòn 2 cm và chỉ áp dụng cho nửa ngoài xương đòn [6].

+ Giới hạn ngoài: Theo Baudet và Martin (1984) đầu xa của vạt DCTĐ có thể vượt ra ngoài xương đòn 2-3 cm [trích từ 7]. Nhưng với nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vùng cấp máu được hiển thị màu xanh Methylen có giới hạn ngoài vượt xuống phía dưới cánh tay, cách đầu ngoài xương đòn 2,5-5 cm (trung bình 3,8cm).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu khảo sát mạch máu và vùng cấp máu của động mạch trên đòn với 40 tiêu bản xác cho thấy vạt DCTĐ là một chất liệu tạo hình có độ an toàn cao do mạch nuôi hằng định, vạt có thể được thiết kế khá linh hoạt với chiều dài cuống mạch khá dài, hơn nữa vạt có thể được sử dụng ở dạng vạt tự do với đường kính mạch nuôi đảm bảo cho vi phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lamberty B G H., Cormack GC. (1983), "Misconceptions regarding the cervico-humeral flap", Br J Plast Surg, 36, pp. 60.
2. Mizerny B R., Lessard ML., Black MJ., (1995), "Transverse cervical artery fasciocutaneous free flap for head and neck reconstruction: Initial anatomic and dye studies", Otolaryngol. Head Neck Surg, 113, pp. 564.
3. Pallua N., Machens HG., Rennekampff O., Becker M., Berger A. (1997), "The fasciocutaneous supraclavicular artery island flap for releasing postburn mentosternal contractures", Plast Reconstr Surg, 99, pp. 1878.
4. Pallua N., Noah EM. (2000), "The tunneled Supraclavicular Island Flap: An Optimized Technique for Head and Neck Reconstruction", Plast Reconstr Surg, 105(3), pp. 842-851.
5. Bùi Bạch Dương (2003), "Nghiên cứu giải phẫu và bước đầu ứng dụng lâm sàng của vạt hình đảo có cuống là động mạch thượng đòn", Luận văn thạc sĩ, y học Hà nội.
6. Trần Thiết Sơn (2002), "Nhận xét một dạng mới của vạt da cân thượng đòn trong phẫu thuật tạo hình seo bóng cơ kéo cổ", Y học thực hành (6), tr.63-65
7. Trần Thiết Sơn (2004), "Một số nhận xét về vạt da cân thượng đòn áp dụng trong phẫu thuật tạo hình", TCNCYH 28 (2), tr.60-64

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ DA VÀ BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT

Trịnh Hùng Mạnh*, Nguyễn Tài Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh ung thư biểu mô da và bước đầu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 156 trường hợp trong thời gian 3/2012-3/2014, tại bệnh viện K. **Kết quả:** Ung thư biểu mô da (UTBM da) thường gặp ở người cao tuổi, tuổi trung bình: $69 \pm 0,29$, tỷ lệ nam/nữ = 1,11, chủ yếu gặp ở vùng da mặt (85,9%), nhất là vùng da mũi, má và mắt (84,6%). Tỷ lệ UTBM tế bào đáy chiếm 66,7%, cao hơn UTBMTB vảy (32%). Tỷ lệ bệnh nhân đến viện ở giai đoạn sớm khá cao (90,8%). Tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật là 3,2%. **Kết luận:** Phương pháp điều trị phẫu thuật là cắt bỏ rộng, đóng kín khuyết hổng sau cắt bỏ u bằng phương pháp khâu trực tiếp, sử dụng vật tại chỗ, vật lân cận, vật từ xa hoặc ghép da rời là các biện pháp điều trị an toàn và triệt để.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào đáy (UTBMTB đáy), ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMTB vảy)

SUMMARY**SOME CLINICOPATHOLOGICAL FEATURES OF SKIN CARCINOMA AND PRELIMINARY ASSESSMENT OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT**

Objective: To determine the clinical, pathological of skin carcinoma and evaluate the results of treatment by surgery. **Patients and Methods:** A Prospective cross-sectional descriptive study, performed on 156 cases of Epithelioma carcinoma. **Results:** Epithelioma carcinoma is found to be frequent on old ages, with an average of $69 \pm 0,29$. The ratio of male/female is 1.11. Epithelioma carcinoma mainly focuses on head and neck (85,9%), among which occur almost on nose, cheeks and eyes (84,6%). Prevalence of Basal cell carcinoma is higher (66.7%, 104 cases) than that of squamoscell carcinoma (32%, 74 cases). Prevalence of early stage patients is high (90.8%). Recurrence rate is 3.2% only. **Conclusion:** large ablation of tumors is main surgical treatment of carcinoma

Key words: Basal cell carcinoma (BCC), squamoscell carcinoma(SCC)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo số liệu thống kê của Viện Da liễu quốc gia, ung thư da (UTD) đứng hàng thứ 8 trong 10 loại ung thư (UT) thường gặp, với tỷ lệ trung bình 2,9-4,5 ca/100.000 dân. Hai loại UTD phổ biến nhất ở nước ta là ung thư biểu mô tế bào

đáy (UTBMTBD) và ung thư biểu mô tế bào vảy (UTBMTBV). UTBMTBD là loại u ác tính thường gặp nhất, chiếm trên 50% các trường hợp UTD, không kể u hắc tố ác tính, sau đó đến UTBMTBV, chiếm gần 40%. Cả hai loại UT này tuy có cùng nguồn gốc từ biểu mô lát tầng của da và tương đối giống nhau về dịch tể, bệnh sinh, nhưng chúng cũng có nhiều điểm khác biệt. Trong khi UTBMTBV thường tiến triển nhanh, hay di căn hạch và tiên lượng phức tạp hơn nhiều, thì UTBMTBD phát triển rất chậm, có thể tái phát sau phẫu thuật cắt bỏ u nhưng hiếm khi di căn. Vì đặc điểm đó, UTBMTBD được coi là loại UT "lành tính" nhất trong số các loại UT, và có lẽ vì thế mà ít người quan tâm đến đặc điểm bệnh học của loại UT này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Tìm hiểu đặc điểm giải phẫu bệnh - lâm sàng của ung thư biểu mô da và bước đầu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 156 bệnh nhân (BN) UTD đã được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện K trong thời gian 3/2012 -3/2014.

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

- Ghi nhận đầy đủ các thông tin về tuổi và giới của BN cùng những đặc điểm về khối u: vị trí, kích thước, giai đoạn lâm sàng, cách thức phẫu thuật.

- Bệnh phẩm sau phẫu thuật được cố định, xử lý, cắt, nhuộm theo phương pháp thường quy. Đọc kết quả dưới kính hiển vi quang học với các độ phóng đại khác nhau. Phân type mô bệnh học (MBH), độ mô học, giai đoạn TNM theo Ủy ban liên hợp của Hoa Kỳ (American Joint Committee on Cancer -AJCC), phiên bản thứ 7, năm 2010 [7].

- Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật bằng cách đánh giá trực tiếp trạng thái của vật dựa trên những biểu hiện lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 156 trường hợp UTD (không kể u hắc tố ác tính), chúng tôi thu được một số kết quả sau:

*Bệnh viện Nam Định

** Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tài Sơn

Email: drnguyentaison@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 20/2/2017

Ngày duyệt bài: 3/3/2017

3.1. Đặc điểm về giới, tuổi và điều kiện làm việc của BN**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính**

Giới tính	Số BN	Tỉ lệ %
Nam	82	52,6 %
Nữ	74	47,4 %
Tổng	156	100 %

Nhận xét: Trong số 156 BN bị UTBMTB đáy và UTBMTB vảy có 74 nữ, chiếm 47,4% và 82 Nam, chiếm 52,6 %. Tỷ lệ Nam / Nữ chênh nhau không đáng kể, xấp xỉ 1,11.

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số BN	Tỉ lệ %
≤ 50	21	13,4
51 – 60	34	21,8
61 – 70	42	26,9
71 – 80	41	26,3
> 80	18	11,6
Tổng cộng	156	100,0

Nhận xét: BN có tuổi trẻ nhất là 34 tuổi, già nhất là 92 tuổi, trung bình: $69 \pm 0,29$ tuổi; hầu hết ở tuổi > 50 (86,6%).

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo điều kiện làm việc

Nghề nghiệp	Số BN	Tỉ lệ %
Làm việc ngoài trời	151	97,1
Làm việc trong nhà	4	2,9
Tổng	156	100,0

Nhận xét: Hầu hết các BN ung UTBMTBĐ và UTBMTBV vùng đầu mặt cổ là những người thường làm việc ngoài trời (97,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng trước khi phẫu thuật**3.2.1. Vị trí tổn thương****Bảng 4. Phân bố theo vị trí tổn thương**

Vị trí tổn thương	Số tổn thương	Tỉ lệ %
Vùng da đầu	22	14,1
Vùng má	52	33,3
Vùng mũi	36	23,1
Vùng môi, cằm	20	12,8
Vùng mắt	24	15,4
Vùng tai	2	1,3
Tổng	156	100,0

Nhận xét: UTD vùng má chiếm tỉ lệ cao nhất (33,3%), tiếp đến là UT ở vùng mũi (23,1%), các vị trí khác ít gặp hơn và thấp nhất là ở vùng tai (1,3 %).

3.2.2. Kích thước tổn thương**Bảng 5. Phân bố theo kích thước tổn thương (Đường kính lớn nhất)**

Kích thước UTD	Số BN	Tỉ lệ %
< 2cm	68	43,3
2-5 cm	74	47,5
> 5 cm	14	9,2
Tổng	156	100,0

Nhận xét: Hơn một nửa số UTD trong nghiên cứu này có kích thước > 2cm (56,7%), tuy nhiên có tới 90,8% số UTD với kích thước < 5cm.

3.2.3. Mức độ xâm lấn của UTD**Bảng 6. Mức độ xâm lấn tại chỗ của UTD**

Mức độ xâm lấn	Số BN	Tỉ lệ %
Xâm lấn da đơn thuần	111	71
Xâm lấn vào tổ chức dưới da	55	29
Xâm lấn vào cân, cơ sâu	0	0
Tổng	156	100,0

Nhận xét: Mức độ xâm lấn của khối UTD trước khi phẫu thuật chiếm tỉ lệ thấp (29%), chỉ tổn thương da đơn thuần chiếm tỉ lệ cao hơn (71%).

3.2.4. Phân bố UTD theo type mô bệnh học

Bảng 7. Phân bố bệnh UTD theo type mô bệnh học

Kết quả vi thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
UTBMTB đáy	104	66,7
UTBMTB vảy	50	32,0
UTBMTBĐ và UTBMTBV kết hợp	2	1,3
Tổng	156	100,0

Nhận xét: Trong số 156 trường hợp UTD, không kể u hắc tố ác tính, gặp 104 UTBMTBĐ, chiếm 66,7%; tỷ lệ UTBMTBV thấp hơn (50/156 trường hợp, chiếm 32%). Có 2 trường hợp hỗn hợp cả UTBMTBĐ và UTBMTBV (chiếm 1,3%).

3.3. Đánh giá kết quả phẫu thuật

3.3.1. Phương pháp phẫu thuật tạo hình

Bảng 8. Phân bố theo phương pháp phẫu thuật tạo hình

Phương pháp phẫu thuật	Số BN	Tỉ lệ %
Khâu trực tiếp	40	25,7
Ghép da	4	2,6
Vạt tại chỗ	89	57,0
Vạt lân cận	18	11,5
Vạt từ xa	5	3,2
Tổng cộng	156	100,0

Nhận xét: Chúng tôi đã lập kế hoạch phẫu thuật tạo hình và sử dụng chủ yếu là vạt xoay tại chỗ để tạo hình che chỗ khuyết da, kỹ thuật này chiếm tỉ lệ cao nhất (57%); đứng hàng thứ 2 là khâu phủ trực tiếp chiếm tỉ lệ 25,7%; vạt từ xa và ghép da chiếm tỉ lệ thấp (3,2%) và (2,6%).

3.3.2. Sức sống của vạt

Bảng 9. Kết quả sống của vạt

Độ sống của vạt	Số lượng	Tỉ lệ %
Sống hoàn toàn	151	96,8
Hoại tử < 1/3 vạt	5	3,2
Hoại tử > 1/3 vạt	0	0
Tổng cộng	156	100,0

Nhận xét: Kết quả sau khi phẫu thuật vạt da sống hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao (96,8%), chỉ có 3,2% số vạt bị hoại tử < 1/3 vạt và không gặp trường hợp nào hoại tử > 1/3 vạt.

3.3.3. Khả năng tái phát sau phẫu thuật

Bảng 10. Phân bố theo khả năng tái phát

Vị trí	Tái phát	Tỷ lệ %	Chưa phát hiện tái phát
Vùng da đầu	0	0 %	22
Vùng má	3	2,0 %	49
Vùng mũi	0	0 %	36
Vùng môi cằm	1	0,6 %	19
Vùng mắt	1	0,6 %	23
Vùng tai	0	0 %	2
Tổng cộng	5 /156	3,2 %	151/156(96,8%)

Nhận xét: Trong tổng số 156 ca nghiên cứu chúng tôi gặp 5 trường hợp (chiếm tới 3,2 %) là tái phát, chưa phát hiện tái phát sau phẫu thuật chiếm cao (96,8%).

IV. BÀN LUẬN

- **Về giới và tuổi của BN UTD:** Trong số 156 BN UTD được nghiên cứu, có 74 nữ, chiếm 47,4% và 82 Nam, chiếm 52,6 %. Tỷ lệ nam và nữ gần tương đương nhau. BN có tuổi trẻ nhất là 34 tuổi, già nhất là 92 tuổi, trung bình: 69 ± 0,29 tuổi; hầu hết BN ở tuổi > 50 (86,6%).

- **Về điều kiện làm việc của BN:** Hầu hết các BN ung UTD vùng đầu mặt cổ trong nghiên cứu này là những người thường làm việc ngoài trời (97,1%). Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của Randle H.W. (1993): hầu hết những BN bị UTBMTBĐ đều làm việc ngoài trời [4]. Tuy nhiên, cao hơn so với số liệu nghiên cứu của Lê Tấn

Hùng: BN UTD làm việc ngoài trời chỉ chiếm tỉ lệ 68,8% [3].

- *Về vị trí của UTD*: UTD vùng má chiếm tỉ lệ cao nhất (33,3%), tiếp đến là UT ở vùng mũi (23,1%), các vị trí khác ít gặp hơn và thấp nhất là ở vùng tai (1,3 %).

Tỉ lệ gặp UTD qua các nghiên cứu khác nhau không hoàn toàn thống nhất: Theo tác giả Tấn Hùng, BN bị UTBMTBĐ ở vùng má chiếm tỉ lệ cao nhất (32,4%), thấp nhất là vùng tai (1,9%). Theo nhóm tác giả M. A. Bisson, C. S. J Dunkin thì vùng má chỉ chiếm tỉ lệ là 20,7%, trong khi vùng mũi chiếm tỉ lệ cao nhất là 27,2%. Nhóm tác giả Nicole W.J.S. và Gertruud A.M.K., khi phẫu thuật Mohs cho UTD ở vùng mặt gặp UTBMTBĐ vùng má với tỉ lệ thấp (8%), tỉ lệ cao lại gặp ở vùng mũi chiếm (30%) và vùng thái dương (32%).

- *Về kích thước của UTD*: Hơn một nửa số UTD trong nghiên cứu này có kích thước > 2cm (56,7%), tuy nhiên có tới 90,8% số UTD với kích thước < 5cm. Theo Lê Tấn Hùng [3] thì UTBMTBĐ ở vùng mặt có kích thước trên 2 cm² chỉ chiếm tỉ lệ (58,1%).

- *Về mức độ xâm lấn của UTD*: Đa số UTD chỉ khu trú đơn thuần ở da (71%). Tỉ lệ UTD xâm lấn các cơ quan kề cận dưới da chiếm tỉ lệ thấp (29%),

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mức độ xâm lấn chiếm tỉ lệ thấp hơn nhóm tác giả Inselvini, có thể do số lượng BN còn ít. Những tổn thương đã xâm lấn xuống tổ chức sâu hơn như cơ vòng miệng, cơ vòng mắt hay các tổ chức khác thì khả năng tái phát cũng sẽ cao hơn và quá trình phẫu thuật tạo hình cũng đòi hỏi kỹ năng phức tạp hơn [5].

- *Về phương pháp phẫu thuật tạo hình*: Chúng tôi đã lập kế hoạch phẫu thuật tạo hình và xử dụng chủ yếu là vạt xoay tại chỗ để tạo hình che chỗ khuyết da, kỹ thuật này chiếm tỉ lệ cao nhất (57%); đứng hàng thứ 2 là khâu phủ trực tiếp (lệ 25,7%); vạt từ xa và ghép da chiếm tỉ lệ thấp (3,2% và 2,6%).

Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Lê Tuấn Hùng [3] (sử dụng các vạt da xoay tại chỗ chiếm tỉ lệ 78,1%) và nhóm tác giả Michal Zabrodsky, Luca Calabrese (66,7% sử dụng vạt xoay tại chỗ).

Chúng tôi phẫu thuật tạo hình sau cắt bỏ tổ chức UTBMTBĐ và UTBMTBV chủ yếu bằng vạt da tại chỗ. Đây là loại vạt tương đối dễ thiết kế và tạo hình để che phủ chỗ khuyết da. Đối với những trường hợp phẫu thuật tạo hình vùng mặt thì việc xoay vạt luôn được chú ý. Vạt tại chỗ có

thể huy động theo nhiều hình thức xoay, trượt, dồn đẩy. Vạt tại chỗ có màu sắc và độ dày thích hợp, có thể lấy vạt mà không biến dạng tổ chức xung quanh.

- *Về khả năng sống của vạt*: Kết quả sau khi phẫu thuật, vạt da sống hoàn toàn chiếm tỉ lệ cao (96,8%), chỉ có 3,2% số vạt bị hoại tử < 1/3 vạt và không gặp trường hợp nào hoại tử > 1/3 vạt. Bạch Minh Tiến, Hà Nội (2002) đã sử dụng vạt da rãnh mũi má để tạo hình khuyết hồng vùng mũi, kết quả là 87,5% vạt da sống hoàn toàn. Janusz Bardach và Nguyễn Bắc Hùng [2] đều cho rằng sử dụng các vạt da tại chỗ vùng mặt thì tỉ lệ sống rất cao nhờ các mạng mạch xuyên trong da.

V. KẾT LUẬN

- Ung thư biểu mô da thường gặp ở người cao tuổi, tuổi trung bình: 69 ± 0,29; tỷ lệ nam/nữ tương đương nhau, chủ yếu gặp ở vùng da mặt (85,9%), nhất là vùng da mũi, má và mắt (84,6%).

- Tỉ lệ ung thư biểu mô tế bào đáy cao hơn UTBMTBV vạt (66,7% so với 32%).

- Tỷ lệ bệnh nhân đến viện ở giai đoạn sớm khá cao (90,8%).

- Phương pháp điều trị phẫu thuật là cắt bỏ rộng, đóng kín khuyết hồng sau cắt bỏ u bằng phương pháp khâu trực tiếp, sử dụng vạt tại chỗ, vạt lân cận, vạt từ xa hoặc ghép da rời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hùng Mạnh, Tô Quang Huy, Trần Văn Tuấn và CS (2011)**, "Đặc điểm giải phẫu bệnh - lâm sàng ung thư biểu mô tế bào đáy", *Tạp chí Thông tin Y Dược*, Số 5, tr.3-5
2. **Nguyễn Bắc Hùng (2005)**, Giáo trình Phẫu thuật tạo hình, NXB Y học, tr. 90- 105
3. **Lê Tuấn Hùng (1999)**, *Đánh giá phương pháp tạo hình quay vạt da có chân nuôi và phương pháp tạo hình vá da rời trong điều trị ung thư da ở vùng đầu mặt cổ tại Bệnh viện K, Hà Nội từ năm 1998 đến năm 1999*, Luận văn Bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 12-47.
4. **Brash D.E., Safai B. (1997)**, *Cancer of the skin*. In: *Cancer, Principles & Practise of Oncology*, Lippincott-Raven Publishers, Philadenphia, 1879-1925.
5. **Randal S. W., David L. C. (1996)**, *Clinical assessment and staging*. In: *Basal and squamous cell skin cancer of the head and neck*, Williams and Willkins, Philadelphia, pp: 1-25, 65-76.
6. **Gurudutt V.V., Genden E.M. (2011)**, "Cutaneous squamous cell carcinoma of the head and neck", *J. Skin cancer*, pp. 502723. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21461387>.
7. **Farasat S, Yu SS, Neel VA, et al.** A new American Joint Committee on cancer staging system for cutaneous squamous cell carcinoma: Creation and rationale for inclusion of tumor(T) characteristics. J

MỐI LIÊN QUAN CỦA CHỈ SỐ ABI VỚI TỔN THƯƠNG CƠ QUAN ĐÍCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Nguyễn Minh Núi*, Cấn Văn Mão**

TÓM TẮT⁸

Mục đích: Đo chỉ số cổ chân cánh tay (ankle-brachial index: ABI) và đánh giá mối liên quan với tổn thương một số cơ quan đích ở bệnh nhân ĐĐT typ 2. **Phương pháp:** Huyết áp ở cánh tay và cổ chân bệnh nhân được đo cả hai bên, mỗi bên đo 3 lần, lấy số trung bình 3 lần đo của huyết áp tâm thu (HATT), riêng ở cánh tay, lấy bên có giá trị cao hơn. Làm các xét nghiệm đánh giá tổn thương tim, thận, mắt. **Kết quả:** Có 27,0% số bệnh nhân ĐĐT bị tổn thương động mạch chi dưới mức độ trung bình và 11,0% mức độ nặng. Chỉ số ABI thấp hơn rõ rệt ở bệnh nhân có dây thần kinh, tổn thương võng mạc hoặc có tổn thương thận. **Kết luận:** Chỉ số ABI có mối liên quan rõ rệt với tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân ĐĐT typ 2.

Từ khóa: Chỉ số cổ chân cánh tay, đái tháo đường.

SUMMARY

INVESTIGATION OF LOWER LIMB ARTERY LESION BY ABI IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS

Purpose: Ankle-brachial index (ABI) measurements were performed to assess its relation to the lesion of target organs in type 2 diabetic patients. **Methods:** Blood pressure in brachial and ankle were taken 3 times and calculated for average value. Higher blood pressure in brachial was used to calculate ABI. Subclinical test was used to assess the lesion in heart, kidney, retina. **Results:** There were 27.0% of patients with moderate and 11.0% with severe artery lesion. ABI was significantly lower in patients with left ventricular hypertrophy, retina lesion or kidney lesion. **Conclusion:** ABI was clearly related to the lesion of target organs in type 2 diabetic patients.

Keyword: Ankle-brachial index, diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng mạn tính ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐĐT) rất hay gặp và là nguyên nhân dẫn tới tàn phế và tử vong cao ở bệnh nhân ĐĐT[1,2]. Các tổn thương mạch máu ngoại vi gây giảm lưu lượng tuần hoàn đến vùng ngón chi, làm cho vùng ngón chi lạnh, tím tái, mất cảm giác và hoại tử. Đã có nhiều tác giả nghiên

cứu ứng dụng của siêu âm và đo chỉ số ABI trong chẩn đoán, điều trị bệnh lý mạch máu ngoại vi như nghiên cứu của Nguyễn Hải Thủy (1996) cho thấy tỷ lệ tổn thương động mạch chi dưới là 27,5% [1]. Lê Hoàng Bảo và Nguyễn Thị Bích Đào (2011) nghiên cứu sử dụng chỉ số cổ chân - cánh tay để đánh giá tổn thương động mạch đã cho thấy tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên chi dưới là 23,5%. Bệnh nhân đái tháo đường typ 2 càng lớn tuổi, thời gian mắc bệnh ĐĐT càng lâu, sờ thấy chi lạnh mất mạch mu chân và chày sau có nguy cơ mắc bệnh động mạch ngoại vi chi dưới cao hơn so với người không có yếu tố nguy cơ trên [2].

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy chỉ số ABI rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới. Chỉ số ABI thấp ($ABI \leq 0,9$) có độ nhạy 95%, độ đặc hiệu 100% trong chẩn đoán tổn thương hẹp trên 50% lòng mạch khi so sánh với chụp mạch cản quang [3]. Tuy nhiên các nghiên cứu về mối liên quan của chỉ số ABI với tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân ĐĐT typ 2 ở Việt Nam chưa nhiều, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài "Khảo sát mối liên quan của chỉ số ABI và tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2" với 2 mục tiêu:

- Khảo sát tổn thương động mạch chi dưới bằng chỉ số ABI ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 nằm điều trị tại khoa A11, bệnh viện Quân y 103.
- Tìm hiểu mối liên quan của chỉ số ABI với tổn thương một số cơ quan đích bao gồm tim, thận, mắt ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 100 bệnh nhân bị ĐĐT typ 2 nằm điều trị tại khoa A11, bệnh viện quân y 103. Chúng tôi loại trừ ra khỏi nhóm nghiên cứu những bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, đang mắc các bệnh rối loạn hô hấp và tuần hoàn nghiêm trọng hoặc đang có loét, hoại tử bàn chân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích mô tả cắt ngang. Tất cả các bệnh nhân được khám lâm sàng, đánh giá tổn thương đáy mắt bằng soi đáy mắt, làm siêu âm tim để xác định dây thần kinh, xét nghiệm microalbumin

*Bệnh viện 103, Học viện Quân y

**Bộ môn Sinh lý, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Núi

Email: minhnuinguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 26/12/2016

Ngày phản biện khoa học: 24/1/2017

Ngày duyệt bài: 10/2/2017

niệu 24h, nếu >30mg/24h được gọi là dương tính. Tính mức lọc cầu thận theo công thức của hội thận học Hoa Kỳ, nếu mức lọc cầu thận <90ml/1,73m²/phút được gọi là giảm.

Phương pháp đo chỉ số cổ chân - cánh tay (ABI): Huyết áp ở cánh tay và cổ chân bệnh nhân được đo cả hai bên, mỗi bên đo 3 lần, lấy số trung bình 3 lần đo của huyết áp tâm thu (HATT), riêng ở cánh tay, lấy bên có giá trị cao hơn.

Chỉ số ABI=HATT cánh tay/HATT cổ chân

Dựa vào chỉ số ABI để tiên lượng mức độ bệnh động mạch ngoại vi:

≥ 1,3: Mạch cứng không ép được

0,91 - 1,29: Bình thường

0,41 - 0,9: Bệnh động mạch chi dưới mức độ trung bình

0 - 0,4: Bệnh động mạch chi dưới mức độ nặng

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu được lưu giữ bằng phần mềm Excel 2007 và được xử lý phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là 64,66 ± 9,23, nam chiếm 55,0%; nữ chiếm 45,0%. Thời gian phát hiện ĐTD trung bình là 6,56 ± 5,85 năm.

Bảng 1: Phân bố chỉ số ABI ở nhóm nghiên cứu

ABI	≥ 1,3	0,91-1,29	0,41-0,9	≤ 0,4
Số BN (%)	18 (18,0%)	44 (44,0%)	27 (27,0%)	11 (11,0%)
Tuổi TB	65,34 ± 6,21	52,34 ± 9,21	72,34 ± 9,42	79,24 ± 8,74
Thời gian mắc bệnh	6,86 ± 3,85	4,52 ± 2,21	8,59 ± 5,42	14,53 ± 6,85

Nhận xét: nhóm có chỉ số ABI bình thường có tuổi đời trẻ nhất (52,34 ± 9,21) và thời gian mắc bệnh ngắn nhất (4,52 ± 2,21), ngược lại, nhóm bị tổn thương động mạch nặng nhất (ABI ≤ 0,4) có tuổi đời cao nhất (79,24 ± 8,74) và thời gian mắc bệnh dài nhất (14,53 ± 6,85).

Bảng 2: Chỉ số ABI theo tổn thương đáy mắt

Tổn thương đáy mắt	Có	Không	p
Số BN (%)	69 (69,0%)	31 (31,0%)	p<0,05
ABI	0,83 ± 0,22	1,02 ± 0,14	p<0,05

Nhận xét: có 69,0% số bệnh nhân có tổn thương đáy mắt, chỉ số ABI ở bệnh nhân có tổn thương đáy mắt giảm rõ rệt so với những bệnh nhân chưa có tổn thương đáy mắt.

Bảng 3: Chỉ số ABI theo tổn thương tim mạch

Phi đại thất trái	Có	Không	p
Số BN (%)	42 (42,0%)	58 (58,0%)	p<0,05
ABI	0,79 ± 0,24	1,09 ± 0,31	p<0,05

Nhận xét: có 42,0% số bệnh nhân có biểu hiện phi đại thất trái, chỉ số ABI ở các bệnh nhân có phi đại thất trái thấp hơn rõ rệt so với các bệnh nhân chưa có phi đại thất trái.

Bảng 4: Chỉ số ABI theo microalbumin niệu/24h

Microalbumin niệu 24 h	< 30mg	≥ 30mg	p
Số BN (%)	56 (56,0%)	44 (44,0%)	p>0,05
ABI	1,04 ± 0,32	0,82 ± 0,38	p<0,05

Nhận xét: có 44,0% số bệnh nhân có microalbumin niệu 24h dương tính, chỉ số ABI ở các bệnh nhân có microalbumin niệu 24h dương tính thấp hơn rõ rệt so với các bệnh nhân có microalbumin niệu âm tính.

Bảng 5: Chỉ số ABI theo mức lọc cầu thận

Mức lọc cầu thận	< 90ml/1,73m ² /phút	≥90ml/1,73m ² /phút	p
Số BN (%)	41 (41,0%)	59 (59,0%)	p<0,05
ABI	0,81 ± 0,23	1,06 ± 0,26	p<0,05

Nhận xét: có 41,0% số bệnh nhân bị giảm mức lọc cầu thận, chỉ số ABI ở các bệnh nhân có giảm mức lọc cầu thận thấp hơn một cách có nghĩa thống kê so với các bệnh nhân chưa giảm mức lọc cầu thận.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng mạn tính ở bệnh nhân ĐTD cho tới nay vẫn còn là một thử thách lớn của y học. Việc phát triển các kỹ thuật thăm dò mới nhằm phát hiện sớm các biến đổi ở các cơ quan để có biện pháp chăm sóc tích cực sẽ có giá trị rất lớn trong tiên lượng và dự phòng tử vong. Nghiên

cứu của chúng tôi đã góp phần phát hiện sớm các biến chứng ở bệnh nhân ĐTD mà chỉ cần dùng một kỹ thuật rất đơn giản là đo huyết áp ở cánh tay và cổ chân để tính chỉ số ABI, từ đó đánh giá bước đầu tổn thương ở các cơ quan.

Tổn thương mạch máu trong bệnh ĐTD có tính chất lan tỏa trên suốt đường đi của mạch

máu [1], [2], và có tổn thương thần kinh ngoại vi kết hợp nên biểu hiện đau thường không điển hình. Vì vậy cần phải có biện pháp khác để phát hiện sớm tổn thương mạch máu ở bệnh nhân ĐTĐ mà không phụ thuộc vào cảm giác đau của bệnh nhân, đó chính là lý do ra đời của phương pháp đo chỉ số ABI. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã cho thấy chỉ số ABI thấp hơn rõ rệt ở những bệnh nhân ĐTĐ cao tuổi, thời gian mắc bệnh lâu năm, có các tổn thương ở võng mạc, tim và thận. Parameswaran GI và cộng sự (2005) tiến hành so sánh độ chính xác của đo độ bão hòa oxy, chỉ số cổ chân - cánh tay (ABI) và sự kết hợp của hai xét nghiệm này để chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 điều trị ngoại trú, tác giả đi đến kết luận: đo độ bão hòa oxy của các ngón chân chính xác như đo ABI để sàng lọc bệnh động mạch ngoại vi, sự kết hợp của hai xét nghiệm này làm tăng độ nhạy [4]

Wen - Jen Lee và cộng sự (2010) nghiên cứu về ảnh hưởng của đái tháo đường ở 441 bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa (HCCH) thấy: chỉ số ABI ở nhóm có HCCH thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có HCCH và chỉ số ABI ở nhóm có đái tháo đường thấp hơn nhóm không có đái tháo đường [5]. Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra mối liên quan rõ rệt giữa chỉ số ABI với tổn thương ở mắt, tim mạch và thận. Mối liên quan này có thể giải thích bằng cơ chế tổn thương trên toàn bộ hệ thống động mạch đã gây ra các biến đổi từ động mạch chi dưới cho tới các cơ quan trên.

V. KẾT LUẬN

ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ SỐNG THÊM 5 NĂM THEO ĐẶC ĐIỂM VI THỂ KHỐI U CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP HÓA CHẤT THEO PHÁC ĐỒ FOLFOX4

Lê Quang Minh*

TÓM TẮT⁹

Đặt vấn đề: Ung thư đại tràng đang trở thành một vấn đề của y tế cộng đồng, ngày càng được quan tâm bởi tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới.

**Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam*

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Minh

Email: drlequangminh@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 5/2/2017

Ngày duyệt bài: 27/2/2017

Qua nghiên cứu chỉ số ABI trên 100 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 và đánh giá mối liên quan với các biểu hiện lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ tim mạch, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Có 27,0% số bệnh nhân ĐTĐ bị tổn thương động mạch chi dưới mức độ trung bình và 11,0% mức độ nặng. Chỉ số ABI ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 thấp hơn rõ rệt ở các bệnh nhân bị tổn thương võng mạc, dây thất trái, có microalbumin niệu dương tính và giảm mức lọc cầu thận so với các bệnh nhân chưa bị tổn thương các cơ quan này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hải Thuý** (1996) Nghiên cứu tổn thương động mạch cảnh và động mạch hai chi dưới bệnh nhân đái tháo đường không phụ thuộc Insuline bằng siêu âm bằng phát hiện sớm xơ động mạch, Luận án phó tiến sĩ, Đại học y Hà Nội.
2. **Lê Hoàng Bảo, Nguyễn Thị Bích Đào** (2011) Tỷ lệ bệnh động mạch ngoại biên chi dưới trên bệnh nhân đái tháo đường tít 2 xác định bằng chỉ số cổ chân - cánh tay và các yếu tố có liên quan: Hội nghị nội tiết và đái tháo đường toàn quốc lần thứ VI.
3. **Hunt K. J., Resendez R. G., Williams K. et al.** (2004), "National Cholesterol Education Program versus World Health Organization metabolic syndrome in relation to all-cause and cardiovascular mortality in the San Antonio Heart Study", *Circulation*, 110(10), pp. 1251-7.
4. **Parameswaran G. I., Brand K., Dolan J.** (2005), "Pulse oximetry as a potential screening tool for lower extremity arterial disease in asymptomatic patients with diabetes mellitus", *Arch Intern Med*, 165(4), pp. 442-6.
5. **Lee I. T., Lee W. J., Sheu W. H.** (2010), "Metabolic syndrome exacerbating ankle-brachial index in asian type 2 diabetic patients", *Angiology*, 61(5), pp. 482-6.

Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng từ sau giai đoạn II có nguy cơ cao, phẫu thuật kết hợp với phác đồ hoá chất hỗ trợ FOLFOX4 được xem là điều trị tiêu chuẩn. Ở Việt Nam các nghiên cứu đánh giá kết hợp phẫu thuật và hóa chất hỗ trợ theo phác đồ FOLFOX4 chưa nhiều. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả có theo dõi phân tích sau can thiệp. **Kết quả:** Đánh giá tỷ lệ sống thêm toàn bộ theo đặc điểm vi thể khối u của 69 bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ 3/2011 đến 3/2016 có tuổi mắc bệnh trung bình 60,5 ± 9,7. Nam giới chiếm 55,1%. Khối u ở ĐT phải 47,8%, ĐT trái

52,2%. Kích thước khối u trên 5cm chiếm 62,3 %, dưới 5cm 37,7%. Tỷ lệ bệnh nhân u giai đoạn III chiếm 71%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm 30,5%. Thời gian sống trung bình của nhóm nghiên cứu $36,7 \pm 3,2$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm của bệnh nhân ung thư đại tràng có giai đoạn bệnh muộn, ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa hoặc độ biệt hóa thấp, độ ác tính cao, có di căn hạch giảm có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Giai đoạn bệnh muộn, ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa hoặc độ biệt hóa thấp, độ ác tính cao, có di căn hạch là những yếu tố tiên lượng giảm tỷ lệ sống thêm 5 năm ở bệnh nhân ung thư đại tràng.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, thời gian sống thêm 5 năm, phác đồ FOLFOX4.

SUMMARY

REVIEW THE ASSOCIATION BETWEEN 5-YEAR SURVIVAL RATE WITH HISTOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF COLON CANCER PATIENTS WAS SURGICAL AND TREATMENT BY COMBINED CHEMICAL FOLFOX4 REGIMEN

Background: Colon cancer is becoming a matter of public health, is increasingly concerned by the incidence and mortality worldwide. For colon cancer patients with higher level II grade, surgery combined with support regimen FOLFOX4 chemicals are considered standard treatment. In Vietnam, the combination studies evaluating surgical and chemical adjuvant FOLFOX4 regimen is not much. **Method:** The study describes the analysis of follow-up after the intervention. **Results:** Review the whole survival time with relation of tumor features of 69 colon cancer patients treated with surgery combined regimen FOLFOX4 chemicals in General Hospital of Hanam Province between March, 2011 and March, 2016: average age 60.5 ± 9.7 . The proportion accounted for 55.1% of men. Tumor location: 47.8% on the right colon and 52.2% on the left. Above 5cm tumor size accounted for 62.3% and 37.7% had less than 5cm. The percentage of patients with stage III tumors dominated 71%. Survival rate after 3 years were 47.5%. Survival rate after 5 years were 30.5%. The average survival time of 36.7 ± 3.2 months. The rate of whole survival time and disease-free survival time after 5 years of colon cancer patients with late stage of disease, gland carcinoma or undifferentiated low grade, high malignant degree, lymph node metastasis has decreased with statistical significance. **Conclusions:** Late stage disease, gland carcinoma or undifferentiated low grade, high malignant degree, with lymph node metastasis were prognostic factors reduce the 5-year survival rate in patients with colon cancer.

Keywords: Colon cancer, the 5-year survival, FOLFOX4 chemicals.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) đang trở thành một vấn đề của y tế cộng đồng, ngày càng được quan tâm bởi tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới [6]. Sự kết hợp giữa phẫu thuật và hóa

chất trong điều trị ung thư đại tràng đã được thể hiện trong các khuyến cáo điều trị hiện nay. Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng từ sau giai đoạn II có nguy cơ cao, phẫu thuật kết hợp với phác đồ hoá chất hỗ trợ FOLFOX4 được xem là điều trị tiêu chuẩn. Ở Việt Nam các nghiên cứu đánh giá kết hợp phẫu thuật và hóa chất hỗ trợ theo phác đồ FOLFOX4 chưa nhiều và mới chỉ dừng lại ở một giai đoạn nhất định của bệnh và thường được triển khai ở các trung tâm y tế lớn.

Tại Hà Nam phần lớn bệnh nhân UTĐT đến viện đã ở sau giai đoạn II và được phẫu thuật theo nguyên tắc cố gắng loại bỏ hoàn toàn khối u theo chỉ tiêu R0 và nạo vét hạch, lập lại lưu thông tiêu hóa đồng thời xác định mức độ lan rộng di căn của khối u tới các tạng trong ổ bụng trong lúc phẫu thuật. Sau đó bệnh nhân được áp dụng phác đồ điều trị hóa chất FOLFOX4 theo khuyến cáo. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá tỷ lệ sống thêm 5 năm theo đặc điểm vi thể khối u của bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 69 bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật và điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hà Nam từ 3/2011 đến 3/2016:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô đại tràng bằng mô bệnh học.
- Được phẫu thuật và điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 đủ chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.
- Không mắc các bệnh cấp tính hoặc trầm trọng khác phối hợp (suy tim, suy gan, suy thận...).
- Đánh giá sau mổ ở giai đoạn II có nguy cơ cao và giai đoạn III.
- Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ, đồng thời có đủ các thông tin theo dõi đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư phối hợp khác. Bệnh nhân bị tử vong không liên quan đến bệnh UTĐT.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi phân tích sau can thiệp.

2.2.2. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập riêng cho từng trường hợp theo một mẫu bệnh án thống nhất, được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows với các thuật toán thống kê thích hợp. Tính thời gian sống thêm của toàn bộ 69 bệnh nhân, theo phương pháp

Kaplan-Meyer, được kiểm nghiệm bằng phương pháp Hồi quy với Test Log-Rank.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân	69
Tuổi trung bình	60,5 ± 9,7
Nam giới (n,%)	38 (55,1%)
Vị trí khối u: Đại tràng phải	33(47,8%)
Đại tràng trái	36 (52,2%)
Kích thước khối u: <5 cm	26 (37,7%)
>5 cm	43 (62,3%)
Hình thể khối u: Thể sùi	25 (36,2%)
Thể loét	11 (15,9%)
Thể sùi và loét	28 (40,6%)
Thể thâm nhiễm	5 (7,2%)
Mức độ xâm lấn: T2	14 (20,3%)
T3	24 (49,3%)
T4	31 (21,4%)
Phương pháp phẫu thuật: Cắt đại tràng phải	24 (34,8%)
Cắt đoạn đại tràng ngang	13 (18,8%)
Cắt đại tràng trái	8 (11,6%)
Cắt đại tràng Sigma	14 (20,3%)
Cắt đại tràng mở rộng	4 (5,8%)
Phẫu thuật Hartman	6 (8,7%)
Thời gian sống thêm toàn bộ (Trung bình, 95% CI)	36,7 ± 3,2 tháng (30,4 - 42,9)
Sau 1 năm	62 (89,1%)
Sau 2 năm	43 (52,6%)
Sau 3 năm	41 (47,5%)
Sau 4 năm	39 (40,7%)
Sau 5 năm	37 (30,5%)

Bảng 3.2. So sánh tỷ lệ BN tỷ lệ sống thêm 5 năm theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn	Số bệnh nhân (N = 69)	OS – 5 năm %	DFS – 5 năm %
II	20	100	85,0
IIIa	14	90,2	75,0
IIIb	21	68,7	52,6
IIIc	14	40,0	30
		P = 0,000	P = 0,000

OS: sống thêm toàn bộ, DFS: sống thêm không bệnh

Bảng 3.3 So sánh tỷ lệ BN sống thêm 5 năm theo thể mô bệnh học

Mô bệnh học	Số bệnh nhân (n = 69)	OS – 5 năm %	DFS – 5 năm %
UTBMT biệt hóa thấp	14	21,4	0
UTBMT biệt hóa vừa	34	58,8	50,0
UTBMT biệt hóa cao	9	100	88,9
UTBM tuyến nhầy	10	50,0	20,0
UTBM không biệt hóa	2	0	0
		P = 0,012	P = 0,003

OS: sống thêm toàn bộ, DFS: sống thêm không bệnh

Nhận xét: Độ biệt hóa càng thấp thì tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ càng giảm với $p < 0,05$. UTBM tuyến nhầy là dạng có độ ác tính tương đối cao có tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ 5 năm tương ứng chỉ được 20% và 50%. UTBM tuyến không biệt hóa có độ ác tính cao nhất, không có bệnh nhân nào sống quá 5 năm.

Bảng 3.4. So sánh tỷ lệ BN sống thêm 5 năm theo độ ác tính

Độ ác tính	Số bệnh nhân (n = 69)	OS – 5 năm %	FDS – 5 năm %
Độ ác tính cao	26	30,8	7,7
Độ ác tính thấp	43	67,4	58,1

	P = 0,016	P = 0,001
--	------------------	------------------

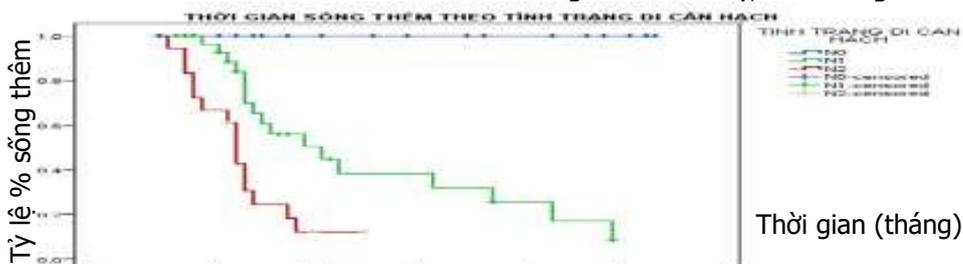
OS: sống thêm toàn bộ, DFS: sống thêm không bệnh

Nhận xét: Độ ác tính cao có thời gian sống thêm thấp hơn với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. So sánh tỷ lệ BN sống thêm 5 năm theo tình trạng di căn hạch

Tình trạng di căn hạch	Số bệnh nhân (N = 69)	OS – 5 năm %	FDS – 5 năm %
N0	20	100	80,0
N1	36	45,2	25,8
N2	13	16,7	16,7
		P = 0,000	P = 0,000

OS: sống thêm toàn bộ, DFS: sống thêm không bệnh



Biểu đồ: Tỷ lệ BN sống thêm toàn bộ theo theo tình trạng di căn hạch

Nhận xét: Mức độ di căn hạch càng nhiều tỷ lệ sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ càng giảm với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình mắc UTĐT là $60,5 \pm 9,7$, tuổi thấp nhất 39 tuổi, tuổi cao nhất 79 tuổi, nhóm tuổi hay gặp là 50 đến 69 chiếm 68,1%. Kết quả này cũng phù hợp với phần lớn các nghiên cứu trong nước khác như Từ Thị Thanh Hương cùng cộng sự (2012) [4]. Theo UCCI tỷ lệ UTĐT tăng dần từ sau tuổi 40 và đỉnh cao ở độ tuổi 50- 70.

Về giới tính UTĐT gặp ở cả hai giới. Trong nghiên cứu này nam giới chiếm 55,1%, nữ giới chiếm 44,9%, tỷ lệ nam/nữ là 1,26. Đa số các tác giả trong nước ghi nhận nam mắc UTĐT nhiều hơn nữ, tỷ lệ này dao động từ 1,0 đến 1,4. Nghiên cứu của Từ Thị Thanh Hương (2012) Bệnh viện K tỷ lệ nam/nữ là 1,32. Nhóm bệnh nhân < 40 tuổi tỷ lệ nam nhiều hơn nữ; nhóm ≥ 40 tỷ lệ nam nữ tương đương. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy thể sùi chiếm 36,2%, thể loét chiếm 15,9%, thể sùi loét chiếm 40,6%, thể thâm nhiễm 7,2%. Các kết quả nghiên cứu trong nước khác kết hợp thể sùi loét thành thể sùi thì kết quả cũng tương tự.

Trong tổng số 69 bệnh nhân nghiên cứu thấy tỷ lệ khối u xâm lấn đến lớp thanh mạc (T3) và vượt qua thanh mạc xâm lấn ra tổ chức xung quanh (T4) là 49,3% và 30,4%. Có 20,3% số bệnh nhân có khối u xâm lấn đến lớp cơ (T2) và không có bệnh nhân nào khối u còn khu trú ở lớp niêm mạc (T1). Đào Thị Thanh Bình nghiên

cứu tại Bệnh viện K thấy giai đoạn T2 chiếm 14,4%, T3 44,4%, T4 40%, chỉ có 1 bệnh nhân (0,01%) ở giai đoạn T1 do khám sức khỏe định kỳ phát hiện ra [0]. Các tác giả nước ngoài cũng cho rằng mức độ xâm lấn u có giá trị tiên lượng độc lập [6] [7]

Cho đến nay phẫu thuật là biện pháp chủ yếu để điều trị UTĐT. Nguyên tắc phẫu thuật UTĐT là lấy hết tổ chức ung thư, đảm bảo diện cắt an toàn, nạo vét hạch vùng, lập lại lưu thông tiêu hóa. Tùy theo vị trí khối u, tình trạng mạch máu, tình trạng hạch mà phẫu thuật viên quyết định cắt đoạn đại tràng, cắt nửa đại tràng hay cắt toàn bộ đại tràng. Theo đó phẫu thuật viên sẽ phải cắt khối u sao cho diện cắt cách xa khối u ít nhất 5 cm và phải nạo vét hạch theo cuống mạch. Ngày nay điều trị phẫu thuật UTĐT đang có nhiều thay đổi và áp dụng nhiều kỹ thuật mới, nhưng xu hướng là tăng cường điều trị bảo tồn và điều trị kết hợp với hóa trị, miễn dịch và liệu pháp nhắm trúng đích. Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ số bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn, đa số là cắt đoạn đại tràng, tỷ lệ cắt đại tràng phải cao nhất, có 23,2% phải mổ cấp cứu làm hậu môn nhân tạo sau đó mổ lại thì hai. Có 6 trường hợp (8,7%) phải phẫu thuật Harmann do khối u đại tràng Sigma lan rộng. Số lượng bệnh nhân phải cắt đại tràng mở rộng thấp chỉ có 4 trường hợp.

Tỷ lệ bệnh nhân sống thêm 5 năm theo giai đoạn bệnh: Giai đoạn bệnh càng cao thì

thời gian sống thêm càng giảm. Tỷ lệ sống thêm 5 năm ở giai đoạn II đạt 100%, giảm dần ở giai đoạn IIIa, IIIb, IIIc lần lượt là 90,2%, 68,7%, 40%.. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$. Tương tự tỷ lệ sống thêm không bệnh 5 năm ở bệnh nhân giai đoạn II đạt 85,0%, giai đoạn IIIa là 75,0%, IIIb là 52,6%, IIIc là 30,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,000$. Theo y văn giai đoạn II (tương đương Dukes B) tỷ lệ sống trên 5 năm đạt 76%; giai đoạn III (tương đương Dukes C) tỷ lệ sống trên 5 năm đạt 48%. Phan Văn Duyệt (2002) bằng phương pháp theo dõi trực tiếp tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng cũng xác nhận thời gian sống thêm 3 năm bệnh nhân giai đoạn Dukes B đạt 63,6%, giai đoạn Dukes C đạt 47% và không có bệnh nhân Dukes C nào sống thêm được 3 năm [3]. Phạm Hùng Cường hồi cứu hồ sơ 213 trường hợp ung thư đại tràng loại carcinôm tuyến được điều trị phẫu thuật và hóa trị tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ 10/1995 đến 10/2000, tỷ lệ sống còn 5 năm được tính bằng phương pháp Kaplan-Meier. Kết quả: tỉ lệ sống còn toàn bộ 5 năm chung cho tất cả mọi giai đoạn là 56%, tỉ lệ sống còn 5 năm của các bệnh nhân giai đoạn Dukes B, C và D theo thứ tự là 73%, 39% và 34%. Tác giả cũng cho rằng giai đoạn lâm sàng và phương pháp phẫu thuật là quan trọng nhất quyết định đến thời gian sống thêm của bệnh nhân [2].

Tỷ lệ bệnh nhân sống thêm 5 năm theo thể mô bệnh học: Nhận định về mối liên quan giữa thể mô bệnh học với kết quả sống thêm chúng tôi thấy thể không biệt hóa có kết quả xấu nhất, không có bệnh nhân nào sống được 5 năm. Ung thư biểu mô tuyến nhầy cũng có kết quả tương đối xấu, tỷ lệ sống 5 năm chỉ được 50%. Trong số bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến thì thấy tỷ lệ sống toàn bộ và sống không bệnh đều tăng dần theo độ biệt hóa tế bào. Khối u có độ biệt hóa càng cao thì độ ác tính càng thấp và ngược lại. Đào Thị Thanh Bình nhận định khối u có độ ác tính càng cao thì khả năng tái phát di căn càng lớn [0]. Các tác giả nước ngoài cũng cho rằng thể mô bệnh học và độ biệt hóa tế bào là một trong những yếu tố có giá trị tiên lượng độc lập [6].

Tỷ lệ bệnh nhân sống thêm 5 năm theo mức độ di căn hạch: Tuy có khác nhau về kết quả sống thêm theo mức độ di căn hạch nhưng tất cả các tác giả đều có chung một nhận định mức độ di căn hạch là yếu tố tiên lượng quan

trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Số lượng hạch phẫu tích được sau phẫu thuật cũng là yếu tố cần thiết đánh giá chính xác giai đoạn và tiên lượng bệnh, đồng thời ảnh hưởng đến quyết định phác đồ điều trị cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi mắc bệnh trung bình $60,5 \pm 9,7$. Tỷ lệ nam giới chiếm 55,1%.
- Vị trí khối u: ĐT phải 47,8%, ĐT trái 52,2%.
- Kích thước khối u trên 5cm chiếm 62,3 %, dưới 5cm 37,7%.
- Tỷ lệ bệnh nhân u giai đoạn III chiếm chủ yếu (71%).
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm 30,5%.
- Thời gian sống trung bình của nhóm nghiên cứu $36,7 \pm 3,2$ tháng.
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm của bệnh nhân ung thư đại tràng có giai đoạn bệnh muộn, ung thư biểu mô tuyến không biệt hóa hoặc độ biệt hóa thấp, độ ác tính cao, có di căn hạch giảm có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thị Thanh Bình (2010)**, *Nhận xét đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tái phát di căn trong ung thư đại tràng tại Bệnh Viện K*, luận văn Thạc sỹ chuyên ngành Ung thư, Đại học Y Hà Nội.
2. **Phạm Hùng Cường (2003)**, Carcinom đại tràng kết quả sống còn và các yếu tố tiên lượng. *Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 7-2003, pp. 172-177.
3. **Phan Văn Duyệt (2002)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số biện pháp nâng cao chất lượng điều trị ngoại khoa ung thư đại tràng tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng*, Luận án Tiến sỹ y học, Học viện quân y
4. **Từ Thị Thanh Hương (2012)**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác dụng phụ không mong muốn bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III đã phẫu thuật triệt căn được điều trị bổ trợ hóa trị phác đồ FOLFOX4. *Tạp chí ung thư học Việt Nam*, 2-2012, pp. 121-124.
5. **Nguyễn Thanh Tâm (2010)**, *Nghiên cứu tổn thương hạch trong ung thư biểu mô đại trực tràng được phẫu thuật triệt căn*, Luận án Tiến sỹ y học, Học viện quân y.
6. **Dispen M (2014)**, How histopathology affects the management of the multidisciplinary team, *Colorectal Cancer: Diagnosis and Clinical Management*, John Wiley & Sons, pp. 69-83.
7. **Nordlinger B, Sorbye H, Debois M, et al. (2008)**, Perioperative chemotherapy with FOLFOX4 and surgery versus surgery alone for resectable liver metastases from colorectal cancer (EORTC Intergroup trial 40983): a randomised controlled trial. *THE LANCET*, 9617, pp. 1007-1016.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PLOMBAGE ĐIỀU TRỊ HO RA MÁU DO U NẤM PHỔI ASPERGILLUS

Lê Tiến Dũng*, Nguyễn Văn Nam**

TÓM TẮT¹⁰

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phẫu thuật Plombage điều trị ho ra máu do u nấm phổi Aspergillus. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 66 bệnh nhân ho ra máu do u nấm phổi Aspergillus được phẫu thuật Plombage tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch trong thời gian 5 năm từ 2011 – 2015. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là: 3,7, độ tuổi trung bình là 53,5, thời gian mổ trung bình là 2,33 giờ, có 1 trường hợp tử vong ngay thứ 10 sau phẫu thuật do suy hô hấp, sau 12 tháng có 96,9% trường hợp hết ho ra máu. **Kết luận:** Phẫu thuật Plombage là phương pháp mổ an toàn, ít biến chứng nên được lựa chọn đối với những bệnh nhân có chức năng hô hấp kém, thể trạng yếu hay hình ảnh tổn thương trên CT scanner thuộc dạng quá phức tạp mà không thể cắt phổi được hoặc nguy cơ phẫu thuật quá cao.

Từ khóa: U nấm phổi, phẫu thuật Plombage

SUMMARY

EVALUATE RESULTS OF PLOMBAGE TECHNIQUE FOR TREAT HEMOPTYSIC CAUSED BY PULMONARY ASPERGILLOMA

Objective: Evaluations of outcome of Plombage surgery for treatment of hemoptysis caused by pulmonary aspergilloma. **Material and method:** Prospective study on 66 patients with hemoptysis caused by pulmonary aspergilloma were treated with Plombage technique at Pham Ngoc Thach hospital during 5 years from 2011 - 2015. **Results:** The rate of male/female: 3,7, mean age: 53,5 years, mean operative time : 2,33 hours. The outcome: one patient died postoperatively on day 10th because respiratory failure, 96,9% patients with good outcome postoperation 12 month. **Conclusion:** Plombage technique is safety, small numbers of complications should be apply to patients in poor general condition, diminished respiration or complicated characters on chest CT scan.

Key words: Pulmonary aspergilloma, Plombage surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với những bệnh nhân u nấm phổi Aspergillus, nhất là với những bệnh nhân có tiền sử ho ra máu kéo dài hay lượng nhiều, chỉ định

phẫu thuật với mục đích điều trị và ngăn ngừa nguy cơ ho ra máu nặng, cấp tính, đây là biến chứng nặng có thể gây tử vong.

Có nhiều phương pháp phẫu thuật để điều trị u nấm phổi Aspergillus như cắt thùy phổi, phân thùy phổi, hay cắt phổi không điển hình. Nhưng các phương pháp này không thực hiện được trên bệnh nhân có chức năng hô hấp kém, tổn thương quá phức tạp, thể trạng kém vì nguy cơ tai biến trong và biến chứng sau phẫu thuật quá cao. Do đó, trên những bệnh nhân này có thể xem xét chỉ định thực hiện phẫu thuật Plombage kết hợp với làm xẹp thành ngực, đắp vạt cơ, mở hang nấm ...nhằm mục đích làm xẹp hang nấm và điều trị ho ra máu.

Plombage là từ xuất phát từ tiếng latin Plumbum, là một phương pháp phẫu thuật ít nặng nề hơn, với kỹ thuật đặt vào giữa màng phổi và thành ngực một chất trơ để ép hay làm xẹp phần phổi kể bên gồm nhu mô phổi, phần phổi lao hay hang nấm thứ phát với mục đích làm lấp kín hang nấm, từ đó ngăn sự phát triển của vi khuẩn, nấm đặc biệt là gây xơ hóa mạch máu để ngăn ho ra máu. [5].

Tại Việt Nam, có rất ít tác giả thực hiện phẫu thuật Plombage, đặc biệt là theo dõi kết quả của phẫu thuật theo thời gian. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của u nấm phổi Aspergillus, và đánh giá hiệu quả của phẫu thuật Plombage điều trị ho ra máu do u nấm phổi Aspergillus.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân ho ra máu do u nấm phổi Aspergillus, được điều trị bằng phẫu thuật Plombage tại khoa Ngoại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch - Thành phố Hồ Chí Minh trong thời gian 5 năm từ 2011 – 2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có chẩn đoán ho ra máu do u nấm phổi Aspergillus.
- Chức năng hô hấp thấp: FEV1, FVC < 40%,
- Hình ảnh tổn thương trên CT scanner ngực thuộc dạng quá phức tạp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, can thiệp lâm sàng, mổ tả cắt ngang, theo dõi dọc, không đối chứng.

Các chỉ tiêu đánh giá:

*Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch – TP HCM

**Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tiến Dũng

Email: letiendung291@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 20/2/2017

Ngày duyệt bài: 6/3/2017

- Một số đặc điểm lâm sàng: Tiền sử bệnh, thời gian ho ra máu, mức độ ho ra máu, hình ảnh trên Xquang và CT-scanner lồng ngực.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật: lượng máu mất, thời gian phẫu thuật, biến chứng ngay sau phẫu thuật.

- Đánh giá hiệu quả sau 12 tháng: tình trạng hang nấm và ho ra máu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Tổng số là 66 bệnh nhân, trong đó nam/nữ là 52/14. Tuổi trung bình là 53,5 tuổi (từ 30 đến 79 tuổi).

- Tiền sử bệnh hô hấp

Bảng 1. Tiền sử bệnh hô hấp.

Tiền sử bệnh hô hấp	Số lượng	Tỷ lệ %
Lao phổi cũ	64	96,9
Ap xe phổi	2	3,1
Tổng số	66	100

- Thời gian ho ra máu

Bảng 2. Thời gian ho ra máu

Thời gian ho ra máu	Số lượng	Tỷ lệ %
< 6 tháng	18	27,2
6 tháng – 1 năm	6	9,2
Ho ra máu > 1 năm	42	63,6
Tổng số	66	100

- Mức độ ho ra máu

Bảng 3. Mức độ ho ra máu

Mức độ ho ra máu	Số lượng	Tỷ lệ %
Ít	18	27,3
Vừa	34	51,5
Nhiều	14	21,2
Tổng số	66	100

- Hình ảnh trên Xquang và CT – scanner lồng ngực

+ Kích thước trung bình khối u nấm: 5,3cm (từ 3cm đến 9cm).

+ Hình ảnh tổn thương

Bảng 4. Hình ảnh trên Xquang và CT – scanner lồng ngực

Hình ảnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Lục lạc	16	24,3
Khối đặc có nhiều ổ khí bên trong	46	69,6
Lục lạc + Khối đặc có nhiều ổ khí bên trong	04	6,1
Xơ hóa nhu mô phổi xung quanh và dày màng phổi	66	100
Tổng số	66	100

3.2. Đánh giá kết quả phẫu thuật

- Thời gian phẫu thuật

Bảng 5. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
< 2 giờ	12	18,2
2-3 giờ	46	69,7
> 3 giờ	8	12,1
Tổng số	66	100

- Lượng máu mất trong phẫu thuật

Bảng 6. Lượng máu mất trong phẫu thuật.

Lượng máu mất trong phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ %
< 200ml	26	39,4
200ml – 300ml	24	36,4
300ml – 500ml	16	24,2
Tổng số	66	100

- Thời gian hậu phẫu

Bảng 7. Thời gian hậu phẫu.

Thời gian hậu phẫu	Số lượng	Tỷ lệ %
2 ngày	32	50,0
3 ngày	28	44,0
> 3 ngày	6	6,0
Tổng số	66	100

- *Biến chứng sau phẫu thuật*

Bảng 8. Biến chứng.

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Ho ra máu tiếp tục	4	6,0
Suy hô hấp cấp	1	1,5
Nhiễm trùng	1	1,5
Không	60	91,0
Tổng số	66	100

3.3. Đánh giá kết quả trong 12 tháng

Chúng tôi theo dõi được 65/66 trường hợp trong 12 tháng vì 01 trường hợp tử vong do suy hô hấp cấp vào ngày thứ 10 sau mổ.

- *Tình trạng ho ra máu*

Bảng 9. Tình trạng ho ra máu.

Ho ra máu	Sau 6 tháng		Sau 12 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Không còn ho ra máu	61	93,8	63	96,9
Còn ho ra máu	4	6,2	2	3,1
Tổng số	65	100	65	100

- *Tình trạng hàng năm sau 12 tháng*

Bảng 10. Hình ảnh CT Scanner.

Hình ảnh CT scanner	Số lượng	Tỷ lệ %
Còn hàng năm	8	12,3
Hết hàng năm	57	87,7
Tổng số	65	100

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

- Triệu chứng hay gặp nhất của u nấm phổi là ho ra máu tái diễn nhiều lần, trong một số trường hợp ho ra máu lượng nhiều đe dọa tính mạng bệnh nhân. Trong nghiên cứu này có tới 63,6% bệnh nhân có thời gian ho ra máu trên 6 tháng và 21,2% bệnh nhân ho ra máu lượng nhiều. Có 4 bệnh nhân có thời gian ho ra máu trên 20 năm. Cơ chế của ho ra máu trong u nấm phổi *Aspergillus* có thể do sự bào mòn thành mạch máu do sự di chuyển của u nấm, do nấm tiết ra nội độc tố [3]. Không thể tiên lượng được mức độ ho ra máu dựa vào kích thước hay sự phức tạp của tổn thương trên hình ảnh Xquang [7].

- Do những bệnh nhân nằm trong nghiên cứu này đều có tiền sử bệnh hô hấp mạn tính và có ho ra máu tái diễn nhiều lần nên đều có thể trạng yếu, chức năng hô hấp FEV1, FVC dưới 40%.

- Hình ảnh Xquang và CT - Scanner lồng ngực, dạng tổn thương phức tạp theo định nghĩa của Daly và cộng sự [4] là những khối u nấm có thành hang dày trên 3mm, có tổn thương xơ hóa nhu mô phổi xung quanh nhiều kèm theo có dày màng phổi. Ichinose J [6] (2010) phẫu thuật cho

20 bệnh nhân trong đó 14 tổn thương phức tạp và 6 đơn giản. Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp đều có hình ảnh tổn thương dạng phức tạp, tổn thương xơ hóa nhu mô phổi nặng và màng phổi dày, chúng tôi chỉ hình ảnh lục lạc là điển hình của u nấm phổi trong hàng lao với tỷ lệ 24,3%.

4.2. Đánh giá kết quả của phẫu thuật

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật từ 2 - 3 giờ chiếm đa số với 69,7%, chỉ có 8 trường hợp có thời gian phẫu thuật kéo dài trên 3 giờ. Lượng máu mất trung bình trong phẫu thuật là 230ml. Theo Nguyễn Thế Vũ [2], cắt thùy phổi, phân thùy phổi hay cắt phổi không điển hình điều trị u nấm phổi có thời gian phẫu thuật trung bình là 3,5 giờ, lượng máu mất trung bình là 520ml. Như vậy, phẫu thuật Plombage có thời gian phẫu thuật cũng như lượng máu mất ít hơn so với phẫu thuật cắt thùy phổi, phân thùy phổi hay cắt phổi không điển hình điều trị u nấm phổi.

- Biến chứng sau phẫu thuật: sau phẫu thuật điều trị u nấm phổi, có thể có một số biến chứng như suy hô hấp, chảy máu, nhiễm trùng vết mổ...

+ Phẫu thuật cắt thùy phổi, phân thùy phổi hay cắt phổi không điển hình để loại bỏ hoàn

toàn u nấm, thường có tỷ lệ biến chứng cao. Tác giả Dương Thông [1] gặp tỷ lệ chảy máu sau mổ là 21,4%, Babatasi G [3] gặp tỷ lệ chảy máu sau mổ là 7%. Kurul C [7] (2004) có tới 33% số ca có biến chứng sau mổ. Regnard J có tỷ lệ biến chứng là 19% đối với cắt phân thùy và 30% với cắt thùy.

+ Phẫu thuật Plombage, theo Ichinose J [6] (2010) tiến hành phẫu thuật Plombage cho 20 bệnh nhân thì có 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu, 1 bệnh nhân tử vong sau mổ, tỷ lệ sống sau 5 năm là 86%. Trong 66 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào chảy máu sau mổ, 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, và 1 trường hợp tử vong do suy hô hấp ngày thứ 10.

4.3. Đánh giá hiệu quả sau 12 tháng

- Tình trạng còn ho ra máu: sau 6 tháng, tỷ lệ hết ho ra máu đạt 93,8%, còn 4 bệnh nhân (6,2%) còn ho ra máu ở mức độ ít. Sau 12 tháng, tỷ lệ hết ho ra máu đạt 96,9%, chỉ còn có 2 bệnh nhân ho ra máu (chiếm tỷ lệ 3,1%).

- Hình ảnh CT Scanner lồng ngực: chỉ có 8 trường hợp (12,3%) còn thấy hình ảnh hang nấm, nhưng kính thước hang đã giảm nhiều so với trước mổ. Trong 8 trường hợp này có 2 trường hợp bệnh nhân còn ho ra máu với số lượng ít, nên chúng tôi tiếp tục theo dõi.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng hay gặp nhất của u nấm phổi là ho ra máu tái diễn nhiều lần, 63,6% bệnh nhân có thời gian ho ra máu kéo dài trên 6 tháng và 21,2% bệnh nhân ho ra máu lượng nhiều.

- Hình ảnh tổn thương chủ yếu trên Xquang và CT Scanner lồng ngực là tổn thương dạng phức tạp, tổn thương xơ hóa nhu mô phổi nặng và màng phổi dày.

- Phẫu thuật tương đối an toàn, ít biến chứng (3%), hiệu quả điều trị hết ho ra máu cao đạt 96,9% sau 12 tháng.

- Phẫu thuật Plombage là phương pháp nên chỉ định đối với những bệnh nhân có thể trạng yếu, chức năng hô hấp kém hay hình ảnh tổn thương trên CT Scanner thuộc dạng phức tạp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Thông, Vũ Quang Việt, Nguyễn Hoài Nam, Lê Nữ Hòa Hiệp, Nguyễn Thế Hiệp (2002), "Chẩn đoán và điều trị u nấm phổi Aspergillus tại bệnh viện Nhân dân Gia Định", Kỷ yếu Hội thảo Pháp - Việt lần 3 về bệnh phổi và phẫu thuật lồng ngực: 128 - 135.
2. Nguyễn Thế Vũ, Lê Tiến Dũng, Nguyễn Thanh Hiền, Nguyễn Đình Duy (2007), "Điều trị phẫu thuật u nấm phổi tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch (2005 - 2006)". Thời sự Y học: 5-7.
3. Babatsi G et al (2000), "Surgical treatment of pulmonary aspergilloma". Current outcome. J. Thorax & Cardiovasc. Surg, 119, N 5 : 906-912.
4. Daly RC, Pairolero PC, Piehler JM, Trastek VF, Payne WS, Bernatz PE (1986), "Pulmonary aspergilloma". Results of surgical treatment. J Thorac Cardiovasc Surg; 92: 981 - 988.
5. Gadkowsk LB., Stout JE. Cavitory Pulmonary Disease. Clin Microbiol Rev 2008; 21: 305-33 4. Horowitz MD., Otero M., Thurer RJ., Bolooki H.Late complication of plombage. Ann Thorac Surg 1992; 53:803-6
6. Ichinose J., Kohno T., Fujimori S.Video-assisted thoracic surgery for pulmonary aspergilloma. Interact Sc Thorac Surg 2010; 10: 927-30.
7. Kurul C.S., Yazici U, Altinok T, Topcu S, and Unlu M(2004),"Surgical management of pulmonary aspergilloma". Asian Cardiovasc Thorac Ann; 12(4): 320 - 323.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ THẤP CÓ LIỆT TỦY QUÁ ĐƯỜNG CỔ TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2014

Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

TÓM TẮT¹¹

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống cổ thấp có liệt tủy qua đường cổ trước. **Phương pháp:** nghiên cứu lâm sàng tiến cứu

*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: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

và hồi cứu, mô tả không đối chứng. **Kết quả:** Biến chứng tử vong gặp ít 4%, nguyên nhân chủ yếu do suy hô hấp, nhiễm trùng phổi nặng nằm trong nhóm bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn. Kết hợp xương trong điều trị chấn thương cột sống cổ thấp qua đường cổ trước có tỷ lệ nắn chỉnh tốt cao đạt 96%, không gặp biến chứng nào. Kết quả phục hồi về lâm sàng có sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa với $p < 0.001$; có cải thiện đáng kể các triệu chứng về đau cổ, và đau rễ thần kinh. **Kết luận:** Phẫu thuật chấn thương cột sống cổ thấp có liệt tủy qua đường cổ trước đem lại hiệu quả tốt, cần được áp dụng.

Từ khóa: phẫu thuật CTCS cổ thấp có liệt tủy, đường cổ trước.

SUMMARY

EVALUATE SURGICAL RESULTS OF COMPLETE SPINAL CORD INJURIES OF LOW CERVICAL SPINE THROUGH FRONT NECKLINE AT VIET DUC HOSPITAL IN 2014

Objective: To evaluate surgical results low cervical spine injuries with complete spinal cord damage through front neckline. **Method:** A descriptive study. **Results:** Fatal complications rate was 4%, mainly caused by respiratory failure, severe lung infections in patients with complete spinal cord injuries. In the treatment combined bone of the low cervical spine injuries through front neckline have well corrected higher rate reached 96%, uncomplicated. The results of clinical recovery differ significantly between groups with $p < 0.001$; have significantly improved the symptoms of neck pain and radicular pain. **Conclusions:** surgery low cervical spine injuries have amyeloneuria giving good results for patients, should be applied.

Keywords: surgery low cervical spine injuries have amyeloneuria, neckline before.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống (CTCS) cổ là những tổn thương về xương đốt sống, đĩa đệm, tủy sống, và hệ thống dây chằng quanh đốt sống vùng cổ. Tại Việt Nam, CTCS cổ chiếm từ 2 – 5% của bệnh lý chấn thương đầu mặt cổ, trong đó có khoảng 10% bệnh nhân bị chấn thương tủy cổ mà trên phim Xquang thường qui không phát hiện ra tổn thương xương. Tỷ lệ tổn thương thần kinh do chấn thương cột sống cổ rất cao, trong đó tổn thương tủy hoàn toàn không tiến triển sau điều trị khoảng 50% [1]. CTCS cổ thấp là tổn thương từ C3 – C7 chiếm phần lớn (86,6%) [2]. Đây cũng chính là những tổn thương gây nên tổn thương tủy nhiều nhất và để lại hậu quả nặng nề nhất. Từ năm 1991, một loạt các phương tiện hiện đại: chụp cắt lớp vi tính, chụp MRI được đưa vào sử dụng và khai thác nên việc chẩn đoán CTCS cổ chính xác hơn, cùng với phát

triển vượt bậc của ngành gây mê hồi sức nên việc điều trị bằng phẫu thuật đã có hiệu quả rất lớn làm giảm thiểu thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị, thuận lợi cho sự phục hồi và tái hòa nhập trở lại cộng đồng. Những vấn đề đặt ra cho các phẫu thuật viên trong lĩnh vực điều trị CTCS cổ thấp có liệt tủy là: phẫu thuật hay không phẫu thuật, dựa vào đâu để chỉ định phẫu thuật, phẫu thuật vào thời điểm nào và phẫu thuật như thế nào để giải quyết 2 mục đích: hạn chế sự lan rộng của tổn thương tủy và làm vững cột sống. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu "Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống cổ thấp có liệt tủy qua đường cổ trước."

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân bị CTCS cổ thấp (từ C3 – C7), có thương tổn thần kinh và được phẫu thuật tại khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2013 đến tháng 1/2014

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu lâm sàng tiến cứu và hồi cứu, mô tả không đối chứng.

2.3. Thu thập số liệu: Tham gia khám, chẩn đoán, phụ mổ, theo dõi và đánh giá kết quả trong quá trình điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Điền thông tin vào bệnh án nghiên cứu. Khám lại bệnh nhân sau khi kết thúc nghiên cứu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0. Các tỷ lệ được so sánh bằng thuật toán χ^2 , test t-student và giá trị p sẽ được áp dụng để biểu thị mối liên quan của các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

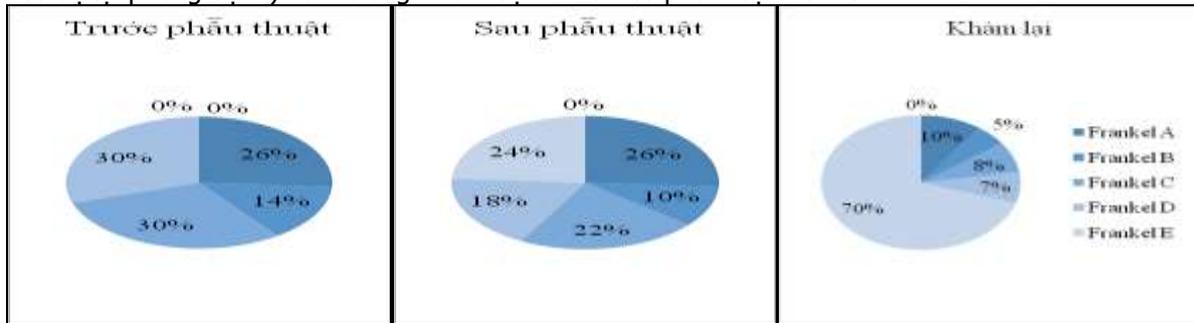
Tất cả 50 bệnh nhân nghiên cứu đều có chỉ định phẫu thuật với 2 phương pháp ACDF với tỷ lệ 68% và ACCF với tỷ lệ 16%. Số bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật sau 72h chiếm tỷ lệ cao (82%) với thời gian nằm viện trung bình là 11 ± 2.43 ngày.

Bảng 1. Đánh giá kết quả ngay sau phẫu thuật

Kết quả	Tần số	Tỷ lệ %
Tốt	16	32%
Khá	10	20%
Trung bình	20	40%
Xấu	4	8%

Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có sự phục hồi về lâm sàng ngay sau phẫu thuật tốt và khá đạt >50%. Chúng tôi cũng nhận thấy rằng những bệnh nhân có kết quả tốt ngay sau phẫu thuật, cải thiện triệu chứng về vận động và thần kinh gặp ở những bệnh nhân nằm trong phân loại Frankel D, một vài bệnh nhân trong nhóm phân loại Frankel C có cải thiện tốt về triệu chứng. Ngoài ra, chúng tôi ghi nhận có 4 bệnh nhân có tiên lượng xấu (nhiễm trùng hô hấp nặng và thở máy trở lại sau khi

điều trị tại phòng bệnh) nằm trong nhóm bệnh nhân có phân loại Frankel A.



Biểu đồ 1. Phân loại Frankel bệnh nhân có tổn thương tủy trước phẫu thuật, sau phẫu thuật và khám lại

Kết quả cho thấy sau phẫu thuật nhóm bệnh nhân có phân loại Frankel A không có cải thiện về lâm sàng, những cải thiện về lâm sàng gặp chủ yếu ở những bệnh nhân có phân loại Frankel D. Với kết quả khám lại, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt rõ giữa thương tổn thần kinh trước mổ và lâm sàng sau mổ với $p < 0,05$.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tổn thương trước phẫu thuật và kết quả sau phẫu thuật

Tổn thương trước phẫu thuật	Tốt - khá		Trung bình - xấu		p
	Tần số	Tỷ lệ %	Tần số	Tỷ lệ %	
Frankel A - B	3	16,7%	15	83,3%	< 0,001
Frankel C - D	23	71,9%	9	28,1%	

- Trong nhóm liệt hoàn toàn (phân loại Frankel A - B) có 3 bệnh nhân có cải thiện một chút về vận động, còn lại hầu hết (15 bệnh nhân) không có cải thiện về vận động và cảm giác. Có 4 bệnh nhân thuộc nhóm xấu do phải thở máy trở lại và nhiễm trùng phổi nặng.

- Trong nhóm liệt không hoàn toàn (phân loại Frankel C - D) có 23 bệnh nhân cải thiện tốt về lâm sàng: vận động và cảm giác. Không ghi nhận bệnh nhân nào có chuyển biến xấu trên lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này.

Bảng 3. Đánh giá kết quả chụp XQ sau phẫu thuật

Mức độ	Tần số	Tỷ lệ %
Nắn chỉnh tốt	48	96%
Chưa nắn chỉnh được	1	2%
Nắn chỉnh không vững	1	2%

Các biến chứng sau phẫu thuật: Các biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm nhiều nhất 26% (13 bệnh nhân) nằm trong nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn, do nằm lâu và chăm sóc đường tiểu không tốt. Bệnh nhân bị loét do tì đè có 5 bệnh nhân, viêm phổi và suy hô hấp 4 bệnh nhân, các bệnh nhân này cũng nằm trong nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn. Chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp tử vong, 1 bệnh nhân tử vong sau 1 tháng, 1 bệnh nhân tử vong sau 3 tháng, nguyên nhân do suy hô hấp điều trị ở tuyến dưới, nằm trong nhóm bệnh nhân suy hô hấp đã được phát hiện sau phẫu thuật.

Với 40 bệnh nhân được khám lại chúng tôi có kết quả: bệnh nhân phục hồi tốt đạt 70%, khá 12,5%, còn lại là trung bình và xấu. Kết quả phục hồi về lâm sàng có sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa với $p < 0.001$. Cùng với đó, tỷ

lệ phục hồi cơ tròn hoàn toàn cũng đạt 70%; tỷ lệ bệnh nhân phục hồi không hoàn toàn và hoàn toàn nằm trong nhóm bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn chiếm 30%.

Kết quả khám lại: Chúng tôi phát hiện có 1 trường hợp khớp giả sau 2 tháng khám lại, sau đó bệnh nhân được mổ lại, 1 bệnh nhân bong nẹp do không có triệu chứng trên lâm sàng nên hiện tại vẫn đang theo dõi khám lại theo hẹn.

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá bệnh nhân sớm sau phẫu thuật 3- 5 ngày chúng tôi nhận thấy rằng, bệnh nhân thuộc nhóm liệt tủy không hoàn toàn (Frankel C - D) có sự cải thiện đáng kể trên lâm sàng (tăng 1 độ Frankel hoặc hết triệu chứng). Có 10 bệnh nhân thuộc nhóm này lên 1 độ Frankel. Chúng tôi cũng ghi nhận có 2 trường hợp liệt hoàn toàn (Frankel B) sau phẫu thuật có cải thiện 1 chút về vận

động. Ở nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn (Frankel A – B), chúng tôi nhận thấy hầu hết chưa có cải thiện về các triệu chứng về vận động và cảm giác. Trong nhóm này có 4 bệnh nhân sau phẫu thuật có dấu hiệu suy hô hấp sau đó phải thở máy kéo dài.

Theo dõi khám lại cho bệnh nhân sau mổ, chúng tôi nhận thấy rằng có sự khác biệt rõ rệt trong kết quả điều trị đối với bệnh nhân thuộc nhóm liệt không hoàn toàn. Hầu hết tất cả các bệnh nhân thuộc nhóm liệt không hoàn toàn tiến triển lên 1 độ hoặc 2 độ Frankel, các bệnh nhân này đều không có biến chứng và di chứng nào, có 1 trường hợp đang trong diện theo dõi tình trạng nẹp nhưng không thấy có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng và sinh hoạt hàng ngày. Sự phục hồi giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả phục hồi tốt của chúng tôi khi khám lại (bệnh nhân thuộc nhóm Frankel D và E) là 75.5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của Hà Kim Trung (75%) [2].

Trong 11 bệnh nhân thuộc nhóm liệt hoàn toàn khám lại, chúng tôi ghi nhận được có 2 bệnh nhân trước mổ liệt tủy hoàn toàn dạng đụng đập tủy và thoát vị đĩa đệm tiến triển rất tốt gần như khi khám lại không còn biểu hiện triệu chứng thần kinh. Có 1 bệnh nhân Frankel A tiến triển 1 độ, 2 bệnh nhân Frankel B tiến triển 1 độ, tất cả bệnh nhân còn lại đều không tiến triển, và đang điều trị các biến chứng. Qua đó chúng tôi nhận thấy phẫu thuật ở nhóm liệt tủy hoàn toàn này nhằm mục đích làm vững cột sống, tạo điều kiện thuận lợi cho sự chăm sóc bệnh tốt hơn, nhằm hạn chế các biến chứng như loét nằm, viêm phổi, viêm bàng quang... Theo Võ Văn Sỹ [3] thì tỷ lệ phục hồi của nhóm liệt hoàn toàn là 10,8%. Đỗ Đào Vũ thấy rằng 50% bệnh nhân liệt hoàn toàn không tiến triển tốt lên sau khi điều trị 1 năm [4].

Về kết quả giải phẫu: Chúng tôi chụp lại XQ cột sống cổ cho toàn bộ bệnh nhân sau mổ 50/50 bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy rằng có 96 % bệnh nhân miếng ghép và vị trí đặt nẹp đúng quy cách, 1 trường hợp chưa nắn chỉnh được, 1 trường hợp nắn chỉnh không vững. Trong đó trường hợp chưa nắn chỉnh được được phẫu thuật lại sau 3 tháng, 1 trường hợp vẫn đang trong diện theo dõi. Như vậy, việc chủ chương phẫu thuật cột sống cổ đối với các tổn thương về đĩa đệm và thân đốt sống qua đường cổ trước đem lại kết quả tốt. Với các trường hợp có trật cài diện khớp, hoặc tổn thương tủy lan rộng trên 3 thân đốt sống, theo Hà Kim Trung

[2], cho rằng nên đi theo 2 đường hoặc đường mổ cổ sau để nắn chỉnh cho tốt hoặc giải phóng chèn ép tủy tốt hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi khám lại 40 trường hợp, tất cả đều được chụp XQ cột sống cổ thẳng nghiêng, chúng tôi thấy rằng, có 38 trường hợp liền xương tốt, không có khớp giả, 01 trường hợp phát hiện có khớp giả và lỏng vits đã được phẫu thuật lại, 01 trường hợp bong nẹp đã liền xương đang trong quá trình theo dõi hiện chưa có biểu hiện gì bất thường. Theo Song KJ nghiên cứu trong 50 trường hợp thì có một trường hợp bị gãy vits sau 9 tháng, sau mổ 3 tháng đã thấy có sự cốt hóa ở vị trí ghép xương và 6 tháng sự liền xương gần như hoàn chỉnh và lấy lại chức năng sau 12 tháng [5].

Về biến chứng sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng thủng thực quản và tụ máu vết mổ sau phẫu thuật. Biến chứng thường gặp đối với những bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn là suy hô hấp. Chúng tôi gặp 4 trường hợp suy hô hấp sau mổ phải thở máy lại, trong đó có 2 bệnh nhân tử vong sau 1 và 3 tháng. Trong nghiên cứu của Kocis J.P và Wendsche R trong nghiên cứu 270 bệnh nhân có báo cáo: 1 trường hợp tổn thương thực quản, 2 trường hợp (0.7%) tụ máu vết mổ phải phẫu thuật lại [6]. Hà Kim Trung cũng báo cáo 01/98 trường hợp thủng thực quản sau phẫu thuật [2].

Về tử vong sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 2 trường hợp tử vong sau phẫu thuật. Cả 2 trường hợp này đều nằm trong nhóm bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn Frankel A. Sau phẫu thuật 2 bệnh nhân này đều phải thở máy kéo dài tại khoa hồi sức tích cực, sau đó, khi về bệnh phòng điều trị tiếp tục nhiễm trùng phổi, suy hô hấp và phải thở máy trở lại. Kết quả bệnh nhân tử vong sau 1 và 3 tháng, nguyên nhân do tình trạng tủy tổn thương quá nặng. Đây là một thách thức lớn trong điều trị bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn. Hiện nay, nhờ sự phát triển vượt bậc của gây mê hồi sức, kháng sinh dự phòng sau mổ, ghép tế bào gốc cho những bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn đã làm giảm tỉ lệ tử vong và cải thiện về các tổn thương tủy trên giải phẫu. Tỉ lệ này của chúng tôi có thấp hơn các nghiên cứu khác như của Douglas CS thấy rằng 40% bệnh nhân liệt tứ chi tử vong trong năm đầu tiên và chủ yếu do các nguyên nhân viêm phổi, suy tim mạch, nhiễm trùng [7].

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng lâm sàng được cải thiện đáng kể như đau cổ, và đau rễ thần kinh. Có sự khác biệt rõ giữa thương tổn thần kinh trước mổ và lâm sàng sau mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Biến chứng thường gặp sau phẫu thuật là nhiễm khuẩn đường tiết niệu và suy hô hấp nằm trong nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn. Biến chứng tử vong gặp ít 4%, nguyên nhân chủ yếu do suy hô hấp, nhiễm trùng phổi nặng nằm trong nhóm bệnh nhân liệt tủy hoàn toàn. Về đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Kết hợp xương trong điều trị chấn thương cột sống cổ thấp qua đường cổ trước có tỉ lệ nắn chỉnh tốt cao đạt 96%, không gặp biến chứng nào. Tỉ lệ nắn chỉnh không vững gặp 1 trường hợp, khớp giả sau nắn chỉnh gặp 1 trường hợp chiếm 2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Đào Vũ (2006)**, "Bước đầu đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng BN liệt tứ chi sau chấn thương CSC", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện,*

Trường Đại học Y Hà Nội.

2. **Hà Kim Trung (1999)**, "Điều trị CSC dưới bằng phẫu thuật qua đường cổ trước", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 6, 7, 8- 1999, Tập 226, tr 59- 62.
3. **Võ Văn Sĩ (2001)**, "Điều trị gãy CSC C₃- C₇ bằng phương pháp mổ: Nắn- néo- ép – hàn xươnglối sau bên", *Tạp trí ngoại khoa*, số 3- 2001. tr 13 - 18.
4. **Đỗ Đào Vũ (2006)**, "Bước đầu đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng BN liệt tứ chi sau chấn thương CSC", *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện,* Trường đại học Y Hà Nội.
5. **Song KJ., Lee KB., (2007)**, " Anterior versus combined anterior and posterior fixation/ fusion in thr treatment of distraction- flexion injury in the lower carvical spine", *Journal of Clinical Neuroscience*, Vol 15, pp 36- 42.
6. **Kocis J.P., Wendsche R., Vesely R. Hart I., (2008)**, " Complication during and after surgery of the lower carvical spine by isolated anterior approach with CSLP implant", *Acta Neurochir*, No 150, pp 1067- 1071.
7. **Philipp L., Klaus F., Gert M., Ernst J.M., (2009)**, " Epidemiology of traumatic spine fractures", *Injury, Int.J.care injured*, Vol 40, pp 166- 172.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ THAY ĐỔI CỦA GIÁC MẠC SAU PHẪU THUẬT LASIK ĐIỀU TRỊ CẬN THỊ

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT¹²

Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 143 mắt được phẫu thuật Lasik điều trị cận thị từ tháng 3/2015 đến tháng 3/2016 cho thấy: Độ dày giác mạc (ĐDGM) trung tâm trung bình sau mổ 1 tuần là $454,95 \pm 50,65\mu\text{m}$; sau mổ 1 tháng là $467,67 \pm 50,15\mu\text{m}$; sau mổ 3 tháng là $464,69 \pm 50,19\mu\text{m}$ và sau mổ 6 tháng là $467,28 \pm 49,47\mu\text{m}$. Công suất khúc xạ giác mạc trung bình trước mổ là $43,68 \pm 1,36\text{D}$, trong đó cao nhất là $48,50\text{D}$ và thấp nhất là $38,25\text{D}$, sau mổ 1 tuần là $39,88 \pm 1,81\text{D}$, sau mổ 1 tháng là $40,05 \pm 1,91\text{D}$, sau mổ 3 tháng là $40,01 \pm 1,80\text{D}$ và sau mổ 6 tháng là $40,10 \pm 1,81\text{D}$. Bán kính độ cong giác mạc trung bình là $7,73 \pm 0,25\text{mm}$ trong đó thấp nhất là $6,97\text{mm}$ và cao nhất là $8,83\text{mm}$. Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Văn Sanh ($7,66 \pm 0,24\text{mm}$). Sự ổn định, tính an toàn sau phẫu thuật là rất cao.

Từ khóa: Khúc xạ giác mạc, thay đổi khúc xạ sau Lasik

SUMMARY

RESEARCH ON SOME CHANGES OF THE RETINA DUE TO THE LASIK SURGERY FOR MYOPIA TREATMENT

The descriptive and prospective study on 143 eyes operated by Lasik surgery for myopic errors correction from Mar 2015 to Mar 2016 shown that the mean central retinal thickness one week after operation was $454.95 \pm 50.65 \mu\text{m}$, one month was $467.67 \pm 50.15 \mu\text{m}$, three months was $464.69 \pm 50.19 \mu\text{m}$ and six months was $467.28 \pm 49.47 \mu\text{m}$. The preoperatively mean corneal converging power was $43.68 \pm 1.36\text{D}$, the highest was 48.50D and the lowest was 38.25D , one week after operation was $39.88 \pm 1.81\text{D}$, one month was $40.05 \pm 1.91\text{D}$, three months was $40.01 \pm 1.80\text{D}$ and six months was $40.10 \pm 1.81\text{D}$. The mean radius curvature of the cornea was $7.73 \pm 0.25\text{mm}$, minimal level was 6.97mm and maximal level was 8.83mm . The results was similar to Sanh 's research ($7.66 \pm 0.24\text{mm}$). The safety and stabilization are very good.

Keywords: Lasik surgery, Lasik corneal refractive changes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

LASIK (Laser In-situ Keratomileusis) là phẫu thuật hiệu quả và độ an toàn rất cao [1],[2],[4]. Trên thế giới đã có nhiều công trình báo cáo phẫu thuật điều trị tật khúc xạ bằng phẫu thuật

LASIK cho kết quả tốt như: Jin [5], Jaycock và Lavery [6], Tại Việt Nam, đã có một số tác giả báo cáo như: Nguyễn Xuân Hiệp [1], Tôn Thị Kim Thanh [2], Trần Hải Yến và Phan Hồng Mai [3], Các báo cáo đều cho thấy kết quả phục hồi thị lực nhanh. 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. Tuy nhiên, cho đến nay vẫn chưa có nhiều 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 [1],[6].

Sự thay đổi về giác mạc sau phẫu thuật LASIK vẫn còn có nhiều tranh cãi. Một số tác giả nhận thấy rằng sau mổ LASIK, giác mạc vẫn còn có sự thay đổi về mô học và hình thể. Nhưng cũng có một số tác giả cho rằng giác mạc sau phẫu thuật khúc xạ ổn định tại các thời điểm nghiên cứu [5],[6]. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu một số thay đổi của giác mạc sau mổ LASIK điều trị cận thị" với hai mục tiêu:

- Mô tả sự thay đổi của độ dày, độ cong và công suất khúc xạ giác mạc sau mổ LASIK điều trị cận thị.

- 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: Bệnh nhân cận thị được mổ theo phương pháp LASIK tại khoa Khúc xạ, Bệnh viện Mắt Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 3/2015 đến tháng 3/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân cận thị có chỉ định mổ LASIK.
- Chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp không đến khám đúng và đủ theo lịch hẹn khám lại. Các trường hợp có biến chứng trong mổ và sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng và không có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Mẫu nghiên cứu được tính theo công thức tính cỡ mẫu cho việc kiểm định sự khác nhau giữa 2 giá trị trung bình (giữa các thời điểm nghiên cứu), cỡ mẫu ít nhất là 138 mắt.

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 5.4.2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật

3.1.1. Đặc điểm về giới và tuổi: Số bệnh nhân được phẫu thuật là 73 người, trong đó có 35 nữ (47,95%) và 38 nam (52,05%). Có 3 bệnh nhân phẫu thuật 1 mắt, tổng số mắt được phẫu

thuật là 143 mắt. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $22,27 \pm 5,014$, trong đó tuổi thấp nhất là 18 và cao nhất là 50. Tần suất gặp nhiều ở độ tuổi 18-24, có 59 bệnh nhân chiếm 80,82%, độ tuổi 25-40 có 13 bệnh nhân chiếm 17,81% và 1 bệnh nhân tuổi trên 40 chiếm 1,37%.

3.1.2. Đặc điểm tật khúc xạ và thị lực trước mổ

Bảng 1. Mức độ tật khúc xạ trước mổ

Mức độ cận	Số mắt (%)
-1D → -3D	45 (31,5%)
- 3,25D → - 6D	64 (44,7%)
- 6,25D → - 9D	25 (17,5%)
> - 9D	9 (6,3%)
Tổng	143 (100%)

Khúc xạ cầu tương đương trung bình là $-4,65 \pm 2,44D$, trong đó cao nhất là $-11,75D$, thấp nhất là $-1D$. Nhóm cận nhẹ có 45 mắt, chiếm 31,5%, nhóm cận vừa có 64 mắt, chiếm 44,7%, nhóm cận nặng có 25 mắt, chiếm 17,5% và nhóm cận rất nặng có 9 mắt, chiếm 6,3%.

Thị lực trung bình là $0,12 \pm 0,12$, trong đó thị lực (TL) cao nhất là 0,63 (tương đương 20/30), TL thấp nhất là 0,01 (tương đương với ĐNT 0,5m)

3.2. Sự thay đổi của giác mạc sau phẫu thuật

3.2.1. Thay đổi độ dày giác mạc trung tâm sau phẫu thuật

Độ dày giác mạc trung tâm (ĐDGMTT) trung bình trước mổ là $546,12 \pm 31\mu m$, trong đó cao nhất là $620\mu m$ và thấp nhất là $490\mu m$. Độ dày giác mạc (ĐDGM) trung tâm trung bình sau mổ 1 tuần là $454,95 \pm 50,65\mu m$; sau mổ 1 tháng là $467,67 \pm 50,15\mu m$; sau mổ 3 tháng là $464,69 \pm 50,19\mu m$ và sau mổ 6 tháng là $467,28 \pm 49,47\mu m$.

Bảng 2. Độ dày giác mạc theo nhóm cận tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Độ dày các nhóm độ cận thị			
	-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

Độ dày giác mạc trung tâm trung bình trước mổ ở các nhóm cận thị không có sự khác biệt, với $p > 0,05$, nhưng sau mổ có sự khác biệt về độ dày giác mạc trung tâm trung bình ở các nhóm cận thị tại các mốc thời gian nghiên cứu, với $p < 0,05$.

3.2.2. Thay đổi bán kính độ cong mặt trước giác mạc sau mổ

Bán kính độ cong giác mạc trung bình trước mổ là $7,73 \pm 0,25mm$ trong đó thấp nhất là $6,97mm$ và cao nhất là $8,83mm$, sau mổ 1 tuần là $8,48 \pm 0,39mm$, sau mổ 1 tháng là $8,45 \pm 0,40mm$, sau mổ 3 tháng là $8,45 \pm 0,38mm$ và sau mổ 6 tháng là $8,43 \pm 0,39mm$.

Bảng 3.5. Sự thay đổi BKĐCGM trước và sau phẫu thuật

Thời gian	n (mắt)	Hiệu chênh lệch BKĐCGM		p
		Trung bình (mm)	SD	
Trước PT – Sau PT 1 tuần	143	-0,75	0,38	0,000
Trước PT – Sau PT 1 tháng	143	-0,72	0,39	0,000
Trước PT – Sau PT 3 tháng	143	-0,72	0,37	0,000
Trước PT – Sau PT 6 tháng	143	-0,70	0,37	0,000

3.2.3. Biến đổi công suất khúc xạ giác mạc sau mổ: Công suất khúc xạ giác mạc trung bình trước mổ là $43,68 \pm 1,36D$, trong đó cao nhất là $48,50D$ và thấp nhất là $38,25D$, sau mổ 1 tuần là $39,88 \pm 1,81D$, sau mổ 1 tháng là $40,05 \pm 1,91D$, sau mổ 3 tháng là $40,01 \pm 1,80D$ và sau mổ 6 tháng là $40,10 \pm 1,81D$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân: Chúng tôi thực hiện trên 73 bệnh nhân với 143 mắt, trong đó có 35 bệnh nhân nam (chiếm 47,95%) và 38 bệnh nhân nữ (chiếm 52,05%). Tỷ lệ nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Điều

này chứng tỏ nhu cầu về việc bỏ kính gọng ở nam và nữ ngang nhau, cho dù bất cứ lý do gì: Thẩm mỹ, nghề nghiệp hay khó chịu khi đeo kính.

Kết quả này tương tự kết quả của Nguyễn Xuân Hiệp: 23,04 ± 5,77T, trong đó nhóm 18-24 chiếm 74,5%, nhóm >40 tuổi chỉ 1,73% [2].

So với các tác giả nước ngoài Maldonado: 31,5T (dao động từ 18 đến 57) [5], Avni Murat

Avunduk: 35,4 ± 8,7T và Jay C. Erie: 33 ± 10 thì tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Chứng tỏ những bệnh nhân lớn tuổi ở nước ngoài đã mạnh dạn tiếp cận công nghệ LASIK hơn Việt Nam.

4.2. Bàn luận về sự thay đổi của giác mạc sau phẫu thuật

4.2.1. Sự thay đổi độ dày giác mạc trung tâm

- So sánh với một số tác giả khác:

	Trước mổ	Sau mổ			
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Jay C. Erie	551± 37	483 ± 45	493 ± 44	489 ± 42	494 ± 44
Avunduk A.M		483,15±28,72	515,82±38,77	511,35±39,24	526,51±39,83
Anders Ivarsen	529±49,4	460,3±47,0			477,3±43,3
Hjortdal J. O	556,6±48		485,6±49	481,6±46	487,6±45
Nguyễn Văn Sanh	539,02±26,37	462,16±48,09	465,86±47,31	467,86±46,18	467,16±46,18
Nguyễn Quốc Đạt	546,12±31,01	454,95±50,65	467,67±50,15	464,69±50,19	467,28±49,47

Độ dày giác mạc trung tâm trước phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 546,12 ± 31.01µm, trong đó cao nhất là 620µm và thấp nhất là 490µm. Kết quả này cũng tương tự như các tác giả trước đó, kể cả trong nước và nước ngoài, như vậy độ dày giác mạc trung tâm của người Việt Nam cũng tương tự như ở các nước phương Tây.

Sau mổ, bề dày giác mạc bị mỏng đi nhiều do tác dụng bào của tia laser. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày giác mạc trung tâm giảm rõ rệt ở các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng so với trước mổ lần lượt là 91,17 ± 43,48µm; 78,45±42,28µm; 81,63 ± 41.21µm và 78,84 ± 40,74µm.

4.2.2. Sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc

	Trước mổ	Công suất khúc xạ giác mạc trung bình sau mổ (D)			
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Hjortdal J. O	49.46±1.36		44.04±1.88	44.56±1.87	44.57±1.82
Ngô Ngọc Châu	43,8±5,37		38,08±10,5	38,54±9,47	38,59±9,49
Nguyễn Quốc Đạt	43.68±1.36	39.88±1.81	40.05±1.91	40.01±1.80	40.10±1.81

Như vậy sau mổ công suất khúc xạ giác mạc giảm nhiều, nhưng tăng nhẹ sau 1 tháng và sự thay đổi tại thời điểm 3 tháng so với 1 tháng, tại thời điểm 6 tháng so với 3 tháng không có ý nghĩa thống kê, nhưng vẫn cao hơn so với thời điểm 1 tuần. Kết quả này tương tự kết quả của Ngô Ngọc Châu và Hjortdal J.

4.2.3. Sự thay đổi bán kính độ cong giác mạc

	Trước mổ	Bán kính độ cong giác mạc trung bình sau mổ (mm)			
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Nguyễn Văn Sanh	7,66±0,24	8,46±0,5	8,46±0,49	8,46±0,48	8,47±0,49
Nguyễn Quốc Đạt	7,73±0,25	8,48±0,39	8,45±0,40	8,45±0,38	8,43±0,39

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng máy OPD-Scan II để đo bán kính độ cong giác mạc. Bán kính độ cong giác mạc trung bình là 7.73 ± 0.25 trong đó thấp nhất là 6.97mm và cao nhất là 8.83mm. Kết quả này tương tự với kết quả của Nguyễn Văn Sanh (7.66±0.24mm).

4.3. Bàn luận về mối liên quan tới sự thay đổi của giác mạc sau phẫu thuật

4.3.1. Mối liên quan tới sự thay đổi độ dày giác mạc

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dày giác mạc trung tâm trước mổ giữa các nhóm cận không có sự khác biệt. Những bệnh nhân trong nhóm cận nặng và cận rất nặng cần theo dõi lâu

dài để đề phòng dẫn phình giác mạc sau mổ LASIK vì độ dày giác mạc nền sau phẫu thuật của nhóm này thường mỏng. Một số tác giả cho rằng 40% phía trước của giác mạc có khả năng chịu lực tốt hơn phần sau. Ngoài ra phần vạt giác mạc tham gia rất ít vào sức bền của giác mạc do mặt sau vạt không tạo sự bền vững. 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. Không có sự tương quan giữa sự thay đổi độ dày giác mạc và sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc của 3 tháng với 1 tháng và 6 tháng với 3 tháng.

4.3.2. Môi liên quan tới sự thay đổi của công suất giác mạc

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả công suất khúc xạ giác mạc trung bình của nhóm cận rất nặng mặc dù giảm nhiều nhưng cũng nằm trong giới hạn an toàn sau phẫu thuật là > 35D. Vì nếu sau phẫu thuật LASIK, giác mạc phẳng quá (< 35D), thì sẽ xuất hiện hiện tượng giảm chất lượng thị giác sau mổ [5]. Vì vậy cần đưa ra một chỉ định giới hạn về độ cận và công suất khúc xạ giác mạc trước khi phẫu thuật. Quan trọng là trước khi phẫu thuật phải dự đoán được giá trị công suất khúc xạ giác mạc sau phẫu thuật. Như vậy mặc dù công suất khúc xạ giác mạc trung bình sau phẫu thuật 1 tháng có tăng hơn so với 1 tuần, nhưng sự thay đổi này cũng không làm thay đổi khúc xạ của bệnh nhân sau phẫu thuật. 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 này tương tự kết quả của Cheri Leng [3],[4].

4.3.3. Môi liên quan tới sự thay đổi của bán kính độ cong giác mạc

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, nghĩa là giác mạc cong hơn, nhưng sự thay đổi này không làm thay đổi khúc xạ của bệnh nhân sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

- Độ dày giác mạc trung tâm, công suất khúc xạ giác mạc giảm rõ rệt sau khi phẫu thuật LASIK. Ngược lại bán kính độ cong giác mạc tăng rõ rệt tại thời điểm 1 tuần sau phẫu thuật

so với trước phẫu thuật. Chỉ số này giảm đi sau 1 tháng so với 1 tuần sau phẫu thuật

- Sự thay đổi độ dày giác mạc sau phẫu thuật liên quan đến độ cận trước phẫu thuật.

- Có mối tương quan tuyến tính giữa sự thay đổi độ dày giác mạc trung tâm trước và sau phẫu thuật 1 tuần với độ cận được điều chỉnh sau phẫu thuật.

- Có mối tương quan giữa sự thay đổi của độ dày giác mạc và sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc sau mổ 1 tuần so với trước mổ.

- 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Xuân Hiệp (2008). Nghiên cứu hiệu quả điều trị TKX bằng laser excimer. *Luận văn tiến sĩ y học*, Trường Đại Học Y Hà Nội
2. Tôn Thị Kim Thanh, Cung Hồng Sơn, Vũ Thị Thái (2002). Kết quả điều trị cận thị vừa và nặng bằng laser Excimer. *Nội san nhãn khoa*. 7: p. 78-83.
3. Trần Thị Hải Yên, Phan Thị Hồng Mai (2002). Đánh giá điều trị cận thị nặng bằng laser in situ keratomileusis (LASIK). *Nội san nhãn khoa*, (8): p. 77-88.
4. Fiander, D. C., Tayfour, F. (1995). Excimer laser in situ keratomileusis in 124 myopic eyes. *J Refract Surg*. 11(3 Suppl): p. S234-8.
5. Salah, T., Waring G. O., et al. (1996). Excimer laser in situ keratomileusis under a corneal flap for myopia of 2 to 20 diopters. *Am J Ophthalmol*. 121(2): p. 143-55.
6. Condon, P. I., Mulhern, et al (1997). Laser intrastromal keratomileusis for high myopia and myopic astigmatism. *Br J Ophthalmol*. 81(3): p. 199-206.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ HÀI LÒNG CỦA PHẪU THUẬT VIÊN SỬ DỤNG PHƯƠNG PHÁP PCS BẰNG MIDAZOLAM VÀ PROPOFOL TRONG PHẪU THUẬT RĂNG

Nguyễn Quang Bình*, Ngô Thanh Nam**

TÓM TẮT¹³

*Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương HN

**Trung tâm nhiệt đới Việt - Nga

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình

Email: nguyenvinh3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

Mục tiêu: đánh giá mức độ hài lòng của phẫu thuật viên 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:** thời gian phẫu thuật ở

nhóm midazolam và propofol ($p > 0,05$) ngắn hơn ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT; sự hợp tác tốt với phẫu thuật ở nhóm midazolam 91,43% và propofol 85,71% ($p > 0,05$) cao hơn ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT 31,43%; tỉ lệ không cử động trong phẫu thuật ở nhóm midazolam 97,14% và propofol 97,14% ($p > 0,05$) cao hơn ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT 54,29%; mức hài lòng của phẫu thuật viên ở nhóm midazolam $8,23 \pm 0,88$ điểm và propofol $8,34 \pm 0,54$ điểm ($p > 0,05$) cao hơn ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT $6,74 \pm 0,95$ điểm. **Kết luận:** PCS sử dụng midazolam và propofol có thời gian, sự hợp tác, mức không cử động trong phẫu thuật và hài lòng của phẫu thuật viên là gần như nhau nhưng thời gian phẫu thuật ngắn, hợp tác tốt, mức không cử động và hài lòng của phẫu thuật viên cao hơn so với phương pháp GTĐT.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam, propofol

SUMMARY

SURGEON SATISFACTION ASSESSMENT USING PCS BY MIDAZOLAM AND PROPOFOL IN DENTAL SURGERY

Objective: To assess the level of surgeon 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:** Surgical time in midazolam and propofol group ($p > 0,05$) is shorter ($p < 0,01$) than GA group; better surgical cooperation in midazolam group with 91.43% and propofol group with 85.71% ($p > 0,05$), higher ($p < 0,01$) than GA group with 31.43%; immobilization rate during surgery at midazolam group is 97.14% and 97.14% for propofol group ($p > 0,05$), higher ($p < 0,01$) than GA group with 54.29%; surgeon satisfaction level at midazolam group is 8.23 ± 0.88 points and 8.34 ± 0.54 points for propofol group ($p > 0,05$), higher ($p < 0,01$) than GA group with 6.74 ± 0.95 points. **Conclusion:** PCS using midazolam and propofol have almost the same at surgical time, cooperation, immobilization level during surgical and surgeon satisfaction but shorter surgical time, better cooperation, higher level of immobilization during surgery and surgeon satisfaction than GA method.

Keywords: Sedation, PCS, midazolam, propofol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng phương pháp an thần do bệnh nhân tự kiểm soát (PCS = patient controlled sedation) kết hợp với gây tê tại chỗ trong phẫu thuật răng ngày càng trở nên phổ biến và áp dụng khá rộng rãi ở các nước tiên tiến trên thế giới. Việc sử dụng PCS bằng midazolam và propofol có tác dụng an thần, gây quên, làm dịu, chống lo âu trong khi can thiệp phẫu thuật và ảnh hưởng

đến thái độ hài lòng của phẫu thuật viên là do bệnh nhân giảm cử động trong mổ, hợp tác tốt và giảm thời gian phẫu thuật hơn so với nhóm chỉ gây tê đơn thuần (GTĐT) trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Ở Việt Nam, việc sử dụng phương pháp PCS bằng midazolam hay propofol kết hợp với gây tê tại chỗ vẫn là vấn đề mới và chưa thực sự phổ biến được các phẫu thuật viên áp dụng trong các can thiệp nha khoa. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu: "đánh giá sự hài lòng của phẫu thuật viên sử dụng phương pháp PCS bằng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

*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) [5].

- Thời gian phẫu thuật (phút): bắt đầu rạch niêm mạc đến khi khâu đóng.

- Mức độ hài lòng của 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 15.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của 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±8,03kg; 56,40±8,01 kg; 54,14±7,06kg); 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 ($p > 0,05$). Mức an thần ở nhóm midazolam thấp hơn ($p < 0,01$; $p < 0,05$) so với propofol và an thần ở mức 4 < OAA/S < 5.

3.2. Thời gian phẫu thuật

Bảng 3.1. Thời gian phẫu thuật (phút)

Thời gian phẫu thuật (phút)	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 3 5)	Nhóm 3 (n = 3 5)
X ± SD (Min – Max)	25,94 ± 3,91 (14 – 33)	22,46 ± 3,71* (20 – 30)	22,37 ± 3,44* (25 – 30)
p	< 0,01		

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

3.3. Sự hợp tác của bệnh nhân trong phẫu thuật theo Rodrigo

Bảng 3.2. Sự hợp tác của bệnh nhân với phẫu thuật theo Rodrigo

Sự hợp tác với phẫu thuật	Nhóm 1 (n=35)		Nhóm 2 (n=35)		Nhóm 3 (n=35)	
	BN	%	BN	%	BN	%
Tốt	11	31,43	32	91,43*	30	85,71*
Vừa	20	57,14	03	8,57	05	14,28
Kém	04	11,43	0	0	0	0

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

3.4. Tỷ lệ số bệnh nhân cử động trong phẫu thuật

Bảng 3.3. Tỷ lệ số bệnh nhân cử động trong phẫu thuật

Sự cử động của bệnh nhân	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)		Nhóm 3 (n = 35)	
	BN	%	BN	%	BN	%
Không cử động	19	54,29	34	97,14*	34	97,14*
Cử động:	16	45,71	01	2,86	01	2,86*
Ít	09	25,71	01	2,86	01	2,86
Trung bình	06	17,14	0	0	0	0
Nhiều	01	2,86	0	0	0	0

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

3.5. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên theo VAS

Bảng 3.4. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên theo VAS (điểm)

Mức độ hài lòng phẫu thuật viên	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 3 5)	Nhóm 3 (n = 3 5)
X ± SD	6,74 ± 0,95	8,23 ± 0,88*	8,34 ± 0,54*
p	< 0,01		

Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) 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. Thời gian phẫu thuật: ở bảng 3.1 cho thấy thời gian phẫu thuật răng khôn hàm dưới ở

nhóm midazolam, propofol khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm GTĐT. Nhóm PCS sử dụng midazolam và propofol có thời gian ngắn hơn nhóm GTĐT có lẽ là do nhóm GTĐT hợp tác kém 11,43% do môi cơ hàm nên há ngậm miệng nhiều hơn, phẫu thuật viên đôi khi phải tạm dừng phẫu thuật. Trong khi đó, ở nhóm sử dụng midazolam và propofol bệnh nhân dễ chịu, thư

giãn, mềm cơ, ít cử động và hợp tác tốt nên thời gian phẫu thuật ngắn hơn. Lê Ngọc Thanh (2005) tiến hành ở 83 bệnh nhân phẫu thuật răng khôn hàm dưới bằng GTĐT cho biết thời gian phẫu thuật $27,68 \pm 12,7$ phút [2], kết quả này dài hơn của chúng tôi. Zacharias (1998) sử dụng PCS bằng propofol ở bệnh nhân phẫu thuật răng khôn hàm dưới cho biết, thời gian phẫu thuật là 20,6 (17,6 - 23,5) phút, kết quả này gần giống như của chúng tôi. Như vậy, việc sử dụng PCS bằng midazolam hay propofol giúp cho quá trình hợp tác giữa phẫu thuật viên và bệnh nhân diễn ra thuận lợi do đó làm giảm thời gian phẫu thuật, chi phí và tác động tốt đến mức độ hài lòng của bệnh nhân và phẫu thuật viên sau phẫu thuật.

4.3. Sự hợp tác của bệnh nhân với phẫu thuật: ở bảng 3.2 cho thấy mức hợp tác tốt của bệnh nhân với phẫu thuật ở nhóm midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) nhưng khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm chứng GTĐT. Khi sử dụng an thần dù là midazolam hay propofol kết hợp với gây tê tại chỗ trong phẫu thuật giúp cho bệnh nhân tinh thần êm dịu, giảm lo sợ, giảm ngưỡng đau, ít cử động, chính vì vậy sự hợp tác với phẫu thuật của bệnh nhân tốt hơn nhóm GTĐT (mức hợp tác trung bình 57,14% và hợp tác kém 11,43%) là do bệnh nhân quá tỉnh táo, tăng lo sợ, ngưỡng đau tăng và cử động nhiều hơn trong phẫu thuật. Sự hợp tác tốt với phẫu thuật là ưu điểm của phương pháp PCS sử dụng midazolam hoặc propofol hơn hẳn phương pháp chỉ gây tê đơn thuần trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Leitch (2004) so sánh ngẫu nhiên an thần sử dụng propofol và midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ trong phẫu thuật răng khôn.

4.4. Sự cử động của bệnh nhân: bảng 3.3 cho thấy tỉ lệ số bệnh nhân không cử động trong phẫu thuật ở hai nhóm PCS sử dụng midazolam (97,14%) và propofol (97,14%) khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$) so với nhóm chứng GTĐT (54,29%). Như vậy, ở hai nhóm PCS sử dụng an thần bằng midazolam và propofol bệnh nhân nằm yên, ít cử động nên hợp tác tốt, dùng ít thuốc gây tê và thời gian phẫu thuật ngắn hơn, trong khi đó ở nhóm GTĐT bệnh nhân lo lắng, bồn chồn, khó chịu và cử động nhiều nên kém hợp tác, dùng nhiều thuốc gây tê và thời gian phẫu thuật dài hơn. Ellis (1996) đánh giá mối liên hệ giữa lo sợ trước mổ và mức cử động trong mổ ở bệnh nhân sử dụng an thần trong

phẫu thuật răng khôn. Tác giả cho rằng những bệnh nhân càng lo sợ càng cử động nhiều và ít hợp tác trong quá trình phẫu thuật [3]. Như vậy, sử dụng an thần propofol hay midazolam có tác dụng làm giảm căng thẳng thần kinh, lo sợ và cử động trong phẫu thuật, tạo điều kiện thuận lợi và nâng cao chất lượng 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 sau phẫu thuật.

4.5. Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên: Mức độ hài lòng của phẫu thuật viên ở bảng 3.4 cho thấy ở hai nhóm sử dụng PCS bằng 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 cho vấn đề này là do ở hai nhóm sử dụng an thần midazolam và propofol bệnh nhân nằm yên, phối hợp tốt, ít cử động, dùng ít thuốc gây tê và dấu hiệu sinh tồn ổn định hơn so với nhóm GTĐT. Vì vậy, ở hai nhóm midazolam và propofol làm cho phẫu thuật viên hài lòng hơn nhóm GTĐT trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Sự hài lòng của phẫu thuật viên gián tiếp phản ánh ưu điểm của phương pháp. Tào Ngọc Sơn (2006) nghiên cứu PCS bằng propofol cho thấy điểm hài lòng của phẫu thuật viên cao hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với GTĐT [1]. Oei - Lim (1998) nghiên cứu PCS bằng propofol ở bệnh nhân điều trị răng cho biết mức độ hài lòng của phẫu thuật viên là 8 (7 - 10) điểm [7]. Kết quả này giống như của nghiên cứu chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

PCS sử dụng midazolam và propofol có thời gian, sự hợp tác, mức không cử động trong phẫu thuật và hài lòng của phẫu thuật viên là gần như nhau nhưng thời gian phẫu thuật ngắn, hợp tác tốt, mức không cử động và hài lòng của phẫu thuật viên cao hơn so với phương pháp GTĐT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tào Ngọc Sơn (2006), *Đánh giá tác dụng an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển trong thủ thuật nội soi đại tràng*, Luận văn Thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. 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.
3. Ellis S. (1996), "Response to intravenous midazolam sedation in general dental practice", *Br Dent J*, 180(11), pp. 417-20.

4. 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.
5. Pedersen G.W. (1988), "Surgical removal of teeth", *Oral Surgery*, WB Saunders, Philadelphia, pp. 60-81.
6. 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), pp. 52-6.
7. Oei-Lim V. L., Kalkman C. J., Makkes P. C., Ooms W. G. (1998), "Patient-controlled versus anesthesiologist-controlled conscious sedation with propofol for dental treatment in anxious patients", *Anesth Analg*, 86(5), pp. 967-72.

NHU CẦU ĐIỀU TRỊ QUANH RĂNG Ở CÁC BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Xuân Thực*, Từ Mạnh Sơn*

TÓM TẮT¹⁴

Mục tiêu: xác định nhu cầu điều trị quanh răng của các bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

Đối tượng và Phương pháp: Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân mắc ĐTĐ typ 2 theo tiêu chuẩn của IDF 2005 tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai từ 6/2010 đến 6/2011. Các bệnh nhân được tiến hành khám răng miệng để ghi nhận chỉ số nghiên cứu CPITN. **Kết quả:** 100% đối tượng nghiên cứu cần được điều trị QR. Trong đó: 100% cần được hướng dẫn VSRM; 80,7% cần được hướng dẫn VSRM và lấy cao răng; 19,3% cần được điều trị phức hợp. Thời gian phát hiện mắc ĐTĐ không liên quan tới nhu cầu điều trị QR. Nhu cầu điều trị quanh răng tăng cao ở nhóm tuổi trên 65, nam giới và HbA1c kiểm soát kém với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$; VSRM kém làm tăng nhu cầu điều trị QR với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$. **Kết luận:** Nhu cầu điều trị quanh răng của các bệnh nhân ĐTĐ typ 2 là rất lớn, cần phải có chiến lược chăm sóc sức khỏe răng miệng, cũng như cần có sự phối hợp điều trị giữa các bác sỹ nội tiết ĐTĐ và các bác sỹ nha khoa, để nâng cao chất lượng sống cho người ĐTĐ typ 2.

Từ khóa: đái tháo đường typ 2, nhu cầu điều trị quanh răng, vệ sinh răng miệng.

SUMMARY

PERIODONTAL TREATMENT NEEDS IN OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT BACHMAI HOSPITAL

Objectives: To describe the periodontal status in patients with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and Methods:** Using a cross-sectional study on 400 outpatients with type 2 diabetes mellitus according to diagnostic criteria of IDF 2005, at the department of OdontoStomatology Bachmai hospital from 6/2010 to 6/2011. The patients received oral exam directly to

take index as CPITN. **Results:** 100% of study subjects had periodontal treatment needs. Among them: 80.7% needed to have oral hygiene guidance and scaling, 19.3% needed complex treatment. Time detection of diabetes was not related to periodontal treatment needs. Periodontal treatment needs were higher in the group of over 65 years old, male, and poor control of HbA1c with statistical significance level $p < 0.05$; Poor oral hygiene increased the periodontal treatment needs at a statistically significant $p < 0.01$. **Conclusions:** Periodontal treatment needs of type 2 diabetic patients was high, required oral health care strategies and coordination between doctor specialized in Endocrinology-Diabetes and doctor specialized in OdontoStomatology to improve the quality of life for patients with type 2 diabetes.

Key words: type 2 diabetes mellitus, periodontal treatment needs, oral hygiene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đến đầu những năm 90 của thế kỷ XX, khi nghiên cứu dịch tễ học trên quy mô lớn về bệnh ĐTĐ ở bang Arizona - Mỹ, nơi có tỷ lệ mắc ĐTĐ typ 2 cao nhất thế giới, sau khi đã điều chỉnh các yếu tố nhiễu chẳng hạn như tuổi, giới, tình trạng VSRM, trình độ học vấn và điều kiện KTXH ..., các nhà nghiên cứu đã đi đến kết luận rằng ĐTĐ typ 2 là một yếu tố nguy cơ của bệnh QR [1]. Gần đây hơn, các chuyên gia trong lĩnh vực nội tiết - đái tháo đường còn cho rằng viêm quanh răng là biến chứng thứ 6 của ĐTĐ, quan điểm này cũng được các nhà nha chu học đồng tình ủng hộ. Biến chứng răng miệng của người mắc ĐTĐ typ 2 sẽ ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng sống của các đối tượng này, đồng thời chi phí Y tế để giải quyết vấn đề này cũng rất lớn. Do đó, việc nghiên cứu bệnh QR ở bệnh nhân ĐTĐ, mà đặc biệt là ĐTĐ typ 2 là rất cần thiết. Tổng hợp các nghiên cứu này sẽ làm sáng tỏ mối liên quan, các tác động hai chiều giữa bệnh QR và ĐTĐ typ 2. Từ đó giúp cho công tác điều trị và dự phòng hai bệnh này đạt kết quả tốt hơn, giúp cải thiện chất

*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: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

lượng sống cho các bệnh nhân ĐTĐ.

Hiện nay, ở Việt Nam, vấn đề bệnh quanh răng ở người ĐTĐ còn chưa được chú ý nghiên cứu. Xuất phát từ tình hình thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đạt được mục tiêu: "*xác định nhu cầu điều trị quanh răng của các bệnh nhân ĐTĐ tít 2*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhân được chẩn đoán mắc ĐTĐ tít 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của IDF năm 2005 [2] được theo dõi điều trị ngoại trú tại khoa Khám bệnh bệnh viện Bạch Mai.

2.1.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu.

- Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội.
- Thời gian nghiên cứu từ tháng 06/2010 đến tháng 06/2011.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Những bệnh nhân được chẩn đoán mắc ĐTĐ tít 2 theo tiêu chuẩn của IDF năm 2005 [2], được khám răng miệng tại Bệnh viện Bạch Mai từ 06/2010 đến 06/2011. Các bệnh nhân này còn phải hội đủ những tiêu chuẩn sau:

- Có tuổi đời từ 45 tuổi trở lên.
- Có ít nhất 1 vùng lục phân còn chức năng.
- Tại thời điểm nghiên cứu không mắc các bệnh cấp tính khác.
- Hợp tác và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.

- Những bệnh nhân mất răng toàn bộ.
- Những bệnh nhân đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc đang cần phải theo dõi và điều trị tích cực.
- Những bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng 1 tỉ lệ:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(p\varepsilon)^2}$$

Trong đó n: là cỡ mẫu nghiên cứu cần có.

p: tỉ lệ đối tượng có bệnh, ước tính bằng 0.8 [3]

ε : mức chính xác tương đối, lấy bằng 0.05 của p. α : mức ý nghĩa thống kê, lấy bằng 0.05.

Từ công thức này ta tính ra n = 384. Trong thực tế chúng tôi thu nhận được 400 người, đáp ứng được yêu cầu của thiết kế nghiên cứu.

2.2.3. Thu thập thông tin về bệnh quanh răng:

Bộ dụng cụ khám nha khoa gồm: khay quạ đậu, gương và gắp nha khoa, cây thăm QR của WHO. Ghi nhận chỉ số nghiên cứu: Chỉ số CPITN của Ainamo - 1982.

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 tham gia nghiên cứu đều được tư vấn, hướng dẫn cách chăm sóc giữ gìn VSRM. Trong khi thăm khám, nếu phát hiện thấy trường hợp mắc bệnh QR nặng, sẽ được can thiệp điều trị ngay tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai.

- 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

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

- Tập trung đông nhất là nhóm tuổi từ 45 - 64 với tỷ lệ 69,0%. Tuổi thấp nhất là 45; cao nhất là 76. Tuổi trung bình là: $59,7 \pm 6,2$ (tuổi).

- Nam chiếm tỷ lệ 35,8%, nữ chiếm tỷ lệ 64,2%. Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Tỷ lệ nữ/nam = 1,8

- Trung bình thời gian phát hiện mắc ĐTĐ là: $5,9 \pm 4,5$ (năm).

- Trung bình glucose máu lúc đói là: $9,2 \pm 4,7$ (mmol/l); Trung bình HbA1c là: $8,1 \pm 2,5$ (%).

3.2. Nhu cầu điều trị QR của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1 Phân bố nhu cầu điều trị QR của đối tượng NC

Nhu cầu điều trị quanh răng	n	%
Không cần điều trị	0	0
Hướng dẫn VSRM	400	100
Hướng dẫn VSRM + Lấy cao răng	323	80,7
Điều trị phức hợp	77	19,3

Nhận xét: Nhu cầu điều trị QR của đối tượng nghiên cứu là rất lớn. 100% đối tượng nghiên cứu đều cần được can thiệp điều trị. Trong đó 80,7% cần được tư vấn VSRM và lấy cao răng; 19,3% cần được điều trị phức hợp.

Bảng 3.2 Phân bố nhu cầu điều trị QR theo thời gian phát hiện mắc ĐTĐ.

T/g mắc ĐTĐ (năm)	TN II %	Số trung bình lục phân có CPITN II	TN III %	Số trung bình lục phân có CPITN III	p
≤ 5	81,3	4,78	18,7	0,41	> 0,05
> 5	80,6	4,92	19,4	0,30	
Tổng	80,7	4,81	19,3	0,38	

Nhận xét: Tỷ lệ TN II khá cao chiếm trên 80%. Không có sự khác biệt đáng kể về TN II và TN III giữa các nhóm thời gian phát hiện mắc ĐTĐ với p > 0,05.

Bảng 3.3 Phân bố nhu cầu điều trị QR theo tuổi, giới, VSRM và HbA1c.

		Nhu cầu điều trị theo chỉ số CPITN						P
		% TN 0	% TN I	% TN II	Số TB lục phân có TN II	% TN III	Số TB lục phân có TN III	
Tuổi	45 - 64	0	100	83,4	4,87	16,6	0,27	< 0,05
	≥ 65	0	100	76,3	4,08	23,7	0,56	
Giới	Nam	0	100	76,8	4,51	23,2	0,52	< 0,05
	Nữ	0	100	82,7	4,94	17,3	0,30	
OHI-S	0,1 - 3,0	0	100	94,5	5,41	5,5	0,07	< 0,01
	3,1 - 6,0	0	100	71,1	4,13	28,9	0,82	
HbA1c (%)	≤ 7,5	0	100	83,8	4,90	16,2	0,32	< 0,05
	> 7,5	0	100	74,6	4,47	25,4	0,45	
Tổng số (n = 400)		0	100	80,7	4,81	19,3	0,38	

Nhận xét: Có sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ TN II và TN III giữa nhóm VSRM khá và tốt so với nhóm VSRM kém với p < 0,01. Nhóm nam giới, tuổi cao trên 65 và HbA1c kiểm soát kém có tỷ lệ TN II thấp hơn và TN III cao hơn so với nhóm nữ giới, tuổi dưới 65 và HbA1c kiểm soát tốt và khá. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

4.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới: Đặc điểm chung của ĐTĐ týp 2 là thường khởi phát ở lứa tuổi trung niên. Tuy nhiên, trên thực tế ĐTĐ týp 2 thường không được chẩn đoán và điều trị ngay từ đầu, nhiều trường hợp chỉ được phát hiện ở giai đoạn muộn khi ĐTĐ đã có nhiều biến chứng [2]. Trong nghiên cứu này, nhóm tuổi trung niên từ 45 - 64 tuổi chiếm tỷ lệ cao với 69%; tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: 59,7 ± 6,2 tuổi. Như vậy, đối tượng trong nghiên cứu này thuộc nhóm người cao tuổi, tập trung chủ yếu là nhóm liên kế và nhóm đại diện cho người cao tuổi theo chuẩn phân loại của WHO [4].

Số lượng bệnh nhân nữ nhiều hơn nam và tỷ lệ nữ/nam bằng 1,8. Để lý giải điều này, một số tác giả cho rằng phụ nữ ở lứa tuổi trung niên có sự tích mỡ nhiều hơn nam giới - đây cũng là một yếu tố nguy cơ gây kháng insulin, dẫn đến ĐTĐ týp 2. Thêm vào đó, phụ nữ có tuổi thọ trung bình cao hơn nam giới, làm gia tăng nguy cơ

mắc các bệnh liên quan tới tuổi tác, trong đó có ĐTĐ týp 2 [2].

4.1.2. Đặc điểm về thời gian phát hiện mắc ĐTĐ: Trong nghiên cứu này, các bệnh nhân có thời gian phát hiện mắc ĐTĐ trung bình là: 5,9 ± 4,5 năm, chứng tỏ đối tượng có thời gian phát hiện bệnh chưa lâu. Tuy nhiên, cần phải lưu ý rằng đó là thời gian phát hiện bệnh chứ không phải là thời gian thực tế khởi phát bệnh ĐTĐ týp 2. Trên thực tế khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy nhiều BN có thời gian phát hiện ĐTĐ týp 2 từ một năm trở xuống có mức kiểm soát glucose máu kém và cũng có nhiều các biến chứng vùng QR. Đây cũng có thể là một minh chứng cho sự nhận định ĐTĐ týp 2 thường không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời [2].

4.1.3. Đặc điểm về chỉ số sinh hoá máu: Để đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu, nghiên cứu này ghi nhận cả hai chỉ số là lượng glucose máu khi đói và HbA1c. Đối chiếu với tiêu chuẩn của WHO năm 2002, thì những bệnh nhân trong nghiên cứu này vẫn chưa được kiểm soát glucose máu tốt với trung bình glucose máu khi đói là 9,2 ± 4,7mmol/l và trung bình HbA1c là

8,1 ± 2,5%. Điều này cho thấy cần có các biện pháp hỗ trợ, các phác đồ điều trị thích hợp hơn nhằm khống chế mức glucose máu về gần hơn với các trị số bình thường, nhằm giảm thiểu các biến chứng do căn bệnh này gây nên.

Trên thực tế, glucose máu khi đói phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố, chẳng hạn như sự tuân thủ nhịn ăn trước xét nghiệm của bệnh nhân, tác dụng hạ glucose máu tức thời của thuốc, sự giao động glucose máu ở các ngày khác nhau... Ngược lại, nồng độ HbA1c tỷ lệ thuận với nồng độ đường glucose trong máu, nhưng không bị ảnh hưởng bởi các yếu tố chủ quan. Hiện nay HbA1c vẫn được coi là "tiêu chuẩn vàng" trong theo dõi đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu ở người bệnh ĐTĐ [2]. Do vậy, chúng tôi thấy sử dụng chỉ số HbA1c để đánh giá mức độ kiểm soát glucose máu sẽ khách quan và chính xác hơn.

4.2. Nhu cầu điều trị quanh răng của đối tượng nghiên cứu: Nhu cầu điều trị QR ở đối tượng nghiên cứu là rất lớn. Bảng 3.1 cho thấy 100% bệnh nhân đều cần được điều trị QR, trong đó 80,7% cần được đồng thời hướng dẫn VSRM và lấy cao răng, còn lại 19,3% bệnh nhân cần được điều trị phức hợp.

Bảng 3.2 cho thấy nhu cầu điều trị QR không liên quan tới thời gian phát hiện mắc đái tháo đường với $p > 0,05$. Ngược lại, bảng 3.3 lại cho thấy nhu cầu điều trị QR có liên quan đến các yếu tố như: tuổi, giới, VSRM và HbA1c.

Theo bảng 3.3 nhóm tuổi trên 65 có nhu cầu điều trị QR lớn hơn nhóm tuổi dưới 65, nam giới có nhu cầu điều trị quanh răng lớn hơn ở nữ giới với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Để giải thích cho hiện tượng trên, các nhà khoa học cho rằng tuổi tác ảnh hưởng đến bệnh QR là do có sự tích lũy bệnh theo thời gian của đời người, có sự giảm sinh tế bào sợi, giảm tổng hợp collagen, sự lão hoá của tổ chức QR ... dẫn đến tình trạng dễ mắc bệnh QR. Người ta cũng cho rằng nam giới kém VSRM và ít quan tâm sử dụng các dịch vụ CSSKRM hơn nữ giới, nam giới thường sử dụng các chất có hại cho sức khoẻ QR (rượu, bia, thuốc lá...) hơn nữ giới, do tác động bảo vệ mô QR của học môn sinh dục nữ ... nên nam giới thường có bệnh QR nặng hơn ở nữ giới [5], [6].

VSRM có liên quan mật thiết với sức khoẻ QR. Bảng 3.3 cho thấy nhu cầu điều trị QR ở nhóm VSRM kém lớn hơn đáng kể so với nhóm VSRM tốt và khá với $p < 0,01$. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra lợi ích của việc giữ gìn VSRM trong việc dự phòng và điều trị bệnh QR. Các nhà khoa học cho rằng nếu duy trì được VSRM tốt trong thời gian

dài thì bệnh QR không xuất hiện, đồng thời cũng nhấn mạnh vai trò của việc lấy cao răng và làm sạch chân răng trong duy trì sức khoẻ QR.

Từ kết quả nghiên cứu và những lập luận trên, chúng tôi cho rằng VSRM kém và thiếu hiểu biết cũng như sự quan tâm đúng mực tới giữ gìn VSRM là một yếu tố nguy cơ cho bệnh QR. VSRM kém làm trầm trọng hơn tình trạng bệnh QR của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.3 cũng cho thấy HbA1c cũng có liên quan đến nhu cầu điều trị QR. Nhóm HbA1c kiểm soát kém có nhu cầu điều trị QR lớn hơn nhóm HbA1c kiểm soát tốt và khá với $p < 0,05$. Các nhà khoa học cho rằng ngoài các biến đổi chức năng bạch cầu trung tính, suy thoái mạch máu, thì nguyên nhân quan trọng nhất trong cơ chế bệnh sinh bệnh QR ở người mắc ĐTĐ tít 2 là sự hình thành các AGE và những hệ lụy mà nó mang lại. Mặt khác, chúng tôi muốn nhấn mạnh cơ chế mấu chốt của sự hình thành AGE là do hiện tượng glucose máu tăng cao duy trì trong một thời gian dài, đây cũng là một đặc điểm của các bệnh nhân mắc ĐTĐ. Từ đó, có thể khẳng định rằng kiểm soát glucose máu ở người ĐTĐ tít 2 có ảnh hưởng trực tiếp hay nói cách khác đó chính là "yếu tố nguy cơ" quan trọng cho bệnh QR. Nhận định này của chúng tôi cũng chính là kết luận của nhiều tác giả khác khi nghiên cứu về bệnh QR trên người mắc ĐTĐ tít 2.

V. KẾT LUẬN

- 100% đối tượng nghiên cứu đều cần được điều trị QR. Trong đó: 100% cần được hướng dẫn VSRM; 80,7% cần được hướng dẫn VSRM và lấy cao răng; 19,3% cần được điều trị phức hợp.

- Thời gian phát hiện mắc ĐTĐ không liên quan tới nhu cầu điều trị QR.

- Nhu cầu điều trị quanh răng tăng cao ở nhóm tuổi trên 65, nam giới và HbA1c kiểm soát kém với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$; VSRM kém cũng làm tăng nhu cầu điều trị QR với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Emrich LJ, Slossman M, Genco RJ (1991), "Periodontal disease in non-insulin-dependent diabetes mellitus", *J Periodontol*, 62: 123 - 30.
2. Tạ Văn Bình (2006), "Bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu", *Nhà xuất bản Y học*, tr. 24 - 36.
3. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc ẩn, Trịnh Đình Hải (2001), "Điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc".
4. World health organization (1997), "Oral health surveys - Basic methods", 4th edition, Geneva, 1 - 66.

5. **Grossi SG, Genco RJ, Machtei EE, et al** (1995), "Assessment of risk for periodontal disease. II. Risk indicators for alveolar bone loss", *J Periodontol*; 66: 23 - 9.
6. **Sheiham A** (1988), "The epidemiology, etiology, and public health aspects of periodontal disease, in *Periodontics*", *The C.V. Mosby Company*; 10: 216 - 51.
7. **Carvalho LH, D'Avila GB, Leao A, Gonoalves C, Haffajee AD, Socransky SS, Feres M** (2005), "Scaling and root planing, systemic metronidazole and professional plaque removal in the treatment of chronic periodontitis in a Brazilian population II-microbiological results", *J Clin Periodontol*; 32(4): 406-11.

TẬT KHÚC XẠ Ở BỆNH NHÂN BỊ BỆNH VỔNG MẠC TRẺ ĐỂ NON ĐÃ ĐIỀU TRỊ BẰNG TIÊM BEVACIZUMAB NỘI NHÃN

Nguyễn Xuân Tịnh*

TÓM TẮT¹⁵

Mục tiêu: Đánh giá tật khúc xạ ở trẻ sinh non có BVMTĐN được điều trị bằng tiêm bevacizumab nội nhãn sau 3 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** 52 trẻ bị ROP ở vùng 1 hoặc nửa sau vùng 2, bệnh ở giai đoạn tiền ngưỡng hoặc bệnh đến ngưỡng, được điều trị bằng tiêm nội nhãn bevacizumab từ 1/1/2010 - 31/12/2012. Khúc xạ sau liệt điều tiết bằng cyclogyl 1% đã được tiến hành trên 102 mắt (52 bệnh nhân) tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ 6/2015 - 3/2016. **Kết quả:** 52 bệnh nhân, 29 (55,8%) là nam. Độ tuổi trung bình lúc nghiên cứu là $3,7 \pm 0,8$. Tật khúc xạ tương đương cầu trung bình là $-1,39 \pm 2,77D$. Hơn một nửa số mắt bị cận thị (57 mắt, 55,9%), cận thị trung bình tương đương cầu là $-2,87 \pm 2,51D$ và 13,7% của mắt cận thị cao ($\geq -5,00D$). Viễn thị gặp ở 30 mắt (29,4%), trung bình viễn cầu tương đương là $+1,4 \pm 1,13D$, và 3,9% của mắt có viễn thị cao ($\geq +3,00D$). 15 (14,7%) mắt chính thị, và 10 trẻ (19,2%) có lệch khúc xạ $> 1,50D$. **Kết luận:** Tật khúc xạ gặp ở 85,7% mắt với ROP đã được điều trị bằng tiêm bevacizumab nội nhãn và cận thị vẫn là nguyên nhân chính của tật khúc xạ.

Từ khóa: tật khúc xạ, bệnh võng mạc trẻ sinh non, tiêm nội nhãn bevacizumab

SUMMARY

REFRACTIVE ERROR IN PREMATURE BABIES WITH ROP TREATED BY INTRAVITREAL BEVACIZUMAB INJECTION

Objective: To evaluate refractive error in premature babies who had ROP treated by intravitreal injection of bevacizumab after 3 years of age. **Patient and method:** 52 infants with ROP at zone 1 or posterior zone 2 at prethreshold or threshold disease treated by intravitreal bevacizumab from 1/1/2010 - 31/12/2012 were included. Cycloplegic refraction with cyclogyl 1% were conducted on 102 eyes (52 patients) at Vietnam National Institute of Ophthalmology (VNIO) from 6/2015-3/2016. Result: 52 patients, 29 (55.8%) were male. The mean age at study was 3.7 ± 0.8 years. The mean spherical equivalent was $-1.39 \pm 2.77D$. Over one half of the eyes were myopic (57 eyes, 55.9%), mean spherical equivalent $-2.87 \pm 2.51D$ and 13.7% of eyes had high myopia ($\geq -5.00D$). Hyperopia was noted in 30 eyes (29.4%), mean spherical equivalent $+1.4 \pm 1.13D$, and 3.9% of eyes had high hyperopia ($\geq +3.00D$). 15

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Tịnh

Email: nxtinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2017

Ngày duyệt bài: 5.4.2017

(14.7%) eyes were emmetropic, and 10 children (19.2%) had anisometropia of $>1.50D$. **Conclusion:** Refractive error has been found in 85.7% eyes with ROP treated by intravitreal injection bevacizumab, myopia is still the main cause of refractive error.

Key words: refractive error, retinopathy of prematurity, intravitreal injection of bevacizumab

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực ở trẻ em tại Việt Nam cũng như trên thế giới. Đặc biệt đối với những trẻ đẻ thiếu tháng, nhẹ cân kèm theo có bệnh lý võng mạc trẻ đẻ non thì tình trạng này còn trầm trọng hơn nhiều. Nhiều tác giả nhận thấy tỷ lệ và mức độ tật khúc xạ ở trẻ đẻ non cao hơn so với trẻ đủ tháng. Tật khúc xạ ở trẻ bị bệnh võng mạc trẻ đẻ non (BVMTĐN) cao hơn ở trẻ đẻ non không bị bệnh hoặc bệnh tự thoái triển. [1],[2],[3],[7]

Tình trạng khúc xạ ở trẻ đẻ bị BVMTĐN còn ảnh hưởng bởi phương pháp điều trị, điều trị bằng laser quang đông có tỷ lệ và mức độ cận thị thấp hơn phương pháp lạnh đông. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng tỷ lệ bị cận thị ở những trẻ được điều trị bằng tiêm thuốc Bevacizumab nội nhãn thấp hơn nhiều so với những trẻ được điều trị bằng laser. [3],[5]

Nghiên cứu này nhằm khảo sát tình trạng khúc xạ ở trẻ bị bệnh võng mạc trẻ đẻ non sau 3 năm được điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

- Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Mắt trẻ em Bệnh viện Mắt Trung ương, 85 Bà Triệu, Hà Nội từ tháng 6 /2015 – 3/2016

- Trẻ có BVMTĐN hình thái nặng đã được điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn đơn thuần tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2010 -2012. Gia đình đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

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

Tất cả trẻ có bệnh võng mạc trẻ đẻ non hình thái nặng đã được điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn từ 01/01/2010 đến 31/12/2012 được mời đến khám lại.

- Bệnh nhân được khám mắt toàn diện phát hiện những bất thường của nhãn cầu bằng máy sinh hiển vi, máy soi đáy mắt trực tiếp và gián tiếp.

- Đo khúc xạ khách quan: Trẻ được tra hai lần thuốc Cyclogyl 1% vào mỗi mắt, cách nhau 10 phút sau đó đo khúc xạ bằng phương pháp soi bóng đồng tử sau 1 giờ kể từ lần tra thuốc thứ nhất.

Xác định tỷ lệ và mức độ tật khúc xạ theo tương đương cầu (SE - Spherical Equivalent)

SE = Công suất kính cầu + 1/2 công suất kính trụ.

Trẻ được xác định có cận thị khi SE < 0D, cận thị cao khi SE ≥ -5D.

Trẻ được xác định có viễn thị khi SE > 0, viễn thị cao khi SE ≥ +3D

Trẻ được xác định là chính thị khi SE = 0

Các số liệu thu thập được qua nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong số 52 bệnh nhân đến khám lại có 102 mắt đã được tiêm Bevacizumab nội nhãn, có 2 mắt bị bong võng mạc nên không tiêm và không nằm trong tiêu chuẩn nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm về giới.

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới.

Giới	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	29	55,8
Nữ	23	44,2
Tổng số	52	100

Trong 52 bệnh nhân nghiên cứu có 29 nam chiếm tỷ lệ 55,8% và 23 nữ chiếm 44,2%. (p > 0,05).

Trong các nghiên cứu về tật khúc xạ ở trẻ có BVMTĐN, nhiều tác giả trong và ngoài nước đưa ra các số liệu thống kê khác nhau về tỷ lệ phân bố theo giới tính trong nhóm nghiên cứu, hầu hết đều cho kết quả tỷ lệ trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ. [1],[2],[7],[4]

Bảng 3.2. So sánh tỷ lệ bệnh nhân theo giới của các tác giả.

Tác giả	Năm	n	Nam (%)	Nữ (%)
Al-Otaibi [1]	2012	57	63,2	36,8
Wu [2]	2012	85	67,1	32,9
Hsieh [7]	2010	74	58,1	41,9
Chen [4]	2014	34	58,8	41,2
Nguyễn Xuân Tịnh	2016	52	55,8	44,2

3.2. Tuổi bệnh nhân khi đến khám lại: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là 3,7 +/- 0,8, bệnh nhân lớn nhất là 5 tuổi 2 tháng, bệnh nhân bé nhất là 3 tuổi 1 tháng.

3.3. Tình trạng khúc xạ trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

3.3.1. Tật khúc xạ theo tương đương cầu: Tỷ lệ tật khúc xạ trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,3% với khúc xạ tương đương cầu trung bình là -1,39 ± 2,77D, bao gồm: 57 mắt cận thị (55,9%), độ cận thị trung bình là -2,87 ± 2,51D, trong đó có 14 mắt cận thị cao (13,7%). 30 mắt viễn thị (29,4%), độ viễn thị trung bình là 1,4 ± 1,13D; 4 mắt viễn thị cao (3,9%). 15 mắt chính thị (14,7%)

Bảng 3.5. Phân loại tật khúc xạ theo tương đương cầu.

Tật khúc xạ	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)
Cận thị (55,9%)	Cao (SE ≥ -5D)	14
	Thấp (SE < -5D)	43
Viễn thị (29,4%)	Cao (SE ≥ 3D)	4
	Thấp (SE < 3D)	26
Chính thị (SE = 0)	15	14,7
Tổng	102	100

Tỷ lệ cận thị trong nghiên cứu này tương đương với Martinez - Castellanos (55,6%), tác giả này cũng đánh giá tật khúc xạ sau tiêm Bevacizumab tại thời điểm 3 năm [6], nhưng cao hơn Chen (47,5%) khi tác giả này đánh giá tật khúc xạ tại thời điểm sau tiêm Bevacizumab 2 năm [4]. Tỷ lệ cận thị của chúng tôi thấp hơn tỷ lệ cận thị trong một số nghiên cứu tật khúc xạ sau điều trị bằng laser như Al-Otaibi (64%) [1], Yang (77%) [3], mặc dù đối tượng của chúng tôi là những trẻ bị BVMTĐN hình thái nặng. Sự khác

biệt này có thể do khi được điều trị bằng Bevacizumab, thuốc có tác dụng ức chế hoạt tính sinh học của VEGF làm cho tân mạch thoái triển sau đó mạch máu võng mạc ở mắt bị bệnh sẽ phát triển tới vùng võng mạc vô mạch phía chu biên gần giống như mắt ở trẻ bình thường, còn khi điều trị bằng laser vùng võng mạc vô mạch ở phía sau vùng tổn thương đã bị phá hủy vĩnh viễn, gây tác động nhiều đến cấu trúc nhãn cầu nên làm cho tỷ lệ cận thị cao hơn.

Bảng 3. Tỷ lệ tật khúc xạ theo tương đương cầu của các tác giả.

Tác giả	Điều trị	Thời gian theo dõi (năm)	Cận thị (%)	Cận thị cao (%)	Viễn thị (%)	Chính thị (%)
Chen (2014)	Bevacizumab	2	47,5	10,0	2,5	50,0
Martinez-Castellanos (2013)		3	55,6	12,1	11,1	33,3
Al-Otaibi (2012)	Laser	5,2 ± 2,5	64,0	28,9	29,0	7,0
Nguyễn Xuân Tịnh	Bevacizumab	3	55,9	13,7	29,4	14,7

Tỷ lệ nhóm bệnh nhân có cận thị cao trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,7%, tương đương Martinez-Castellanos (12,1%) [6], nhưng cao hơn so với Chen (10%) [4], Wu (8%)[2], sự khác biệt này có thể do tuổi đánh giá tật khúc xạ của chúng tôi cao hơn hai tác giả trên.

Tỷ lệ viễn thị của chúng tôi là 29,4% cao hơn Chen (2,5%) [4], Martinez-Castellanos (11,1%) [6]. Tỷ lệ tật khúc xạ trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,7% cũng cao hơn Chen (50%), Martinez - Castellanos (66,7%). Sự khác biệt này là do phân loại viễn thị, chính thị theo tương đương cầu trong trong nghiên cứu của chúng tôi khác hai tác giả trên. Hai tác giả này cho rằng những bệnh nhân có viễn thị dưới 2,0D là viễn thị sinh lý nên xếp vào nhóm chính thị.

Khúc xạ tương đương cầu trong nghiên cứu của chúng tôi là $-1,39 \pm 2,77D$ (+5D đến -11D), tương đương Martinez - Castellanos ($-1,25D$), cao hơn Chen ($-0,98D$) và Wu ($-0,1D$), sự khác biệt này là do 2 tác giả này đánh giá tình trạng khúc xạ khi trẻ còn rất bé (8-35 tháng) [6],[4],[2]. Khi so sánh với khúc xạ tương đương cầu ở trẻ bị BVMTĐN được điều trị bằng laser, kết quả của chúng tôi thấp hơn Al-Otaibi ($-3,7D$) [1], Yang ($-3,87D$) [3].

Mặc dù điều trị bằng các phương pháp khác nhau, nhưng các tác giả đều nhận thấy cận thị là tật khúc xạ hay gặp nhất trong các nghiên cứu. Cơ chế chính xác của việc tăng cận thị ở những bệnh nhân bị BVMTĐN, đặc biệt là trẻ bị bệnh hình thái nặng điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn vẫn chưa sáng tỏ, nhưng một số tác giả đưa ra các giả thuyết khác nhau về các yếu tố có thể ảnh hưởng đến tình trạng khúc xạ ở những mắt bị BVMTĐN như sự bất thường của chiều dài trục nhãn cầu, bán kính và độ cong giác mạc, độ sâu tiền phòng, công suất và độ dày thể thủy tinh. Chúng tôi nhận thấy vấn đề này cần có nghiên cứu kỹ lưỡng hơn về các yếu tố ảnh hưởng đến cận thị trên mắt BVMTĐN, đặc biệt là sau tiêm Bevacizumab, để có thể đưa ra những nhận xét xác đáng.

Một số nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ và mức độ cận thị tăng lên theo tuổi cả khi được điều trị bằng tiêm Bevacizumab hoặc điều trị bằng laser.

Theo Martinez-Castellanos khi điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn độ cận thị trung bình thay đổi 0,92D (0.37D-2,25D) trong khoảng 4 năm, tỷ lệ cận thị tại thời điểm 3 năm là 55,6% và 5 năm là 88,9%. Sahni và cộng sự (2005) khi đánh giá tình trạng khúc xạ ở trẻ bị BVMTĐN giai đoạn 3 được điều trị bằng laser nhận thấy tại thời điểm 6 tháng tỷ lệ cận thị cao trên -5D là 11%, tăng lên 28,7% tại thời điểm 36 tháng, mức độ khúc xạ tương đương cầu tại thời điểm 6 tháng ($-0,98D$) thấp hơn tại thời điểm 36 tháng ($-2,34D$).

3.3.2. Tình trạng lệch khúc xạ giữa hai mắt theo tương đương cầu

Trong 52 bệnh nhân nghiên cứu có 10 bệnh nhân bị lệch khúc xạ giữa hai mắt, chiếm 19,2%. Độ lệch khúc xạ trung bình trong nghiên cứu là $4,35 \pm 2,44D$, (từ 1,75D đến 10,0D), tỷ lệ lệch khúc xạ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Yang (46,7%) [3]. Sự khác biệt này là do đối tượng nghiên cứu của Yang được điều trị bằng laser, còn của chúng tôi điều trị bằng tiêm Bevacizumab và có thể do sau khi tiêm BVMTĐN đã thoái triển hoàn toàn, mạch máu tiếp tục phát triển gần như mắt ở trẻ bình thường nên sự phát triển ở hai mắt gần như tương đồng với nhau.

Lệch khúc xạ hai mắt là yếu tố làm tăng tỷ lệ nhược thị trên bệnh nhân bị BVMTĐN, trong nghiên cứu của chúng tôi tuy tỷ lệ lệch khúc xạ không cao nhưng độ chênh lệch khúc xạ giữa hai mắt lại khá cao trung bình $4,35 \pm 2,24D$, nên sẽ có nhiều nguy cơ gây nhược thị ở trẻ. Do đó, với những trẻ bị BVMTĐN hình thái nặng được điều trị bằng tiêm Bevacizumab nói riêng và trẻ bị BVMTĐN nói chung cần được khám và đánh giá tình trạng tật khúc xạ sớm để tránh tình trạng nhược thị do lệch khúc xạ gây ra.

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tật khúc xạ trong nghiên cứu là 85,7%, khúc xạ tương đương cầu trung bình là $-1,39 \pm 2,77D$, trong đó: 55,9% mắt bị cận thị, trung bình là $-2,87 \pm 2,51D$ và 13,7% cận thị cao. 29,4% mắt bị viễn thị, trung bình là $1,4 \pm 1,13D$ và 3,9% viễn thị cao 14,7% mắt chính thị. 19,2% trẻ bị lệch khúc xạ, với mức lệch trung bình là $4,35 \pm 2,44D$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Al-Otaibi, A. G., Aldrees, S. S., Mousa, A. A. (2012), "Long term visual outcomes in laser treated threshold retinopathy of prematurity in Central Saudi Arabia". *Saudi J Ophthalmol.* 26(3): p. 299-303.
2. Wu, W. C., Kuo, H. K., Yeh, P. T., Yang, C. M., Lai, C. C., Chen, S. N. (2013), "An updated study of the use of bevacizumab in the treatment of patients with prethreshold retinopathy of prematurity in Taiwan". *Am J Ophthalmol.* 155(1): p. 150-158 e1.
3. Yang, C. S., Wang, A. G., Sung, C. S., Hsu, W. M., Lee, F. L., Lee, S. M. (2010), "Long-term visual outcomes of laser-treated threshold retinopathy of prematurity: a study of refractive status at 7 years". *Eye (Lond).* 24(1): p. 14-20.
4. Chen, Y. H., Chen, S. N., Lien, R. I., Shih, C. P., Chao, A. N., Chen, K. J., Hwang, Y. S., Wang, N. K., Chen, Y. P., Lee, K. H., Chuang, C. C., Chen, T. L., Lai, C. C., Wu, W. C., Medscape (2014), "Refractive errors after the use of bevacizumab for the treatment of retinopathy of prematurity: 2-year outcomes". *Eye (Lond).* 28(9): p. 1080-7.
5. Geloneck, M. M., Chuang, A. Z., Clark, W. L., Hunt, M. G., Norman, A. A., Packwood, E. A., Tawansy, K. A., Mintz-Hittner, H. A., for the, Beat-R. O. P. Cooperative Group (2014), "Refractive Outcomes Following Bevacizumab Monotherapy Compared With Conventional Laser Treatment: A Randomized Clinical Trial". *JAMA Ophthalmol.*
6. Martinez-Castellanos, M. A., Schwartz, S., Hernandez-Rojas, M. L., Kon-Jara, V. A., Garcia-Aguirre, G., Guerrero-Naranjo, J. L., Chan, R. V., Quiroz-Mercado, H. (2013), "Long-term effect of antiangiogenic therapy for retinopathy of prematurity up to 5 years of follow-up". *Retina.* 33(2): p. 329-38.
7. Hsieh, C. J., Liu, J. W., Huang, J. S., Lin, K. C. (2012), "Refractive outcome of premature infants with or without retinopathy of prematurity at 2 years of age: a prospective controlled cohort study". *Kaohsiung J Med Sci.* 28(4): p. 204-11.

HIỆU QUẢ KHỬ KHUẨN KHÔNG KHÍ PHÒNG MỔ CỦA DUNG DỊCH ANIOS SPECIAL DJP SF

Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT¹⁶

Không khí phòng mổ thường bị ô nhiễm sau cuối ngày làm việc, sử dụng dung dịch khử khuẩn Anios Special DJP SF phun sương là biện pháp làm giảm lượng các vi sinh vật hiện diện trong không khí của phòng mổ. **Mục đích:** xác định số lượng vi sinh vật có trong không khí các phòng mổ tại những thời điểm trước và sau khi phun dung dịch Anios Special DJP SF. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang có phân tích 15 mẫu không khí của 15 phòng mổ được lấy bằng máy lấy mẫu AirPort MD8 của Sartorius (Đức). Các kỹ thuật đếm, cấy, định danh vi khuẩn, nấm do các kỹ thuật viên khoa Vi sinh vật thực hiện. **Kết quả:** Sau khi phun, số vi khuẩn giảm từ $104,0 \pm 37,3 - 192,5 \pm 68,9$ cfu/m³ xuống còn $8,0 \pm 2,0 - 32,5 \pm 6,4$ cfu/m³ ($p < 0,01$). Nấm từ $3,1 \pm 1,7 - 21,2 \pm 8,6$ cfu/m³ xuống còn $1,5 \pm 0,7 - 8,0 \pm 3,4$ cfu/m³ ($p < 0,01$). Tổng số lượng vi sinh vật trong không khí của tất cả các phòng mổ đã giảm rõ rệt xuống < 35 cfu/m³ ($p < 0,001$).

Từ khóa: không khí phòng mổ, vi khuẩn, vi nấm, phun sương hóa chất.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF DISINFECTION OF ANIOS SPECIAL DJP SF SOLUTION FOR AIR IN OPERATING ROOM

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung

Email: drtrung108@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

The air of the operating room often contaminated after last working day, using disinfection solution Anios Special DJP SF to spray as measures to reduce the number of microorganisms present in the air of the operating room. **Objective:** determine the number of microorganisms in the air of the operating room at the time before and after spraying Special Anios DJP SF solution. **Subjects and Methods:** described cross, over 150 air samples of 15 operating rooms, microbiological sampling by machine AirPort MD8 of Sartorius Company (Germany). The counting techniques, culture, identification of bacteria, fungi by technicians perform Microbiology Department. **Results:** After spraying, the number of bacteria dropped from $104,0 \pm 37,3 - 192,5 \pm 68,9$ cfu/m³ to $8,0 \pm 2,0 - 32,5 \pm 6,4$ cfu/m³ ($p < 0,01$). Fungus from $3,1 \pm 1,7 - 21,2 \pm 8,6$ cfu/m³ to $1,5 \pm 0,7 - 8,0 \pm 3,4$ cfu/m³ ($p < 0,01$). The total number of microorganisms in the air of all the operating rooms has significantly reduced to < 35 cfu / m³ ($p < 0,001$).

Keywords: Surgery room air, bacteria, fungi, chemical spray

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng không khí phòng mổ đóng vai trò hết sức quan trọng trong nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM), không khí phòng mổ không được tiệt khuẩn chứa đựng nhiều tác nhân gây bệnh, các vi sinh vật (VSV) hiện diện trong không khí sẽ là nguồn nhiễm vào dụng cụ vô khuẩn, quần áo phẫu thuật viên và trực tiếp vào ngay vết mổ. Có rất nhiều nguyên nhân gây ô nhiễm không khí phòng mổ như tay nắm cửa phòng, máy điều hòa không khí lâu ngày không bảo dưỡng, thay

màng lọc không khí hiệu năng cao (Hepa filter), mật độ người ra vào, số lượng người trong dịp phẫu thuật... Sử dụng các hóa chất để phun dạng sương là việc làm rất quan trọng nhằm giảm lượng vi sinh vật hiện diện trong không khí phòng mổ, có nhiều loại hóa chất để sử dụng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá hiệu quả diệt khuẩn của dung dịch Anios Special DJP SF sau khi phun sương vào không khí của các phòng mổ tại Bệnh viện TWQĐ108.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 15 mẫu không khí của 15 phòng mổ, mỗi phòng 10 mẫu (5 mẫu trước khi phun và 5 mẫu sau khi phun khử khuẩn không khí) bằng dung dịch Anios Special DJP SF)

Thời gian nghiên cứu: tháng 5 năm 2014

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

- Thành phần của dung dịch Anios Special DJP SF:
+Didecyldimethylammonium chloride, polyhexamethylene biguanide hydrochloride, màu và hương thơm.

+ Phổ diệt khuẩn:

Diệt khuẩn: EN 1040, pr EN 14561.

Diệt nấm: EN 1275 (Candida albicans), pr EN 14562 (A. fumigatus).

+ Phun sương bằng máy AEROSEPT 100VF

- Máy lấy mẫu AirPort MD8 của Sartorius (Đức).

- Vị trí lấy mẫu: Ở giữa phòng, sát với bàn mổ, và 4 góc phòng mổ.

- Đặt chế độ hút 50lít không khí/ phút. Mỗi lần hút 500 lít không khí.

- Thời điểm lấy mẫu: lúc 17 giờ sau khi tắt cả các phòng mổ đã dừng hoạt động và lúc 22 giờ sau khi phun sương dung dịch Anios Special DJP SF

- Các kỹ thuật đếm, cấy vi khuẩn, nấm do các kỹ thuật viên khoa Vi sinh vật thực hiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Kích thước các phòng mổ và lượng hóa chất được phun

TT	Các phòng mổ	Kích thước tương đối (m ²)	Kích thước tương đối (m ³)	Lượng hóa chất tiêu thụ (ml)
1	Sản	33,6	100,8	403,2
2	Khớp	38,0	114,0	456,0
3	Tiêu hóa 1	36,6	109,8	439,2
4	Tiêu hóa 2	26,0	78,0	312,0
5	Tiết niệu	32,8	98,4	393,6
6	Tim mở	48,6	145,8	583,2
7	Lồng ngực	38,0	114,0	456,0
8	Sọ não	38,0	114,0	456,0
9	Cột sống	32,8	98,4	393,6
10	Thăm mỹ	32,8	98,4	393,6
11	Chẩn thương 1	38,0	114,0	456,0
12	Chẩn thương 2	36,6	109,8	439,2
13	Chẩn thương 3	26,0	78,0	312,0
14	Tổng hợp	32,8	98,4	393,6
15	Phụ	18,0	54,0	216,0

Nhận xét: Qua bảng 1 chúng tôi thấy rằng, các phòng mổ có kích thước không bằng nhau tùy theo chức năng của mỗi phòng mổ. Tuy nhiên có đến 10 phòng mổ diện tích vẫn còn nhỏ hơn 37m² là diện tích tối thiểu của một phòng mổ mà Hội kiến trúc Hoa Kỳ đã đưa ra [2]. Lượng dung dịch Anios Special DJP SF phun là 4ml/m³ đảm bảo đúng theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

Bảng 2: Số lượng vi khuẩn trong không khí trước và sau khi phun hóa chất

TT	Phòng mổ	Tổng số vi khuẩn (cfu/ m ³)		
		Trước phun	Sau phun	p
1	Sản	145,8 ± 46,2	29,5 ± 5,3	< 0,001
2	Khớp	123,1 ± 40,1	19,2 ± 8,5	< 0,001
3	Bụng B3	182,3 ± 48,5	27,2 ± 4,2	< 0,001
4	Bụng B15	143,2 ± 45,7	30,4 ± 5,8	< 0,001
5	Tiết niệu	183,3 ± 52,9	32,5 ± 6,4	< 0,001
6	Tim mở	104,0 ± 37,3	8,0 ± 2,0	< 0,001
7	Lồng ngực	152,2 ± 27,2	31,1 ± 8,5	< 0,001

8	Sọ não	152,4 ± 47,6	22,3 ± 4,7	< 0,001
9	Thăm mỷ	124,4 ± 39,8	24,2 ± 5,6	< 0,001
10	Cột sống	162,1 ± 51,3	26,3 ± 9,8	< 0,001
11	Chấn thương 1	172,3 ± 49,8	28,9 ± 5,1	< 0,001
12	Chấn thương 2	163,2 ± 51,6	28,2 ± 7,7	< 0,001
13	Chấn thương 3	163,0 ± 55,7	29,0 ± 9,3	< 0,001
14	Tổng hợp	173,1 ± 57,5	31,0 ± 5,3	< 0,001
15	Phụ	192,5 ± 68,9	30,1 ± 7,9	< 0,001

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy trước khi phun, số lượng vi khuẩn trong không khí các phòng mổ ở mức cao. Có 3 phòng mổ có số lượng vượt ngưỡng 180 cfu/m³. Sau khi phun hóa chất, số lượng vi khuẩn ở tất cả các phòng mổ đều giảm rõ rệt (p<0,001). Nghiên cứu của tác giả Kiều Chí Thành thấy không khí các phòng mổ của Bệnh viện Quân y 103 tại thời điểm buổi sáng trước khi phòng mổ hoạt động có số lượng vi khuẩn trong không khí là 234 cfu/m³[1].

Bảng 3: Số lượng vi nấm trong không khí trước và sau khi phun hóa chất

TT	Phòng mổ	Tổng số vi nấm (cfu/ m ³)		
		Trước phun	Sau phun	p
1	Sàn	16,2 ± 8,4	2,7 ± 1,5	< 0,001
2	Khớp	11,5 ± 4,3	8,0 ± 3,4	< 0,05
3	Bụng B3	15,5 ± 6,4	2,5 ± 1,6	< 0,001
4	Bụng B15	10,1 ± 4,2	2,7 ± 1,1	< 0,001
5	Tiết niệu	9,6 ± 3,9	2,2 ± 1,2	< 0,001
6	Tim mở	3,1 ± 1,7	1,5 ± 0,7	< 0,05
7	Lồng ngực	11,2 ± 5,1	3,3 ± 1,2	< 0,001
8	Sọ não	6,4 ± 3,5	3,0 ± 1,9	< 0,05
9	Thăm mỷ	6,2 ± 2,6	2,2 ± 1,7	< 0,05
10	Cột sống	8,5 ± 3,9	2,5 ± 1,9	< 0,05
11	Chấn thương 1	16,2 ± 5,7	4,5 ± 2,0	< 0,001
12	Chấn thương 2	17,1 ± 6,9	4,0 ± 2,5	< 0,001
13	Chấn thương 3	16,2 ± 5,5	5,2 ± 1,6	< 0,05
14	Chung	21,2 ± 8,6	2,4 ± 1,1	< 0,001
15	Phụ	12,3 ± 4,7	4,0 ± 2,2	< 0,05

Nhận xét: Qua bảng 3 cho thấy, so với trước khi phun số lượng bào tử nấm giảm đi rõ rệt ở tất cả các phòng mổ (p < 0,05). Kết quả này cũng giống với một nghiên cứu của tác giả Agnieszka Gniadek (2011) tại Ba Lan. Theo đó, tỷ lệ vi nấm phân lập được trong các phòng mổ dao động từ 5 tới 100 cfu/m³ và các mẫu không khí lấy vào lúc trước khi phun hóa chất khử khuẩn có số lượng nấm phân lập được nhiều hơn có ý nghĩa so với các mẫu lấy sau khi phun hóa chất khử khuẩn (p<0,05) [3].

Bảng 4: Số lượng vi sinh vật trong không khí trước và sau khi phun hóa chất

TT	Phòng mổ	Tiêu chuẩn chophép (cfu/m ³)	Tổng số vi khuẩn (cfu/ m ³)		
			Trước phun	Sau phun	p
1	Sàn	<35	161,7 ± 48,7	32,6 ± 5,4	< 0,001
2	Khớp	<35	133,8 ± 38,5	27,9 ± 8,7	< 0,001
3	Bụng B3	<35	199,1 ± 50,3	30,5 ± 3,9	< 0,001
4	Bụng B15	<35	162,8 ± 50,5	33,4 ± 3,3	< 0,001
5	Tiết niệu	<35	192,9 ± 55,6	34,6 ± 6,8	< 0,001
6	Tim mở	< 10	108,5 ± 35,5	9,2 ± 1,6	< 0,001
7	Lồng ngực	<35	162,8 ± 34,4	34,5 ± 9,0	< 0,001
8	Sọ não	<35	157,9 ± 50,3	25,9 ± 6,8	< 0,001
9	Thăm mỷ	<35	131,8 ± 40,1	32,4 ± 6,1	< 0,001
10	Cột sống	<35	172,2 ± 54,3	29,1 ± 9,5	< 0,001
11	Chấn thương 1	<35	189,7 ± 56,9	33,2 ± 5,5	< 0,001
12	Chấn thương 2	<35	181,1 ± 60,2	32,5 ± 9,3	< 0,001
13	Chấn thương 3	<35	180,3 ± 68,3	34,4 ± 9,6	< 0,001
14	Chung	<35	193,9 ± 60,5	33,6 ± 6,2	< 0,001
15	Phụ	<35	205,6 ± 71,3	34,3 ± 7,6	< 0,001

Nhận xét. Qua bảng 4 cho thấy, sau khi phun hóa chất, số lượng vi sinh vật bao gồm vi khuẩn và vi nấm ở tất cả các phòng mổ đều giảm đi rõ rệt ($p < 0,01$). Ô nhiễm vi khuẩn trong không khí phòng mổ là một trong các nguy cơ rõ rệt nhất đối với nhiễm khuẩn vết mổ [4]. Tổng số vi sinh vật trong một mét khối không khí của các phòng mổ tại thời điểm sau khi phun sương dung dịch Anios Special DJP SF dao động trong khoảng < 35 cfu/m³. Các phòng mổ tim mạch, khớp và phẫu thuật sọ não có số lượng vi khuẩn thấp nhất. Như vậy, 100% các phòng mổ ở thời điểm sau khi phun đều đạt tiêu chuẩn vi sinh trong không khí theo Hội Kiến trúc Hoa Kỳ đề xuất [2].

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hiệu quả diệt khuẩn của dung dịch Anios Special DJP SF sau khi phun sương với liều 4ml/m³ vào không khí của các phòng mổ tại Bệnh viện TWQĐ108, chúng tôi thấy rằng:

1- Trước khi phun số vi khuẩn trong không khí của các phòng mổ dao động từ $104,0 \pm 37,3$

- $192,5 \pm 68,9$ cfu/m³, sau khi phun đã giảm đi rõ rệt còn từ $8,0 \pm 2,0$ - $32,5 \pm 6,4$ cfu/m³ ($p < 0,01$). Nấm dao động trong khoảng $3,1 \pm 1,7$ - $21,2 \pm 8,6$ cfu/m³ giảm xuống còn $1,5 \pm 0,7$ - $8,0 \pm 3,4$ cfu/m³ ($p < 0,01$).

2- Sau khi phun, tổng số lượng vi sinh vật trong không khí của tất cả các phòng mổ đã giảm rõ rệt xuống < 35 cfu/m³ ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kiều Chí Thành (2010)**, "Đánh giá thực trạng vi khuẩn không khí ở bệnh viện 103", Tạp chí Y dược học Quân sự 9 : 55-60.
2. **Elena G, Constantinos A (2008)**, *Air quality in hospital operating rooms*, Building and Environment, Volume 43, Issue 11, November, Pages 1945–1952
3. **Agnieszka Gniadek, Anna B. Macura (2011)**, "Air-conditioning vs. presence of pathogenic fungi in hospital operating theatre environmental". *Wiadomosci Paratologiczne* 57(2), 103-6.
4. **CDC(2014)**: Guideline for Prevention of Surgical Site Infection. *AJIC*, 27(2), 97 - 134.

NUÔI CẤY TĂNG SINH VÀ BIỆT HOÁ TẾ BÀO THẦN KINH TIẾT DOPAMIN TỪ TẾ BÀO GỐC BIỂU MÔ ỐNG THẦN KINH PHÔI NGƯỜI

Nguyễn Mạnh Hà*

TÓM TẮT¹⁷

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá khả năng phân lập, nuôi cấy tăng sinh và biệt hoá các tế bào gốc biểu mô ống thần kinh của phôi người thành các tế bào tiết dopamine. Phẫu tích mô ống thần kinh 100 phôi người trong các giai đoạn từ 6,0 đến 11,5 tuần tuổi. Các phôi được lấy từ giảm thiểu của các thai phụ bị đa thai khi làm thụ tinh trong ống nghiệm và nuôi cấy tăng sinh các mẫu mô này. **Kết quả:** phẫu tích, phân lập và nuôi cấy tăng sinh được mô ống thần kinh của các phôi 6,5-7,5 tuần tuổi. Các tế bào mô ống thần kinh được phân lập trong giai đoạn này đều nuôi cấy tăng sinh thành công và biệt hoá thành các nơron tiết dopamine. Các tế bào bám đáy giếng nuôi cấy sau 2 ngày, phân chia và tạo các nhánh bào tương sau 4 ngày, biệt hoá thành các tế bào dạng nơron tiết dopamine sau 6 ngày nuôi cấy.

Key words: ống thần kinh phôi, nơron tiết dopamine, phôi giảm thiểu.

SUMMARY

CULTURE AND DIFFERENTIATION OF HUMAN NEUROEPITHELIAL STEM CELLS INTO DOPAMINERGIC NEURONS

This research was carried out to isolate, culture, proliferate, and differentiate of human neuroepithelial stem cells into dopaminergic neurons. 100 human embryos from 6.0 to 11.5 weeks were dissected. All embryos were used from embryo reduction of multiple pregnancies after IVF treatments. **Results:** human neuroepithelial stem cells were isolated and cultured only embryos from 6.5 to 7.5 weeks. Neuroepithelial stem cells were successfully isolated, proliferated and differentiated into dopaminergic neurons. The cells were adhered on the surface of cell culture plates after 2 days, and were proliferated and differentiated into neurons within 4 days. Culture cells expressed TH marker after 6 days, suggesting that these cells differentiated into dopaminergic neurons.

Keywords: human neuroepithelial stem cells, dopaminergic neurons, embryo reduction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Parkinson được đặc trưng bởi 3 triệu chứng chủ yếu: run, cứng khớp và di chuyển chậm chạp. Có nhiều phương pháp để điều trị bệnh: điều trị nội khoa, kích thích não bằng các điện cực cấy vào nhân bào nhạt hoặc nhân dưới

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hà

Email: hamanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

đôi nhưng những biện pháp này chỉ làm giảm các triệu chứng của bệnh. Hiện nay, việc ứng dụng công nghệ tế bào gốc vào điều trị bệnh là một phương pháp mang lại nhiều triển vọng mới cho bệnh Parkinson [1]. Phương pháp này được cho rằng có nhiều ưu điểm vượt trội vì nó không chỉ cải thiện được các triệu chứng lâm sàng của bệnh mà còn làm ngừng tiến triển bệnh. Các tế bào gốc ngoại bì thần kinh bào thai khi ghép vào thể vân sẽ biệt hóa thành các tế bào sản xuất dopamin, tạo ra các synap với các tế bào thần kinh của người bệnh [2]. Mô não giữa của thai người rất nhiều nguyên bào thần kinh tiết dopamin. Cho đến nay, đã có 300-400 bệnh nhân Parkinson được ghép mô não giữa của thai người. Những kết quả thu được từ các bệnh nhân này đã cho thấy những tế bào thay thế này có thể hoạt động được trong não của người bệnh. Vấn đề khó khăn của phương pháp này là thiếu nguồn cung cấp các tế bào gốc ngoại bì thần kinh não giữa của phôi. Mỗi lần ghép cần tới 40.000 tế bào gốc ngoại bì thần kinh não giữa và để có được số lượng tế bào này cần tới 4 não giữa phôi [3], [4].

Ở Việt nam, lĩnh vực hỗ trợ sinh sản rất phát triển trong vòng 20 năm gần đây. Cho đến nay, luật của Việt nam chưa cấm chuyển nhiều phôi trong mỗi lần chuyển phôi khi làm thụ tinh trong ống nghiệm và vì thế tỉ lệ đa thai còn khá cao. Đối với các trường hợp nhiều hơn 2 thai, các bác sĩ thường tiến hành giảm thiểu thai để tránh các tai biến sản khoa cho người phụ nữ. Với mong muốn có được các tế bào thần kinh tiết dopamin để nghiên cứu điều trị bệnh Parkinson, chúng tôi đã tiến hành đề tài " Nuôi cấy tăng sinh tế bào thần kinh tiết dopamin từ tế bào gốc biểu mô ống thần kinh phôi người" với các mục tiêu: (1) *Xác định tuổi phôi để phân lập được tế bào gốc biểu mô ống thần kinh và (2) Nuôi cấy tăng sinh và biệt hoá tế bào thần kinh tiết dopamin từ tế bào gốc biểu mô ống thần kinh phôi người.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 100 phôi người được giảm thiểu của các thai phụ làm thụ tinh trong ống nghiệm của các trung tâm hỗ trợ sinh sản: Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép bệnh viện đại học Y Hà nội, Trung tâm Hỗ trợ sinh sản bệnh viện Bưu điện, Trung tâm Hỗ trợ sinh sản bệnh viện Phụ Sản Hà nội.

- Các phôi có tuổi từ 6 – 10.5 tuần.
- Thai phụ đồng ý cho cho sử dụng phôi dư sau giảm thiểu với mục đích nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Phôi được hút ra qua kim giảm thiểu, các phôi khi hút ra thường ở dưới dạng các mảnh nhỏ. Với các phôi xác định được gan sẽ phẫu tích lấy đoạn ống thần kinh đoạn từ gan trở lên. Với các phôi không xác định được gan, phẫu tích lấy tất cả những đoạn ống thần kinh quan sát thấy. Việc phẫu tích tiến hành dưới kính hiển vi soi nổi. Dùng enzym dispase và trypsin- EDTA để ly giải mô ống thần kinh thành dịch treo tế bào. Nhuộm dịch treo tế bào bằng trypan blue để xác định tỷ lệ tế bào sống và mật độ tế bào.

- Nuôi cấy tăng sinh tế bào thần kinh tiết dopamin:
 - + Cấy tế bào biểu mô ống thần kinh với mật độ $1,5 \times 10^4/cm^2$ trên phiến nuôi cấy hoặc trong chai flask 25cm².
 - + Đĩa cấy sau đó được đặt vào trong tủ ấm 37°C, 5% CO₂.
 - + Thay môi trường 2 ngày một lần.
 - + Nuôi từ 7- 10 ngày
- Định danh các tế bào nuôi cấy:
 - + Cấu trúc hình thái vi thể: Nhuộm giemsa
 - + Cấu trúc hình thái siêu vi thể: Kỹ thuật hiển vi điện tử xuyên và quét: cố định bằng Glutarandehyt 2,5%, hậu cố định bằng a.osmic 1%.
 - + Hóa mô miễn dịch: các tế bào được cố định bằng PFA 4% trong 0,1M PBS trong thời gian 20 phút. Nhuộm với các loại marker: vimentin (xác định tế bào gốc hướng thần kinh), TH (đánh giá tế bào thần kinh sản xuất dopamin).
- Chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Tỷ lệ tế bào sống trong dịch treo tế bào
 - + Tỷ lệ các mẫu nuôi cấy tăng sinh thành công
 - + Cấu trúc vi thể của các tế bào nuôi cấy
 - + Cấu trúc siêu vi thể của các tế bào nuôi cấy
 - + Sự xuất hiện nơron tiết dopamin (TH+) trong mẫu nuôi cấy
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 10 năm 2014 đến tháng 4 năm 2016 tại Bộ môn Mô- Phôi trường đại học Y Hà nội.

3. Đạo đức nghiên cứu: Các phôi giảm thiểu là sản phẩm sinh học bỏ đi và được sự đồng ý của bệnh nhân dùng vào việc nghiên cứu khoa học. Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội chấp nhận.

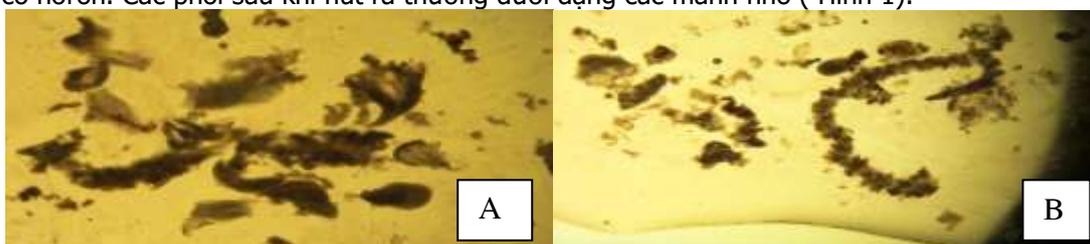
III. KẾT QUẢ

Với những phôi giảm thiểu sau khi thực hiện kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm, chúng tôi có thể xác định được chính xác tuổi phôi, và khả năng phẫu tích, phân lập và nuôi cấy tăng sinh của tế bào biểu mô ống thần kinh phôi người theo tuổi phôi (*bảng 1*).

1: Sự phân bố tuổi phôi, khả năng phẫu tích, phân lập và nuôi cấy tăng sinh của tế bào biểu mô ống thần kinh phôi người.

Tuổi phôi	Số lượng	Phẫu tích	Phân lập	Biệt hoá thành nơron sau nuôi cấy
6 tuần	3	0	0	0
6,5 tuần	18	18	18	18
7 tuần	51	36	36	36
7,5 tuần	9	6	6	6
8 tuần	18	18	0	0
11,5 tuần	1	1	0	0
Tổng số	100	79 (79%)	60 (60%)	60 (60%)

Trong số 100 phôi đã phẫu tích được 79 phôi, số còn lại phôi quá nát nên không phẫu tích được. Đã phân lập được tế bào biểu mô ống thần kinh của 60 phôi. Các mẫu tế bào phân lập được nuôi cấy đều có nơron. Các phôi sau khi hút ra thường dưới dạng các mảnh nhỏ (Hình 1).



Hình 1. Các mảnh của phôi người được hút ra sau giảm thiểu 7 tuần (A) và 8 tuần (B)

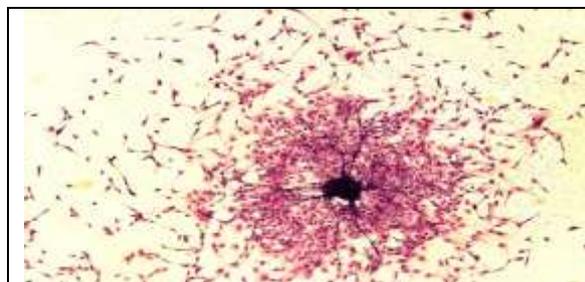
Sau khi phân lập, mảnh mô được ly giải, tạo ra các tế bào gốc biểu mô ống thần kinh dưới dạng dịch treo, sau đó nuôi cấy tăng sinh và biệt hoá để tạo tế bào thần kinh tiết dopamin. Tỷ lệ tế bào sống sau khi tạo dịch treo là 95- 98%. Kết quả nuôi cấy: hai ngày sau nuôi cấy các tế bào đã bám dính (hình 2), 3-4 ngày các nơron xuất hiện và tăng sinh (hình 3). Thời gian nuôi cấy là thông thường 6-10 ngày (hình 4). Sau 6 ngày nuôi cấy, các tế bào gốc đã biệt hoá thành các nơron tiết ra dopamine dương tính với marker tyrosine hydroxylase (TH) (hình 5).



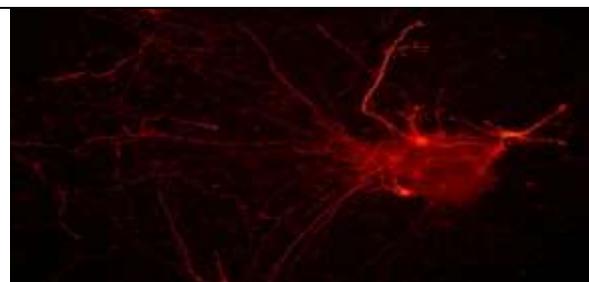
Hình 2. Tế bào gốc biểu mô ống thần kinh sau nuôi cấy 2 ngày (kính hiển vi soi ngược, độ phóng đại 50 lần)



Hình 3. Tế bào gốc biểu mô ống thần kinh sau nuôi cấy 4 ngày (kính hiển vi soi ngược, độ phóng đại 50 lần)

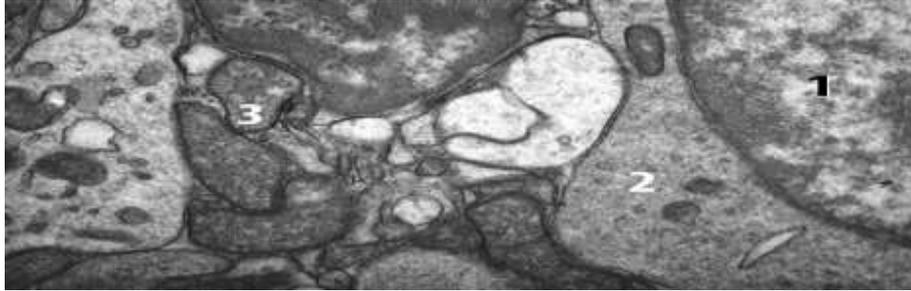


Hình 4. Tế bào gốc biểu mô ống thần kinh sau nuôi cấy 6 ngày (kính hiển vi soi ngược, độ phóng đại 50 lần)



Hình 5. Các tế bào tiết dopamine tạo ra sau nuôi cấy 6 ngày với TH (+). (kính hiển vi soi ngược, độ phóng đại 50 lần)

Để đánh giá sự mối liên hệ, tương tác giữa các nơron sau nuôi cấy, chúng tôi sử dụng kính hiển vi điện tử xuyên và nhận thấy đã có sự xuất hiện các synap giữa các tế bào tiết dopamine vào thời điểm 6 ngày sau nuôi cấy, chúng tôi quan sát siêu cấu trúc dưới kính hiển vi điện tử xuyên và phát hiện giữa các nơron đã liên hệ với nhau bằng các synap (*hình 6*).



Hình 6. Các tế bào tiết dopamine tạo ra sau nuôi cấy 6 ngày đã xuất hiện synap. Nhân tế bào (1), bào tương (2), synap (3). Ảnh chụp dưới kính hiển vi điện tử xuyên, độ phóng đại 6000 lần.

IV. BÀN LUẬN

Trong phương pháp sử dụng tế bào gốc để điều trị bệnh Parkinson, các tác giả trên thế giới đều sử dụng các tế bào gốc ngoại bì thần kinh não giữa của phôi bị đình chỉ thai nghén [5],[6]. Tuy nhiên, trong quá trình nghiên cứu, sau khi đã phân lập và nuôi cấy tăng sinh thành công tế bào gốc ngoại bì thần kinh não giữa trên chuột cống trắng, khi chúng tôi tiến hành thu thập phôi người được đình chỉ thai nghén thì gặp rất nhiều khó khăn. Đó là: (1) không xác định chính xác được tuổi phôi, (2) rất khó tìm được phôi trong khối mô nạo hút, (3) các phôi đã chết nếu sử dụng phương pháp gây sảy thai bằng thuốc.

Trong khi đó, tại các Trung tâm thụ tinh trong ống nghiệm, việc giảm thiểu phôi diễn ra thường xuyên. Do ở Việt Nam chưa có luật hạn chế số lượng phôi cho mỗi lần chuyển, thông thường bệnh nhân được chuyển từ 2 đến 4 phôi. Vì vậy, đôi khi xảy ra hiện tượng đa thai (2-4 phôi làm tổ). Để đảm bảo cho sự an toàn của thai và thai phụ, các bác sĩ thường tiến hành giảm thiểu thai vào tuần thứ 6 đến tuần thứ 9 đối với các trường hợp từ 3 phôi làm tổ trở lên. Đây là nguồn phôi có nhiều ưu điểm cho việc phân lập các tế bào gốc thần kinh: các tế bào sau khi phân lập có tỉ lệ sống cao, vô trùng, thích hợp cho nuôi cấy tăng sinh. Tỉ lệ sống của các tế bào gốc thu được trong nghiên cứu này lên đến 90-98%, không có mẫu nào bị nhiễm khuẩn, nhiễm nấm.

Chúng tôi đã thu thập các phôi này để tiến hành phân lập và nuôi cấy và biệt hóa tế bào thần kinh tiết dopamin. Vì các phôi khi hút ra không còn nguyên vẹn nên khó xác định não giữa, chỉ có thể phẫu tích lấy được các đoạn khác nhau của ống thần kinh. Với các phôi 6 tuần tuổi, vì phôi quá nhỏ nên khi hút ra nát

không thể phân biệt được ống thần kinh với các bộ phận khác. Với các phôi ≥ 8 tuần, lúc này ống thần kinh đã đóng, cột sống đã hình thành (*hình 1*) nên cũng không thể phẫu tích được mô ống thần kinh. Các phôi từ 6,5 đến 7,5 tuần, ống thần kinh chưa đóng hoặc đã đóng nhưng cột sống chưa hình thành nên có thể phẫu tích được ống thần kinh. Mô của ống thần kinh phẫu tích được sẽ tạo thành dịch treo tế bào và nuôi cấy.

Thời gian nuôi cấy khác nhau tùy từng phôi, thông thường các tế bào sẽ bám đáy sau 2 ngày, sau đó biệt hóa thành các tế bào dạng nơron vào ngày thứ 3-4 sau nuôi cấy (*hình 2, 3*). Số lượng các nơron tăng dần theo thời gian, các nhánh của các nơron dài dần ra và tiếp xúc tạo synap với nhau, chúng tỏ giữa các tế bào này đã dần hình thành các chức năng của nơron thần kinh. Khi nhuộm hóa mô miễn dịch với kháng thể TH, một số nơron có TH (+), thể hiện là các tế bào gốc thần kinh đã biệt hoá thành các nơron tiết dopamine. Sau 7-10 ngày nuôi cấy, các tế bào đã tăng sinh kín phiến nuôi cấy và có thể sử dụng để bảo quản lạnh hoặc ghép điều trị. Như vậy, có thể sử dụng mô ống thần kinh phôi người 6,5-7,5 tuần để nuôi cấy tăng sinh nơron tiết dopamin để điều trị bệnh Parkinson. Theo chúng tôi, phương pháp này có nhiều ưu điểm vì phôi được xác định chính xác tuổi, phôi đảm bảo vô trùng, không lẫn các loại mô khác và cũng là sản phẩm sinh học bỏ đi.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 100 phôi người được giảm thiểu của các sản phụ làm thụ tinh trong ống nghiệm đa thai, nhận thấy: (1) Tuổi phôi dùng phân lập và nuôi cấy tăng sinh nơron tiết dopamin tốt nhất là từ 6,5 đến 7,5 tuần và (2)

Mô ồng thần kinh phôi người có thể sử dụng được để nuôi cấy tăng sinh và biệt hoá thành các nơron tiết dopamin.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các giảng viên, bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên Bộ môn Mô-Phôi, Trường Đại học Y Hà Nội đã giúp đỡ và hỗ trợ nghiên cứu này. Xin cảm ơn Quỹ Nafosted đã tài trợ cho nghiên cứu,

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương (2011). *Bệnh học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Brundin P, Kordower JH (2012). Neuropathology in transplants in Parkinson's disease: implications for disease pathogenesis and the future of cell therapy, *Prog Brain Res.* 200: 221 – 241.
3. Olanow CW, Goetz CG, Kordower JH et al (2003). A double-blind controlled trial of bilateral fetal nigral transplantation in Parkinson's disease, *Ann Neurol.* 54:403-14.
4. Lindvall O, Bjorklund A (2011). Cell Therapeutics in Parkinson's Disease, *Neurotherapeutics*
5. Freed CR, Breeze RE, Rosenberg NL et al (1992). Survival of implanted fetal dopamine cells and neurologic improvement 12 to 46 months after transplantation for Parkinson's disease, *N Engl J Med.* 327:1549-55.
6. Kordower JH, Freeman TB, Snow BJ et al (1995). Neuropathological evidence of graft survival and striatal reinnervation after the transplantation of fetal mesencephalic tissue in a patient with Parkinson's disease, *N Engl J Med.* 332:1118-24

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN XỬ TRÍ SONG THAI ĐỦ THÁNG CHUYỂN DẠ ĐẸ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI NĂM 2014-2015

Nguyễn Duy Ánh¹, Phùng Đức Nhật Nam¹, Vũ Văn Du²

TÓM TẮT¹⁸

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến xử trí song thai đủ tháng chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 1/2014-12/2015. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả. **Kết quả:** 45,5% sản phụ mổ lấy thai là cán bộ, tỷ lệ này ở nhóm đẻ thường là 13,6%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; 95,5% sản phụ có thai tự nhiên đẻ thường, 85,7% sản phụ mổ lấy thai còn ối, trọng lượng trung bình của thai đẻ mổ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thai đẻ thường. **Kết luận:** Một số yếu tố liên quan đến xử trí song thai đủ tháng chuyển dạ đẻ thường là nghề nghiệp của sản phụ, phương pháp có thai, tình trạng ối, và trọng lượng trung bình của thai nhi.

Từ khóa: Song thai, chuyển dạ đẻ, bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO THE MANAGEMENT OF FULL TERM TWINS BIRTH IN HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL BETWEEN 2014 AND 2015

Objective: Describe several factors related to the management of full term twins birth in Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital between January, 2014 and January, 2015. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Results:** The percentage of office

staffs in the women group using cesarean section was 45.5% and this figure in vaginal delivery group was 13.6%. This difference was statistically significant with $p < 0.05$; 95.5% of natural pregnant women had vaginal delivery, 85.7% of women using cesarean section still had amniotic fluid after hospitalization, the average weight of caesarean pregnancy was significantly higher compared to normal delivery pregnancy. **Conclusion:** Factors related to the management of full term twins birth with vaginal delivery was women's jobs, pregnant methods, amniotic fluid status and the average weight of the fetus.

Key words: twins, birth, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa song thai là sự phát triển đồng thời cả hai thai trong buồng tử cung, đây không phải là 1 bệnh lý nhưng là thai nghén có nguy cơ cao, có thể gây nhiều hậu quả không tốt đến sức khỏe cho mẹ và thai trong cả quá trình mang thai cũng như sinh đẻ [1]. Mặc dù có những cải tiến trong chăm sóc trẻ sơ sinh và chăm sóc sản khoa thì tỷ lệ mang thai sinh đôi vẫn có rủi ro cao cho cả thai phụ lẫn trẻ sơ sinh. Việc xử trí đẻ song thai vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau. Thời gian chuyển dạ trong song thai thường kéo dài hơn bình thường và hay có nhiều biến cố đối với trẻ, đặc biệt là với thai thứ hai, những biến cố xảy ra bất thường không có triệu chứng báo trước khi đẻ thai thứ hai như: ngôi bất thường, sa dây rốn, cơn co tử cung rối loạn...[2]. Để đảm bảo an toàn tính mạng cho cả mẹ và thai nhi, nhằm giảm thiểu các biến cố xảy ra trước, trong

¹Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

²Bệnh 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: 30.3.2017

Ngày duyệt bài: 5.4.2017

và sau khi sinh, đòi hỏi người thầy thuốc phải cân nhắc kỹ để lựa chọn phương pháp xử trí an toàn. Thái độ xử trí đẻ song thai ngày nay có nhiều thay đổi. Tỷ lệ mổ lấy thai trong cuộc đẻ song thai ngày càng tăng vì lý do sản khoa cũng như lý do xã hội. Để góp phần vào nghiên cứu một cách toàn diện về thái độ xử trí đẻ song thai trong những năm gần đây tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả một số yếu tố liên quan đến xử trí song thai đủ tháng chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 1/2014-12/2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những thai phụ đẻ song thai tại BVPSHN từ 1/1/2014-31/12/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là các thai phụ đủ hồ

sơ bệnh án được chẩn đoán là song thai, tuổi thai từ 37 tuần trở lên theo kỳ kinh cuối cùng. Nếu không nhớ kinh cuối cùng thì phải có siêu âm ở quý 1 của thai kỳ và tính chính xác được tuổi thai từ 37 tuần trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ đẻ 1 thai hoặc hơn 2 thai, song thai cả hai thai chết lưu hoặc một thai chết lưu, một thai sống hoặc hồ sơ không đủ thông tin cho nghiên cứu này.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả từ 1/1/2014-31/12/2015.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Lấy mẫu thuận tiện 367 sản phụ song thai.

2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu được sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của sản phụ mang song thai

Đặc điểm		n	%
Tuổi	Dưới 20 tuổi	4	1,1
	20 - 24 tuổi	36	9,8
	25 - 29 tuổi	159	43,3
	30 - 34 tuổi	114	31,1
	Từ 35 tuổi trở lên	54	14,7
Nghề nghiệp	Nông dân	36	9,8
	Công nhân	36	9,8
	Cán bộ	159	43,3
	Khác	136	37,1
Nơi ở	Thành thị	172	46,9
	Nông thôn	195	53,1

Phần lớn sản phụ mang song thai trong nghiên cứu ở trong độ tuổi 25 - 29 tuổi (chiếm 43,3%). Nhóm tuổi từ 30 - 34 tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao (31,1%) và chỉ có 1,1% sản phụ dưới 20 tuổi, chiếm tỷ lệ thấp nhất trong các nhóm tuổi. Đa số bệnh nhân làm cán bộ hoặc những ngành nghề khác (tương ứng chiếm 43,3% và 37,1%). Tỷ lệ bệnh nhân sống ở thành thị và nông thôn tương đối xấp xỉ nhau (lần lượt chiếm 46,9% và 53,1%).

Bảng 2: Mối liên quan giữa nghề nghiệp và phương pháp đẻ song thai

Nghề	Đẻ thường		Đẻ thường và mổ lấy thai		Mổ lấy thai		p
	n	%	n	%	n	%	
Nông dân	1	4,5	1	50	34	9,9	p < 0,05
Nội trợ	0	0,0	1	50	35	10,2	
Cán bộ	3	13,6	0	0	156	45,5	
Khác	18	81,8	0	0	118	34,4	
Tổng	22	100,0	2	0	343	100,0	

Bảng 2 cho thấy ở nhóm sản phụ mổ lấy thai, gần một nửa số bệnh nhân là cán bộ, chiếm 45,5%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm đẻ thường là 13,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Mối liên quan giữa phương pháp có thai và phương pháp đẻ song thai

Phương pháp có thai	Đẻ thường		Mổ lấy thai		p
	n	%	n	%	
Mang thai tự nhiên	21	95,5	247	72,0	p < 0,05
Có hỗ trợ sinh sản	1	4,5	96	28,0	
Tổng	22	100,0	343	100,0	

Ở những sản phụ có thai tự nhiên, tỷ lệ đẻ thường cao hơn đẻ mổ (tương ứng là 95,5% và 72,0%). Còn ở sản phụ có thai nhờ các phương pháp hỗ trợ sinh sản, tỷ lệ mổ lấy thai cao hơn so với đẻ thường (tương ứng là 28,0% và 4,5%).

Bảng 4: Môi liên quan giữa tình trạng ối và phương pháp đẻ song thai

Tình trạng ối	Đẻ thường		Mổ lấy thai		p
	n	%	n	%	
Ối còn	12	54,5	294	85,7	p < 0,05
Ối vỡ hoàn toàn	8	36,4	32	9,3	
Rỉ ối	2	9,1	17	5,0	
Tổng	22	100,0	343	100,0	

Phần lớn bệnh nhân ở nhóm đẻ thường và mổ lấy thai đều vào viện với tình trạng ối còn. Tỷ lệ này ở nhóm mổ lấy thai cao hơn so với nhóm đẻ thường (tương ứng là 85,7% và 54,5%). Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân bị ối vỡ hoàn toàn và rỉ ối ở nhóm mổ lấy thai lại thấp hơn so với nhóm đẻ thường. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5: Môi liên quan giữa trọng lượng trung bình thai và phương pháp đẻ

	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	p
Thai thứ nhất						
Đẻ thường	24	2091,7	307,4	1600	2750	p < 0,05
Mổ lấy thai	343	2429,7	349,6	1500	3700	
Thai thứ hai						
Đẻ thường	22	2109,1	340,7	1600	2750	p < 0,05
Mổ lấy thai	345	2368,8	373,5	1300	3800	

Từ kết quả bảng 5 cho thấy, trọng lượng trung bình của thai đẻ thường là $2091,7 \pm 307,4$ gram và $2109,1 \pm 340,7$ gram, còn với thai đẻ mổ, trọng lượng trung bình của thai là $2429,7 \pm 349,6$ gram và $2368,8 \pm 373,5$ gram. Như vậy, trọng lượng trung bình của thai đẻ mổ cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thai đẻ thường ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi của sản phụ được chia làm 5 nhóm. Phần lớn sản phụ mang song thai đang trong độ tuổi 25 - 29 tuổi (chiếm 43,3%). Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt với sản phụ mang song thai trong độ tuổi 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất trong cả 2 thời điểm nghiên cứu 1996 - 1997 và 2006 - 2007 (lần lượt chiếm 38,1% và 39,9%) [3]. Điều này có thể giải thích bởi 25 - 29 tuổi và 30 - 34 tuổi là độ tuổi sinh đẻ nhiều nhất nên khả năng gặp song thai cũng cao hơn so với độ tuổi khác.

Đa số sản phụ trong nghiên cứu là cán bộ hoặc làm việc trong ngành nghề khác (chiếm 43,3% và 37,1%), chỉ có số ít là nông dân hoặc nội trợ (đều chiếm 9,8%). Tỷ lệ sản phụ song thai sống ở thành thị và nông thôn tương đối xấp xỉ nhau (46,9% và 53,1%) cho thấy không chỉ có sản phụ song thai đến từ thành phố Hà Nội mà

còn có cả từ những khu vực khác. Nguyên nhân có thể vì song thai là thai nghén có nguy cơ cao mà Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là bệnh viện có uy tín trong sản khoa nên được nhiều người dân tin tưởng lựa chọn.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến phương pháp xử trí song thai chuyển dạ đẻ

Mối liên quan giữa nghề nghiệp của sản phụ và phương pháp đẻ song thai: Ở nhóm sản phụ mổ lấy thai, gần một nửa số bệnh nhân là cán bộ, chiếm 45,5%, trong khi tỷ lệ này ở nhóm đẻ thường là 13,6%. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Nguyệt cũng cho biết ở cả hai gia đoạn 1996 - 1997 và 2006 - 2007, nhóm nghề cán bộ luôn chiếm tỷ lệ mổ lấy thai cao nhất [3]. Điều này có thể là do đây là nhóm đối tượng lao động trí óc là chủ yếu, ít vận động cơ thể cùng với trình độ hiểu biết cao hơn so với các nhóm đối tượng khác nên họ thường lo lắng khi đẻ song thai, vì vậy thường đề nghị được mổ lấy thai, từ đó ảnh hưởng đến thái độ xử trí của thầy thuốc.

Mối liên quan giữa phương pháp có thai và phương pháp đẻ song thai: Nghiên cứu của tôi cho biết ở những sản phụ có thai tự nhiên, tỷ lệ đẻ thường cao hơn đẻ mổ. Ở nghiên cứu của Vũ Hoàng Lan, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm sản phụ có thai bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm và IUI cao hơn nhóm sản phụ có thai tự nhiên [4]. Có thể thấy ở những sản

phụ có thai nhờ các biện pháp hỗ trợ sinh sản, các bác sĩ thường cân nhắc chỉ định mổ lấy thai nhiều hơn hẳn so với đẻ thường, trong khi tỷ lệ đẻ thường ở sản phụ mang thai tự nhiên cao hơn tỷ lệ đẻ mổ. Nguyên nhân có thể là do sản phụ hiếm muộn con thường chịu áp lực lớn trong quá trình mang thai và sinh nở, vì vậy họ thường chọn phương pháp đẻ mổ để cảm thấy "yên tâm" và "an toàn" hơn. Hơn nữa, mang thai nhờ các biện pháp điều trị vô sinh cũng là một cân nhắc khi đưa ra chỉ định mổ của bác sĩ.

Mối liên quan giữa tình trạng ối và phương pháp đẻ song thai: Phần lớn bệnh nhân ở nhóm đẻ thường và mổ lấy thai đều vào viện với tình trạng ối còn. Nghiên cứu của Vũ Hoàng Lan cũng cho kết quả tương tự. Trong đó, phần lớn bệnh nhân ở cả 2 nhóm đều chưa vỡ ối khi nhập viện. Tỷ lệ bệnh nhân chưa vỡ ối ở nhóm mổ lấy thai cao hơn có ý nghĩa thống kê so vs nhóm đẻ thường với $p < 0,001$ [4]. Kết quả này cũng cho thấy hiện nay sự chăm sóc và quản lý thai nghén ngày càng tiến bộ, các sản phụ được tư vấn kỹ lưỡng trong thời kỳ thai nghén về những nguy cơ của đẻ song thai nên đa phần sản phụ mang song thai thường nhập viện rất sớm khi các triệu chứng của chuyển dạ mới chỉ bắt đầu.

Mối liên quan giữa trọng lượng trung bình thai và phương pháp đẻ song thai: Trọng lượng trung bình của thai đẻ mổ cao hơn

so với thai đẻ thường. Nghiên cứu của Vũ Hoàng Lan cũng cho biết sản phụ mổ lấy thai có trọng lượng trung bình thai cao hơn so với đẻ thường âm đạo [4]. Kết quả này có thể là do thai sinh đôi có trọng lượng và kích thước lớn thường gây khó đẻ bằng đường âm đạo, vì vậy, bác sĩ sẽ chỉ định mổ lấy thai thay vì đẻ thường.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố liên quan đến xử trí song thai đủ tháng chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội là nghề nghiệp của sản phụ, phương pháp có thai, tình trạng ối và trọng lượng trung bình của thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Can (2005).** *Sinh đôi*, Sản phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 137 – 142.
2. **Đinh Quang Minh, Dương Thị Cường (2004).** *Chửa đa thai và các biến chứng khác trước sinh (Tài liệu dịch)*, Sản khoa hình minh họa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 223 - 249
3. **Nguyễn Minh Nguyệt (2008).** *Nghiên cứu tỷ lệ các phương pháp xử trí và kết quả đẻ song thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong hai giai đoạn năm 1996 – 1997 và năm 2006 – 2007*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa 2, Trường Đại học Y Hà Nội, 71.
4. **Vũ Hoàng Lan (2014).** *Nghiên cứu xử trí song thai chuyển dạ đẻ với tuổi thai từ 28 tuần trở lên tại bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ, trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH VÀNH CẤP CỨU TẠI KHOA PHẪU THUẬT TIM MẠCH BỆNH VIỆN 108

TÓM TẮT¹⁹

Mục tiêu: đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bắc cầu động mạch vành cấp cứu tại Bệnh viện trung ương Quân Đội 108. **Phương pháp:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả các bệnh nhân được mổ cấp cứu bắc cầu động mạch vành tại Bệnh viện trung ương Quân Đội 108 từ tháng 01.2014 đến tháng 01.2016. **Kết quả:** 18 bệnh nhân gồm 14 nam và 4 nữ. Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu: $67,77 \pm 12,17$. Chất liệu được sử dụng làm cầu nối là động mạch vú trong trái và

Nguyễn Quốc Hưng*, Trần Trọng Kiểm*

tĩnh mạch hiển tự thân. Số cầu nối được làm từ 1 đến 4 cầu. Tỷ lệ tử vong: 0%. **Kết luận:** Đây là phương pháp điều trị cấp cứu có hiệu quả

Từ khóa: Hẹp động mạch vành

SUMMARY

EVALUATIVE EARLY RESULTS OF EMERGENCY CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: Evaluative early results of Emergency Coronary Artery Bypass Grafting at 108 military central hospital. **Method:** Prospective and descriptive study for all patients whom were operated Emergency Coronary Artery Bypass Grafting at 108 military central hospital from 01.2014 to 01.2016. **Results:** 18 patients included 14 males and 4 females. The mean age was $67,77 \pm 12,17$. Left internal thoracic arteries and saphenous veins were used as conduits. The number of

*Bệnh viện TỰ QUÂN 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiểm
Email: dr.trantrongkiem.b4.h108@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 23.3.2017
Ngày duyệt bài: 30.3.2017

conduits varies from 1 to 4. The mortality rate is 0%.

Conclusions: This Emergency method has good effect

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của tổ chức y tế thế giới, số bệnh nhân tử vong do bệnh mạch vành (ĐMV) trên toàn cầu năm 1990 là 14,7 triệu người và năm 1999 là 17 triệu người [7] Nguyên nhân chủ yếu của bệnh lý mạch vành là tình trạng xơ vữa gây hẹp/tắc ĐMV. Các phương pháp tái lập tuần hoàn cho ĐMV gồm: điều trị nội khoa, nong và đặt stent ĐMV qua da và phẫu thuật bắc cầu ĐMV. Trong đó, phẫu thuật đã được khẳng định là một phương pháp triệt để, có hiệu quả cao.

Năm 1967, Favaloro và Effler (Hoa Kỳ)[5] bắc cầu ĐMV với đoạn ghép bằng tĩnh mạch hiển đảo chiều. Sau đó động mạch vú trong và các loại động mạch khác được sử dụng làm cầu nối. Hiện nay, phẫu thuật bắc cầu động mạch vành rất phổ biến trên toàn thế giới. Tại Bệnh viện 108, phẫu thuật bắc cầu ĐMV bắt đầu triển khai từ năm 1997. Với mong muốn ngày càng hoàn thiện hơn nữa trong chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bắc cầu ĐMV cấp cứu để giảm thiểu các

biến chứng, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Tìm hiểu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, quá trình phẫu thuật và đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bắc cầu ĐMV cấp cứu tại Bệnh viện 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. **Đối tượng nghiên cứu:** gồm 18 bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu ĐMV cấp cứu tại Bệnh viện 108 trong thời gian từ 1/2014 đến 1/2016.



Ảnh: Bắc cầu LAD2 bằng TM hiển (viện 108)

2.2. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiền cứu, mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật.

3.1.1. Tuổi, giới và tiền sử bệnh

Đặc điểm bệnh nhân	Thông số của nhóm bệnh nhân
Tuổi	67,8 ± 12,2 (50 – 78)
Giới (nam/nữ)	14(77,8%) / 4(22,2%)
Tiền sử hút thuốc lá/THA/ĐTĐ/RLCHLP	12(66,7%) / 15(83,3%) / 4(22,2%) / 8(44,4%)
Tiền sử NMCT	6 (33,3%)
Tiền sử đặt Stent ĐMV	1 (7,7%)

3.1.2. Hình ảnh tổn thương hệ ĐMV và một số đặc điểm lâm sàng trước mổ

Vị trí tổn thương	Số Bn (Tỷ lệ%)	Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (Tỷ lệ %)
Thân chung ĐMV trái	9 (50)	ĐTNOĐ	0 (0%)
ĐM LTT	15 (83,3)	ĐTNKỐĐ	18 (100%)
ĐM mũ	11 (61,1)	Sốc tim	2 (11,1 %)
ĐMV phải	12 (66,7)	EF(%)	60,7 ± 17,3
		Điểm Euroscore	6,4 ± 1,2
		Thời gian từ chụp mạch đến mổ (h)	6,2±1,4

3.2. Đặc điểm trong phẫu thuật.

3.2.1. Phương pháp mổ và đặc điểm tuần hoàn ngoài cơ thể.

Đặc điểm bệnh nhân	Thông số của nhóm bệnh nhân (tỷ lệ %)
Sử dụng THNCT	18 (100%)
Không sử dụng THNCT	0 (0 %)
Thời gian chạy máy (phút)	121,5 ± 33,5
Thời gian cấp ĐMC (phút)	73,2 ± 19,3
Thời gian phẫu thuật (phút)	319,2 ± 59,4

3.2.2. Số lượng cầu nối được tiến hành và Chất liệu làm cầu nối.

Số lượng cầu nối	Tỷ lệ %	Loại chất liệu	Tỷ lệ %
2cầu nối	6(33,3)	TM hiển đảo chiều	15(83,3)
3cầu nối	8(44,5)	ĐM vú trong	18(100)

4 cầu nối	4(22,2)		
Trung bình	2,86±0,6		

3.2.3. Mọi liên quan số lượng cầu nối với thời gian (phút) chạy máy, cặp ĐMC và tổng thời gian phẫu thuật.

Số cầu nối	Thời gian chạy máy	Thời gian cặp ĐMC	Thời gian phẫu thuật
2cầu nối	96,3±15,4	56,3±12,7	288,3±47,5
3cầu nối	120,7±20,5	67,1±15,6	334,3±50,2
4 cầu nối	169,1± 25,4	98,3± 21,5	356,7±51,9
P	< 0,05	< 0,05	< 0,05

3.3. Kết quả phẫu thuật.

3.3.1. Một số thông số sau mổ.

Đặc điểm bệnh nhân	Thông số của bệnh nhân
Thời gian thở máy (h)	25,2 ± 4,1
Phải dùng thuốc vận mạch	13 (72,2%)
Số lượng máu truyền (ml)	873 ± 112
Thời gian nằm tại Hồi sức (ngày)	4,5 ± 0, 9
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	17,5 ± 3,2
EF (%) (thời điểm ra viện)	63,8 ± 9,4

3.3.2. Các tai biến và biến chứng trong và sau mổ.

Nhóm biến chứng	Thông số của nhóm (tỷ lệ %)
Chảy máu:	
Mổ lại cầm máu	3 (16,67%)
Làm lại miệng nối	0 (0%)
Tử vong	0 (0%)
Đau ngực tái phát	0 (0%)
Loan nhịp tim	6 (33,33%)
NMCT mới	0 (0%)
Biến chứng hô hấp	
Liệt TK hoành	0 (0%)
TDMP phải hút/DL	4 (22,22%)
Viêm phổi	6 (33,33%)
Thở máy kéo dài(>24h)	5 (27,78%)
Suy thận (phải chạy thận)	1 (5,56%)
Biến chứng thần kinh:	
Suy giảm trí tuệ	1 (5,56%)
Đột quy não	1 (5,56%)
Nhiễm khuẩn :	
NK vết mổ	2 (11,11 %)
NT xương ức	0 (0%)
NK huyết	1 (5,56%)
Xuất huyết tiêu hóa	1 (5,56%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới và các yếu tố nguy cơ trước phẫu thuật: Trong nhóm nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 67,8±5,2, nam giới chiếm đa số (77,8%), về tuổi và giới tính, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu khác [1],[4]. Các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp: (83,3%), hút thuốc lá: (66,7%), rối loạn chuyển hoá Lipids: (44,4%), đái tháo đường: (22,2%), các yếu tố nguy cơ có liên quan rất nhiều đến mức độ tổn thương mạch vành và kết quả điều trị sau phẫu thuật [3].

4.2. Một số đặc điểm trước mổ: Tất cả các bệnh nhân trong nhóm đều có cơn đau thắt ngực không ổn định(ĐTNKÔĐ), 6 bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim (NMCT) (33,4%), 2 bệnh nhân có biểu hiện sốc tim (11,1%), điểm Euroscore trung bình là 6,4±1,2. Các thông số này đã phản ánh rất đúng tính chất cấp cứu của phẫu thuật, nguy cơ cao.

- Phân suất tổng máu trung bình của nhóm bệnh nhân: 60,7±17,3%; trong đó có 2 bệnh nhân có EF rất thấp trước mổ (30 và 34%), đây là hai bệnh nhân có biểu hiện sốc tim trước mổ,

tuy nhiên sau mổ cả hai trường hợp này đều cải thiện rất tốt.

- Về vị trí tổn thương của ĐMV: có 15 bệnh nhân có tổn thương ĐM liên thất trước, 9 bệnh nhân có tổn thương thân chung ĐM vành trái. Các thông số này rất phù hợp bởi đây là các ĐM nuôi một vùng cơ tim rộng lớn, khi tổn thương sẽ gây ra các triệu chứng nặng nề, cấp tính hơn đòi hỏi phải được can thiệp sớm, thậm chí là cấp cứu.

- Thời gian từ khi có kết quả chụp ĐMV đến lúc phẫu thuật: $6,24 \pm 1,3$ h. Khoảng thời gian này còn dài so với tính chất cấp cứu, nguyên nhân còn chuẩn bị hoàn chỉnh xét nghiệm, hội chẩn.

4.3. Đặc điểm trong phẫu thuật.

- Tất cả 18 bệnh nhân đều được phẫu thuật có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT). Đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, việc áp dụng phương pháp tim đập (Beating Heart) là rất nguy hiểm do đó chúng tôi đều lựa chọn có sử dụng THNCT để đảm bảo an toàn, giảm các nguy cơ.

- Thời gian trung bình của các bước phẫu thuật: chạy máy: $121,5 \pm 33,524$ phút; cặp ĐMC: $73,2 \pm 19,344$ phút, thời gian phẫu thuật: $319,2 \pm 59,4$ phút, phù hợp với nghiên cứu của Ngô Vi Hải [4], thời gian phẫu thuật của chúng tôi kéo dài hơn so với các nghiên cứu có chuẩn bị, điều đó có thể lý giải bởi phần lớn bệnh nhân trong nhóm phẫu thuật có sử dụng các thuốc liên quan tới đông máu ngay trước phẫu thuật, do đó thời gian cầm máu kéo dài.

- Trong nhóm nghiên cứu bệnh nhân được làm từ 2- 4 cầu nối: 3 cầu nối chiếm tỷ lệ: 44,5%, 2 cầu: 33,3%, 4 cầu: 22,2%, số lượng cầu vành cần làm phụ thuộc vào mức độ tổn thương trên hình ảnh chụp mạch vành. 2 trường hợp tổn thương đơn lẻ ĐM liên thất trước cũng phải làm 2 cầu (1 vào đoạn xa ĐM liên thất trước và 1 vào nhánh chéo Diagonal) vì tổn thương trên động mạch liên thất trước kéo dài gây tổn thương cả nguyên uỷ của nhánh chéo.

- Chúng ta thấy rằng số lượng cầu nối được tiến hành càng nhiều thì thời gian cặp ĐMC, thời gian THNCT và tổng thời gian phẫu thuật càng dài, mối liên hệ này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

4.4. Kết quả sớm của phẫu thuật: Thời gian thở máy sau mổ: $25,3 \pm 4,12$ h; thời gian dùng kháng sinh: $13,9 \pm 5,2$; thời gian nằm điều trị tại hồi sức $4,49 \pm 0$, thời gian các chỉ số nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với nghiên cứu của Ngô Vi Hải [4]. Trong vài năm gần đây, với sự tiến bộ của các chuyên ngành phối hợp (phẫu thuật, gây mê, chạy máy THNCT và hồi sức) thì các chỉ số này ngày càng rút ngắn.

- Số lượng máu truyền sau mổ trung bình là 873 ± 112 ml. Số lượng này cao hơn nghiên cứu của Ngô Vi Hải [4], do nhóm bệnh nhân của chúng tôi mổ cấp cứu nên phần lớn bệnh nhân sử dụng thuốc ảnh hưởng tới đông máu đến thời điểm phẫu thuật.

- Phân suất tổng máu trung bình (đánh giá ở thời điểm chuẩn bị xuất viện) là $63,8 \pm 9,3\%$, Như vậy chỉ số EF được cải thiện đáng kể.

4.5. Các biến chứng sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy không có bệnh nhân tử vong, chảy máu: 03 bệnh nhân phải mổ lại cầm máu, cả 3 bệnh nhân này đều rối loạn đông máu, không có điểm chảy máu ngoại khoa. Sau khi mổ lấy máu cục, rửa màng ngoài tim, dẫn lưu đều ổn định. Loạn nhịp: 06 bệnh nhân, loạn nhịp đều diễn ra trong vài ngày đầu sau mổ, điều trị nội khoa ổn định, có một trường hợp xuất hiện rung thất sau mổ ngày thứ 2 do rối loạn điện giải (Kali: 2,9), đã được cấp cứu thành công (sốc điện, bù kali, lidocain). Tỷ lệ loạn nhịp ở bệnh nhân mổ mạch vành chung theo Ngô Vi Hải là 25% [4].

- Các biến chứng về hô hấp: 04 trường hợp tràn dịch màng phổi sau mổ phải chọc hút: dịch hút được là dịch tiết, viêm phổi: 6 bệnh nhân, 5 bệnh nhân thở máy kéo dài trên 24h. Đây đều là các bệnh nhân cao tuổi, thể trạng yếu hoặc béo, sau mổ khả năng ho khạc kém gây suy hô hấp, ứ đọng dẫn tới viêm phổi.

- 1 bệnh nhân suy thận phải lọc thận nhân tạo sau mổ, sau 7 ngày chức năng thận cải thiện, hồi phục, bệnh nhân này có suy thận trước mổ, trong mổ làm 4 cầu, thời gian chạy máy và cặp ĐMC kéo dài. Không có bệnh nhân đau ngực tái phát hoặc có nhồi máu cơ tim mới sau phẫu thuật.

- Biến chứng về thần kinh: Đây là một biến chứng hay gặp trong phẫu thuật tim có THNCT, bệnh nhân cao tuổi và đặc biệt trong mổ cấp cứu khi chúng ta không có điều kiện để khảo sát hệ mạch cảnh, sống não. Tỷ lệ tai biến thần kinh trên bệnh nhân mổ tim của Bệnh viện Thống Nhất: 1,2 % [2].

- Biến chứng nhiễm khuẩn: 2 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ. 1 trường hợp bị nhiễm khuẩn huyết, cấy máu Tụ cầu vàng. Không có trường hợp nào bị nhiễm trùng xương ức. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Bé [2], tỷ lệ viêm xương ức trong phẫu thuật cầu vành là 0,6% [2]. Tỷ lệ nhiễm khuẩn cao hơn tác giả khác [6].

- 01 bệnh nhân bị xuất huyết tiêu hoá sau mổ. Bệnh nhân đã được điều trị khỏi khi cắt Aspirin, Plavix, dùng các thuốc bảo vệ dạ dày, do vậy cần khai thác tiền sử tốt, kết hợp các thuốc bảo vệ dạ dày để giảm thiểu nguy cơ này.

V. KẾT LUẬN

***Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:** Bệnh nhân nam giới chiếm đa số 77,8%. Các yếu tố nguy cơ: cao tuổi 67,7±12,2, THA 83,33%, hút thuốc lá 66,7%, rối loạn chuyển hoá Lipids 44,4%) và đái tháo đường: 22,2%. Tất cả các bệnh nhân đều có cơn đau thắt ngực không ổn định, thang điểm nguy cơ đánh giá theo điểm Euroscore : 6,4±1,2 điểm. Tổn thương ít nhất 1 động mạch quan trọng: Động mạch liên thất trước: 83,3% hoặc thân chung ĐMV trái: 50%. Hầu hết bệnh nhân có tổn thương từ 2 thân đến 04 thân động mạch vành: 88,9%.

***Đặc điểm trong quá trình phẫu thuật:** Thời gian chạy máy: 121,5±33,5 phút, thời gian cặp ĐMC: 73,2±19,3 phút, thời gian phẫu thuật: 319,2±59,4 phút. Số lượng cầu nối càng nhiều thì thời gian chạy máy, THNCT và tổng thời gian phẫu thuật càng dài. Số lượng cầu nối được tiến hành đều trên 2 cầu. 100% sử dụng ĐM vú trong và dùng tĩnh mạch hiển đảo chiều: 83,3%.

***Kết quả sớm sau phẫu thuật:** Không có bệnh nhân tử vong, nhồi máu cơ tim mới và đau ngực tái phát, thời gian điều trị tại hồi sức 4,5±0,9 ngày, thời gian thở máy 25,2±4,1h, Chỉ số EF sau mổ 63,8±9,4%. Chảy máu phải mổ cầm máu: 16,7%, loạn nhịp: 33,3%, viêm phổi: 33,3%, nhiễm trùng vết mổ: 11,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thọ Tuấn Anh (2006), "Phẫu thuật cầu nối chủ - vành", Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản Y học, tr.357-382.
2. Nguyễn Văn Bé, Đỗ Kim Quê (2015) "Đánh giá ngắn hạn và trung hạn phẫu thuật bắc cầu động mạch vành tại Bệnh viện Thống Nhất", chuyên đề tim mạch học thành phố Hồ Chí Minh tháng 11/2015.
3. Hoàng Minh Châu (2003), "Nghiên cứu một số kỹ thuật tiên tiến trong chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành", Đề tài nghiên cứu cấp Bộ quốc phòng - 2003.
4. Ngô Vi Hải (2004), "Đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật cầu nối động mạch vành trong điều trị thiếu máu cơ tim", Luận văn thạc sỹ y khoa - 2004, tr.55-58
5. Dallas: American Heart Association (1996), American Heart Association. Heart and Stroke facts 1995 Statistical Supplement.
6. Floyd D. Loop (2005), "Coronary Artery Surgery", Ann Thorac Surg, pp 2221-2227.
7. Laurencw S. Cohen (1991), Coronary artery disease and the indication for coronary revascularization, pp.1755-1762.

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ TĂNG SINH LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT ĐỘNG MẠCH: BÁO KẾT QUẢ TRUNG HẠN TRÊN 110 BỆNH NHÂN

Nguyễn Xuân Hiền*, Phan Hoàng Giang*

TÓM TẮT²⁰

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị trung hạn của bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt sau điều trị bằng phương pháp nút động mạch tại khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp tiến cứu từ 2/2014 đến 2/2017 điều trị cho 115 trường hợp. Bệnh nhân được đánh giá các thông số trước và sau điều trị 1 tháng, 12 tháng và 18 tháng: bảng điểm quốc tế về triệu chứng tuyến tiền liệt (IPSS), bảng điểm về chất lượng cuộc sống (QoL), lưu lượng dòng tiểu cao nhất (Qmax), lượng nước tiểu tồn dư (PVR) và chỉ số cương quốc tế với 5 câu hỏi (IIEF - 5). **Kết quả:** Thủ thuật

thành công với 110 trên 115 bệnh nhân (chiếm 95,6%). Lâm sàng cải thiện ở 100% bệnh nhân, các chỉ số IPSS, QoL, Qmax, PVR, IIEF - 5 cải thiện sau 18 tháng lần lượt 15,5 điểm, 2,6 điểm, 61,2%, 45,5%, 32,5%, 5,9%. **Kết luận:** kết quả trên cho thấy nút động mạch tuyến tiền liệt là một lựa chọn an toàn, hiệu quả, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt.

Từ khóa: tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt, nút động mạch tuyến tiền liệt

SUMMARY

STUDY TREATMENT BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA PATIENT BY PROSTATIC ARTERIALEMBOLIZATION: THE INTERMEDIATE - TERM RESULT ON 110 PATIENTS

Purpose: To evaluate intermediate-term results of prostatic arterial embolization (PAE) for benign prostatic hyperplasia (BPH) in Radiology department, Bach mai hospital. **Materials and methods:** From

* Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiền
 Email: ngocchienduylocbm@gamil.com
 Ngày nhận bài: 7.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017
 Ngày duyệt bài: 28.3.2017

February 2014 to February 2017, 115 patients were underwent treatment. Patients were evaluated at baseline and selected intervals (1, 12 and 18 month) for the following efficacy variables: International prostate symptom score (IPSS), quality of life (QoL) - related symptoms, peak urine flow rate (Qmax), post-void residual volume (PVR) and international index of erectile function - 5. **Results:** Embolization was technically successful in 110 of 115 patients (95,6%). Clinical success was seen in 100% of patients, the IPSS, QoL, Qmax, PVR, IIEF - 6 index improvements at 18 months are respectively 15.5 points, 2.6 points, 61.2%, 45.5%, 32.5%, 5,9%. No major complications were reported. **Conclusions:** The results from this clinical trial indicate that PAE offers a safe and efficacious treatment option to improve quality of life for men with BPH.

Keywords: Benign prostatic hyperplasia, prostatic artery embolization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt (TSLTTTL) là bệnh lành tính phát triển từ nhu mô tuyến tiền liệt (TTL). TSLTTTL thường bắt đầu vào độ tuổi trung niên ở nam giới. Tại Việt Nam theo Trần Đức Thọ có tới 86% nam giới mắc TSLTTTL ở độ tuổi 81 – 90. Trên thế giới theo Rubenstein có khoảng 50% nam giới từ 50 tuổi bị TSLTTTL, tỷ lệ này lên đến 75% ở những người 80 tuổi [1].

Bệnh nhân TSLTTTL đến khám với triệu chứng đái khó, đái nhiều lần, đái không hết,.. nhưng triệu chứng làm bệnh nhân khó chịu nhất phải đi khám là đái đêm nhiều lần. Người cao tuổi thường khó ngủ lại, cho nên đái đêm làm họ mệt mỏi, ảnh hưởng chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Trên thế giới, nhiều nước: Brazil, Bồ Đào Nha, Anh, Pháp, Mỹ, Trung Quốc,.. đã thực hiện kỹ thuật nút động mạch TTL trong điều trị TSLTTTL và đưa lại kết quả khả quan. Tại bệnh viện Bạch mai đã thực hiện phương pháp nút động mạch TTL trong 2 năm qua, nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả trung hạn của phương pháp này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành "Nghiên cứu điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp nút động mạch tuyến tiền liệt" với mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị

Bảng 1: Triệu chứng trước và sau điều trị 1 tháng, 12 tháng và 18 tháng:

Đặc điểm	Trước can thiệp	Sau 1 tháng	Sau 12 tháng	Sau 18 tháng
IPSS	26,8 ± 4,95	16,90 ± 4,19 (↓ 9,9)	14.60 ± 3,89 (↓ 12,2)	11.3 ± 4,02 (↓ 15,5)
QoL	4,7 ± 0,42	3,0 ± 0.56 (↓ 1,7)	2.70 ± 0.42 (↓ 2,0)	2.1 ± 0,45 (↓ 2.6)
PVR (ml)	61 ± 24,75	4.7 ± 17.49 (↓ 25.1%)	36.8 ± 15.20 (↓ 37.9%)	33.2 ± 9,01 (↓ 45.5%)
Qmax (ml/s)	8,3 ± 2,39	11,5 ± 2.19 (↑ 39.5%)	12,9 ± 1.78 (↑ 55.7%)	13.4 ± 1,88 (↑ 61.2%)

sau 18 tháng của bệnh nhân sau điều trị bằng phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

1. Bệnh nhân nam trên 40 tuổi
2. Thể tích TTL trên 25 gam có triệu chứng mức độ vừa, nặng
3. Bệnh nhân bị TSLTTTL đã điều trị nội 6 tháng nhưng thất bại
4. Xét nghiệm nồng độ PSA ≤ 4 ng/ml hoặc PSA ≤ 10 ng/ml (nhưng tỷ lệ PSA tự do/ PSA toàn phần ≥ 0,20, tỷ trọng PSA < 0,15)

Tiêu chuẩn loại trừ

1. Bệnh lý ác tính (tuyến tiền liệt, bàng quang)
2. Bệnh lý bàng quang: túi thừa lớn, sỏi bàng quang, bàng quang thần kinh, xơ cứng cổ bàng quang, bàng quang mất trương lực
3. Suy thận mạn tính độ 3 trở lên
4. Nhiễm trùng đường tiết niệu
5. Rối loạn đông máu
6. Bệnh nhân có dị tật bẩm sinh: câm, điếc, bệnh lý tâm thần không hiểu bộ câu hỏi

2.2. Phương pháp: Chọn phương pháp nghiên cứu can thiệp tiến cứu, thực nghiệm không đối chứng. Thời gian từ tháng 2/2014 đến tháng 2/2017. Bệnh nhân được thăm trực tràng, đánh giá các thông số IPSS, QoL, Qmax, PVR, PV, IIEF – 5 thực hiện xét nghiệm PSA (tự do, toàn phần), siêu âm, chụp cộng hưởng từ TTL. Những bệnh nhân nghi ngờ ung thư trên lâm sàng, xét nghiệm, siêu âm, cộng hưởng từ được chúng tôi tiến hành sinh thiết dưới hướng dẫn siêu âm có định vị của cộng hưởng từ.

III. KẾT QUẢ

Trong 36 tháng có 110 trong số 115 bệnh nhân được điều trị thành công, tuổi trung bình 75,1 tuổi (từ 51 tuổi đến 93 tuổi). Thời gian theo dõi: sau 1 tháng chúng tôi theo dõi được 105 ca, sau 12 tháng theo dõi được 80 ca, sau 18 tháng theo dõi được 55 ca.

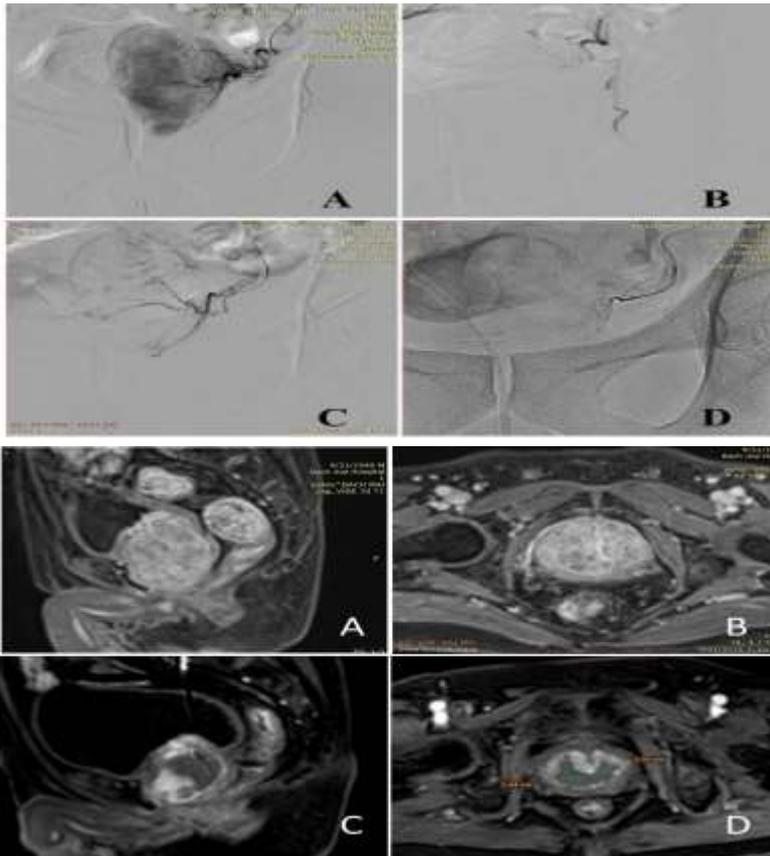
IIEF – 6	18,5 ± 4,55	19,7 ± 4,67 (↑1,2)	17,6 ± 4,54 (↓0,9)	19,6 ± 4,66 (↑1,1)
PSA (ng/ml)	4,95 ± 2,32	3,86 ± 1,87	3,53 ± 1,09	2,56 ± 1,23

Điểm trung bình IPSS, Qol, PVR (ml), Qmax (ml/s), IIEF – 5 sau can thiệp 18 tháng các chỉ số này có giá trị cải thiện lần lượt là 15,5 điểm, 2,1 điểm, 45,5%, 61,2%, 5,9%.

Bảng 2: Thể tích tuyến tiền liệt trước và sau can thiệp 1 tháng, 12 tháng và 18 tháng:

Thể tích	Trước nút	Sau 1 tháng	Sau 12 tháng	Sau 18 tháng
Trung bình (gam)	68.70 ± 28.64	53.90 ± 27.85 (↓ 21,5%)	46,3 ± 27.19 (↓ 32,5%)	44,3 ± 19,82 (↓ 35,5%)

Thể tích TTL sau can thiệp 1 tháng, 12 tháng và 18 tháng giảm lần lượt là 21,5%, 32,5% và 35,5%.



Hình 1: Kỹ thuật PERfectED [2]

(A) Hình ảnh chụp mạch cho thấy động mạch tuyến tiền liệt cấp máu cho nhu mô bên trái.

(B) Hình ảnh chụp mạch sau khi nút tắc động mạch tuyến tiền liệt trái. Sau đó cần tiếp tục đi vào nhánh trung tâm để bơm thêm vật liệu gây tắc.

(C) Sau khi đi vào nhu mô tuyến, có thể thấy còn nhánh nuôi cho thùy bên, vùng vỏ và thùy trung tâm.

(D) Nút tắc hoàn toàn động mạch tuyến tiền liệt trái

Hình 2: Cộng hưởng từ tuyến tiền liệt trước và sau nút mạch

(A, B) Hình ảnh T1W sagital, axial có tiêm trước điều trị, cho thấy ngấm thuốc không đều nhu mô tuyến.

(C, D) Hình ảnh T1W sagital, axial có tiêm sau nút mạch 3 tháng, cho thấy giảm thể tích tuyến tiền liệt và vùng không ngấm thuốc (vùng nhồi máu).

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng của TSLTTTL thường xảy ra ở độ tuổi 60 - 70 tuổi: đái khó, đái không hết, đái nhiều,... Tuy nhiên triệu chứng chủ yếu khiến bệnh nhân đến viện là đái đêm nhiều lần, mà bệnh nhân cao tuổi khó ngủ lại dẫn đến mất ngủ, mệt mỏi, ảnh hưởng tới sức khỏe ngày hôm sau [3].

Đến nay, cắt đốt nội soi TTL vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị bệnh lý TSLTTTL. Tuy nhiên phương pháp này có nhiều biến chứng: chảy máu, nhiễm trùng, thời gian nằm viện kéo dài, đặc biệt có thể gây đái không tự chủ,... ảnh hưởng đến đời sống hàng ngày. Vì vậy, các phương pháp xâm nhập tối thiểu được

phát triển để điều trị TSLTTTL nhằm giải quyết các vấn đề trên mà hiệu quả tương đương phẫu thuật [4], [5].

Chúng tôi báo cáo kết quả 110 bệnh nhân TSLTTTL được nút động mạch TTL thành công bằng hạt PVA (polyvinyl alcohol) và hạt vi cầu. Thời gian nằm viện trung bình sau can thiệp là 2 ngày. Ông thông bàng quang được rút sau can thiệp 1 ngày. Bệnh nhân sau can thiệp 70% không có triệu chứng, 20% rất nhẹ khi đi tiểu, 10% đái nhiều, đái buốt, đái máu, viêm mào tinh hoàn, không bệnh nhân nào có biến chứng nặng [6]. Đặc biệt, sau can thiệp bệnh nhân giảm hẳn triệu chứng đi đái đêm. Trước can thiệp, trung

bình các bệnh nhân đi đại đêm 5,5 lần/đêm, sau can thiệp 18 tháng chỉ còn 1,2 lần/đêm, sự giảm đáng kể này tương quan chặt chẽ đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Bệnh nhân giảm số lần đại đêm, giảm thiểu tình trạng thiếu ngủ, vì vậy họ có thể tham gia các hoạt động ban ngày, dành thời gian cho gia đình, bạn bè và các sở thích của họ.

Về vấn đề quan hệ tình dục của bệnh nhân TSLTTTL sau điều trị nút động mạch. Qua bảng trên ta có thể thấy, chỉ số IIEF-5 sau 18 tháng, có cải thiện 5,9%. Điều này được giải thích do bệnh nhân ngừng điều trị nội (những thuốc liên quan đến giảm ham muốn) [7].

Lý do cải thiện triệu chứng lâm sàng và giảm thể tích TTL là do: thứ nhất, khi nút tắc động mạch TTL làm giảm dòng máu tới TTL do đó tuyến không được nuôi dưỡng, hoại tử rồi teo nhỏ lại. Thứ hai, giảm nồng độ hormone Testosteron vào tế bào TTL sau nút mạch sẽ ức chế sự phát triển của TTL. Thứ 3, TTL bị teo làm giảm số thụ thể cảm nhận với $\alpha - 1 -$ adrenergic dẫn đến giảm trương lực cơ cổ bàng quang nên giảm bí tắc dòng tiểu, bệnh nhân đi tiểu tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Hiệu quả điều trị cho thấy mức độ triệu chứng giảm rõ: điểm trung bình IPSS, Qol, Qmax (ml/s), PVR (ml), PSA (ng/ml), IIEF- 5 sau can thiệp 18 tháng các chỉ số này có giá trị cải thiện lần lượt là 15,5 điểm, 2,1 điểm, 45,5%, 61,2%, 5,9%. Thể tích TTL sau can thiệp 1 tháng, 12

tháng và 18 tháng giảm lần lượt là 21,5%, 32,5% và 35,5%. Qua nghiên cứu sau 18 tháng, chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp an toàn, hiệu quả, cải thiện tốt triệu chứng lâm sàng, giảm thể tích TTL rõ, thời gian nằm viện ngắn, không có biến chứng nặng, tử vong. Vì vậy, đây có thể là phương pháp điều trị cho bệnh nhân tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt có triệu chứng vừa và nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rubenstein et al** (2008), Transurethral Microwave Thermotherapy of the Prostate (TUMT). eMedicine, 6 February 2008.
2. **Francisco C. Carnevale, Airton Mota Moreira, Alberto A. Antunes** (2014), The "PERFECTED Technique": Proximal Embolization First, Then Embolize Distal for Benign Prostatic Hyperplasia. Cardiovasc Intervent Radiol (2014) 37:1602–1605
3. **John T. Wei et al** (2007) *Benign Prostatic Hyperplasia*. Urologic Diseases in America, 48-68.
4. **Baazeem A, Elhilali MM** (2008), Surgical management of benign prostatic hyperplasia: current evidence. Nat Clin Pract Urol 2008; 5(10):540–549
5. **Pisco Martin et al** (2012) Prostate embolization artery for prostate benign hyperplasia: short – intermediate term result: Radiology, Volume 266: number 3.
6. **Phan Hoàng Giang, Nguyễn Xuân Hiền, Phạm Minh Thông** (2015), đánh giá hiệu quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp nút động mạch (2015), Tạp chí điện quang Việt Nam, số 19, tháng 3 2015.
7. **Hugo Rio Tinto et al** (2012), Prostatic Artery Embolization in the Treatment of Benign Prostatic Hyperplasia: Short and Medium Follow-up. 2012 Elsevier, techniques in Vascular and Interventional Radiology.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ TẠI KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2015

Vũ Sơn*

TÓM TẮT²¹

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm tìm ra một số yếu tố có ảnh hưởng tới nhiễm khuẩn vết mổ ở những người bệnh mổ mở có can thiệp trực tiếp vào các tạng của hệ tiết niệu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu theo dõi dọc. Cỡ mẫu: Chọn toàn bộ số NB vào

nhập khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình và được mổ mở trong năm 2015. Tiêu chuẩn chọn mẫu: NB được phẫu thuật do các phẫu thuật viên của khoa Ngoại tiết niệu thực hiện. Đóng thành bụng và chăm sóc vết mổ thống nhất một quy trình chung. Tiêu chuẩn loại trừ: NB được mổ mở từ các Khoa khác hoặc từ BV khác chuyển tới. Sử dụng các phép tính giá trị trung bình, tỷ lệ phần trăm để phân tích kết quả. Ngưỡng so sánh xác suất có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 57 ± 16 ; Tuổi thấp nhất là 5; Tuổi cao nhất là 90; Nam giới chiếm tỷ lệ 47,9%; Nữ giới chiếm tỷ lệ 52,1%. Tỷ lệ NKVM ở nam giới là 35,5%, ở nữ giới là 64,5%. Tỷ lệ NKVM giữa nữ giới và nam giới khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ NKVM chung của nhóm có can thiệp vào hệ tiết niệu là 28,7%. Có 70

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sơn

Email: vusonytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

TH can thiệp vào thận thì 27,1% bị NKVM, 19 TH can thiệp vào niệu quản thì 42,1% bị NKVM, 19 TH can thiệp vào bàng quang và niệu đạo thì 21,1% bị NKVM. Trung bình thời gian phẫu thuật là $82,5 \pm 27,1$, ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 150 phút. Thời gian phẫu thuật ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ nhiễm NKVM ($p > 0,05$). Giá trị trung bình BMI ở nhóm không NKVM là $19,7 \pm 2,4$, ở nhóm có NKVM là $19,9 \pm 2,0$. Chỉ số BMI ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ NKVM ($p > 0,05$). Giá trị trung bình đường huyết ở nhóm không NKVM là $5,2 \pm 1,1$, có NKVM là $7,7 \pm 5,3$. Đường huyết có ảnh hưởng tới tỷ lệ NKVM, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Giá trị trung bình Protein toàn phần nhóm không NKVM là $69,4 \pm 9,7$, có NKVM là $68,1 \pm 5,3$. Protein toàn phần ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ NKVM ($p > 0,05$). Giá trị trung bình Cholesterolon huyết ở nhóm không NKVM là $5,4 \pm 1,3$, có NKVM là $5,3 \pm 1,3$. Cholesterolon huyết ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ NKVM ($p > 0,05$). **Kết luận:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu 57 ± 16 . Tỷ lệ NKVM của nhóm đối tượng can thiệp trực tiếp vào đường tiết niệu là 28,7%. Đường huyết và Albumin huyết là 2 yếu tố ảnh hưởng rõ ràng đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). Chỉ số BMI; Tạng được can thiệp Thời gian phẫu thuật; Protein toàn phần; Cholesterolon huyết ảnh hưởng không rõ ràng đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ ($p > 0,05$).

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ

SUMMARY

STUDY ON SOME FACTORS RELATED SURGICAL SITE INFECTION IN FACULTY UROLOGIC SURGERY OF GENERAL HOSPITAL THAI BINH PROVINCE, 2015

Objects: The study aimed to find out a number of factors affecting surgical site infection in patients with open surgery can intervene directly in the organs of the urinary system. **Subjects-Method:** This study was performed by the method of longitudinal follow-up study. Choose whole patient in surgical urology Hospital Thai Binh province and open surgery in 2015. Patient surgery due to the surgeon's surgical urology done. Close the abdomen and surgical site care a general process consistency. Standard excluded from the sample: Surgery patients open surgery from other departments or from transferred to another hospital treatment at the department. Using the algorithm of the average value, the percentage to analyze data. Value comparisons with statistically significant when $p < 0.05$. **Results:** Characteristics of the study subjects: mean age 16 ± 57 ; The lowest was 5 years old; The highest age is 90; Males accounted for 47.9% rate; Women accounted for 52.1% rate. The rate of surgical site infection in men was 35.5%, among women is 64.5%. Surgical site infection rates between women and men differ not statistically significant with $p > 0.05$. The rate of surgical site infection by group general intervened in the urinary system is 28.7%. The rate of wound infection at the surgery: The

kidneys is 27.1% (in 70 cases); Ureter is 42.1% (in 19 cases); bladder and urethra is 21.1% (in 19 cases). Average operating time was 82.5 ± 27.1 , the shortest was 30 minutes, the longest 150 minutes. Surgical time is not clear impact on the rate of surgical site infection ($p > 0.05$). The mean BMI in the group being wound infection was 19.7 ± 2.4 , infections in the group with 19.9 ± 2.0 . BMI does not clearly influence the rate of wound infection ($p > 0.05$). The mean blood glucose in non-infectious group was 5.2 ± 1.1 , wound infection with 7.7 ± 5.3 . Blood glucose can affect wound infection rate, the difference was statistically significant at $p < 0.05$. The average value Protein full surgical site infection group was 69.4 ± 9.7 , with surgical site infection was 68.1 ± 5.3 . Total protein unclear impact on the rate of surgical site infection ($p > 0.05$). The average value of blood albumin in the group wound infection were 38.8 ± 4.9 , with wound infection were 34.9 ± 3.1 . Blood albumin affect surgical site infection rate ($p < 0.05$). The average value of blood cholesterol in surgical site infection group is 5.4 ± 1.3 , with surgical site infection is 5.3 ± 1.3 . Blood cholesterol is not clear impact on the rate of surgical site infection ($p > 0.05$). **Conclusions:** The average age of study subjects: 57 ± 16 . The rate of surgical site infection by direct intervention in the urinary tract is 28.7%. Glucose huyết và Albumin huyết là 2 yếu tố ảnh hưởng rõ ràng đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$). BMI index; Organs surgery; Surgical time; Total protein; Blood cholesterol affects unclear status surgical site infection ($p > 0.05$).

Keyword: Surgical site infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng bệnh viện (BV) là một trong những chỉ tiêu quan trọng phản ánh chất lượng chăm sóc và điều trị người bệnh. Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là những nhiễm khuẩn tại vết mổ xuất hiện trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật đối với các phẫu thuật không cấy ghép (Implant) và trong vòng 1 năm sau phẫu thuật với các phẫu thuật có cấy ghép [3].

Nhiễm khuẩn vết mổ vẫn luôn là nguyên nhân chủ yếu làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh tật và tử vong ở người bệnh (NB) phẫu thuật, là gánh nặng tài chính cho các cơ sở y tế và bản thân người bệnh [3]. Một vết mổ được xem là nhiễm khuẩn khi có mủ được phát hiện từ vết mổ đó. Vì vậy để chẩn đoán một vết thương có nhiễm khuẩn hay không, nên dựa vào các triệu chứng lâm sàng và nhất là có sự hiện diện của mủ tại vết thương [3].

Khoa ngoại Tiết niệu bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình với đặc điểm nhiều loại phẫu thuật, kể cả phẫu thuật mở và phẫu thuật nội soi. Hầu hết các phẫu thuật thuộc nhóm phẫu thuật sạch nhiễm bẩn. Để góp phần xây dựng quy trình

chăm sóc vết mổ cho từng nhóm phẫu thuật, giảm bớt tỷ lệ NKVM, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa ngoại Tiết niệu bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình, năm 2015.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

***Địa điểm nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. Người bệnh khi nhập điều trị tại Khoa được hướng dẫn các nội quy đảm bảo cho công tác chống nhiễm khuẩn bao gồm: không nấu ăn trong bệnh viện; người nhà NB đến thăm và chăm nuôi NB theo một giờ nhất định; người nhà NB không tham gia vào các thao tác y tế; rác sinh hoạt phải bỏ vào nơi quy định của Khoa.

***Đối tượng nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là những NB được nhập điều trị tại khoa Ngoại tiết niệu bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

***Thời gian nghiên cứu:** Từ 1/2015 đến 12/2015.

2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc không can thiệp.

* Phương pháp chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** Chọn toàn bộ số NB vào nhập Khoa và được phẫu thuật trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** NB được phẫu thuật mổ, do các phẫu thuật viên của khoa Ngoại tiết niệu thực hiện. Cuộc mổ được thực hiện tại phòng mổ của khoa Gây mê – Phẫu thuật. Các lớp sâu của vết mổ được không băng chỉ tiêu mũi rời. Lớp da được khâu bằng chỉ lín mũi rời. Người bệnh được chăm sóc vết mổ bởi các bác sỹ và điều dưỡng của khoa Ngoại tiết niệu thống nhất một quy trình chung.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh được phẫu thuật mổ từ các khoa khác hoặc từ bệnh viện khác chuyển tới điều trị tại Khoa.

3. Xử lý số liệu

- Số liệu ghi nhận vào biểu mẫu thống nhất, được xây dựng trước khi tiến hành nghiên cứu.

- Sử dụng các phép tính giá trị trung bình, tỷ lệ %, các test thống kê ứng dụng trong nghiên cứu y sinh học để phân tích kết quả.

- Ngưỡng so sánh sắc xuất có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này đã thu thập được 119 trường hợp mổ mở trong thời gian nghiên cứu, trong đó có 108 trường hợp phẫu thuật can thiệp trực tiếp vào hệ tiết niệu.

3.1 Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ

1. Phân bố tuổi và giới tính của đối tượng nghiên cứu (n=119)

Nhóm tuổi	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ		SL	TL(%)
	SL	TL(%)	SL	TL(%)		
< 20	2	3,5	0	--	2	1,7
20-<40	4	7,0	6	9,7	10	8,4
40-<60	23	40,4	32	51,6	55	46,2
≥ 60	28	49,1	24	38,7	52	43,7
Tổng	57	47,9	62	52,1	119	100,0

Nhận xét: Tuổi trung bình: 57 ± 16 ; Tuổi thấp nhất: 5; Tuổi cao nhất: 90. Nam giới chiếm tỷ lệ 47,9%; Nữ giới chiếm tỷ lệ 52,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ theo giới tính (n=119)

Nhiễm khuẩn vết mổ	Giới tính				p
	Nam		Nữ		
	SL	TL(%)	SL	TL(%)	
Không	46	52,3	42	47,7	0.17
Có	11	35,5	20	64,5	
Tổng	57	47,9	62	52,1	

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM ở nam giới là 35,5 %, ở nữ giới là 64,5 %. Tỷ lệ NKVM giữa nữ giới và nam giới khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

Bảng 3. Tạng can thiệp và nhiễm khuẩn vết mổ (n=108*)

Tạng can thiệp	Nhiễm khuẩn vết mổ		Tổng
	Không	Có	

	SL	TL(%)	SL	TL(%)	SL	TL(%)
Thận	51	72,9	19	27,1	70	64,8
Niệu quản	11	57,9	8	42,1	19	17,6
Bàng quang và niệu đạo	15	78,9	4	21,1	19	17,6
Tổng	77	71,3	31	28,7	108	100,0

*Trong 119 trường hợp mổ mở thì có 108 trường hợp trực tiếp can thiệp vào hệ tiết niệu, còn lại 11 trường hợp không can thiệp vào hệ tiết niệu (bao gồm các phẫu thuật hạ tinh hoàn, còn ống phúc tinh mạc và vỡ thể hang).

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM chung của nhóm có can thiệp vào hệ tiết niệu là 28,7%. Trong số 70 TH can thiệp vào thận thì 27,1% trường hợp bị NKVM. Trong số 19 TH can thiệp vào niệu quản thì 42,1% trường hợp bị NKVM. Trong số 19 TH can thiệp vào bàng quang và niệu đạo thì 21,1% TH bị NKVM.

Bảng 4. Thời gian phẫu thuật và nhiễm khuẩn vết mổ (n=108)

Nhiễm khuẩn vết mổ	n	Thời gian phẫu thuật (phút)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Ngắn nhất	Dài nhất	
Có	77	81,5 ± 25,1	30	150	0,572
Không	31	84,8 ± 31,8	40	150	
Tổng	108	82,5 ± 27,1	30	150	

Nhận xét: Giá trị trung bình thời gian can thiệp phẫu thuật của nhóm đối tượng nghiên cứu là 82,5 ± 27,1, ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 150 phút. Thời gian phẫu thuật ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ nhiễm NKVM, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 5. Chỉ số BMI và nhiễm khuẩn vết mổ (n=108)

Nhiễm khuẩn vết mổ	n	Chỉ số BMI			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Không	77	19,7 ± 2,4	14,2	28,7	0.71
Có	31	19,9 ± 2,0	15,6	25,1	
Tổng	108	19,7 ± 2,3	14,2	28,7	

Nhận xét: Trong nghiên cứu này không gặp trường hợp nào có chỉ số BMI ở nhóm béo phì (BMI > 30). Giá trị trung bình BMI ở nhóm không NKVM là 19,7±2,4, ở nhóm có NKVM là 19,9±2,0. Chỉ số BMI ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ NKVM (p > 0,05).

Bảng 6. Đường huyết và nhiễm khuẩn vết mổ (n=108)

Nhiễm khuẩn vết mổ	n	Đường huyết (mmol/l)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Không	77	5,2 ± 1,1	3,6	10,7	< 0,001
Có	31	7,7 ± 5,3	3,6	28,5	
Tổng	108	5,9 ± 3,2	3,6	28,5	

Nhận xét: Giá trị trung bình đường huyết ở nhóm không NKVM là 5,2±1,1, có NKVM là 7,7±5,3. Đường huyết có ảnh hưởng tới tỷ lệ NKVM, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 7. Protein toàn phần và nhiễm khuẩn vết mổ (n=108)

Nhiễm khuẩn vết mổ	n	Protein toàn phần (g/l)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Không	77	69,4 ± 9,7	14,8	83,3	0,483
Có	31	68,1 ± 5,3	56,5	80,4	
Tổng	108	69,1 ± 8,6	14,8	83,3	

Nhận xét: Giá trị trung bình Protein toàn phần nhóm không NKVM là 69,4±9,7, có NKVM là 68,1±5,3. Protein toàn phần ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ NKVM (p > 0,05).

Bảng 8. Albumin huyết và nhiễm khuẩn vết mổ (n=108)

Nhiễm khuẩn vết mổ	n	Albumin huyết (g/l)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Không	77	38,8 ± 4,9	23,6	50,2	<0,001
Có	31	34,9 ± 3,1	30,6	43,5	
Tổng	108	37,7 ± 4,8	23,6	50,2	

Nhận xét: Giá trị trung bình Albumin huyết ở nhóm không NKVM là 38,8±4,9, có NKVM là 34,9±3,1. Albumin huyết có ảnh hưởng tới tỷ lệ NKVM, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 9. Cholesterolon huyết và nhiễm khuẩn vết mổ (n=108)

Nhiễm khuẩn vết mổ	n	Cholesterolon huyết (mmol/l)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Thấp nhất	Cao nhất	
Không	77	5,4 ± 1,3	2,6	8,5	0,552
Có	31	5,3 ± 1,3	2,7	8,3	
Tổng	108	5,4 ± 1,3	2,6	8,5	

Nhận xét: Giá trị trung bình Cholesterolon huyết ở nhóm không NKVM là 5,4±1,3, có NKVM là 5,3±1,3. Cholesterolon huyết ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ NKVM ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ:

Trong 119 trường hợp mổ mở thì có 108 trường hợp can thiệp trực tiếp vào hệ tiết niệu, còn lại 11 trường hợp không can thiệp vào hệ tiết niệu, bao gồm các phẫu thuật hạ tinh hoàn, còn ống phúc tinh mạc và vỡ thể hang. Do đó trong nghiên cứu này chỉ đề cập một số yếu tố liên quan đến NKVM của những TH can thiệp trực tiếp vào đường tiết niệu.

NKVM là những nhiễm khuẩn tại vết mổ xuất hiện trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật đối với các phẫu thuật không cấy ghép (Implant) và trong vòng 1 năm sau phẫu thuật với các phẫu thuật có cấy ghép [3]. Trong nghiên cứu này chỉ đánh giá tình trạng NKVM trong thời gian nằm viện chưa có điều kiện để đánh giá với thời gian dài hơn theo khuyến cáo của một số tác giả. Việc phân lập được vi khuẩn tại vết mổ, hầu hết các nghiên cứu đều nhận thấy rằng trong thực tế lâm sàng có từ 25-50% TH vết thương nhiễm khuẩn nhưng không phân lập được vi sinh vật, ngược lại người ta vẫn có thể phát hiện được vi khuẩn từ các vết thương đã lành tốt [3], [4].

Kết quả trình bày tại bảng 1, cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 57 ± 16 thấp nhất: 5 tuổi, cao nhất: 90, nam giới chiếm tỷ lệ 47,9%, nữ giới chiếm tỷ lệ 52,1%. Những TH dưới 20 tuổi đều là những trường hợp phẫu thuật không can thiệp trực tiếp vào đường tiết niệu. Qua kết quả nghiên cứu trình bày tại bảng 2, Tỷ lệ NKVM ở nam giới là 35,5%, ở nữ giới là 64,5%. Tỷ lệ NKVM giữa nữ giới và nam giới khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ: Tỷ lệ NKVM chung của nhóm có can thiệp vào hệ tiết niệu là 28,7% (bảng 3). Trong đó can thiệp vào thận 70 TH (27,1%), niệu quản 19 TH (42,1%), niệu đạo và bàng quang 19 TH (21,1%). Tỷ lệ NKVM ở nhóm can thiệp vào niệu quản cao hơn các nhóm khác. Sở dĩ có kết quả này theo chúng tôi hiện nay tại địa điểm nghiên cứu triển khai 3 phương pháp can thiệp đối với sỏi niệu quản đó là mổ mở, mổ nội

soi sau phúc mạc và nội soi ngược dòng. Những trường hợp chỉ định mổ mở là những trường hợp sỏi niệu quản đã gây biến chứng như ứ nước, ứ mủ đài bể thận, những trường hợp sốt cao kéo dài điều trị nội khoa không cắt được sỏi.

***Thời gian phẫu thuật:** Trong một số nghiên cứu cho thấy cách thức phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng ảnh hưởng tới tỷ lệ NKVM.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 4 cho thấy, giá trị trung bình thời gian phẫu thuật của nhóm đối tượng nghiên cứu là 82,5 ± 27,1 phút, ngắn nhất là 30 phút, dài nhất là 150 phút. Thời gian phẫu thuật ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ nhiễm NKVM ($p > 0,05$). Theo chúng tôi, trong nghiên cứu này mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn (108 TH) để đưa ra kết luận khách quan hơn về thời gian phẫu thuật và tỷ lệ NKVM.

***Chỉ số BMI:** Theo Đỗ Thị Mỹ An, tỷ lệ NKVM ở người bệnh mổ sản tăng dần theo tuổi và chỉ số BMI. Tuổi càng cao thì nguy cơ NKVM càng tăng. Chỉ số BMI tăng lên 5 đơn vị thì nguy cơ NKVM tăng lên 2 lần [1]. Theo Huttunen. R, béo phì là một yếu tố nguy cơ NKVM. Nghiên cứu đã chỉ ra rằng béo phì có liên quan với nguy cơ gia tăng đáng kể của nhiễm khuẩn mô mềm (SSI) sau phẫu thuật [6].

***Đường huyết:** Theo Karen Stockl, người bệnh bị tiểu đường thì nguy cơ NKVM sẽ cao hơn người bệnh không bị tiểu đường [7]. Theo Phạm Thúy Trinh, trong số người bệnh mổ sạch và mổ nhiễm thì tỷ lệ NKVM ở những trường hợp tiểu đường là 21% [2].

Kết quả nghiên cứu được trình bày tại bảng 6 cho thấy giá trị trung bình đường huyết ở nhóm không NKVM là 5,2±1,1, có NKVM là 7,7±5,3. Đường huyết có ảnh hưởng tới tỷ lệ NKVM, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu này, tất cả các trường hợp khi vào viện có chỉ số đường huyết cao đều được điều trị nội khoa bằng các thuốc hạ đường huyết và điều chỉnh chế độ ăn, đến khi chỉ số đường huyết trở về giới hạn bình thường mới tiến hành phẫu thuật, trong quá trình điều trị hậu phẫu vẫn được điều trị hạ đường huyết theo phác đồ trước mổ. nhưng tỷ lệ NKVM vẫn cao hơn ở nhóm đối tượng khi vào viện có nồng độ đường huyết trong giới hạn bình thường

**Protein toàn phần:* Đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu này đều có thể trạng gầy, thiếu cân (bảng 5). Giá trị trung bình Protein toàn phần ở nhóm không NKVM là $69,4 \pm 9,7$, có NKVM là $68,1 \pm 5,3$ (bảng 7). Protein toàn phần ảnh hưởng không rõ ràng đến tỷ lệ NKVM ($p > 0,05$).

**Albumin huyết:* Giá trị trung bình Albumin huyết nhóm không NKVM là $38,8 \pm 4,9$, nhóm có NKVM là $34,9 \pm 3,1$ (bảng 8). Albumin huyết có ảnh hưởng tới tỷ lệ NKVM, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Như vậy trong hai chỉ số Protein toàn phần và Albumin thì chỉ số Albumin phản ánh rõ nét hơn nguy cơ NKVM.

**Cholesterolon huyết:* Giá trị trung bình Cholesterolon huyết ở nhóm không NKVM là $5,4 \pm 1,3$, giá trị trung bình Cholesterolon huyết ở nhóm có NKVM là $5,3 \pm 1,3$ (bảng 9). Nồng độ Cholesterolon huyết ảnh hưởng không rõ ràng đến tình trạng NKVM (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

1. Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ

- Đối tượng nghiên cứu chủ yếu từ độ tuổi 40 trở lên (chiếm tỷ lệ 89,9%).

- Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ của nhóm đối tượng can thiệp trực tiếp vào đường tiết niệu là 28,7%.

2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ

- Đường huyết và Albumin huyết là 2 yếu tố ảnh hưởng rõ ràng đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

- Chỉ số BMI, tạng của hệ tiết niệu được can thiệp, thời gian phẫu thuật, Protein toàn phần, Cholesterolon huyết ảnh hưởng không rõ ràng đến tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Thị Mỹ An, Trần Sơn Thạch, Nguyễn Văn Trường (2008);** "Yếu tố dự báo nhiễm trùng vết mổ sau mổ tại bệnh viện Hùng Vương"; Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Năm 2008, Tập 12, Số 1, Tr 12-14
2. **Phạm Thúy Trinh, Lê Thị Anh Đào, Nguyễn Thị Thanh Trúc, Nguyễn Thị Thanh Nhân (2010);** "Nghiên cứu tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa Ngoại tổng hợp bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM"; Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, Năm 2010, Tập 14, Số 1, Tr 20-24
3. **Alina Petrica, Cristina Brinzeu, Antoniu Brinzeu, Razvan Petrica, Mihai Ionac (2009);** "Accuracy of surgical wound infection definitions – The first step towards surveillance of surgical site infections"; TMJ 2009, Vol. 59, No. 3-4, Pp 362-365
4. **Cutting. KF, RJ White, P Mahoney, KG Harding (2005);** "Identifying criteria for wound infection"; European Wound Management Association (EWMA); London: MEP Ltd, 2005.
5. **Desiree May Oh, MD, Tania J. Phillips, MD (2006);** "Sex Hormones and Wound Healing"; Health Management Publications, Inc; 2006;18(1): 8-18.
6. **Huttunen. R and J Syrjänen (2012);** "Obesity and the risk and outcome of infection"; International Journal of Obesity, 333-340; doi:10.1038/ijo.2012.62; published online 1 May 2012
7. **Karen Stokl, Pharmd, Ann Vanderplas, Ms. Eskinder Tafesse, Phd. Eunice Chang (2004);** "Costs of Lower-Extremity Ulcers Among Patients With Diabetes" Diabetes Care, Volume 27, Number 9, September 2004, 2129-2134.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BẢNG QUANG THẦN KINH TĂNG HOẠT Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG TỦY SỐNG TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2015-2016

Đỗ Đào Vũ¹, Cao Minh Châu²

TÓM TẮT²²

Mục tiêu: Nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng bảng quang thần kinh tăng hoạt ở bệnh nhân chấn thương tủy sống điều trị tại Trung tâm phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai năm 2015-2016. **Đối tượng**

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: 29.3.2017

và phương pháp nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang 68 bệnh nhân bảng quang thần kinh tăng hoạt. **Kết quả và kết luận:** triệu chứng lâm sàng tiết niệu - thần kinh cho thấy phản xạ hậu môn được bảo tồn tốt nhất (95,56%) trong khi co thắt chủ động hậu môn bảo tồn kém nhất (51,47%). Số bím dùm trung bình/24 giờ là $1,97 \pm 1,69$ cái; Số lần rị tiểu trung bình/24 giờ là $3,74 \pm 2,26$ lần; Thể tích tối đa/1 lần thông tiểu là $146,62 \pm 72,26$ ml; Khô hoàn toàn là 14 bệnh nhân (20,59%).

Từ khóa: bảng quang thần kinh tăng hoạt, tổn thương tủy sống

SUMMARY

A STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS OF OVERACTIVE BLADDER IN SPINAL CORD INJURED PATIENTS AT BACH MAI DURING 2015-2016

Objective: The study aims to describe the clinical characteristics of overactive bladder in spinal cord injured patients who received treatment at Bach Mai's Rehabilitation Centre during 2015-2016. **Method and subject:** This is a descriptive cross sectional study on 68 overactive bladder patients. **Result and Conclusion:** The findings show that in terms of urologic – neurogenic characteristics, anal reflex and thigh-scrotum reflex were the best conserved while the conservation of voluntary anal contraction was the worst. The average number of daily pads was 1.97 ± 1.69 ; the number of leakage episodes per 24 hours was 3.74 ± 2.26 ; the maximal capacity/catheterization was 146.62 ± 72.26 ml; 14 patients (20.59%) stayed completely dry.

Key words: overactive bladder, spinal cord injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng bàng quang do nguyên nhân thần kinh là tình trạng đi tiểu không tự chủ do tổn thương hệ thần kinh trung ương hoặc ngoại vi bao gồm các trung tâm kiểm soát quá trình đi tiểu [1]. Chấn thương tủy sống là nguyên nhân thường gặp trong nhóm các bệnh lý thần kinh thường để lại di chứng nặng nề. Một trong những vấn đề người thầy thuốc phải đối mặt và giải quyết đó là rối loạn chức năng bàng quang, trong đó có dạng bàng quang tăng hoạt. Hậu quả của bàng quang tăng hoạt do nguyên nhân thần kinh là làm tăng áp lực bàng quang dẫn đến biến chứng trào ngược bàng quang - niệu quản, nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn, ứ nước thận [2]. Bệnh nhân không được chẩn đoán đúng để điều trị đúng sẽ tiến triển đến suy thận và tử vong trong bệnh cảnh suy thận giai đoạn cuối [3]. Gần đây, bàng quang thần kinh mới được các thầy thuốc quan tâm nhưng việc chẩn đoán còn gặp không ít khó khăn do tính chất đa dạng về triệu chứng lâm sàng ở nhóm bệnh nhân này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm lâm sàng bàng quang tăng hoạt động do nguyên nhân chấn thương tủy sống".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. *Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:* Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 75; (2) Bệnh nhân bị chấn thương tủy sống sau giai đoạn sốc tủy; (3) Có bằng chứng về lâm sàng bàng quang tăng hoạt động.

III. KẾT QUẢ

2.1.2. *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân đã dùng thuốc hoặc can thiệp vào bàng quang làm ảnh hưởng đến sự giãn nở và hoạt động chức năng của bàng quang; (2) Các bệnh lý kết hợp: bệnh lý hệ tiết niệu dưới (dị dạng, sỏi bàng quang, hẹp niệu đạo, phì đại lành tính tiền liệt tuyến, u bàng quang...); (3) Bệnh nhân không hợp tác được với nhân viên y tế: sa sút trí tuệ, rối loạn tâm thần...

2.1.3. *Cỡ mẫu:* Chúng tôi đã khám, làm các xét nghiệm và chẩn đoán 68 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.1.4. *Cách thức tiến hành:* Tất cả bệnh nhân đến điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai không phân biệt về tuổi, giới tính, được chẩn đoán bàng quang tăng hoạt do chấn thương tủy sống. Được làm đầy đủ các xét nghiệm: chẩn đoán hình ảnh (chụp Cắt lớp vi tính hoặc Cộng hưởng từ) để chẩn đoán là tổn thương tủy sống; phát hiện và loại trừ các dị tật và bệnh lý đường tiết niệu dưới; các xét nghiệm tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu nhằm loại trừ nhiễm khuẩn tiết niệu, nếu nhiễm khuẩn tiết niệu loại trừ ra khỏi nhóm nghiên cứu

2.1.5. *Vật liệu và công cụ phục vụ nghiên cứu:* Mẫu bệnh án nghiên cứu; nhật ký đi tiểu; mẫu đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.6. *Thời gian và địa điểm nghiên cứu:* Đề tài được thực hiện tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2015 đến 9/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. *Tiêu chuẩn chẩn đoán bàng quang thần kinh tăng hoạt:* Bệnh nhân bị chấn thương tủy sống sau giai đoạn sốc tủy; bệnh nhân bị tiểu gấp có hoặc không có tiểu són tiểu, thường kèm theo tiểu nhiều lần và tiểu đêm ... không do nhiễm khuẩn tiết niệu hoặc nguyên nhân khác (theo Hiệp hội tiểu không tự chủ Quốc tế 2002; ICS -International Continence Society)[4].

2.2.3. Các chỉ số đánh giá: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, nguyên nhân chấn thương; mức độ, vị trí chấn thương tủy sống dựa vào thang điểm phân loại của Hiệp hội Tổn thương Tủy sống Mỹ.

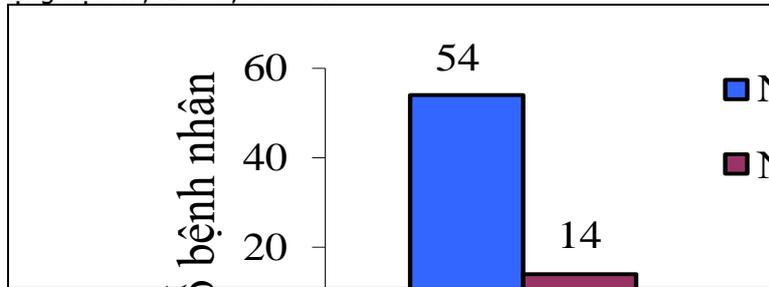
2.3. *Xử lý số liệu:* Phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 12.0 của Tổ chức Y tế Thế giới. Mức giá trị xác suất $P < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tuổi và thời gian mang bệnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

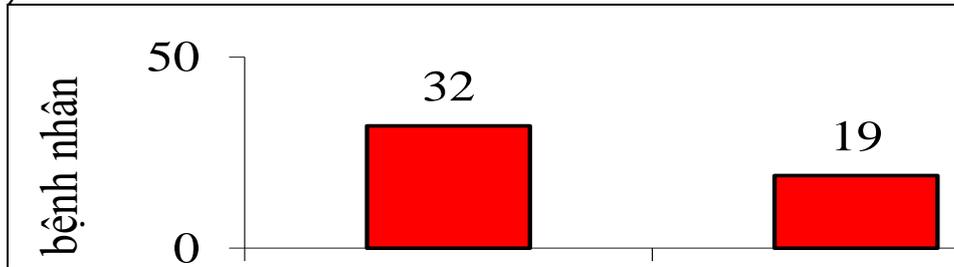
Đặc điểm	Trung bình ± độ lệch chuẩn (n=68)
Tuổi (năm)	41,82 ± 14,71
Thời gian mang bệnh (tuần)	47,41 ± 8,85

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 41,82 ± 14,7 (năm). Thời gian bị bệnh chấn thương tủy đến khi thăm dò niệu động học 47,41 ± 8,85 tuần.



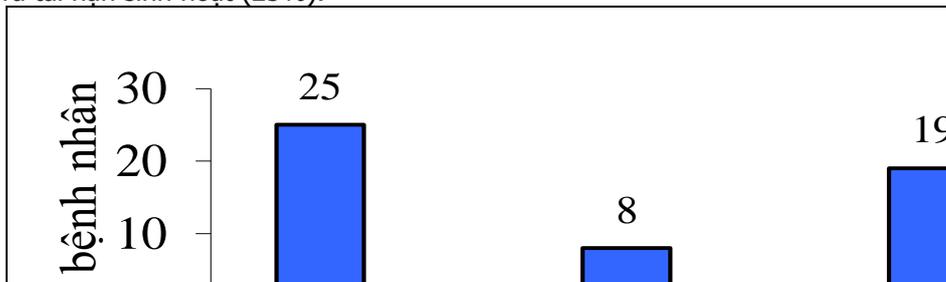
Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Phân bố theo giới tính cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn gấp 3,86 lần so với nữ (P<0,05, p của χ^2 test)



Biểu đồ 3.2: Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân

Ba nhóm nguyên nhân thường gây chấn thương tủy sống là tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt. Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao nhất (47,06%), rồi đến tai nạn lao động (27,94%) và tai nạn sinh hoạt (25%).



Biểu đồ 3.3: Phân loại mức tổn thương theo bảng phân loại ASIA

Mức độ tổn thương ASIA-A chiếm nhiều nhất 25 bệnh nhân, thấp nhất ASA- B với 8 bệnh nhân.

3.2. Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu trước điều trị

Bảng 3.2: Triệu chứng lâm sàng tiết niệu - thần kinh

Triệu chứng lâm sàng (có/không)	Nhóm nghiên cứu	
	n=68	Tỷ lệ %
Cảm giác quanh hậu môn	43	63,24
Cơ thắt chủ động hậu môn	35	51,47
Phản xạ hậu môn	65	95,56
Phản xạ hành - hang/âm vật	53	77,94
Phản xạ đùi bium (nam giới)	52	76,47

Triệu chứng tiết niệu - thần kinh cho thấy phản xạ hậu môn, phản xạ đùi bìu được bảo tồn tốt nhất trong khi co thắt chủ động hậu môn bảo tồn kém nhất.

Bảng 3.3: Nhật ký đi tiểu ba ngày

Chỉ số	Trung bình ± độ lệch chuẩn (n=68)
Số bím dùng trung bình/24 giờ	1,97 ± 1,69
Số lần rỉ tiểu trung bình/24 giờ	3,74 ± 2,26
Thể tích tối đa/1 lần thông tiểu	146,62 ± 72,26
Khô hoàn toàn (n,[%])	14 (20,59%)

Chúng tôi chọn thời gian ba ngày để theo dõi nhật ký đi tiểu vì thời lượng này đủ để đánh giá khách quan, đầu đủ tính chất rối loạn tiểu tiện và bệnh nhân dễ tuân thủ hơn. Tỷ lệ bệnh nhân giữ khô hoàn toàn trong 24 giờ nhóm nghiên cứu chiếm 20,59%.

III. BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng tiết niệu - thần kinh cho thấy phản xạ hậu môn, phản xạ đùi bìu được bảo tồn tốt nhất trong khi co thắt chủ động hậu môn bảo tồn kém nhất. Theo dõi nhật ký đi tiểu cho thấy số bím dùng trung bình trong ngày là $1,97 \pm 1,69$. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả trên thế giới như Birzele [5] là $1,9 \pm 0,9$ chiếc. Những năm gần đây, có nhiều loại bím được sản xuất và bệnh nhân dễ dàng mua, sử dụng mỗi khi có hiện tượng tiểu, đại tiện không tự chủ. Ở bệnh nhân bàng quang tăng hoạt sau chấn thương tủy sống, bím được dùng do các biện pháp hứng tiểu ngoài khác không được áp dụng hoặc không giải quyết triệt để được tình trạng rỉ tiểu gây phiền phức cho bệnh nhân. Số lần rỉ tiểu trung bình trong 24 giờ tương đối đồng nhất với một số nghiên cứu trên thế giới: Visco [6] cho biết số lần rỉ tiểu trung bình trong 24 giờ ở nhóm điều trị BoNT/A là $4,8 \pm 2,7$ và nhóm điều trị thuốc kháng muscarin là $5,2 \pm 2,7$. Conté [7] nhận thấy số lần rỉ tiểu trong 24 giờ là $4,8 \pm 0,2$ lần trước khi điều trị, Chen là $6,43 \pm 1,07$, Giannatoni [2] là $4,8 \pm 2,7$; và Tow là $3,75 \pm 1,9$ lần. Như vậy, số lần rỉ tiểu trung bình trong 24 giờ là khá cao ở tất cả các nghiên cứu, điều này chứng tỏ rỉ tiểu ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Rỉ tiểu trong 24 giờ được coi là triệu chứng lâm sàng quan trọng giúp chẩn đoán bệnh, mức độ bệnh cũng như theo dõi kết quả điều trị của bệnh nhân. Thể tích tối đa trong một lần thông tiểu là $146,62 \pm 72,26$ ml. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn thể tích tối đa trong một lần thông tiểu $312,33 \pm 145,68$ ml trong nghiên cứu của Tow và cộng sự. Sự khác nhau

này được giải thích là do đối tượng nghiên cứu khác nhau giữa hai nghiên cứu. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào những bệnh nhân có bàng quang tăng hoạt do nguyên nhân thần kinh chưa điều trị bất kỳ phương pháp nào làm ảnh hưởng đến chức năng cơ bàng quang. Tow và cộng sự lựa chọn những bệnh nhân đã điều trị thuốc kháng muscarin không đáp ứng tốt hoặc không dung nạp được tác dụng không mong muốn của thuốc sẽ chuyển sang điều trị bằng phương pháp tiêm Botox vào thành bàng quang. Bên cạnh đó cũng phải kể đến liều dùng trong nghiên cứu của Tow và cộng sự là 300 đơn vị Botox, cao hơn liều 200 đơn vị được sử dụng cho bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Chính vì thế, lượng nước tiểu tối đa qua một lần thông tiểu ngắt quãng ở những bệnh nhân trong nghiên cứu của tác giả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi là hoàn toàn hợp lý.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng tiết niệu - thần kinh cho thấy phản xạ hậu môn, phản xạ đùi bìu được bảo tồn tốt nhất trong khi co thắt chủ động hậu môn bảo tồn kém nhất. Các triệu chứng lâm sàng bàng quang thần kinh tăng hoạt cho thấy khô hoàn toàn trong 24 giờ thấp dưới 27%; số lần rỉ tiểu trung bình/24 giờ (3,74 lần); thể tích tối đa/một lần thông tiểu ngắt quãng (146,62 ml)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Corcos J, Schick E, Simplified** anatomy of the vesico-urethral functional unit. Textbook of neurogenic Bladder; UK, Informa Healthcare: 2008; 2: 13-18
2. **Giannatoni A, Mearini E, Zingaro MD et al.** Six-Year Follow-Up of Botulinum Toxin A Intradetrusorial Injections in Patients with Refractory Neurogenic Detrusor Overactivity : Clinical and Urodynamic Results. European urology; 2009; 55: 705-712
3. **Ku JH,** The management of neurogenic bladder and quality of life in spinal cord injury; Journal compilation BJU International; 2006; 98:739-745

4. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al.** The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation subcommittee of the International Continence Society. *Neurourology & Urodynamics*; 2002; 21(2):167-78
5. **Birzele J, Mehnert U, Reuter K et al.** Preserving voiding function and alleviation of Overactive Bladder symptoms with 100 units of Botulnum neurotoxin A, In multiple Sclerosis patients: a Promising therapy? *Eur Urol Suppl*; 2009; 8(4):242
6. **Visco AG, Brubaker L, Richter HE et al.** Anticholinergic Therapy vs. OnabotulinumtoxinA for Urgency Urinary Incontinence. *N Engl J Med*; 2012; 367:1803-13
7. **Conté A, Giannantoni A, Proietti S, et al.** Botulinum toxin A modulates afferent fibers in neurogenic detrusor overactivity. *European Journal of Neurology*, 2012;19: 725–732.

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ MỸ THO TỈNH TIỀN GIANG NĂM 2013

Tạ Văn Trầm¹, Phạm Thế Hiền²

TÓM TẮT²³

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang năm 2013 nhằm mô tả tỷ lệ bệnh tăng huyết áp (THA) và một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi. Kết quả cho thấy tỷ lệ 56,5% THA chung của người cao tuổi. Tỷ lệ THA ở nam giới (55,8%) cao hơn nữ (44,2%). Tỷ lệ THA theo JNC VII là 64,5% trong đó: bình thường là 12%, tiền THA là 31%, THA giai đoạn 1 là 13%, THA giai đoạn 2 là 8%. Nghiên cứu cho thấy có mối liên hệ giữa hút thuốc lá, thói quen ăn mặn, hoạt động thể lực, uống rượu và THA.

Từ khóa: tăng huyết áp, người cao tuổi, Tiền Giang

SUMMARY

RATIO AND FACTORS RELATED TO HYPERTENSION IN THE ELDERLY IN MY THO CITY, TIEN GIANG PROVINCE, 2013

Hypertension is a risk factor for cardiovascular disease in industrialized countries as well as in our country, a cause of death among 12 leading causes of death in the elderly. Survey prevalence of hypertension in the elderly and related factors in My Tho, Tien Giang. Cross-sectional study, 200 Tien Giang people from 60 years of age. A survey of 200 elderly people aged 60 or older in the wards and communes of My Tho city, Tien Giang province showed rates in men 55.8%, women 44.2%, aged 60 to 69 accounted for 40.5%, level I, level of education accounted for 45% rate of increase in blood pressure ratio was 64.5% according to JNC VII in which the normal 12%, 31% Pre-hypertension, stage 1 hypertension 13%, up stage 2 hypertension 8%. Salt diet accounted for 76% and 18% are not physically active. The rate of hypertension in the elderly is 56.5%. The associations of hypertension with age, occupation, salt diet and physical activity.

Key words: hypertension in the elderly, JNC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch ở các nước công nghiệp cũng như ở nước ta. Bệnh lý tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước

công nghiệp lẫn các nước đang phát triển và đứng hàng đầu trong số 12 nguyên nhân gây tử vong ở người cao tuổi theo bảng phân loại ICD-10. Ngoài ra, THA còn là bệnh đứng hàng thứ 2 trong số 10 bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi [1-7]. Bên cạnh đó, tuổi thọ trung bình của con người cũng tăng nhanh, làm cho số lượng người cao tuổi ngày càng nhiều. Những thay đổi về dân số học này có ảnh hưởng lên đời sống xã hội và làm gia tăng nhiều hơn nữa về nhu cầu chăm sóc y tế cho dân số người cao tuổi. Theo thống kê của Bộ Y tế, ở người cao tuổi mắc trung bình 2,69 bệnh, trong đó THA là một bệnh thường gặp. Những dự đoán về tăng trưởng dân số cho rằng tần suất THA chắc chắn sẽ gia tăng ở người cao tuổi và ước tính chiếm đến 2/3 của nhóm dân số này [1,4]. Lợi ích của việc điều trị hạ áp trong dân số chung đã được chứng minh trong những thử nghiệm lâm sàng là giảm các tai biến đột quỵ 35%-40%, giảm nhồi máu cơ tim 20%-25%, và giảm suy tim hơn 50% [2]. Việc phát hiện, ngăn ngừa, điều trị và kiểm soát THA phụ thuộc vào nhiều yếu tố: sự phát triển của mạng lưới y tế, các chương trình y tế của quốc gia, chương trình giáo dục sức khỏe, kinh tế xã hội, trình độ dân trí, thói quen sinh hoạt. Việc kiểm soát tốt huyết áp chỉ đạt được khi có sự phối hợp tốt trong điều trị dùng thuốc và thay đổi lối sống [1]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định lệ bệnh THA và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang từ tháng 9 đến tháng 10 năm 2013. Đối tượng nghiên cứu là người dân từ 60 tuổi trở lên đang sinh sống tại thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang.

2.2 Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng cho một tỷ lệ

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

Trong đó, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ là trị số của phân phối chuẩn với độ tin cậy là 95%, $p = 0,2$ là tỷ lệ tăng huyết áp ước tính theo nghiên cứu trước, $d =$

¹Sở Y tế tỉnh Tiền Giang

²Trường 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: 28.3.2017

0,06 là độ chính xác mong muốn. Cỡ mẫu tính theo công thức được là 170 người. Bởi vì sử dụng kỹ thuật chọn mẫu cụm nên cỡ mẫu được tăng lên gấp 1,2 lần: $170 \times 1,2 = 205$ người.

Tiêu chuẩn chọn là những người dân từ 60 tuổi trở lên đang sinh sống tại các xã, phường của thành phố Mỹ Tho từ tháng 9 đến tháng 10 năm 2013. Tiêu chuẩn loại trừ là những đối tượng có ít nhất một trong các trường hợp sau: đang mắc các bệnh nặng không đi lại được, nghe kém và không trả lời chính xác câu hỏi, bị câm, điếc bẩm sinh, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cách chọn mẫu: sử dụng kỹ thuật chọn mẫu cụm xác suất tỷ lệ theo cỡ dân số (PPS: probability proportionate to size), với cụm là một khu phố hoặc ấp. Các bước tiến hành được thực hiện như sau: Liệt kê danh sách 120 khu phố/ấp của thành phố Mỹ Tho; Điền dân số ≥ 60 tuổi của từng khu phố/ấp; Tính dân số ≥ 60 tuổi cộng dồn; Tính khoảng cách mẫu:

$$K = \frac{\text{Tổng dân số } \geq 60 \text{ tuổi cộng dồn}}{30 \text{ cụm}}$$

Dùng bảng số ngẫu nhiên chọn ra số ngẫu nhiên R, sao cho $R \leq K$. Cụm 1 có dân số cộng dồn $\geq R$, cụm 2 có dân số cộng dồn $\geq R + K$, cụm n có dân số cộng dồn $\geq (n - 1)K + R$. Cách xác định các cụm còn lại tiến hành giống như trên

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	109	54,5
	Nữ	91	45,5
Nghề nghiệp	Nội trợ	63	31,5
	Hưu trí/Cán bộ công chức	33	16,5
	Nông dân	29	14,5
	Buôn bán	18	9,0
Học vấn	Không có khả năng lao động	57	28,5
	Mù chữ	22	11,0
	Cấp I	90	45,0
	Cấp II	48	24,0
	Cấp III	26	13,0
Kinh tế hộ	Đại Học-Cao Đẳng-Trung cấp nghề	14	7,0
	Nghèo	21	10,5
	Trung bình	131	65,5
	Khá	48	24

Có tổng số 200 người tham gia nghiên cứu. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu được trình bày tại Bảng 1. Nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ. Về nghề nghiệp: nội trợ cao nhất với 63 người chiếm 31,5%, nhóm người không có khả năng lao động với 57 người chiếm 28,5%, hưu trí/Cán bộ công chức với 33 người chiếm 16,5%, nông dân có 29 người chiếm tỷ lệ 14,5%, buôn bán thấp nhất với 18 người chiếm 9%. Về học vấn: cấp 1 cao nhất (45%), tiếp đến cấp 2 (24%), cấp 3 (13%), mù chữ chiếm 11% và nhóm đại Học-Cao Đẳng-Trung cấp chuyên nghiệp thấp nhất (7%).

cho đến khi xác định đủ 30 cụm. Với cỡ mẫu 205 người, chia đều cho 30 cụm, mỗi cụm đã khảo sát 7 người bằng cách bốc thăm ngẫu nhiên.

2.3 Thu thập số liệu: Đo huyết áp bằng máy đo huyết áp đồng hồ hiệu LOT 10D13 do Nhật Bản. Chuẩn bị đối tượng: ngồi nghỉ ít nhất 5 phút trước khi đo; đối tượng không được uống cà phê 1 giờ trước đo, không hút thuốc 30 phút trước, không sử dụng thuốc cường giao cảm.

Phòng vấn trực tiếp theo mẫu câu hỏi thiết kế sẵn để thu thập dữ liệu về đặc tính cá nhân (tuổi, giới, học vấn, nghề nghiệp) và một số yếu tố liên quan đối với bệnh tăng huyết áp như đặc điểm uống rượu, hút thuốc lá, thói quen ăn mặn và hoạt động thể lực. Hoạt động thể lực được đánh giá theo hướng dẫn của Hội Lão khoa Nhật Bản và Viện Lão Khoa Trung ương về Phương pháp đánh giá hoạt động thể lực của Người cao tuổi [5,7].

2.4. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS để nhập và phân tích các dữ liệu. Tỷ lệ tăng huyết áp được phân tích theo các đặc điểm giới, tuổi và các giai đoạn của bệnh tăng huyết áp. Mỗi liên quan của một số yếu tố với bệnh tăng huyết áp được phân tích bằng phương pháp hồi quy đơn biến và đa biến logistic. Giá trị $p < 0,05$ theo hai phía được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.2 Xác định mối liên quan của bệnh tăng huyết áp**Bảng 2. Kết quả phân tích một số yếu tố liên quan đến tăng huyết áp**

Các biến		Phân tích đơn biến		Phân tích đa biến	
		OR (95%CI)	p	OR (95%CI)	p
Giới	Nữ	1,0		1,0	
	Nam				
Nhóm tuổi	60-69	1,0		1,0	
	70-79				
	≥ 80				
Hút thuốc	Không	1,0		1,0	
	Có				
Uống rượu	Không	1,0		1,0	
	Có				
Ăn mặn	Không	1,0		1,0	
	Có				
Hoạt động thể lực	Không	1,0		1,0	
	Có				
Kiến thức đúng	Không	1,0		1,0	
	Có				
Thái độ đúng	Không	1,0		1,0	
	Có				
Thực hành đúng	Không	1,0		1,0	
	Có				

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:**

Trong nghiên cứu này tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (nam 54,5%; nữ 45,5%). Điều này không phù hợp với thực tế (theo thống kê chung thì giới nữ nhiều hơn nam, đặc biệt ở người cao tuổi). Sự khác biệt này là do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ, phương pháp chọn mẫu không đại diện được hết cho cộng đồng. Vì thế, có thể sẽ có sai số khi chúng tôi so sánh tỷ lệ THA giữa nam và nữ. Về nghề nghiệp: nội trợ cao nhất với 63 người chiếm 31,5%, nhóm người không có khả năng lao động với 57 người chiếm 28,5%, hưu trí/Cán bộ công chức với 33 người chiếm 16,5%, nông dân có 29 người chiếm tỷ lệ 14,5%, buôn bán thấp nhất với 18 người chiếm 9%. Ta nhận thấy nhóm người từ 60 tuổi trở lên tại Mỹ Tho thì nội trợ và không có khả năng lao động là đa số; nông dân, buôn bán, hưu trí chiếm tỷ lệ ít hơn. Điều này phù hợp đặc điểm dân số và xã hội của thành phố Mỹ Tho. Trình độ từ trung cấp trở lên rất ít, đa phần là cấp, tỷ lệ mù chữ là 11%.

4.2 Tỷ lệ tăng huyết áp: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 200 người, tỷ lệ THA theo giới (kể cả đối tượng đang dùng thuốc hạ áp) có 113 bệnh nhân (56,5%), trong đó nam THA là 31,5%; nữ là 25%. Ta thấy tỷ lệ THA ở nam nhiều hơn nữ, điều này hoàn toàn phù hợp vì nam giới thường hút thuốc và uống rượu nên tỷ lệ THA sẽ cao hơn nữ giới.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ giữa nhóm tuổi và THA (kể cả đối tượng đang dùng thuốc hạ áp) thì nhóm tuổi và THA phụ thuộc nhau và có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Có 113 người tăng huyết áp bao gồm nhóm tuổi đang dùng thuốc hạ HA và nhóm mới được chẩn đoán, trong đó nhóm tuổi 60-69 là 21,5%; nhóm tuổi 70-79 là 23,5%; trên 80 tuổi là 11,5%. Vậy ta thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh THA càng cao.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp: Mối liên hệ giữa uống rượu và THA có ý nghĩa thống kê với $P = 0,04$. Tỷ lệ bệnh nhân THA có uống rượu chiếm 54,8%, tỷ lệ bệnh nhân THA không uống rượu chiếm 45,2%. Tình trạng uống rượu giữa hai giới khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,466$. Điều này phù hợp vì phụ nữ Việt Nam ít uống rượu. Tất cả các bằng chứng nghiên cứu đều cho thấy thói quen uống rượu ở người già, đặc biệt từ 60 tuổi trở lên làm tăng tỉ lệ các bệnh tim mạch. Ghi nhận thói quen uống rượu hiện tại và trong quá khứ là một việc quan trọng, cần thiết để đánh giá toàn diện nguy cơ tim mạch cho mỗi người, đặc biệt là ở bệnh nhân THA [2].

Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có 200 người, mối liên hệ giữa hút thuốc lá và THA có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01$. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy giữa việc hút thuốc và THA có liên quan nhau, nhóm người hút thuốc có THA cao hơn so với nhóm người không hút thuốc lá. Tỷ lệ bệnh nhân có hút thuốc lá và THA chiếm 44%.

Tỉ lệ bệnh nhân có hút thuốc lá mà không THA chiếm 32,5%. Tình trạng hút thuốc lá giữa hai giới khác nhau có ý nghĩa thống kê với. Tỉ lệ bệnh nhân nam hút thuốc lá luôn cao hơn nữ do đặc điểm phụ nữ Việt Nam ít hút thuốc lá. Tất cả các bảng chứng nghiên cứu đều cho thấy hút thuốc lá làm tăng tỉ lệ mới mắc và tử vong do các bệnh tim mạch. Ghi nhận thói quen hút thuốc hiện tại và trong quá khứ là một việc quan trọng, cần thiết để đánh giá toàn diện nguy cơ tim mạch cho mỗi người, đặc biệt là ở bệnh nhân THA [1].

Sự liên quan giữa thói quen ăn mặn và THA có ý nghĩa thống kê với $P = 0,017$ ($P < 0,05$). Như vậy thói quen ăn mặn của người dân làm tăng tỉ lệ mắc bệnh THA. Tỉ lệ bệnh nhân THA có ăn mặn chiếm 76%. Tỉ lệ bệnh nhân THA không ăn mặn chiếm 24%. Tình trạng ăn mặn giữa hai giới khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $P = 0,081$ ($P > 0,05$). Tất cả các bảng chứng nghiên cứu đều cho thấy thói quen ăn mặn ở người già đặc biệt từ 60 tuổi trở lên làm tăng tỉ lệ các bệnh tim mạch. Vì thế công tác tuyên truyền trong cộng đồng vẫn là quan trọng nhất và cần phải được quan tâm thường xuyên hơn, để họ ý thức được và nâng cao sức khỏe mình hơn. Ghi nhận thói quen ăn mặn hiện tại và trong quá khứ là một việc quan trọng, cần thiết để đánh giá toàn diện nguy cơ tim mạch cho mỗi người, đặc biệt là ở bệnh nhân THA [6].

Mối liên hệ giữa hoạt động thể lực và THA có ý nghĩa thống kê với $P = 0,037$. Tỉ lệ bệnh nhân không hoạt động thể lực và có THA chiếm 18%. Tỉ lệ bệnh nhân không hoạt động thể lực mà không THA chiếm 10,5%. Tình trạng hoạt động thể lực giữa hai giới phụ thuộc nhau và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,029$ ($P < 0,05$). Vì thế hoạt động thể lực thường xuyên và điều độ rất tốt cho sức khỏe không chỉ ở người già mà còn ở giới trẻ chúng ta, đơn giản chỉ cần tập thể

dục 30 phút mỗi sáng. Tuyên truyền giúp mọi người hiểu được lợi ích của hoạt động thể lực và để nâng cao sức khỏe mình hơn. Hoạt động thể lực thường xuyên và điều độ là việc cũng góp phần làm giảm nguy cơ tim mạch cho mỗi người, đặc biệt là ở bệnh nhân THA [3].

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 200 người cao tuổi có độ tuổi từ 60 trở lên tại các phường, xã thành phố Mỹ Tho, tỉnh Tiền Giang, chúng tôi ghi nhận tăng huyết áp là bệnh phổ biến có tỷ lệ mắc chung 56,5% và ở nam (55,8%) cao hơn ở nữ (44,2%). Các yếu tố liên quan độc lập đối với tăng huyết áp là hút thuốc lá, thói quen ăn mặn, ít hoạt động thể lực, uống rượu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thiện Thành. Bệnh huyết áp cao - Những bệnh thường gặp ở người cao tuổi. Nhà xuất bản Y học, Chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, 2000; tr. 94-114.
2. Liên ủy ban Quốc gia Hoa Kỳ lần thứ 7, Khuyến cáo phòng ngừa, phát hiện, đánh giá và điều trị tăng huyết áp của Liên ủy ban Quốc gia Hoa Kỳ lần thứ 7 (JNC 7): 2003.
3. Phạm Tử Dương. Tăng huyết áp. Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tái bản lần thứ 5, 2005; 1- 89.
4. Đào Duy An. Điều tra ban đầu chỉ số huyết áp và tỷ lệ tăng huyết áp ở người dân tộc thiểu số thị xã Kon Tum. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 2003; số 36: 33-37.
5. Đào Duy An, Nguyễn Ngọc Tuấn. Tình trạng huyết áp ở người cao tuổi thị xã Kon Tum. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, 2005; 41: 73-82.
6. Phan Thị Kim. Chế độ ăn trong một số bệnh mạn tính, dinh dưỡng hợp lý và sức khỏe. Nhà xuất bản Y học, 1998; 294-337.
7. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on the Prevention, Detection, Evaluation and treatment of high blood pressure JNC VII Express. JAMA, 2003; (289): 2560-2572.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN GIẤC NGỦ CỦA BỆNH NHÂN SAU MỔ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2015

Dinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

TÓM TẮT²⁴

*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: 14.3.2017
 Ngày duyệt bài: 23.3.2017

Mục tiêu: Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân sau mổ trượt đốt sống thắt lưng tại bệnh viện Việt Đức năm 2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi và giới có mối liên quan tới CLGN của bệnh nhân ($p < 0,05$). Tuổi càng cao, CLGN càng giảm. CLGN ở nữ kém hơn so với nam giới. Mức độ đau và số tầng trượt đốt sống ảnh hưởng rõ rệt đến CLGN. Đau càng giảm thì CLGN càng cải thiện. Bệnh nhân bị trượt đốt sống 2 tầng thì có CLGN kém hơn so với trượt 1 tầng. Các

yếu tố thường xuyên gây khó khăn cho giấc ngủ của bệnh nhân: ánh sáng quá mức, tiếng ồn (tiếng nói chuyện, tiếng máy theo dõi...Hơn 50% các bệnh nhân có tâm lý lo lắng khi nằm viện về chi phí điều trị và tình trạng sau mổ. **Kết luận:** Nhìn chung, để tăng chất lượng giấc ngủ cho bệnh nhân, cần xác định các yếu tố gây mất ngủ cho bệnh nhân để giải quyết trong giới hạn cho phép.

Từ khóa: Yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ, trượt đốt sống thắt lưng, bệnh viện Việt Đức.

SUMMARY

THE FACTORS AFFECTING THE SLEEP OF PATIENTS POSTOPERATIVE LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS IN VIETNAM - GERMANY HOSPITAL IN 2015

Objectives: To comment the factors affecting the sleep of postoperative lumbar spondylolisthesis patients in Vietnam- Germany hospital in 2015.

Method: descriptive study. **Results:** Age and gender were related factors to patients' sleep quality ($p < 0.05$). Increasing age, sleep quality was declining. Sleep quality in women was poorer than men. The degree of pain and spondylolisthesis floors clearly affected the quality of sleep. Pain decreases when the sleep quality improved. Patients with 2-floor spondylolisthesis had poor sleep quality than group with 1-floor spondylolisthesi. These factors often made it difficult for the patient's sleep: excessive light, noise (talking, monitor sound...). More than 50% of patients had psychological anxiety about hospitalization costs and recovering after surgery. **Conclusion:** In general, to increase the quality of sleep for patients, needed is identifying the factors that cause insomnia in patients to address the permissible limits.

Keywords: Factors affecting sleep, lumbar spondylolisthesis, Vietnam-Germany Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngủ là một nhu cầu tương đối cơ bản của con người. Khi ngủ cơ thể tiết ra những hormone

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và chất lượng giấc ngủ (CLGN)

Bảng 1. Môi liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và CLGN

STT	Đặc điểm	Chất lượng giấc ngủ			Kiểm định/p
		Tốt n (%)	Kém n (%)	Điểm PSQI trung bình	
1	Tuổi ≥40 ≥40	8 (8)	6 (6)	7,6	Khi bình phương p = 0,008
		18 (18)	68 (68)	10,5	
2	Giới Nam Nữ	9 (9)	28 (28)	8,7	T – test p < 0,05
		5 (5)	58 (58)	10,4	
3	Nghề nghiệp Nông dân, công nhân Khác	9 (9)	64 (64)	9,9	Khi bình phương P > 0,05
		5 (5)	22 (22)	9,5	

3.1. Tình trạng bệnh và CLGN

quan trọng cho quá trình chuyển hóa, tích lũy năng lượng, giúp cơ thể phát triển thích nghi với môi trường sống. Mất ngủ không chỉ tác động đến chức năng nhận thức mà còn tác động đến sức khỏe tinh thần và thể chất con người. Thiếu ngủ gây ức chế hệ phó giao cảm, làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch, béo phì, đái tháo đường[1]. Đối với một người bệnh, để có một giấc ngủ thực sự ngon và hiệu quả trong môi trường bệnh viện gặp nhiều khó khăn. Bên cạnh những khó chịu về bệnh tật, những yếu tố môi trường như tiếng ồn, ánh sáng, nhiệt độ..., yếu tố tâm lý ảnh hưởng không hề nhỏ tới giấc ngủ của bệnh nhân. Đó có thể là những nguyên nhân gây rối loạn giấc ngủ trong quá trình nằm viện. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về giấc ngủ ở bệnh nhân nội trú bằng nhiều phương pháp khác nhau. Tuy nhiên ở Việt Nam, vấn đề này lại chưa được quan tâm đúng mức. Việc chăm sóc và nâng cao chất lượng giấc ngủ cho bệnh nhân là một trong những yếu tố nhằm mục tiêu chăm sóc toàn diện mà người điều dưỡng cần nghĩ tới. Để giúp hiểu sâu hơn về vấn đề này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: "nhận xét các yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân sau mổ trượt đốt sống thắt lưng tại bệnh viện Việt Đức năm 2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 100 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng được điều trị tại khoa phẫu thuật cột sống, bệnh viện Việt Đức năm 2015.

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

2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý số bằng phần mềm SPSS 20.0.

Bảng 2. Mối liên quan giữa tình trạng bệnh và chất lượng giấc ngủ

STT	Đặc điểm	Chất lượng giấc ngủ			Kiểm định/ p
		Tốt n (%)	Kém n (%)	Điểm PSQI trung bình	
1	Vị trí trượt đốt sống thắt lưng				ANOVA p > 0,05
	T12L1	2 (2)	4 (4)	7,7	
	L3L4	4 (4)	10 (10)	9,1	
	L4L5	6 (6)	52 (52)	9,8	
2	L5S1	2 (2)	12 (12)	9,2	T – test p < 0,05
	Số tầng trượt				
	1 tầng	14 (14)	78 (78)	9,5	
	2 tầng	0 (0)	8 (8)	13	

Tỷ lệ bệnh nhân có CLGN kém ở nhóm trượt đốt sống L4L5 là 52%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân có giấc ngủ kém ở nhóm trượt đốt sống 1 tầng là 78%, nhóm trượt đốt sống 2 tầng 8%. PSQI trung bình của bệnh nhân trượt đốt sống 2 tầng là 13, cao hơn nhóm trượt 1 tầng (9,5). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

3.2. Mức độ đau trung bình 5 ngày sau mổ và CLGN

Bảng 2. Mối liên quan giữa mức độ đau trung bình 5 ngày đầu sau mổ và CLGN

STT	Đặc điểm	Chất lượng giấc ngủ			Kiểm định/ p
		Tốt n (%)	Kém n (%)	Điểm PSQI trung bình	
1	Đau nhẹ	9 (9)	8 (8)	6,72	Khi bình phương p < 0,001
2	Đau vừa, đau nhiều	5 (5)	78 (78)	10,4	

Tỷ lệ bệnh nhân có CLGN kém chủ yếu ở nhóm có mức độ đau trung bình và đau nhiều (78%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, kiểm định Khi bình phương, p < 0,001.

3.4. Yếu tố môi trường, tâm lý, chất kích thích

Bảng 3. Yếu tố môi trường, tâm lý, chất kích thích gây khó ngủ

STT	Yếu tố ảnh hưởng	n	%	Tổng
1	Tiếng ồn:			64
	- Tiếng nói chuyện, tiếng ngáy ngủ	60	60	
	- Tiếng máy móc theo dõi	2	2	
	- Tiếng ồn do hoạt động chăm sóc (kéo xe tiêm, thực hiện thuốc)	2	2	
2	Nhiệt độ			20
	Nhiệt độ phòng bệnh lạnh	4	4	
	Nhiệt độ phòng bệnh nóng	16	16	
3	Ánh sáng	44	44	44
4	Tâm lý:			56
	- Lo lắng chi phí điều trị	22	22	
	- Lo lắng cho tình trạng sau mổ	34	34	
5	Chất kích thích	0	0	0

Tiếng ồn, chủ yếu là tiếng nói chuyện, tiếng máy móc, tiếng ồn do hoạt động chăm sóc gây khó khăn trong giấc ngủ của 64/100 bệnh nhân. Có 20% bệnh nhân cảm thấy nhiệt độ phòng quá nóng hoặc quá lạnh ảnh hưởng đến giấc ngủ của họ. 44 bệnh nhân than phiền ánh sáng quá mức gây khó khăn cho giấc ngủ, 56 bệnh nhân lo lắng về tình trạng sau mổ và chi phí điều trị, dẫn đến ngủ kém. Trong quá trình điều trị, bệnh nhân không sử dụng chất kích thích nên không ảnh hưởng gì tới giấc ngủ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối tương quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và CLGN

Kết quả nghiên cứu này chỉ ra có mối liên quan giữa tuổi và giới tới CLGN của bệnh nhân. Với tuổi càng cao thì CLGN càng giảm, nhất là những người từ độ tuổi trung bình trở đi CLGN bị ảnh hưởng nghiêm trọng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó khi cho rằng độ tuổi càng tăng thì hiệu quả giấc ngủ cũng giảm đáng kể, số lần tỉnh giấc tăng lên. Giấc ngủ càng kém ở những người trên 60 tuổi và đa số những

người trên 70 tuổi ngủ được ít hơn 5 tiếng mỗi ngày [2].

Sự khác nhau giữa số điểm PSQI trung bình của nam và nữ là có ý nghĩa thống kê. CLGN trong môi trường bệnh viện của nữ giới thường kém hơn so với nam giới. Nghiên cứu của Orhan Dogan, Ertekin và Selma Dogan [3] đã kết luận rằng: nam giới có chất lượng giấc ngủ tốt hơn so với phụ nữ. Sự khác nhau đó là do vẫn còn sự phân biệt giới tính trong xã hội, nữ giới phải gánh vác nhiều công việc trong gia đình và luôn lo lắng nhiều về việc không thực hiện nhiệm vụ ở nhà và chăm sóc con cái trong thời gian ở viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tình trạng đau sau mổ ảnh hưởng không nhỏ tới CLGN. Nữ giới thường cảm nhận đau cao hơn nam giới, do vậy, nữ giới có CLGN kém hơn.

4.2. Môi trường quan giữa tình trạng bệnh và giấc ngủ: Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân ở mức đau nhiều và vừa đều có CLGN kém hơn nhóm bệnh nhân còn lại, 78% bệnh nhân có CLGN kém và điểm PSQI trung bình là 10,4. Một nghiên cứu khác về đau với giấc ngủ của người bệnh chỉ ra rằng: đau liên quan tới tăng số lần thức giấc và kéo dài thời gian thức trong đêm. Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, mức độ đau ảnh hưởng rõ rệt đến CLGN sau mổ trượt đốt sống. Bệnh nhân có mức đau càng lớn, CLGN càng kém. Việc kiểm soát đau tốt và hiệu quả ngay từ ngày đầu sau mổ có ảnh hưởng tốt trong việc cải thiện giấc ngủ cho bệnh nhân sau mổ.

Nghiên cứu cho thấy vị trí trượt đốt sống chủ yếu là L4L5 với tỷ lệ 58%, tương tự với kết quả của tác giả Phạm Thanh Hải [4]. Các bệnh nhân đa số bị trượt 1 tầng (92%), trượt 2 tầng chỉ gặp 8 trường hợp (8%). Một số tác giả khác cũng có kết quả tương tự: Schnee là 71% [5], Võ Phạm Trọng Nhân là 98,3% [6]. Chưa có nhiều nghiên cứu về ảnh hưởng của vị trí trượt đốt sống, tầng trượt đốt sống đến CLGN của bệnh nhân. Tại nghiên cứu này, chúng tôi không nhận thấy mối liên quan giữa vị trí trượt đốt sống đến CLGN ($p > 0,05$), nhưng thấy rằng số lượng tầng trượt đốt sống lại có ảnh hưởng đến CLGN của người bệnh. Những bệnh nhân trượt 2 tầng có điểm trung bình PSQI rất cao là 13 điểm tương đương với CLGN rất kém. Điều này có thể hiểu rằng, số tầng trượt nhiều phản ánh thời gian bị bệnh của bệnh nhân kéo dài, mức độ tổn thương lớn, bệnh nhân phải chịu đau nhiều hơn và có CLGN kém hơn. Tuy nhiên, để có khẳng định chắc chắn mối tương quan này cần xem xét và đánh

giá nghiên cứu trên những quần thể đồng nhất hơn, cỡ mẫu lớn hơn.

4.3. Yếu tố môi trường, tâm lý với CLGN: Nhiều nghiên cứu về CLGN của bệnh nhân trong bệnh viện báo cáo rằng yếu tố môi trường ảnh hưởng nhiều tới giấc ngủ của bệnh nhân, trong đó tiếng ồn và ánh sáng gây tác động lớn nhất [1]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng thu được những kết quả tương tự với 66% bệnh nhân phàn nàn khó ngủ hay bị tỉnh giấc bởi tiếng ồn, 44% bệnh nhân không thể ngủ được bởi ánh đèn quá sáng, nhiệt độ cũng có ảnh hưởng tuy nhiên với mức độ ít hơn. Chúng ta nhận thấy rằng những yếu tố trên là điều không thể tránh khỏi trong môi trường bệnh viện, nhất là trong tình trạng quá tải như hiện nay. Lượng bệnh nhân vào khoa đông, người nhà vào thăm bệnh đông, tiếng đi lại, tiếng cười nói là nguyên nhân chính gây ra tiếng ồn. Bệnh nhân chủ yếu nằm tại phòng hậu phẫu, nơi mà ánh sáng không thể thiếu để phục vụ cho việc theo dõi người bệnh, nên cũng gây khó chịu cho bệnh nhân.

Tâm lý cũng có ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân. Bệnh nhân nghiên cứu đa số là nông dân, công nhân với thu nhập thấp. Do vậy những lo lắng thường gặp là về chi phí điều trị, một số lo lắng về tình trạng bệnh sau mổ. Bệnh nhân cần được chăm sóc, thăm hỏi động viên thường xuyên để tạo sự tin tưởng và yên tâm điều trị.

V. KẾT LUẬN

Tuổi và giới có mối liên quan tới CLGN của bệnh nhân ($p < 0,05$). Tuổi càng cao, CLGN càng giảm. CLGN ở nữ kém hơn so với nam giới. Mức độ đau và số tầng trượt đốt sống ảnh hưởng rõ rệt đến CLGN. Đau càng giảm thì CLGN càng cải thiện. Bệnh nhân bị trượt đốt sống 2 tầng thì có CLGN kém hơn so với trượt 1 tầng. Các yếu tố thường xuyên gây khó khăn cho giấc ngủ của bệnh nhân: ánh sáng quá mức, tiếng ồn (tiếng nói chuyện, tiếng máy theo dõi... Hơn 50% các bệnh nhân có tâm lý lo lắng khi nằm viện về chi phí điều trị và tình trạng sau mổ. Nhìn chung, để tăng chất lượng giấc ngủ cho bệnh nhân, cần xác định các yếu tố gây mất ngủ cho bệnh nhân để giải quyết trong giới hạn cho phép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J.S. Young, et al (2008), "Sleep in hospitalized medical patients, part 1: factor affecting sleep", J Hosp Med.3(6),p. 473-82.
2. Wilson, S and D.Nutt (2008), "Insomnia: guide to diagnosis and choice of treatment", Prescriber. 19(8), p. 14-24.

3. Orhan Doğan, Ş. Ertekin and S. Doğan (2005), "Sleep quality in hospitalized patients. ", *Journal of Clinical Nursing*. 14, p. 107-113.
4. Phạm Thanh Hải, Nguyễn Danh Độ, Lê Ngọc Quang (2002), "Nhận xét kết quả phẫu thuật cố định trượt thân đốt sống thắt lưng bằng nẹp vít phía sau", *Y học thực hành*. 436, tr. 99-102.
5. L et al, Schnee C (1997), "Outcome analysis for adults with spondylolisthesis treated with posterolateral fusion and transpedicular screw fixation", *J Neurosurg*. 86, p. 56-63.
6. Võ Phạm Trọng Nhân, Phan Minh Đức (2007), "Điều trị phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng bằng nẹp vít chân cung và ghép xương liên móm ngang", *Báo cáo hội nghị PTTK toàn quốc*.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỊ RẮN CẠP NIA (BUNGARUS CANDIDUS HOẶC B.MULTICINCTUS) CẮN TẠI TRUNG TÂM CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Phạm Duệ¹, Ngô Đức Ngọc²

TÓM TẮT²⁵

Mục tiêu: Nhận xét về hiệu quả điều trị bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn tại bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. 242 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị tại Trung tâm chống độc Bạch Mai. **Kết quả:** 77,7% phải đặt nội khí quản chiếm tỷ lệ 77,7%, 69,4% có chỉ định phải thở máy hỗ trợ hô hấp. 67,8% phải bù natri, trong đó cách bù kết hợp muối ăn và truyền dung dịch natriclorua 2% chiếm tỷ lệ cao nhất (59,6%). 8,7% bệnh nhân được sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn. Thời gian thở máy trung bình ở nhóm sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn 66,0±57,0 giờ; của nhóm không dùng là 233,2±174,1 giờ. Thời gian nằm viện của nhóm sử dụng huyết thanh 6,4±2,7 ngày, nhóm không dùng là 11,1±9,4 ngày. Nhóm sử dụng huyết thanh hồi phục nhanh các triệu chứng như hạn chế há miệng sụp mí, giãn đồng tử, liệt cơ hồi phục nhanh hơn nhóm không dùng. Nhóm không dùng tử vong 4 bệnh nhân (1,8%) và có 36 bệnh nhân (16,2%) có biến chứng viêm phổi thở máy. nhóm sử dụng huyết thanh không có bệnh nhân nào tử vong và có biến chứng. **Kết luận:** Hỗ trợ hô hấp và bù natri sớm là chìa khóa cứu sống bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn. Huyết thanh kháng nọc rắn có hiệu quả làm giảm thời gian thở máy, nằm viện; giúp cải thiện nhanh triệu chứng.

Từ khóa: rắn cạp nia, huyết thanh kháng nọc

SUMMARY

STUDY EFFECTIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH BUNGARUS CANDIDUS OR B.MULTICINCTUS BITE FOR POISON CONTROL CENTER AT THE BACH MAI HOSPITAL

Objective: Review of the effectiveness of treatment of patients with Bungarus candidus bite for

poison control center at the Bach Mai hospital. **Methods:** retrospective, cross-sectional descriptive. 242 patients were diagnosed and treated at Bach Mai poison control center. **Result:** 77.7% to be intubated proportion, 69.4% indicated to respiratory ventilator support. 67.8% to compensate for sodium, which offset a combined salt and sodium chloride infusion of 2% accounted for the highest proportion (59.6%). 8.7% of patients who used anti-snake venom serum. The average duration of mechanical ventilation in the group using anti snake venom serum 66.0 ± 57.0 hours; group was 233.2 ± 174.1 is not used now. Length of stay of the user group 6.4 ± 2.7 days in serum, the group is 11.1 ± 9.4 are not used daily. Group using anti snake venom serum rapid recovery of symptoms, reduce complications and no deaths. **Conclusion:** Respiratory ventilator support and compensate for sodium is a key early patients with Bungarus candidus bite. Anti-snake venom serum effectively reduces the duration of mechanical ventilation, hospitalization; Quick help improve symptoms.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nếu không có kinh nghiệm trong điều trị bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn có thể dẫn đến tử vong rất nhanh, vì suy hô hấp do liệt cơ và hạ natri máu nặng là triệu chứng rất thường gặp [1]. Nguyên nhân là do nọc rắn chứa chất cực độc gây liệt cơ toàn thân, đe dọa các chức năng sống, ngoài ra còn gây rối loạn điện giải nặng nề. Không những vậy, khi bị rắn cạp nia cắn biểu hiện tại chỗ thường mơ hồ, trái ngược hoàn toàn với các tổn thương toàn thân, đặc biệt là các rối loạn liên quan đến hệ thần kinh cơ và điện giải [2]. Do đặc điểm lâm sàng và tính khó lường của diễn biến bệnh nên việc điều trị bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn luôn là một thách thức thực sự trong thực hành điều trị. Về mặt lý thuyết, huyết thanh kháng nọc rắn là thuốc điều trị đặc hiệu, do đó sẽ đạt được hiệu quả cao [3]. Tuy nhiên trên thực tế, việc sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn còn nhiều hạn chế do nhiều lý do khách quan và

¹Trung tâm Chống độc-Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn HSCC trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duệ

Email: phamduehanoi@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

chủ quan, cũng như chưa đủ các bằng chứng khoa học y học để cho rằng việc điều trị huyết thanh kháng nọc rắn cạp nia có tốt hay không. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "nhận xét phương pháp và hiệu quả điều trị bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2005 đến tháng 8/2013"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 242 bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn điều trị tại Trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch mai, thời gian 1/2005 – 8/2013.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Bị rắn cắn và mang đến: rắn khúc đen khúc trắng, hoặc bệnh nhân, người nhà bệnh nhân nhìn thấy rắn mô tả lại: rắn khúc đen khúc trắng và nhận biết rắn qua ảnh mẫu.

+ Lâm sàng phù hợp với rắn cạp nia cắn: Tại chỗ bị cắn: vết cắn như vết kim châm, ít hoặc không sưng nề, không hoại tử, không chảy máu. Toàn thân liệt cơ tăng dần: khởi đầu là sụp mí, khó há miệng, rồi liệt chi, liệt cơ hô hấp...

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** ngừng tuần hoàn trước viện, bệnh nhân có các bệnh lý thần kinh cơ trước đó (xơ cột bên teo cơ, nhược cơ, Guillain Barre...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Chỉ tiêu nghiên cứu

+ Các thông số cơ bản: tuổi giới, thời gian từ lúc bị rắn cắn đến khi nhập viện

+ Các thông số đánh giá kết quả điều trị: các biện pháp sử dụng trong sơ cứu, điều trị hỗ trợ; hiệu quả và liều lượng sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn đặc hiệu thông qua đáp ứng giảm các triệu chứng bệnh, thời gian thở máy, thời gian nằm viện; những sự kiện trong điều trị: nhiễm trùng bệnh viện, viêm phổi liên quan đến thở máy, hôn mê.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 12.0 với các test thống kê phù hợp. Mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,2$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số có 242 bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam/nữ là 7/3; tuổi trung bình $37,7 \pm 15,6$; nghề nghiệp chủ yếu là làm ruộng (57,0%). Thời gian điều trị trung bình $10,7 \pm 9,1$ ngày.

Có 21 bệnh nhân bị rắn cạp nia cắn được điều trị bằng huyết thanh kháng nọc rắn (8,7%). Trung bình mỗi bệnh nhân sử dụng 10,2 lọ huyết thanh kháng nọc rắn. Lý do chỉ có 21 trong 242 bệnh nhân được dùng huyết thanh kháng nọc rắn là do những năm gần đây huyết thanh kháng nọc rắn mới được nghiên cứu và áp dụng điều trị tại Trung tâm chống độc, còn những năm trước đó trung tâm không có huyết thanh kháng nọc rắn cạp nia.

Bảng 3.1. Các biện pháp sơ cứu tại chỗ

Biện pháp	n	%
Chích rạch	37	15,3
Dùng thuốc nam	94	38,8
Rửa vết cắn	46	19,0
Băng ép nơi cắn	4	1,7
Garô chi bị cắn	46	19,0
Không được sơ cứu	36	14,9

Nhận xét: Tỷ lệ dùng thuốc nam là cao nhất khi sơ cứu, băng ép rất ít được sử dụng.

Bảng 3.2. Tỷ lệ bù và kiểu bù natri

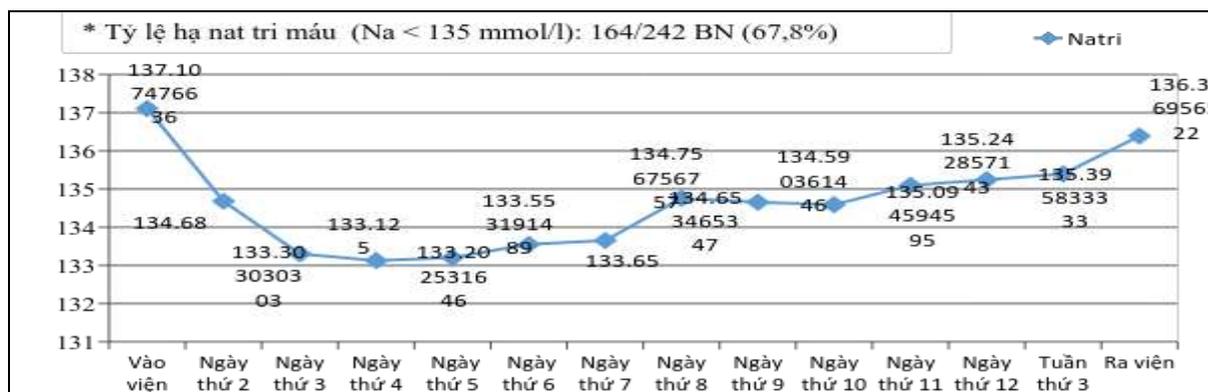
Bù natri		n	%
Tỷ lệ hạ natri máu cần bù	Có	164	67,8
	Không	78	32,0
Kiểu bù natri	Truyền NaCl 2% đơn thuần	2	1,4
	Uống NaCl đơn thuần	64	39,0
	Truyền NaCl 2% và uống	98	59,6

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được cung cấp natri bằng truyền tĩnh mạch và uống dung dịch natri ưu trương.

Bảng 3.3. Các biện pháp hô hấp hỗ trợ

Biện pháp	n	%
Đặt nội khí quản	188	77,7
Thở máy xâm nhập	168	69,4

Nhận xét: Có 188 bệnh nhân được đặt ống nội khí quản, trong đó có 168 bệnh nhân được thở máy, nghĩa là có 20 bệnh nhân thời gian đặt nội khí quản ngắn nhưng an toàn trong quá trình vận chuyển



Biểu đồ 3.1. Diễn biến của chỉ số natri máu trong quá trình điều trị

Nhận xét: Giá trị trung bình của natri máu bắt đầu giảm từ ngày thứ 2, giảm mạnh nhất vào ngày thứ 3, sau đó tăng lên dần trong quá trình điều trị và trở về bình thường lúc ra viện.

Bảng 3.4. Hiệu quả điều trị giữa hai nhóm có sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn và không sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn

Lâm sàng	Có sử dụng n=21	Không sử dụng n = 179	p
Hạn chế há miệng (giờ)	59,4 ± 59,3	173,5 ± 148,2	< 0,01
Sụp mí (giờ)	59,9 ± 59,9	164,4 ± 145,2	< 0,01
Liệt chi (giờ)	84,6 ± 82,6	217,3 ± 167,3	< 0,01
Liệt cơ hô hấp (giờ)	73,3 ± 84,5	229,7 ± 174,9	< 0,01
TG nằm viện (ngày)	6,4 ± 2,7	11,1 ± 9,4	< 0,01
Thời gian thở máy(giờ)	65,9 (2,75 ngày)	233,2 (9,72 ngày)	< 0,01

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn cải thiện triệu chứng nhanh, thời gian tồn tại các triệu chứng và thời gian nằm viện và thời gian thở máy trung bình thấp hơn nhóm không sử dụng có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Biến chứng và kết quả khi điều trị của nhóm sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn

Biến chứng	Sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn				Tổng	
	Có		Không			
	n	%	n	%	n	%
Không biến chứng	21	100	179	81,0	200	82,7
Nhiễm trùng bệnh viện	0	0	6	2,8	6	2,4
Viêm phổi thở máy	0	0	36	16,2	36	14,9
Sốt sốt	21	100	217	98,2	238	98,4
Tử vong	0	0	4	1,8	4	1,6
Tổng	21	100	221	100	242	100

Nhận xét: nhóm được điều trị huyết thanh kháng nọc rắn không có bệnh nhân tử vong và không có biến chứng viêm phổi thở máy, trong khi nhóm không dùng có tỷ lệ biến chứng cao và tử vong 4 bệnh nhân (1,8%) và có 36 bệnh nhân (16,2%) có biến chứng viêm phổi liên quan tới thở máy.

IV. BÀN LUẬN

Sơ cứu nạn nhân trước viện: Có đến 206/242 bệnh nhân được xử trí sơ cứu tại chỗ (85,1%), tuy nhiên biện pháp được WHO khuyến cáo là băng ép tại chỗ lại chỉ có 4/242 bệnh nhân được sử dụng. Trong khi đó tỷ lệ bệnh nhân được garo là 19%, dùng thuốc nam là 28,8%. Trong quá trình sơ cứu, tổ chức y tế thế giới khuyến cáo chỉ nên băng ép chi bị cắn, tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi thấy chỉ có 1,7% sử dụng biện pháp này, trong khi đó có tới

19% lại được y tế cơ sở sử dụng biện pháp sơ cứu là garo, đây là một biện pháp khá nguy hiểm, có thể phải cắt cụt chi. Hơn nữa, theo một số luận cứ khoa học, nọc rắn di chuyển theo đường bạch mạch với tốc độ khá nhanh[4]. Như vậy băng ép, tuy tác dụng làm chậm lan tràn nọc độc không hiệu quả bằng garo nhưng lại tránh được các biến chứng nguy hiểm của garo. Trích rạch và nặn máu là biện pháp được 37/242 bệnh nhân sử dụng. Đây cũng là một biện pháp không được khuyến cáo vì tăng thêm nguy cơ nhiễm

trùng. Có 94/242 bệnh nhân dùng thuốc thuốc Đông y để uống hoặc đắp lên vết thương trước khi đưa đến viện. Tác giả Nguyễn Kim Sơn (2008) cho rằng chưa thấy có bất cứ một loại thuốc đông y nào có hiệu quả điều trị[3].

Điều trị hồi sức tích cực cho bệnh nhân: Liệt cơ hô hấp và hạ natri máu là hai yếu tố nguy hiểm đối với bệnh nhân bị rắn cắn nia cắn. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 188/242 bệnh nhân phải đặt nội khí quản chiếm tỷ lệ 77,7%, trong đó có 168 bệnh nhân có chỉ định phải thở máy hỗ trợ hô hấp. Có 67,8% bệnh nhân cần phải bù natri, trong đó cách bù kết hợp muối ăn và truyền dung dịch natriclorua 2% chiếm tỷ lệ cao nhất (59,6%) (bảng 3.2), natri máu giảm xuống thấp nhất là vào các ngày thứ 2, 3, 4 khi điều trị vì vậy cần phải theo dõi chặt chẽ nồng độ natri máu của bệnh nhân trong các ngày này. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Dương Chí Chung (2006), tỷ lệ bù kết hợp truyền dung dịch natriclorua và muối ăn là 47,6%[5].

Hiệu quả điều trị huyết thanh kháng nọc rắn: Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân được điều trị huyết thanh kháng nọc rắn, bệnh nhân ít nhất dùng 5, nhiều nhất 20 và trung bình là 10,3 lọ. Liều dùng huyết thanh kháng nọc rắn dùng cho bệnh nhân vẫn đang còn là vấn đề đang cần phải làm sáng tỏ. Nhiều tác giả nước ngoài [1][7] cho rằng, lượng huyết thanh kháng nọc rắn dùng cho bệnh nhân không phụ thuộc vào cân nặng cũng như tuổi của bệnh nhân vì sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn cho bệnh nhân mục đích là để trung hoà lượng nọc rắn có trong cơ thể chứ không phải điều trị những rối loạn đang xảy ra của bệnh nhân. Nghiên cứu của chúng tôi, không có liều cố định mà tùy thuộc vào đáp ứng của bệnh nhân. Liều đầu tiên thường truyền tĩnh mạch cho bệnh nhân 5 lọ. Sau đó tùy thuộc vào đáp ứng từng trường hợp cụ thể, sau đó cứ 30-60 phút một lọ cho tới khi bệnh nhân tiến triển tốt hoặc ít nhất là không có tiến triển xấu đi trên lâm sàng.

Thời gian thở máy trung bình của nhóm bệnh nhân có sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn là $65,97 \pm 57,01$ giờ, thấp hơn nhiều so nhóm không được sử dụng là $233,2 \pm 174,1$ giờ ($p < 0,01$). Tương tự thời gian nằm viện của bệnh nhân được sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn cũng ngắn hơn hẳn so với nhóm không sử dụng ($p < 0,01$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Sơn (2008)[3]. Các triệu chứng về hạn chế há miệng, sụp mí, liệt chi, liệt

cơ hô hấp ở nhóm dùng huyết thanh kháng nọc rắn hồi phục sớm hơn hẳn đối với những bệnh nhân được sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn ($p < 0,01$).

Tỷ lệ bệnh nhân xuất hiện biến chứng trong quá trình điều trị là 42/242, chiếm 19,0%. Trong đó thường gặp nhất là viêm phổi thở máy chiếm 16,2%. Những bệnh nhân sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn đều không bị những biến chứng đáng tiếc nào do thời gian thở máy và mau chóng phục hồi các triệu chứng nhiễm độc thần kinh, hạ natri máu. Không có ca nào sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn bị tử vong. Như vậy có thể sơ bộ đánh giá huyết thanh kháng nọc rắn cắn nia tỏ ra có hiệu quả điều trị tốt, nhưng vì số lượng bệnh nhân sử dụng còn khá ít so với nhóm bệnh nhân không sử dụng nên cần có các nghiên cứu khác có cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định chắc chắn.

V. KẾT LUẬN

Thông khí nhân tạo sớm, bù natri đầy đủ và hợp lý là vấn đề then chốt trong điều trị rắn cắn nia cắn, phối hợp với các biện pháp hồi sức cấp cứu thường quy khác. Điều trị bằng huyết thanh kháng nọc rắn có hiệu quả hơn nhiều với tỷ lệ khỏi cao hơn, hầu như không có tử vong và không có biến chứng, đồng thời giảm thời gian thở máy kéo dài và thời gian nằm viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Richard C. Dart và et al (1999), "Antivenom Therapy in the Americas", *Drugs* 1999 Jul. 58 (1), 9 - 12.
2. Rebecca M Reynolds (2006), "Disorders of sodium balance", *BMJ*, 332, pp 702-705.
3. Nguyễn Kim Sơn (2008), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị bệnh nhân bị một số rắn độc trên cạn cắn thuộc họ rắn hổ ở miền Bắc Việt Nam", *Luận án tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. Bế Hồng Thu (1994), "Một số nhận xét về suy hô hấp cấp ở bệnh nhân rắn độc cắn (1991 - 1993)", *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội 1994*, 14 - 15.
5. Dương Chí Chung (2006), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị hạ natri máu ở bệnh nhân bị rắn hổ cắn", *Luận án thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội*.
6. Vachharajani T.J, Zaman. F và Abreo.K.D (2003), "Hyponatremia in Critically Ill Patients", *J Intensive Care Med*, pp 183-188.
7. David A Warrell (1999), "WHO/SEARO guidelines for the clinical management of snakebites in the Southeast Asian region", *Supplement to the Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, Volume 30 Supplement 1, 1999*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GLÔCÔM THỨ PHÁT DO THỂ THỦY TINH

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT²⁶

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh glôcôm thứ phát do thể thủy tinh gây ra. **Phương pháp:** Mô tả, tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng 94 mắt của 94 bệnh nhân glôcôm thứ phát do thể thủy tinh tại khoa Phaco Bệnh Viện Mắt Đà Nẵng từ 10/2015 đến 09/2016. **Kết quả:** Nữ/nam: 2,13/1. Tuổi trung bình: 69,45±14,71. Hình thái glôcôm thứ phát do đục thể thủy tinh căng phòng chiếm 72,3%. Thị lực trung bình: 0,036±0,050, nhãn áp trung bình: 41,78±9,29mmHg. Điều trị bằng phẫu thuật phaco: 53,2%. Biến chứng sớm phù giác mạc: 48,9%, biến chứng đục bao sau: 20,9%. Sau phẫu thuật 3 tháng, nhãn áp trung bình: 14,93±2,43mmHg, thị lực trung bình: 0,251±0,145 và 93% đạt kết quả thị lực tốt, 93% nhãn áp điều chỉnh, kết quả điều trị chung tốt: 90,7%. **Kết luận:** Điều trị bệnh glôcôm thứ phát do thể thủy tinh bằng phẫu thuật cho hiệu quả cao.

Từ khóa: glôcôm thứ phát do thể thủy tinh, đục thể thủy tinh căng phòng, lệch thể thủy tinh.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF LENS INDUCED SECONDARY

Purpose: to evaluate the clinical characteristics and the treatment results of lens induced glaucoma. **Methods:** The study of description, prospective, clinical intervention without control group on 94 eyes of 94 patients diagnosed lens induced glaucoma at the Phaco department of Da Nang Eye Hospital from Oct. 2015 to Sep. 2016. **Results:** Female/male ratio: 2.13/1, mean age: 69.45 ± 14.71. Glaucoma due to intumescent cataract in 72.3% of cases. Mean vision was 0.036±0.050, mean IOP was 41.78±9.29mmHg. Treatment by phaco surgery in 53.2%. Early postoperative complication: corneal edema in 48.9%, posterior capsular opacification in 20.9% at 3 months after surgery, mean IOP: 14.93±2.43mmHg, mean vision: 0.251±0.145 and 93% cases had good result of vision, 93% cases had good control of IOP (intraocular pressure), good overall result of treatment was 90.7%. **Conclusions:** Surgical therapy in lens induced glaucoma had good result.

Keywords: lens induced glaucoma, intumescent cataract, dislocated lens.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm và đục thể thủy tinh là hai nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa, do vậy glôcôm thứ

phát do thể thủy tinh (TTT) là hình thái glôcôm thứ phát hay gặp, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Thể thủy tinh gây ra bệnh glôcôm qua hai cơ chế chính: nghẽn đồng tử do thể thủy tinh căng phòng hoặc lệch, chất thể thủy tinh do rò từ thể thủy tinh đục quá chín hoặc do dị ứng chất thể thủy tinh sau chấn thương vỡ thể thủy tinh [3,4,6]. Hiện nay, vấn đề chẩn đoán xác định hình thái, nguyên nhân cũng như lựa chọn một phương pháp điều trị hiệu quả bệnh lý này là vấn đề thời sự đang được nhiều bác sĩ nhãn khoa trên thế giới cũng như tại Việt Nam quan tâm. Nguyên tắc điều trị là giải quyết nguyên nhân từ thể thủy tinh bằng phẫu thuật [5]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng glôcôm thứ phát do thể thủy tinh.

2. Đánh giá kết quả điều trị glôcôm thứ phát do thể thủy tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 94 mắt của 94 bệnh nhân với các chẩn đoán glôcôm thứ phát do thể thủy tinh được điều trị tại khoa Phaco Bệnh viện Mắt Đà Nẵng 12 tháng, từ 10/2015 đến 09/2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: nhãn áp ≥ 25 mmHg chưa điều trị với thuốc hoặc >22 mmHg có điều trị thuốc hoặc chênh lệch nhãn áp 2 mắt > 6 mmHg và có một trong các triệu chứng thể thủy tinh sau: đục căng phòng, đục quá chín, sa hoặc lệch, vỡ thể thủy tinh.

Tiêu chuẩn loại trừ: glôcôm nguyên phát có đục thể thủy tinh, glôcôm thứ phát do nguyên nhân không là thể thủy tinh hoặc bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Quy trình nghiên cứu: Khám và đo các chỉ số: thị lực (TL), nhãn áp (NA), đo góc tiền phòng ước lượng. Điều trị nội khoa hạ nhãn áp trước phẫu thuật. Theo dõi trong phẫu thuật, hậu phẫu. Tái khám 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng.

2.2.3. Đánh giá kết quả

- Kết quả thị lực: theo tiêu chuẩn đánh giá thị lực của J.C. Cheng (1997),

Tốt: TL trước phẫu thuật $\geq 0,1$ biến đổi ít nhất

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2017

Ngày duyệt bài: 13.3.2017

trên 2 hàng, TL<0,1 bất cứ một biến đổi nào so với trước điều trị.

Đạt: không thay đổi với TL<0,1 hoặc tăng dưới 2 hàng với TL vào viện ≥0,1.

Không đạt: TL giảm hơn so với trước điều trị.

- Kết quả điều chỉnh nhãn áp: dùng tiêu chuẩn đánh giá của Wong L T W, Yassur Y.

Tốt: NA ≤21mmHg (không dùng thuốc hạ nhãn áp bổ sung).

Tương đối: NA ≤21mmHg (có dùng thuốc hạ

NA) hoặc 21mmHg<NA< 25mmHg (không dùng thuốc hạ nhãn áp).

Không điều chỉnh: Nhãn áp≥25mmHg mặc dù có thuốc hạ nhãn áp.

2.2.4. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm thống kê y học MedCalc 13.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung và đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới

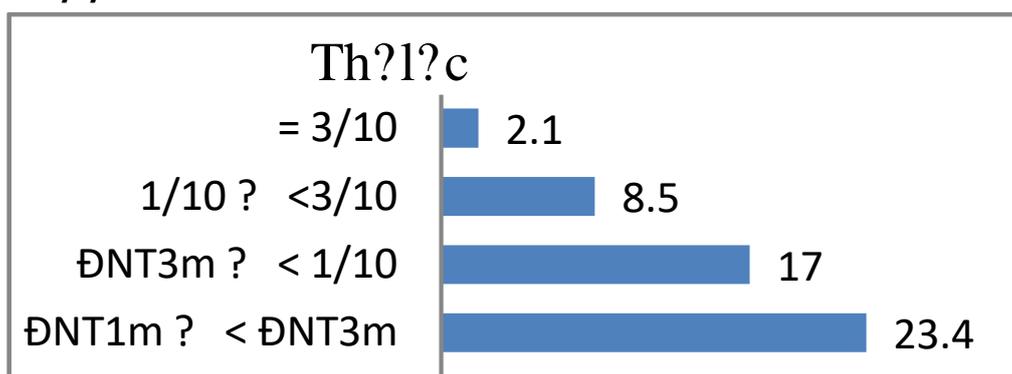
Bảng 1: Phân bố các hình thái glôcôm theo tuổi

Hình thái \ Tuổi	20-39	40-59	60-69	70-79	≥80	Tổng và %/n
Đục TTT căng phòng	0	14(8,8%)	12(17,6%)	28(41,2)	14(20,6)	68(72,3%)
Đục TTT quá chín	0	0	2(16,7)	4 (33,3)	6 (50)	12(12,7%)
Sa, lệch TTT	0	4(20%)	4(40)	0	2(20)	10(10,6%)
Vỡ TTT	2(50%)	2(50%)	0	0	0	04(4,3%)
Tổng và %/n	2(2,1%)	20(10,6%)	18(19,1%)	32(34%)	22(23,4%)	94 (100%)

Tỷ lệ nữ/nam là 2,13/1. Nhóm tuổi 70-79 có tỷ lệ cao nhất 34,0%. Tuổi trung bình: 69,45±14,71.

3.1.2. Thời gian mắc bệnh trước khi nhập viện: Bệnh nhân đến sớm trong vòng 5 ngày đầu có 64 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao 68,1%. Số bệnh nhân trên 10 ngày xem như đến muộn chiếm 14,9%. Sau 5 ngày mới đến có 32 bệnh nhân chiếm 17%.

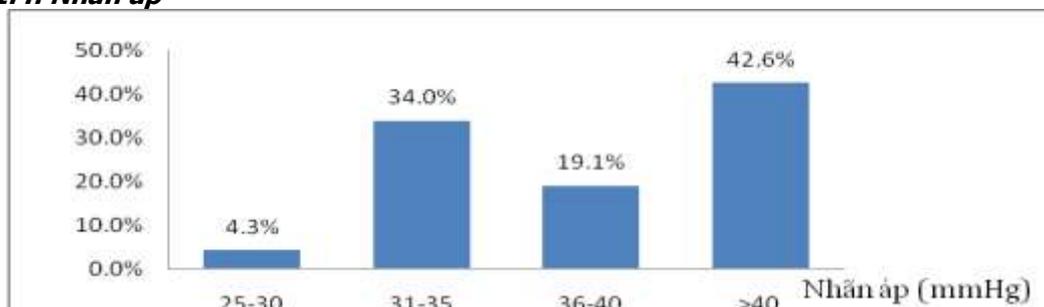
3.1.3. Thị lực



Biểu đồ 1: Thị lực bệnh nhân khi vào viện

Thị lực <ĐNT5m chiếm đa số (48,9%). Glôcôm do đục thể thủy tinh căng phòng và quá chín thị lực giảm thấp nhất, đồng tử trong suốt của thể thủy tinh ảnh hưởng trầm trọng kèm theo nhãn áp tăng cao ảnh hưởng đến sự trong suốt của giác mạc. Thị lực trung bình là 0,034±0,050.

3.1.4. Nhãn áp



Biểu đồ 2: Phân bố mức độ nhãn áp khi vào viện

Nhãn áp trung bình là 41,78±9,29mmHg, chủ yếu thuộc nhóm >40mmHg (42,6%).

3.1.5. Tình trạng góc tiền phòng

Bảng 2. Góc tiền phòng ước lượng (phương pháp Van Herick)

Glôcôm thứ phát do	Độ 0	Độ I	Độ II	Độ III	Tổng
Đục TTT căng phòng	21(61,8%)	13(38,2%)	0	0	34(100%)
Đục TTT quá chín	0	0	0	6(100%)	6(100%)
Sa, lệch TTT	0	1(20%)	2(40%)	2(40%)	5(100%)
Vỡ TTT	0	0	1(50%)	1(50%)	2(100%)
Tổng cộng: N (%/N)	21(44,7%)	14(29,8%)	3(6,4%)	9(19,1%)	94(100%)

Hầu hết đục TTT căng phòng đều có góc tiền phòng rất hẹp (61,85% là độ 0). Riêng đục TTT quá chín thì ngược lại góc không hẹp. Bảng này cho thấy vỡ TTT không gây đóng góc nặng.

3.1.6. Phương pháp phẫu thuật đã áp dụng**Bảng 3: Các phương pháp phẫu thuật**

Glôcôm thứ phát do	PT TTT trong bao	PT TTT ngoài bao	PT TTT phaco	PT TTT phaco + lỗ dò	Tổng số mắt
Đục TTT căng phòng	2(2,9%)	4(5,9%)	48(70,6%)	14(20,6%)	68
Đục TTT quá chín	4(33,3%)	8(66,7%)	0	0	12
Sa, lệch TTT	8(80%)	2(20%)	0	0	10
Vỡ TTT	0	2(50%)	2(50%)	0	4
Tổng	14(14,9%)	16(17,0%)	50(53,2%)	14(14,9%)	94

Ghi chú: PT TTT = phẫu thuật thể thủy tinh

Phẫu thuật Phaco đơn thuần được sử dụng nhiều nhất (53,2%). Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật thể thủy tinh, tùy tình trạng đóng góc tiền phòng có thể phối hợp thêm phẫu thuật lỗ dò (14,9%)

3.2. Kết quả điều trị**3.2.1. Kết quả thị lực và nhãn áp sau phẫu thuật****Bảng 4: Kết quả thị lực và nhãn áp sau phẫu thuật**

Kết quả	Thời điểm sau phẫu thuật					
	1 tuần		1 tháng		3 tháng	
	Thị lực	Nhãn áp	Thị lực	Nhãn áp	Thị lực	Nhãn áp
Tốt	86(91,5%)	84(89,4%)	84(91,3%)	86(93,5%)	80(93,0%)	80(93,0%)
Đạt	2(2,1%)	2(2,1%)	6(6,5%)	6(6,5%)	4(4,7%)	6(7,0%)
Không đạt	6(6,4%)	8(8,5%)	2(2,2%)	0	2(2,3%)	0
Tổng	N= 94		N= 92		N= 86	

Sau 3 tháng: 93,0% đạt thị lực tốt, còn 2,3% không đạt, thị lực trung bình là $0,251 \pm 0,145$, Thị lực cải thiện hơn trước điều trị ($p < 0,05$). Nhãn áp sau 3 tháng có 93,0% điều chỉnh tốt, có 7% tương đối và không có trường hợp nào không điều chỉnh nhãn áp.

3.2.2. Biến chứng trong và sau phẫu thuật: Có 23,4% có tai biến phôi dịch kính, 2,1% rách bao sau trong phẫu thuật. Biến chứng sớm gặp nhiều nhất là phù giác mạc 48,9%, lệch IOL và viêm màng bồ đào 2,1%. Có 20,9% đục bao sau sau theo dõi 3 tháng.

3.2.3. Đánh giá chung kết quả điều trị: Theo dõi 86 bệnh nhân tái khám 3 tháng sau điều trị cho thấy có 78 mắt đạt kết quả tốt chiếm 90,7%, kết quả khá đạt 4,7%, kết quả trung bình là 2,3% và kém cũng 2,3%.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm lâm sàng**

4.1.1. Tuổi và giới tính: Bệnh nhân nữ chiếm đa số (68,1%), tỷ lệ nữ/nam là 2,13/1

tương tự kết quả của Trần Văn Đà 61,1% [1], của Raghunandan K. 64% [6].

Glôcôm do đục thể thủy tinh căng phòng, quá chín chủ yếu trong nhóm từ 60 tuổi trở lên, lý giải điều này rằng theo y văn tuổi này lão hóa và rối loạn tính thấm màng bao TTT nên nước ngấm vào TTT dễ dàng gây căng phòng [5]. Glôcôm do sa, lệch thể thủy tinh từ 40 tuổi trở lên. Glôcôm do vỡ thể thủy tinh ở nhóm tuổi trẻ hơn (20-49 tuổi) do chấn thương mắt. Vì vậy gặp chủ yếu ở trong tuổi lao động là hợp lý. Tương tự, sa lệch TTT chủ yếu cũng là do chấn thương gặp ở tuổi lao động.

4.1.2. Hình thái glôcôm: Glôcôm do đục thể thủy tinh căng phòng chiếm tỷ lệ cao nhất 72,3%. Nghiên cứu của Prajna R.V hình thái này chiếm 52,7%, Pradhan D. là 72%, Nithisha T.M là 72%. Đây là hình thái thường gặp nhất của Glôcôm thứ phát do thể thủy tinh.

4.1.3. Thời gian mắc bệnh glôcôm thứ phát: Đa số đến sớm (68,1%). Tương đương

kết quả của Võ Lê Khánh Hùng là 77,8%. Riêng của Nithisha M có 92% nhập viện trong vòng 7 ngày từ khi bắt đầu xuất hiện triệu chứng vì đã được xử lý nhãn áp ở tuyến không chuyên khoa. Bệnh lý này có tình trạng tăng nhãn áp chủ yếu cấp tính, đau nhức nhiều nên đến điều trị sớm, gặp trong căng phòng và vỡ TTT.

4.1.4. Độ mở góc tiền phòng

Glôcôm do đục thể thủy tinh căng phòng: 61,8% góc đóng hoàn toàn và 38,2% góc đóng gần hoàn toàn phù hợp với cơ chế tăng nhãn áp hình thái này. 100% mắt glôcôm do đục thể thủy tinh quá chín có góc mở độ III. Glôcôm do sa, lệch thể thủy tinh đa số góc mở độ II và III (80%). Glôcôm do vỡ thể thủy tinh có 50% góc mở độ II và 50% góc mở độ III. Vậy độ mở góc phụ thuộc vào tình trạng tổn thương của TTT

4.2. Kết quả điều trị

4.2.1. Phương pháp điều trị: Có 2,1% không dùng hạ nhãn áp trước mổ, 19,2% chỉ dùng thuốc nhỏ mắt hoặc chỉ dùng Acetazolamide, có 46,8% phối hợp Acetazolamide với Glycerol 50% hoặc với thuốc hạ nhãn áp nhỏ mắt, có 31,9% phối hợp 3 thuốc. Nhãn áp vào viện cao (42,6% >40mmHg), cần phối hợp thuốc để hạ nhãn áp hiệu quả và nhanh chóng giảm tổn thương thần kinh thị cũng như để phẫu thuật sớm và có hiệu quả.

Hiện tại, phaco là phương pháp được các phẫu thuật viên lựa chọn vì tính hiệu quả và khả năng phục hồi thị lực nhanh nhưng không thể áp dụng rộng rãi cho một số trường hợp đục thể thủy tinh quá chín, căng phòng nhãn áp còn cao, do sa lệch hay vỡ thể thủy tinh nên các phương pháp phẫu thuật thể thủy tinh ngoài bao và trong bao được lựa chọn.

Glôcôm do đục thể thủy tinh căng phòng được tiến hành phẫu thuật phaco có tỷ lệ cao nhất (70,6%), phaco kết hợp lỗ dò (20,6%). Hình thái này hầu hết có đóng góc, có trường hợp dính góc nên phẫu thuật lỗ dò được thực hiện. Glôcôm do đục thể thủy tinh quá chín: 66,7% phẫu thuật ngoài bao. Glôcôm do sa, lệch thể thủy tinh: 80% trong bao. Glôcôm do vỡ thể thủy tinh: 50% ngoài bao và 50% phaco.

4.2.2. Kết quả thị lực và nhãn áp: Nghiên cứu của chúng tôi kết quả tốt về thị lực sau 03 tháng là 80 mắt (93,0%), các tác giả khác là 69% đến 97%. Có 93,0% nhãn áp điều chỉnh tốt, cao hơn kết quả của Nithisha T.M là 72%, nhãn áp trung bình là $14,93 \pm 2,43$ mmHg. Có sự khác biệt giữa nhãn áp sau và trước điều trị ($p < 0,0001$).

4.2.3. Biến chứng: Phẫu thuật những bệnh lý này là một số trong những phẫu thuật vi phẫu nội nhãn khó, chỉ có các phẫu thuật viên kinh nghiệm mới được phân công làm phẫu thuật viên chính. Biến chứng thường xảy ra ngay trong mổ, dẫn đến hậu phẫu phức tạp và nhiều tổn kém. Kết quả "tốt" ở đây là so với hiện trạng tồi tệ khi vô viện của mắt chấn thương chứ sự thật hiếm có mắt chấn thương hoặc đục TTT căng phòng mà cho một kết quả hoàn hảo. Ở đây đánh giá theo tiêu chuẩn hội phục thị lực mắt chấn thương và tăng nhãn áp.

IV. KẾT LUẬN

Sau 3 tháng theo dõi sau điều trị, 93,0% bệnh nhân đạt kết quả thị lực tốt, 93,0% nhãn áp điều chỉnh. Đánh giá kết quả điều trị chung sau 3 tháng, đạt kết quả tốt chiếm 90,7%. Qua đó cho thấy điều trị glôcôm thứ phát do thể thủy tinh bằng phương pháp phẫu thuật cho hiệu quả cao. Tuy nhiên cần điều chỉnh nhãn áp trước phẫu thuật để nâng cao kết quả phẫu thuật cũng như theo dõi sau phẫu thuật thời gian dài để phát hiện sớm và điều trị các biến chứng, nâng cao chất lượng thị giác cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Đà (2009).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị glôcôm thứ phát liên quan đến thể thủy tinh tại Huế, *Luận án chuyên khoa cấp II*, Trường đại học Y Dược – Đại học Huế.
2. **Võ Lê Khánh Hùng (2011).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị glôcôm thứ phát do đục thể thủy tinh căng phòng và quá chín, *Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú*, Trường đại học Y Dược - Đại học Huế.
3. **Dimitris Papaconstantinou, Ilias Georgalas (2009).** Lens-induced glaucoma in the elderly, *Clinical Interventions in Aging*, (4), pp. 331-336.
4. **Nithisha TM, Mallikarjun Salagar (2014).** A non randomized clinical study of posterior chamber intraocular lens implantation in lens induced glaucoma, *Medica Innovatica*, vol 3(2), pp. 34-40.
5. **Prajna RV, Ramakrishnan R (1996).** Lens-induced glaucomas - visual results and risk factors for final visual acuity, *Indian J Ophthalmol*, (44), pp. 49-155.
6. **Raghunandan Kothari, Sandeep Tathe (2013).** Lens-induced glaucoma: The need to spread awareness about early management of cataract among rural population, *ISRN Ophthalmology, Hindawi Publishing Corporation*, vol 13, pp.1-3.
7. **Rijal AP, Karki DB (2006).** Visual outcome and IOP control after cataract surgery in lens induced glaucoma. *Kathmandu University Medical Journal*, vol 4(1), pp. 30-33.

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG TRÊN HÔ HẤP VÀ TUẦN HOÀN CỦA PHƯƠNG PHÁP PCS SỬ DỤNG MIDAZOLAM VÀ PROPOFOL TRONG PHẪU THUẬT RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

Nguyễn Quang Bình*, Ngô Thanh Nam**

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu: đánh giá ảnh hưởng trên hô hấp và tuần hoàn của phương pháp PCS sử dụng 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:** thời điểm (T₁ đến T₅) tần số tim và huyết áp tâm thu ở nhóm midazolam và propofol (p > 0,05) nhưng thấp hơn (p < 0,01 và p < 0,05) so với nhóm GTĐT; thời điểm (T₁ đến T₅) huyết áp tâm trương và huyết áp trung bình ở nhóm midazolam và propofol (p > 0,05) nhưng ở nhóm propofol thấp hơn (p < 0,01 và p < 0,05) so với nhóm GTĐT; thời điểm (T₁ đến T₂) tần số hô hấp ở nhóm midazolam và propofol (p > 0,05) nhưng thấp hơn (p < 0,01 và p < 0,05) so với nhóm GTĐT. **Kết luận:** phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol có tần số hô hấp, tần số tim, huyết áp tâm thu, tâm trương và trung bình gần như nhau nhưng thấp hơn so với phương pháp gây tê đơn thuần.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam, propofol

SUMMARY

ASSESSMENT THE IMPACT OF RESPIRATORY AND CIRCULATORY TO PCS METHOD USING MIDAZOLAM AND PROPOFOL IN LOWER WISDOM TEETH SURGERY

Objective: To assess the impact on respiratory and circulatory to PCS method using midazolam and propofol in lower wisdom teeth surgica. **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:** At (T₁ to T₅) heart rate and systolic pressure in midazolam and propofol group (p > 0.05) but lower (p < 0.01 and p < 0.05) than GA group; at (T₁ to T₅) diastolic

pressure and mean arterial pressure in midazolam and propofol group (p > 0.05) with propofol group lower (p < 0.01 and p < 0.05) than GA group; at (T₁ to T₂) respiratory rate in midazolam and propofol group (p > 0.05) but lower (p < 0.01 and p < 0.05) than GA group. **Conclusion:** PCS method using midazolam and propofol have almost the same respiratory rate, heart rate, systolic pressure, diastolic pressure and mean arterial pressure but lower than general anesthesia method.

Keywords: Sedation, PCS, midazolam, propofol.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Midazolam và propofol là hai thuốc có tác dụng an thần giúp cho bệnh nhân giảm lo âu, sợ hãi trong can thiệp phẫu thuật răng khôn hàm dưới. Midazolam và propofol ở liều khởi mê đều gây ức chế trung tâm hô hấp. Midazolam có xu hướng tác dụng trên thần kinh giao cảm làm cho nhịp tim nhanh và huyết áp giảm và propofol có xu hướng tác dụng trên thần kinh phó giao cảm làm cho giảm nhịp tim và giảm huyết áp. Phương pháp PCS (patient controlled sedation) là phương pháp an thần do bệnh nhân tự kiểm soát sử dụng midazolam hay propofol vẫn là vấn đề mới ít được đề cập trong lĩnh vực nha khoa ở Việt Nam. Việc sử dụng phương pháp PCS bằng midazolam hay propofol đều ảnh hưởng ít nhiều đến hô hấp và tuần hoàn. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu: "đánh giá ảnh hưởng trên hô hấp và tuần hoàn của phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới" từ đó thấy ưu và nhược điểm của từng phương pháp để áp dụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật một răng khôn hàm dưới 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)

*Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương HN

**Trung tâm Nhiệt Đới Việt Nga

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình

Email: nguyenvinh3010@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2017

Ngày duyệt bài: 28.3.2017

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

*Tiêu chí đánh giá:

- Đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, ASA, mức an thần OAA/S.

- Tần số tim: nhịp tim > 90 lần/ phút là tăng và nhịp tim < 60 lần/phút là giảm.

- Huyết áp tâm thu > 140 mmHg là tăng và < 90 mmHg là giảm; huyết áp tâm trương > 90 là tăng.

- Tần số hô hấp < 10 lần/phút là chậm, tần số hô hấp > 20 lần/phút là nhanh.

* 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 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). Mức an thần ở nhóm midazolam thấp hơn (p < 0,01; p < 0,05) so với nhóm propofol và mức an thần 4 < OAA/S < 5.

3.2. Sự thay đổi về tuần hoàn

3.2.1. Sự thay đổi về tần số tim

Bảng 3.1. Sự thay đổi về tần số tim (nhịp/phút)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	89,11 ± 16,74	86,20 ± 10,25	88,20 ± 12,40
T ₁	95,54 ± 14,54	79,89 ± 9,39*	83,54 ± 12,46*
T ₂	95,63 ± 13,74	84,00 ± 9,08*	85,06 ± 11,47*
T ₃	95,29 ± 14,40	84,40 ± 11,00*	85,66 ± 10,73*
T ₄	94,94 ± 14,73	83,94 ± 11,07*	85,83 ± 10,93*
T ₅	91,29 ± 13,26	83,40 ± 11,29**	84,17 ± 10,34*
T _x	87,14 ± 12,93	82,23 ± 10,28	83,69 ± 9,56

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

3.3.2. Sự thay đổi về huyết áp

*Huyết áp tâm thu

Bảng 3.2. Sự thay đổi về huyết áp tâm thu (mmHg)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	132,06 ± 13,37	128,91 ± 12,71	127,69 ± 12,94
T ₁	136,86 ± 15,45	124,60 ± 13,79*	123,23 ± 12,98*
T ₂	137,66 ± 11,84	125,71 ± 14,75*	126,14 ± 13,23*
T ₃	139,77 ± 15,96	126,86 ± 14,10*	127,86 ± 14,76*
T ₄	135,35 ± 13,57	125,14 ± 12,57*	126,94 ± 13,78**
T ₅	133,90 ± 14,54	121,37 ± 13,75*	122,14 ± 14,22**
T _x	130,60 ± 11,50	123,90 ± 12,96	123,89 ± 12,32

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

*Huyết áp tâm trương

Bảng 3.3. Sự thay đổi về huyết áp tâm trương (mmHg)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	77,40 ± 9,88	77,06 ± 9,08	76,54 ± 7,70

T ₁	78,97 ± 14,14	74,08 ± 9,69	72,46 ± 8,99*
T ₂	78,06 ± 10,26	72,51 ± 10,14	69,94 ± 8,93*
T ₃	77,14 ± 10,31	70,74 ± 10,16	70,86 ± 6,54*
T ₄	76,71 ± 9,16	71,69 ± 9,68	70,77 ± 7,10*
T ₅	76,66 ± 9,46	73,17 ± 10,48	71,00 ± 7,53*
T _x	75,29 ± 7,93	70,46 ± 11,51	70,97 ± 6,33

Ghi chú: *: $p < 0,05$ khác nhau có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1.

*Huyết áp trung bình

Bảng 3.4. Sự thay đổi về huyết áp trung bình (mmHg)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	94,77 ± 11,57	95,60 ± 12,03	91,17 ± 8,74
T ₁	96,29 ± 13,29	93,00 ± 12,12	87,14 ± 9,11*
T ₂	97,40 ± 9,69	91,80 ± 11,32	87,34 ± 9,75*
T ₃	96,89 ± 10,21	91,29 ± 12,77	87,37 ± 8,78*
T ₄	94,53 ± 9,58	89,09 ± 10,93	87,17 ± 7,77*
T ₅	93,66 ± 11,50	87,86 ± 12,96	86,16 ± 7,98*
T _x	91,97 ± 8,44	87,57 ± 11,35	86,86 ± 7,46

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

3.3. Sự thay đổi về hô hấp

Bảng 3.5. Sự thay đổi về tần số hô hấp (lần/phút)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 3 (n = 35) X ± SD
T ₀	19,09 ± 1,79	18,89 ± 1,86	19,37 ± 1,65
T ₁	20,03 ± 2,55	18,57 ± 2,06**	18,17 ± 1,64*
T ₂	20,06 ± 2,53	18,69 ± 1,59*	18,26 ± 1,22*
T ₃	19,23 ± 1,88	18,63 ± 1,31	18,46 ± 0,92
T ₄	19,26 ± 1,83	18,60 ± 1,04	18,51 ± 0,89
T ₅	19,14 ± 1,61	18,83 ± 1,27	18,43 ± 1,24
T _x	18,63 ± 1,11	18,77 ± 1,14	18,43 ± 1,31

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

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng toàn thân ASA, mức độ khó của phẫu thuật 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 và mức độ khó của phẫu thuật 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 $4 < \text{OAA/S} < 5$.

4.2. Sự thay đổi về tần số tim và huyết áp: ở bảng 3.1 và 3.2 cho thấy về tần số tim và huyết áp tâm thu, các thời điểm từ T₁ đến T₅ ở hai nhóm PCS sử dụng midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm GTĐT. Trong quá trình phẫu thuật ở hai nhóm sử dụng midazolam và propofol, tần số tim và huyết áp tâm thu có xu hướng luôn thấp và ổn định hơn so với giá trị ban đầu ở thời điểm trước phẫu thuật T₀. Ngược lại, ở nhóm GTĐT

trong suốt quá trình phẫu thuật, tần số tim và huyết áp tâm thu có xu hướng luôn cao hơn so với giá trị ban đầu ở thời điểm trước phẫu thuật T₀. Để lí giải cho vấn đề này là do ở nhóm GTĐT bệnh nhân luôn có tâm lí lo lắng, sợ hãi về các sự kiện, hiện tượng diễn ra ngay trước mắt trong lúc mổ. Ở hai nhóm PCS sử dụng midazolam và propofol đều có tác dụng an dịu, giảm lo âu sợ hãi và quên các sự việc và hiện tượng trong khi mổ nên giảm ngưỡng đau và không làm tăng yếu tố thần kinh thể dịch vì vậy tần số tim và huyết áp tâm thu luôn ổn định. Tần số tim và huyết áp tâm thu là cơ sở khách quan, phản ánh tình trạng lo sợ của bệnh nhân dưới các tác nhân của cuộc phẫu thuật. Ở bảng 3.3 và 3.4 cho thấy về thay đổi huyết áp tâm trương và trung bình, các thời điểm từ T₁ đến T_x ở nhóm PCS midazolam khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) ở nhóm PCS propofol khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm GTĐT. Lí giải cho vấn đề này, ở nhóm PCS midazolam có xu hướng hưng phấn giao cảm nên có tác dụng làm tăng huyết áp, trong khi đó ở nhóm PCS propofol có xu hướng

hưng phần phó giao cảm nên có tác dụng làm giảm huyết áp. Huyết áp tâm trương rất ít bị tác động bởi các tác nhân gây lo sợ, vì vậy ở nhóm PCS propofol có huyết áp tâm trương và trung bình thấp hơn có ý nghĩa ($p < 0,05$) so với nhóm PCS midazolam và nhóm GTĐT là do chính tác dụng của propofol gây tác dụng hạ huyết áp. Tuy nhiên, sự hạ huyết áp này thay đổi rất ít và trong giới hạn cho phép của chỉ số sinh học của người Việt Nam. Tại thời điểm xuất viện T_x , ở cả 3 nhóm PCS sử dụng midazolam, propofol và GTĐT đều có tần số tim, huyết áp tâm thu, tâm trương và trung bình khác nhau không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Như vậy, ở cả 3 nhóm ổn định như nhau về tim mạch, huyết áp và đủ tiêu chuẩn xuất viện. Tuy nhiên, một bệnh nhân dùng propofol mạch chậm và huyết áp giảm nhưng đáp ứng tốt với atropin [6]. Sau mổ, một bệnh nhân xỉu khi ngồi dậy do an thần bằng propofol [1]. Rudkin (1992) cho rằng propofol và midazolam đều làm giảm huyết áp khi thay đổi tư thế nhưng điều này hay xảy ra hơn với propofol. Để dự phòng, giảm huyết áp cần phải truyền dịch trước khi an thần [7].

4.3. Sự thay đổi về hô hấp: ở bảng 3.5 cho thấy tần số hô hấp tại các thời điểm ở hai nhóm PCS sử dụng midazolam và propofol khác nhau không ý nghĩa ($p > 0,05$) nhưng thời điểm T_1 và T_2 sau sử dụng an thần khác nhau có ý nghĩa ($p < 0,01$ và $p < 0,05$) so với nhóm GTĐT. Như vậy, dưới tác dụng an thần của propofol hay midazolam bệnh nhân ổn định và gần với giá trị bình thường về tần số hô hấp, trong khi đó ở nhóm GTĐT bệnh nhân có xu hướng tăng về tần số hô hấp với biểu hiện thở nhanh, nông. Lí giải cho vấn đề này là do ở nhóm GTĐT bệnh nhân có biểu hiện lo lắng chủ quan trong phẫu thuật nên tăng tần số hô hấp, ở hai nhóm sử dụng propofol hay midazolam đều giảm lo lắng chủ quan nên tần số hô hấp ít bị thay đổi và ổn định

trong suốt quá trình phẫu thuật. Grattidge (1992) thấy 2 bệnh nhân $SpO_2 < 95\%$ khi an thần bằng propofol [3]. Ganapathy (1997) cho rằng cần phải kiểm soát chặt chẽ giảm SpO_2 trong PCS, đặc biệt dùng các loại opioid kết hợp với thuốc an thần. Sự giảm tần số hô hấp gặp thoáng qua ở 6 bệnh nhân từ 65 – 78 tuổi sử dụng an thần bằng propofol [2]. Như vậy, đối tượng trong nghiên cứu < 60 tuổi, chỉ sử dụng midazolam hoặc propofol đơn độc mà không sử dụng phối hợp với opioid, vì vậy không có trường hợp nào bị ức chế hô hấp hay SpO_2 giảm $< 95\%$.

V. KẾT LUẬN

phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol đều có tần số hô hấp, tần số tim, huyết áp tâm thu, tâm trương, trung bình gần như nhau nhưng thấp và gần giá trị nền hơn so với phương pháp gây tê đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cook L. B., Lockwood G. G., Moore C. M., Whitwam J. G. (1993), "True patient-controlled sedation", *Anaesthesia*, 48(12), pp. 1039-44.
2. Ganapathy S., Herrick I. A., Gelb A. W., Kirkby J. (1997), "Propofol patient-controlled sedation during hip or knee arthroplasty in elderly patients", *Can J Anaesth*, 44(4), pp. 385-9.
3. Grattidge P. (1992), "Patient-controlled sedation using propofol in day surgery", *Anaesthesia*, 47(8), pp. 683-5.
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. Rodrigo C. (1998), "Patient-controlled sedation", *Anesth Prog*, 45(3), pp. 117-26.
6. Rudkin G. E., Maddern G. J. (1995), "Peri-operative outcome for day-case laparoscopic and open inguinal hernia repair", *Anaesthesia*, 50(7), pp. 586-9.
7. 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.

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ KIỂM SOÁT NHIỄM KHUẨN TRONG PHẪU THUẬT THAY KHỚP NHÂN TẠO TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ108

Đinh Vạn Trung*

TÓM TẮT²⁸

*Bệnh viện TW Quân đội 108
 Chịu trách nhiệm chính: Đinh Vạn Trung
 Email: drtrung108@gmail.com
 Ngày nhận bài: 6.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Áp dụng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn trong phẫu thuật thay khớp nhân tạo đã mang lại hiệu quả cao trong việc làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ. **Mục tiêu:** Tìm hiểu một số đặc điểm về kiểm soát nhiễm khuẩn trong phẫu thuật thay khớp nhân tạo tại Bệnh viện TWQĐ 108. **Đối tượng và phương**

Ngày duyệt bài: 28.3.2017

pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả trên 96 bệnh nhân phẫu thuật thay khớp tại Bệnh viện TWQĐ108 năm 2015. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 2,1%. Thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn: Vệ sinh lông tóc móng. Thụt tháo. Tắm xà phòng khử khuẩn toilet và sáng trước mổ. Thay quần áo sạch sau tắm. Sát khuẩn vùng mổ bằng chlorhexidine 2%. Thay băng sau mổ 48 giờ. 3. Sử dụng kháng sinh dự phòng bằng Cefazolin 1gam, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ 24h là 79,2% và 48h là 20,8%. Tỷ lệ sử dụng trên 7 ngày là 2,1%.

Từ khóa: Kiểm soát nhiễm khuẩn, phẫu thuật thay khớp, nhiễm khuẩn vết mổ

SUMMARY

SOME COMMENTS ON INFECTION CONTROL IN ARTIFICIAL JOINT REPLACEMENT SURGERY AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Application of infection control measures in the artificial joint replacement surgery was highly effective in reducing the rate of surgical site infection (SSI). **Objective:** Learn some characteristics of infection control in artificial joint replacement surgery at 108 Military Central Hospital. **Subjects and Methods:** described prospective study, 96 patients received joint replacement surgery at 108 Military Central Hospital in 2015. **Results:** Surgical site infection rates is 2.1%. Implementation of the Infection Control: Cleaning nails hair. Enema. Bathing with disinfected soap on the night before and the morning before going to surgery. Change clean clothes after bath. Regional antiseptic surgery by disinfectant solution containing 2% chlorhexidine. Postoperative wound dressing changes 48 hours. Use antibiotic prophylaxis with Cefazolin 1g; rate used in the 24h after surgery is 79.2% and 48h is 20.8%, the rate of using more than 7 days is 2.1%.

Key word: Infection control, surgical joint replacement, surgical site infection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp dụng các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn trong phẫu thuật thay khớp nhân tạo như tắm cho bệnh nhân trước phẫu thuật bằng xà phòng khử khuẩn, thay băng đúng quy trình, sử

dụng kháng sinh dự phòng v.v... đã mang lại hiệu quả cao trong việc làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM). Hơn 1.000.000 ca phẫu thuật cấy ghép được thực hiện hàng năm ở Hoa Kỳ, trong đó có khoảng 7% bị nhiễm khuẩn vết mổ sâu dẫn đến thất bại của các phẫu thuật và ảnh hưởng đến hoạt động điều trị và chi phí. Do việc sử dụng kháng sinh dự phòng và các tiến bộ kỹ thuật khác, nhiễm khuẩn vết mổ đã được giảm đáng kể trong 20 năm qua [3]. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, khoảng 1/3 nhiễm khuẩn vết mổ có thể phòng ngừa được bởi việc triển khai chương trình kiểm soát nhiễm khuẩn thích hợp trong các cơ sở y tế [7]. Tại Việt Nam, nhiều bệnh viện đã áp dụng các quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn trong phẫu thuật thay khớp nhân tạo. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Tìm hiểu một số đặc điểm về kiểm soát nhiễm khuẩn trong phẫu thuật thay khớp nhân tạo tại Bệnh viện TWQĐ 108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 96 bệnh nhân phẫu thuật thay khớp tại Bệnh viện TWQĐ108.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4 đến tháng 11 năm 2015

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả

- Chọn mẫu toàn bộ

- Phương pháp thu thập số liệu:

+ Tuổi, giới.

+ *Thang điểm ASA:* Thang điểm đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ của hiệp hội gây mê hồi sức của Mỹ (American Society of Anesthesiologists score) [7].

Xử lý số liệu nghiên cứu: bằng phần mềm Epidata.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Giới tính	n = 96		p
	n	%	
Nam	53	55,2	> 0,05
Nữ	43	44,8	
Tuổi trung bình (X± SD)	52,9 ± 11,3		

Nhận xét: Tỷ lệ giữa nam và nữ là không có sự khác biệt (p > 0,05).

Bảng 2. Tỷ lệ điểm ASA

ASA	Tỷ lệ %		p
	n	%	
I	0	0	< 0,05
II	68	70,8	
III	28	29,2	

Tổng	96	100	
------	----	-----	--

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có điểm ASA = II lớn hơn rõ rệt so với bệnh nhân có điểm ASA = III ($p < 0,05$).

Bảng 3. Tỷ lệ thay khớp háng, khớp gối và nhiễm khuẩn vết mổ

Thay khớp n (%)	Nhiễm khuẩn vết mổ	
	n	%
Khớp háng n = 68 (70,8)	0	0
Khớp gối n = 28 (29,2)	2	7,1
Tính chung n = 96	2	2,1

Nhận xét: Tỷ lệ NKVM chung là 2,1%. Không có bệnh nhân thay khớp háng bị nhiễm khuẩn vết mổ. Thay khớp gối có 7,1% bị NKVM.

Bảng 4. Thời gian sử dụng kháng sinh

Tên kháng sinh - thời gian tiêm	Bệnh nhân sử dụng (n = 96)	
	n	%
Tiêm trước phẫu thuật 30-60 phút (Cefazolin 1g)	96	100
24h sau mổ (3 mũi - Cefazolin)	76	79,2
48h sau mổ (6 mũi - Cefazolin)	20	20,8
Keflex viên nén 500mg x 4v/ngày (1- 3 ngày)	51	53,1
Keflex viên nén 500mg x 4v/ngày (4 - 7 ngày)	43	44,8
Keflex viên nén 500mg x 4v/ngày (> 7 ngày)	2	2,1

Nhận xét: Trước mổ và sau mổ 24h hầu hết các bệnh nhân đều được dùng kháng sinh cefazolin. Có 79,2% bệnh nhân dùng phác đồ 24h và 20,8% bệnh nhân phải dùng phác đồ 48h. Bệnh nhân NKVM (2,1%) phải dùng kháng sinh đường uống trên 7 ngày.

Bảng 5. Tuân thủ các yếu tố trước và sau mổ.

TT	Các yếu tố kiểm soát nhiễm khuẩn	n = 96
1	Vệ sinh lông tóc móng	96
2	Thụt tháo	96
3	Tắm xà phòng khử khuẩn tối trước mổ	96
4	Tắm xà phòng khử khuẩn sáng trước mổ	96
5	Thay quần áo sạch sau tắm	96
6	Sát khuẩn vùng mổ bằng clohexidine 2%.	96
7	Thay băng vết mổ sau 48h	96

Nhận xét: Trước mổ, hầu hết các bệnh nhân đều tuân thủ các quy định về kiểm soát nhiễm khuẩn trong phẫu thuật siêu sạch.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu được thể hiện ở bảng 1 và bảng 2, tỷ lệ bệnh nhân nam tương đương so với bệnh nhân nữ, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,9 \pm 11,3$. Có 5 mức độ đánh giá tình trạng bệnh nhân trước mổ, dựa trên thang điểm ASA, thang điểm này đánh giá dựa trên phần lớn tình trạng bệnh nhân hiện có và bệnh nền đi kèm, qua bảng 2 cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có điểm ASA = II lớn hơn rõ rệt so với bệnh nhân có điểm ASA = III ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy, không có bệnh nhân thay khớp háng bị nhiễm khuẩn vết mổ mặc dù thay khớp háng chiếm tỷ lệ 70,8%. Có 2 bệnh nhân thay khớp gối bị NKVM chiếm tỷ lệ 2,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với nghiên cứu của Ngô Bảo Khang, tỷ lệ nhiễm khuẩn là 1/33 trường hợp (3%), lỏng khớp 1/33 trường hợp, không viêm tắc tĩnh mạch [2]. Nguyễn Tiến

Bình thông báo nhiễm khuẩn 3/468 trường hợp (0,64%), lỏng khớp 2 trường hợp. Trên thế giới hiện nay, tỷ lệ sai khớp háng < 1%, tỷ lệ nhiễm khuẩn khoảng 1%, huyết khối tĩnh mạch khoảng 0,7-1,02% [1]. Kết quả ở bảng 4 cho thấy, tỷ lệ sử dụng kháng sinh Cefazolin 1g (cephalosporin thế hệ 1) tiêm tĩnh mạch trước phẫu thuật 30-60 phút là 100%, các bệnh nhân đã được tuân thủ chặt chẽ quy trình sử dụng thuốc trong liệu pháp kháng sinh dự phòng đó là tiếp tục sử dụng Cefazolin trong 24h sau mổ (3 mũi, mỗi mũi 01g cách nhau 8h). Chỉ có 20 bệnh nhân (20,8%) sử dụng phác đồ 48h sau mổ. Thuốc kháng sinh dùng để uống là Keflex (cephalosporin thế hệ 1), liều dùng là 4 viên/ngày. Có 51 BN (53,1%) phải uống thêm Keflex từ 1-3 ngày, 43 BN (44,8%) phải uống thêm từ 4-7 ngày, chỉ có 2 BN (2,1%) phải uống trên 7 ngày. Nghiên cứu của Hill, C, Mazas, F trên 2.137 bệnh nhân thay khớp háng thấy

rằng: kháng sinh dự phòng giảm số lượng các bệnh nhiễm khuẩn đáng kể từ 3,3% đến 0,9% khi dùng Cefazolin [6]. Kháng sinh dự phòng bằng cephalosporin thế hệ 1 và 2 được khuyến cáo sử dụng, tiêm từ 60 đến 30 phút trước khi rạch da. Thời gian điều trị dự phòng không được vượt quá 24 giờ [4].

Sự tuân thủ các quy trình hạ thấp tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ được thể hiện ở bảng 5 cho thấy sự tuân thủ các yếu tố về kiểm soát nhiễm khuẩn trước và sau phẫu thuật chung cho tất cả các bệnh nhân, đó là: Vệ sinh lông tóc móng - thụt tháo - tắm xà phòng khử khuẩn tối và sáng trước mổ - thay quần áo sạch sau tắm - sát khuẩn vùng mổ bằng clohexidine 2% và sau 48h mới thay băng vết mổ. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự các nghiên cứu trên Thế giới, trong thành công của thay khớp háng, việc tuân thủ các hướng dẫn về kiểm soát nhiễm khuẩn trước và sau mổ rất quan trọng vì góp phần làm giảm thiểu biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ, giúp bệnh nhân nhanh chóng trở lại tham gia các hoạt động cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ là 2,1%
2. Thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn: Vệ sinh lông tóc móng. Thụt tháo. Tắm xà phòng khử khuẩn tối và sáng trước mổ. Thay

quần áo sạch sau tắm. Sát khuẩn vùng mổ bằng clohexidine 2%. Thay băng sau 48 giờ.

3. Sử dụng kháng sinh dự phòng bằng Cefazolin 1g, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ 24h là 79,2% và 48h là 20,8%. Tỷ lệ sử dụng trên 7 ngày là 2,1%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Bình và cộng sự (2006), *Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng từ tháng 12/1991 đến 02/2006 tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*. Hội nghị thường niên hội Chấn thương Chính hình Việt Nam lần thứ 5. 2006. Tr 98-102.
2. Ngô Bảo Khang (2000), *Thay khớp háng nhân tạo toàn phần và bán phần*, Chuyên đề chấn thương Chính hình, Y học Việt Nam 10/2000, tr. 2-6.
3. American Academy of Orthopaedic Surgeons (2009), *Antibiotic Prophylaxis for Patients after Total Joint Replacement*, February.
4. Andrej Trampuz, Werner Zimmerli (2006), *Antimicrobial Agents in Orthopaedic Surgery*, Drugs, June, Volume 66, Issue 8, pp 1089-1106.
5. American Society of Anesthesiologists. *ASA Physical Status Classification System Accessed 10/5/2015*
6. Hill. C, Mazas. F, Flamant. R, Evrard. J, "PROPHYLACTIC CEFAZOLIN VERSUS PLACEBO IN TOTAL HIP REPLACEMENT", Report of a Multicentre Double-blind Randomised Trial, *The Lancet*, Volume 317, Issue 8224, pp795-797.
7. WHO (2016) Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG QUANH RĂNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Xuân Thực*, Từ Mạnh Sơn*

TÓM TẮT²⁹

Mục tiêu: Mô tả tình trạng quanh răng của các bệnh nhân mắc ĐTD typ 2. **Đối tượng và Phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 400 bệnh nhân mắc ĐTD typ 2 theo tiêu chuẩn của IDF 2005 tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai từ 6/2010 đến 6/2011. Các bệnh nhân được tiến hành khám răng miệng để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu gồm: OHIS, GI và CPITN. **Kết quả:** Tuổi trung bình là: 59,7 ± 6,2 (tuổi). Tỷ lệ nữ/nam = 1,8. Trung bình thời gian phát hiện mắc ĐTD là: 5,9 ± 4,5 (năm). Trung bình glucose máu lúc đói là: 9,2 ± 4,7

(mmol/l); Trung bình HbA1c là: 8,1 ± 2,5 (%). VSRM tốt chiếm 1,3%, VSRM trung bình chiếm 16,7%, VSRM kém chiếm 82%; Trung bình chỉ số OHI-S là 4,3 ± 1,1. 100% đối tượng nghiên cứu bị viêm lợi. Trong đó viêm lợi nhẹ chiếm 11,3%; viêm lợi trung bình chiếm 65,7%; viêm lợi nặng chiếm 23%; Trung bình chỉ số GI là 1,7 ± 0,5. Tỷ lệ cao răng (CPI 2) là 37,5%, tỷ lệ túi lợi bệnh lí (CPI 3 và CPI 4) là 62,5%, trong đó túi sâu (CPI 4) chiếm 19,2%. Trung bình mỗi BN có 3 vùng lục phân có cao răng (CPI 2); 1,5 vùng có túi lợi bệnh lí (CPI 3 và CPI 4). Vùng 2 và vùng 5 có tình trạng QR ít trầm trọng hơn so với các vùng còn lại với p < 0,05. **Kết luận:** Tình trạng quanh răng ở các bệnh nhân ĐTD typ 2 rất đáng báo động với vệ sinh răng miệng kém, tỷ lệ viêm lợi và viêm quanh răng cao.

Từ khóa: vệ sinh răng miệng, viêm lợi, túi lợi bệnh lý.

SUMMARY

*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: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

SURVEY PERIODONTAL STATUS OF OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS IN BACHMAI HOSPITAL

Objectives: To describe the periodontal status in patients with type 2 diabetes mellitus. **Subjects and Methods:** Using a cross-sectional study on 400 outpatients with type 2 diabetes mellitus according to diagnostic criteria of IDF 2005, at the department of OdontoStomatology Bachmai hospital from 6/2010 to 6/2011. The patients received oral exam directly to take some indexes such as OHIS, GI and CPITN. **Results:** The mean age: 59.7 ± 6.2 (years old). The ratio of female/male = 1.8. The mean time of diabetes detection: 5.9 ± 4.5 (years). The mean fasting blood glucose level: 9.2 ± 4.7 (mmol/l). The mean HbA1c: 8.1 ± 2.5 (%). Good oral hygiene accounted for 1.3%, moderate oral hygiene accounted for 16.7%, poor oral hygiene accounted for 82%. The mean OHIS: 4.3 ± 1.1 . 100% of study subjects had gum disease, among them, mild gingivitis accounted for 11.3%, moderate gingivitis accounted for 65.7%, severe gingivitis accounted for 23%. The mean GI: 1.7 ± 0.5 . Calculus rate (CPI2) was 37.5%; periodontal pockets rate (CPI 3 and CPI4) was 62.5%, among them, deep periodontal pocket rate (CPI4) was 19.2%. Each patient had 3 sextants with calculus (CPI2); 1,5 sextants with periodontal pocket (CPI 3 and CPI4); sextant 2 and sextant 5 had periodontal condition less severe than in other sextants with $p < 0.05$. **Conclusions:** Periodontal status in patient with type 2 diabetes were alarming with poor oral hygiene, high rate of gingivitis and periodontitis.

Key words: Oral hygiene, gingivitis, periodontal pocket.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ tít 2 đđng rđ tđng mđt cđch nđnh chđng, tđc đđ phđt trđnh củ đTT tít 2 vđ nhđng biđn chđng củ nđ đđng lđ thđch thđc lđn đđi vđi Y hđc vđ cđng đđng. Theo phđn tđch củ Hiđp hđi ĐTĐ quđc tđt vđ Tđ chđc Y tđt thđ giđi (WHO) thđ ĐTĐ sđ trđ thđnh đđi đđch trđng thđ kđ XXI. Cđng theo đự bđo củ WHO, nđm 2025 thđ giđi sđ cđ khđng đđng 380 trđiệu ngđi mđc ĐTĐ. Việť Nam đđng nđm ở khđ vực 2 vđi tđ lđ mđc ĐTĐ chiđm khđng đđng 2 - 4,99% đđn sđ, trđng đđ trđn 90% lđ ĐTĐ tít. Nhđ vđy, ĐTĐ tít 2 đđ ảnh hđng tđi mđt bđ phđn đđn cư khđng nhđ. Đđng chú ý hđn lđ tđ lđ mđc bđnh thđc tđt cđn cđo hđn nhđi bđi cđ tđi 64,5% ngđi mđc ĐTĐ khđng đđng chđn đđn, khđ đđng phđt hiđn thđ đđ cđ nhđi biđn chđng, trđng đđ cđ biđn chđng rđng miệng đđ ở mđc trđm trđng [1].

Biđn chđng rđng miệng củ ngđi mđc ĐTĐ tít 2 sđ ảnh hđng rđt lđn đđn chđt lđng sđng củ cđc đđi tđng nđy, đđng thđi chđ phđ Y tđt đđ giđi quđyết vđn đđ nđy cđng rđt lđn. Đđ đđ, việc nghiđn cđng bđnh QR ở bđnh nhđn ĐTĐ, mđ đđc

biệť lđ ĐTĐ tít 2 lđ rđt cđn thđi. Tđng hđp cđc nghiđn cđng nđy sđ lđm sđng tđ mđi liđn quđn, cđc tđc đđng hai chiđu giđi bđnh QR vđ ĐTĐ tít 2. Tđ đđ giđp cho cđng tđc đđi đđi vđ đự phđng hai bđnh nđy đđt kđt quđ tđt hđn, giđp cđi thđi chđt lđng sđng cho cđc bđnh nhđn ĐTĐ.

Hiđn nđy, ở Việť Nam, quđ quđ trđnh sđu tđm tđi liệu, chđng tđi chđr thđy cđ cđng trđnh nđo nghiđn cđng sđu vđ lđnh vực nđy. Xuđt phđt tđ trđnh hiđnh thđc tđ trđn, chđng tđi tiđn hiđnh nghiđn cđng đđ tđi nđy nhđm đđt đđng mđc tiệu: *Mđ tđ trđng quđnh rđng củ cđc bđnh nhđn mđc ĐTĐ tít 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đđi tđng nghiđn cđng: Lđ cđc bđnh nhđn đđng chđn đđn mđc ĐTĐ tít 2 theo tiệu chđn đđn củ đđf nđm 2005 [1] đđng theo đđi đđi đđi ngođi trđ tđi khđ Khđm bđnh bđnh việc Bđch Mđi.

2.1.1. Đđi đđm vđ thđi giđn nghiđn cđng.

- Nghiđn cđng đđng thđc hiđn tđi khđ Rđng Hđm Mđt Bđnh việc Bđch Mđi Hđ Nđi.

- Thđi giđn nghiđn cđng tđr thđng 06/2010 đđn thđng 06/2011.

2.1.2. Tiệu chđn lực chđn bđnh nhđn:

Nhđng bđnh nhđn đđng chđn đđn mđc ĐTĐ tít 2 theo tiệu chđn củ đđf nđm 2005 [1], đđng khđm rđng miệng tđi Bđnh việc Bđch Mđi tđr 06/2010 đđn 06/2011. Cđc bđnh nhđn nđy cđn phđi hđi đđ nhđng tiệu chđn sđu:

- Cđ tđi đđi tđr 45 tđi trđ lđn.
- Cđ ít nhđt 1 vđng lực phđn cđn chđc nđng.
- Tđi thđi đđm nghiđn cđng khđng mđc cđc bđnh cđp tđnh khđc.

- Hđp tđc vđ tự ngđyện thđm giđa nghiđn cđng.

2.1.3. Tiệu chđn lđi trđ bđnh nhđn.

- Nhđng bđnh nhđn mđt rđng tđn bđ.
- Nhđng bđnh nhđn đđng mđc cđc bđnh cđp tđnh khđc hđc đđng cđn phđi theo đđi vđ đđi đđi tđi tđch cđc.

- Nhđng bđnh nhđn khđng hđp tđc nghiđn cđng.

2.2. Phđng phđp nghiđn cđng.

2.2.1. Thiệť kđ nghiđn cđng: Sđr đđng phđng phđp nghiđn cđng mđ tđ cđt ngđng.

2.2.2. Cđ mđu nghiđn cđng: đp đđng cđng thđc tđnh cđ mđu cho việc đđc lđng 1 tđ lđ:

$$n = Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \frac{p(1-p)}{(p\epsilon)^2}$$

Trđng đđ: n: lđ cđ mđu nghiđn cđng cđn cđ.
p: tđ lđ đđi tđng cđ bđnh, đđc tđnh bđng 0.8 [2]

ϵ : mức chính xác tương đối, lấy bằng 0.05 của p.

α : mức ý nghĩa thống kê, lấy bằng 0.05.

Từ công thức này ta tính ra $n = 384$. Trong thực tế chúng tôi thu nhận được 400 người, đáp ứng được yêu cầu của thiết kế nghiên cứu.

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 tham gia nghiên cứu đều được tư vấn, hướng dẫn cách chăm sóc giữ gìn VSRM.

- Trong khi thăm khám, nếu phát hiện thấy trường hợp mắc bệnh QR nặng, sẽ được can thiệp điều trị ngay tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai.

- 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 ĐTD týp 2 đạt kết quả tốt hơn, góp phần nâng cao chất lượng sống cho các bệnh nhân ĐTD týp 2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

- Tập trung đồng nhất là nhóm tuổi từ 45 - 64 với tỷ lệ 69,0%. Tuổi thấp nhất là 45; cao nhất là 76. Tuổi trung bình là: $59,7 \pm 6,2$ (tuổi).

- Nam chiếm tỷ lệ 35,8%, nữ chiếm tỷ lệ 64,2%. Tỷ lệ nữ cao hơn nam. Tỷ lệ nữ/nam = 1,8

- Trung bình thời gian phát hiện mắc ĐTD là: $5,9 \pm 4,5$ (năm).

- Trung bình glucose máu lúc đói là: $9,2 \pm 4,7$ (mmol/l); Trung bình HbA1c là: $8,1 \pm 2,5$ (%).

3.2. Tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số OHIS.

Bảng 3.1 Tình trạng VSRM theo chỉ số OHI-S.

Tình trạng VSRM theo chỉ số OHIS	n	%
VSRM tốt	5	1,3
VSRM trung bình	67	16,7
VSRM kém	328	82,0
Tổng	400	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ VSRM tốt rất thấp chỉ chiếm 1,3%, ngược lại tỷ lệ VSRM kém rất cao chiếm tới 82,0%. Trung bình chỉ số OHI-S là: $4,3 \pm 1,1$. OHI-S thấp nhất là 0,7; cao nhất là 6.

3.3. Tình trạng lợi theo chỉ số GI.

Bảng 3.2 Phân bố mức độ viêm lợi qua chỉ số GI.

Tình trạng lợi	n	%
Viêm lợi nhẹ	45	11,3
Viêm lợi trung bình	263	65,7
Viêm lợi nặng	92	23,0
Tổng	400	100,0

Nhận xét: Không có tỷ lệ lợi hoàn toàn khỏe mạnh. Viêm lợi nhẹ chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ có 11,3%, trong khi đó viêm lợi nặng chiếm tỷ lệ khá cao với 23,0%. Trung bình chỉ số GI là: $1,7 \pm 0,5$. GI thấp nhất là 0,3; GI cao nhất là 3.

3.4. Tình trạng QR theo chỉ số CPITN.

Bảng 3.3 Tỷ lệ người có mã số CPI cao nhất khi thăm khám.

Mã số	n	%
CPI 2	150	37,5
CPI 3	173	43,3
CPI 4	77	19,2
Tổng	400	100,0

Nhận xét: 100% đối tượng nghiên cứu đều có cao răng (CPI 2), túi nông (CPI 3) hoặc túi sâu (CPI 4). Tỷ lệ bệnh nhân có túi lợi bệnh lý (CPI 3 và 4) chiếm tới 62,5%, trong đó số bệnh nhân có túi sâu (CPI 4) chiếm 19,2%.

Bảng 3.4 Số trung bình vùng lục phân lạnh mạnh và có bệnh quanh răng theo CPITN.

Mã số	Tổng số vùng lục phân	Trung bình
CPI 0	11	0,03
CPI 1	96	0,24
CPI 2	1305	3,26
CPI 3	524	1,31

CPI 4	152	0,38
X [lục phân loại trừ]	312	0,78

Nhận xét: Số trung bình vùng lục phân lạnh mạnh (CPI 0) và chảy máu lợi đơn thuần (CPI 1) rất thấp, gần như bằng 0. Trung bình mỗi bệnh nhân có khoảng 3 vùng lục phân có cao răng (CPI 2) và 1,5 vùng có túi lợi bệnh lý (CPI 3 và 4).

Bảng 3.5 Phân bố tỷ lệ bệnh quanh răng theo vùng lục phân.

Vùng lục phân		Vùng 1	Vùng 2	Vùng 3	Vùng 4	Vùng 5	Vùng 6	Tổng
Lạnh mạnh	n	2	4		1		1	7
	%	0.5%	0.64%		0.16%		0.16%	0.19%
Chảy máu lợi	n	18	54	18	8	3	6	107
	%	2.88%	8.64%	2.88%	1.28%	0.48%	0.96%	2.85%
Caο răng	n	308	438	302	247	382	286	1.963
	%	49.28%	70.08%	48.32%	39.52%	61.12%	45.76%	52.35%
Túi nông	n	148	83	150	235	164	209	989
	%	23.68%	13.28%	24.0%	37.60%	26.24%	33.44%	26.37%
Túi sâu	n	54	10	56	46	23	39	228
	%	8.64%	1.60%	8.96%	7.36%	3.68%	6.24%	6.08%
Loại (mất R)	n	96	36	99	88	53	84	456
	%	15.36%	5.76%	15.84%	14.08%	8.48%	13.44%	12.16%

Nhận xét: Vùng 2 và vùng 5 có tình trạng QR ít trầm trọng hơn so với các vùng còn lại. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ túi sâu (CPI 4) và vùng mất răng (CPI X) là tương đương giữa các vùng 1, 3, 4 và 6.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tình trạng VSRM: Bảng 3.1 cho thấy toàn cảnh về tình trạng VSRM của các bệnh nhân ĐTĐ tít 2 trong nghiên cứu. Với trung bình chỉ số OHI-S là $4,3 \pm 1,1$ có thể thấy rằng hầu hết các đối tượng đều có VSRM kém. Tỷ lệ VSRM tốt và khá (OHI-S từ 0,1 - 3,0) chỉ chiếm 18%, trong đó VSRM tốt (OHI-S từ 0,1 - 1,2) là 1,3%, còn VSRM kém (OHI-S từ 3,1 - 6,0) chiếm tới 82%. Đây là một con số đáng báo động, bởi VSRM kém cũng đồng nghĩa với kiến thức và ý thức chăm sóc SKRM kém và đó cũng là một nguy cơ rất lớn cho sự phát sinh và phát triển các mầm bệnh QR.

Thực tế nghiên cứu thấy nổi lên hai vấn đề chính: Thứ nhất: đối tượng nghiên cứu còn thiếu kiến thức, thiếu hiểu biết, thiếu những thông tin cần thiết về mối liên quan giữa SKRM với sức khoẻ toàn thân, về các dịch vụ chăm sóc SKRM, về lợi ích của việc khám răng miệng định kỳ; Thứ hai: chưa có sự phối hợp điều trị tốt giữa các bác sỹ chuyên khoa Nội tiết ĐTĐ và các bác sỹ chuyên khoa Răng hàm mặt. Các bác sỹ Nội tiết ĐTĐ chỉ chuyên tâm chú ý tới điều trị bệnh ĐTĐ mà bỏ quên mất bệnh răng miệng, nên đã không có những lời khuyên hữu ích, cũng như không tư vấn bệnh nhân khám chuyên khoa Răng hàm mặt kịp thời.

4.2. Tình trạng lợi theo chỉ số GI: Bảng 3.2 cho thấy một bức tranh toàn cảnh về tình trạng lợi của đối tượng nghiên cứu qua chỉ số GI. Kết quả cho thấy 100% đối tượng nghiên cứu

đều bị viêm lợi, trong đó tỷ lệ lợi viêm nhẹ (GI từ 0,1 - 0,9) chỉ chiếm 11,3%, còn tỷ lệ viêm lợi nặng (GI từ 2,0 - 3,0) chiếm tới 23%. Trung bình chỉ số GI là $1,7 \pm 0,5$, điều đó chứng tỏ rằng hầu hết đối tượng nghiên cứu đều có tình trạng viêm lợi từ trung bình đến nặng.

So sánh với kết quả điều tra SKRM toàn quốc năm 2001, tình trạng viêm lợi trong nghiên cứu này có phần nặng hơn. Theo báo cáo điều tra SKRM toàn quốc năm 2001, Trần Văn Trường và cộng sự kết luận ở lứa tuổi trên 45 thì tỷ lệ viêm lợi là 96,7%, trong đó tỷ lệ viêm lợi nặng là 12,7% [2]. Còn trong nghiên cứu này, tỷ lệ viêm lợi là 100%, trong đó viêm lợi nặng chiếm 23%. Sở dĩ có sự khác biệt này là do có sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu. Điều tra cơ bản của Trần Văn Trường được tiến hành trên số đông dân chúng ($n = 999$) không phải là các bệnh nhân ĐTĐ, còn nghiên cứu này được tiến hành trên các đối tượng được chẩn đoán mắc ĐTĐ tít 2 ($n = 400$). Thực tế này cho thấy tình trạng viêm lợi ở bệnh nhân ĐTĐ tít 2 phần nào có nặng hơn ở người không mắc ĐTĐ.

4.3. Tình trạng quanh răng theo chỉ số CPITN: Khi đánh giá bệnh QR, trên lâm sàng người ta chú ý tới hai vấn đề chính đó là mức độ phổ biến (tỷ lệ phần trăm bệnh trong quần thể) và mức độ lan rộng của bệnh (số trung bình vùng lục phân có bệnh trên mỗi cá thể) qua chỉ số CPITN.

Bảng 3.3 cho thấy đối tượng nghiên cứu có bệnh QR khá trầm trọng ở mức độ phổ biến.

Không có tỷ lệ CPI 0 và CPI 1, tỷ lệ có cao răng (CPI 2) là 37,5%, tỷ lệ có túi bệnh lí (CPI 3 và CPI 4) là 62,5% trong đó đáng chú ý là tỷ lệ túi sâu (CPI 4) chiếm tới 19,2%. Nhìn vào bảng 3.4 có thể thấy rõ được mức độ lan rộng của bệnh QR. Kết quả cho thấy, hầu như không có vùng lục phân CPI 0 và CPI 1. Trung bình mỗi bệnh nhân có 3 vùng lục phân có cao răng (CPI 2); 1,5 vùng lục phân có túi bệnh lí (CPI 3 và CPI 4).

Hai bảng kết quả trên đã chứng minh bệnh QR ở đối tượng nghiên cứu là khá trầm trọng. Điều này thể hiện ở chỗ: tỷ lệ người có túi bệnh lí (CPI 3 và CPI 4) cao, số trung bình vùng lục phân CPI 3, CPI 4 và CPI X (vùng bị mất răng) chiếm tới gần một nửa (2,5 trong tổng số 6 vùng lục phân).

So sánh thực trạng bệnh QR qua chỉ số CPITN trong nghiên cứu này với một số nghiên cứu ở trong nước, ta có bảng số liệu sau [2], [5]:

Bảng 4.1 So sánh tình trạng quanh răng theo chỉ số CPITN với một số nghiên cứu ở Việt Nam.

Tác giả	Tuổi	n	Tỷ lệ % người					Số trung bình lục phân					
			CPI 0	CPI 1	CPI 2	CPI 3	CPI 4	CPI 0	CPI 1	CPI 2	CPI 3	CPI 4	CPI X
T.V Trường (2001)	≥ 45	999	0	0	53,8	35,7	10,5	0,43	0,07	2,86	0,83	0,21	1,16
P.V Việt (2004)	≥ 60	850	3,92	0,76	41,47	53,22	0,63	0,32	0,06	3,44	1,10	0,01	1,08
N.X Thực (2010)	≥ 45	400	0	0	37,5	43,3	19,2	0,03	0,24	3,26	1,31	0,38	0,78

Qua bảng 4.1 cho thấy bệnh nhân trong nghiên cứu này có bệnh QR nặng hơn so với các nghiên cứu khác. Điều này cũng có thể lý giải bởi đối tượng của nghiên cứu này là các bệnh nhân ĐTD tít 2, còn nghiên cứu của Trần Văn Trường và cộng sự là điều tra SKRM toàn quốc ở lứa tuổi từ 45 trở lên, còn nghiên cứu của Phạm Văn Việt được tiến hành trên đối tượng từ 60 tuổi trở lên đại diện cho khu vực Hà Nội. Đây cũng có thể được coi là một minh họa có sức thuyết phục cho nhận định bệnh QR ở các bệnh nhân ĐTD tít 2 trầm trọng hơn ở người không mắc ĐTD trong cùng độ tuổi so sánh.

Bảng 3.5 cho thấy sự khác biệt về bệnh QR giữa các vùng lục phân. Qua đó, có thể thấy bệnh QR nhẹ nhất ở vùng lục phân 2 và 5. Vùng lục phân 2 và 5 có tỷ lệ CPI 2 lớn hơn, đồng thời tỷ lệ CPI 3, CPI 4 và mất răng (CPI X) thấp hơn so với vùng lục phân 1, 3, 4 và 6. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo chúng tôi, sở dĩ có kết quả trên là do vùng lục phân 2 và 5 chính là vùng răng cửa trên và dưới, đây là vùng lộ nên dễ VSRM hơn những vùng khác; đồng thời đây là hai vùng ít chịu sang chấn bởi lực ăn nhai hơn so với các vùng còn lại.

Đối chiếu với kết quả nghiên cứu trên cùng đối tượng là các bệnh nhân mắc ĐTD tít 2 của Bakhshandeh, nghiên cứu này có bệnh QR nặng hơn với tỷ lệ CPI 2 thấp hơn; ngược lại tỷ lệ CPI 3, CPI 4 và mất răng (CPI X) cao hơn. Sự khác biệt này có thể do có sự chênh lệch về tuổi tác của đối tượng nghiên cứu, tuổi trung bình trong nghiên cứu này cao hơn ($59,7 \pm 6,2$ tuổi so với $49 \pm 7,6$ tuổi), cũng có thể do có sự khác biệt về tình trạng VSRM, tình trạng kiểm soát glucose

máu... Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của Bakhshandeh cũng có những điểm tương đồng với kết quả của nghiên cứu này. Vùng lục phân 2 và 5 cũng là vùng có bệnh QR ít nặng nề nhất so với các vùng còn lại [7].

Tóm lại, thực trạng bệnh QR của đối tượng nghiên cứu là khá trầm trọng ở cả tỷ lệ bệnh lẫn mức độ lan rộng. Bệnh QR ở người ĐTD tít 2 nặng hơn ở người không mắc ĐTD trong cùng độ tuổi so sánh.

V. KẾT LUẬN

-VSRM kém chiếm 82%; Trung bình chỉ số OHI-S là $4,3 \pm 1,1$.

-100% đối tượng nghiên cứu bị viêm lợi. Trong đó viêm lợi nhẹ chiếm 11,3%; viêm lợi nặng chiếm 23%; Trung bình chỉ số GI là $1,7 \pm 0,5$.

-Tỷ lệ cao răng (CPI 2) là 37,5%, tỷ lệ túi bệnh lí (CPI 3 và CPI 4) là 62,5%, trong đó túi sâu (CPI 4) chiếm 19,2%.

-Trung bình mỗi BN có 3 vùng lục phân có cao răng (CPI 2); 1,5 vùng có túi bệnh lí (CPI 3 và CPI 4).

-Vùng 2 và vùng 5 có tình trạng QR ít trầm trọng hơn so với các vùng còn lại với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2006), "Bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu", *Nhà xuất bản Y học*, tr. 24 - 36.
2. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc ân, Trịnh Đình Hải (2001), "Điều tra sức khoẻ răng miệng toàn quốc".
3. Campus G, et al (2005), "Diabetes and periodontal disease: A case - control study", *Journal of periodontology*, 1289 - 1303.
4. R. Del Toro, MG. Aldrete, P. Mendoza, T. Gonzalez, C. Bracamontes, N. Balcaza (2006), "1012 epidemiological study: oral manifestations in diabetes mellitus patients", *Oral Health Research II*.

5. **Phạm Văn Việt** (2004), "Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội", *Luận án Tiến sỹ Y học, Trường ĐHY Hà Nội*.
6. **WHO** (2004), "An overview of CPITN data in the WHO global oral health data bank".
7. **Bakhshandeh S, Murtomaa H, Mofid R, Vehkalahti MM, Suomalainen K** (2007), "Periodontal Treatment needs of diabetic adults", *J Clin Periodontol*; 34: 53 - 77.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẮC LỆ ĐẠO BẨM SINH BẰNG DAY ẪN VÙNG TÚI LỆ

Nguyễn Xuân Tịnh*, Phạm Thị Thu Thủy**

TÓM TẮT³⁰

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị tắc lệ đạo bẩm sinh bằng day ấn vùng túi lệ và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới kết quả điều trị. Nghiên cứu mô tả, tiến cứu trên những bệnh nhân bị tắc lệ đạo bẩm sinh dưới 12 tháng tuổi, đến khám lần đầu, có đủ điều kiện tuân thủ điều trị cũng như theo dõi. 62 mắt của 41 bệnh nhân gồm 21 bé trai (51,2%) và 20 bé gái (48,8%), tuổi trung bình $3,0 \pm 2,0$ tháng. Tỷ lệ khỏi bệnh là 87,1% với thời gian điều trị trung bình là $4,0 \pm 2,8$ tuần. Điều trị tắc lệ đạo bẩm sinh bằng day ấn vùng túi lệ là phương pháp điều trị an toàn, đơn giản, có hiệu quả, đặc biệt với trẻ dưới 6 tháng tuổi. Kết quả điều trị có liên quan chặt chẽ với tuổi, tình trạng viêm nhiễm đường lệ và mức độ tuân thủ điều trị.

Từ khóa: Tắc lệ đạo bẩm sinh

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF CONGENITAL LACRIMAL DUCT OBSTRUCTION BY MASSAGE ON LACRIMAL SAC REGION

The study aimed to assess the results of treatment of congenital lacrimal duct obstruction by massage on lacrimal sac region and to learn a number of factors affecting treatment outcomes. Descriptive, prospective study on patients with congenital lacrimal duct obstruction in children under 12 months of age, who visited hospital for the first time and was eligible for treatment and follow up. 62 eyes of 41 patients included 21 boys (51.2%) and 20 girls (48.8%), mean age was 3.0 ± 2.0 months. The success rate was 87.1% with average treatment duration 4.0 ± 2.8 weeks. Treatment of congenital lacrimal duct obstruction by massage on lacrimal sac region are safe, simple and effective, especially for children under 6 months of age. Results of treatment closely related to age, infection status and adherence to treatment.

Keyword: congenital lacrimal duct obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ống lệ mũi bẩm sinh là nguyên nhân chủ yếu của tắc lệ đạo bẩm sinh, xảy ra ở khoảng 15% trẻ sơ sinh. Phần lớn các tác giả đều cho rằng tắc ống lệ mũi bẩm sinh là do van Hasner tại ngách mũi dưới chưa mở ra. Ngoài ra, do ứ

đọng chất dịch trong lòng lệ đạo hoặc quá trình tạo ống lệ mũi chưa được hoàn chỉnh ở thời kỳ đầu sau khi sinh. Ở khoảng 90% trẻ bị bệnh, ống lệ mũi có thể tự mở thông trong thời gian 9 tháng đầu. Tuy nhiên, một số trường hợp có thể gây viêm túi lệ cấp hoặc mãn tính. Do vậy, việc điều trị thường bắt đầu bằng phương pháp day nắn vùng túi lệ, sau đó là bơm rửa và thông lệ đạo nếu day ấn không có kết quả.

Day nắn vùng túi lệ được Crigler mô tả lần đầu tiên vào năm 1923 và sau đó được áp dụng tương đối phổ biến ở nhiều nơi trên thế giới nhờ tính an toàn, đơn giản và thuận tiện [2]. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy hiệu quả điều trị khá cao của phương pháp này đối với tắc lệ đạo bẩm sinh ở trẻ dưới 12 tháng tuổi như nghiên cứu của Ciftci F và cộng sự (2000) có tỷ lệ khỏi chiếm 91,8% trẻ dưới 6 tháng [3]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Lê Việt Sơn (2002) phương pháp day nắn vùng túi lệ ít kết quả với những trường hợp tắc ống lệ mũi có kèm theo viêm túi lệ. Để góp phần tìm hiểu thêm về điều trị tắc lệ đạo bẩm sinh chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị tắc lệ đạo bẩm sinh bằng phương pháp day nắn vùng túi lệ và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu, Bệnh viện Mắt Trung Ương trong thời gian từ tháng 10/2013 đến tháng 3/2014 trên những bệnh nhân tắc lệ đạo bẩm sinh dưới 12 tháng tuổi, đến khám lần đầu, có đủ điều kiện tuân thủ điều trị cũng như theo dõi; gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, tiến cứu

2.2. Phương tiện nghiên cứu: bao gồm các phương tiện phục vụ khám và đánh giá kết quả

2.3. Cách thức nghiên cứu

***Đánh giá trước điều trị:** khám toàn diện về tình trạng thực thể cũng như toàn thân, khai thác bệnh sử (triệu chứng cơ năng), tiền sử

***Đánh giá kết quả chung**

+ Khỏi: Hết chảy nước mắt đỏ, hết đỏ mắt, hết tiết tổ, không có ngăn nước mắt hồ lệ

+ Không khỏi: còn chảy nước mắt, có ngăn nước mắt hồ lệ

*Bệnh viện Mắt Trung ương

**Trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Tịnh

Email: nxtinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

- Đánh giá thời gian điều trị
- Đánh giá sự tuân thủ điều trị day nắn vùng túi lệ
- Đánh giá mối liên quan giữa tuổi, giới, sự tuân thủ điều trị với kết quả điều trị

3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Sử dụng các test khi bình phương cho biến định tính và t test cho biến định lượng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

4. Đạo đức nghiên cứu: Gia đình bệnh nhân được giải thích rõ về tình trạng bệnh, về phương pháp điều trị, về tiên lượng, được tự nguyện tham

gia nghiên cứu và rút khỏi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu được thực hiện trên 62 mắt của 41 bệnh nhân gồm 21 nam (51,2%) và 20 nữ (48,8%) có tuổi trung bình là $3,0 \pm 2,0$ tháng

Dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là chảy nước mắt và ngấn nước mắt hồ lệ, gặp ở 100% các trường hợp. Ngoài ra, một số bệnh nhân có đỏ mắt (61,2%), tiết tố (69,8%), có 11 mắt (17,74%) ấn vùng túi lệ có nhày mù

1. Kết quả điều trị

Bảng 1. Kết quả điều trị sau 6 tháng theo dõi

Kết quả điều trị Tuổi (tháng)	Khỏi	Không khỏi	Tổng (mắt)
< 3 tháng	31 (50,00%)	0 (0%)	31 (50%)
3 – 6 tháng	23 (37,10%)	3 (4,84%)	26 (41,94%)
> 6 tháng	0 (0%)	5 (8,06%)	5 (8,06%)
Tổng	54 (87,10%)	8 (12,90%)	62 (100%)

$P < 0,05$

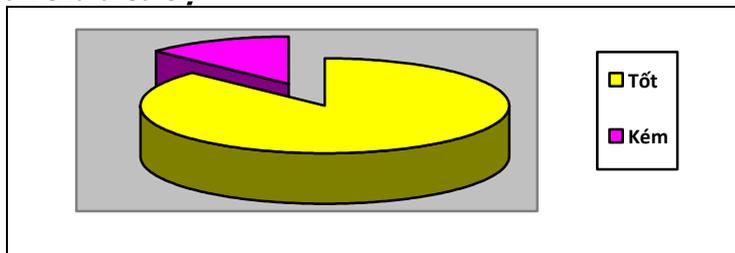
Sau 6 tháng, có 54 mắt (87,1%) khỏi bệnh hoàn toàn và 12,9% bệnh không khỏi, trong đó chủ yếu ở nhóm trẻ trên 6 tháng, sự khác biệt về tỷ lệ khỏi bệnh giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 2. Thời gian điều trị

Thời gian điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 2 tuần	4	9,8
2 – 4 tuần	29	70,7
> 4 tuần	8	19,5
Tổng	41	100

Phần lớn các trường hợp đều được điều trị trong thời gian từ 2 đến 4 tuần, chiếm 70,7%; chỉ có 8 bệnh nhân (19,5%) điều trị kéo dài trên 4 tuần.

- Mức độ tuân thủ điều trị

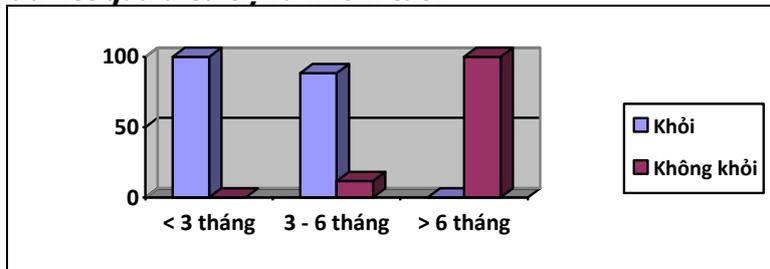


Biểu đồ 1. Mức độ tuân thủ điều trị

Đa số trẻ đều được điều trị đúng kỹ thuật với số lần thực hiện theo yêu cầu của chúng tôi, chiếm 87,27%, chỉ có 7 mắt (12,73%) tuân thủ điều trị kém

2. Mối liên quan với kết quả điều trị

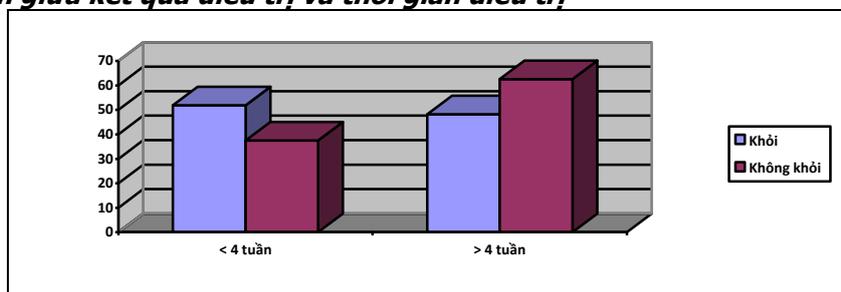
- Liên quan giữa kết quả điều trị và nhóm tuổi



Biểu đồ 2. Liên quan giữa kết quả điều trị và tuổi

Như vậy, có mối liên quan chặt chẽ giữa kết quả điều trị và tuổi. Tất cả các trường hợp dưới 3 tháng tuổi đều khỏi bệnh, trái lại không có trẻ nào trên 6 tháng tuổi khỏi bệnh

- Liên quan giữa kết quả điều trị và thời gian điều trị



Biểu đồ 3. Liên quan giữa kết quả điều trị và thời gian điều trị

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không thấy có sự liên quan giữa kết quả điều trị với thời gian điều trị, tỷ lệ khỏi bệnh giữa 2 nhóm điều trị dưới 4 tuần và trên 4 tuần khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Về mức độ tuân thủ điều trị, chúng tôi cũng thấy có sự liên quan với kết quả điều trị, những trường hợp tuân thủ điều trị kém có tỷ lệ không khỏi bệnh cao hơn hẳn và ngược lại (OR = 9,8)

IV. BÀN LUẬN

Từ nhiều năm nay, các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy day nắn vùng túi lệ làm tăng áp lực trong lòng túi lệ và đẩy chất dịch về phía ống lệ mũi giúp làm thông chỗ tắc một cách hiệu quả, nhất là các trường hợp tắc ống lệ mũi do van Hasner ở ngách mũi dưới chưa mở ra. Noda S (1991) nghiên cứu trên 62 mắt tắc lệ đạo bẩm sinh trong thời gian 9 tháng có tỷ lệ khỏi bệnh đạt tới 98,38% [4]. Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của Shivpuri D (1994) là 91% hay nghiên cứu của Nelson LB (1985) là 94,69% [5][6]. Tuy nhiên, ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Lê Việt Sơn (2002) trên 77 trẻ dưới 6 tháng tuổi chỉ có 16,04% khỏi bệnh [7]. Lý giải sự khác biệt này tác giả cho rằng do thời gian điều trị của các nghiên cứu khác nhau đáng kể. Trong khi các nghiên cứu ở nước ngoài đều điều trị ít nhất là 4 tuần thì ở nước ta do điều kiện bệnh nhân ở xa và khó khăn trong đi lại nên việc điều trị chỉ áp dụng trong 2 tuần làm giảm hiệu quả của phương pháp. Hơn nữa, kỹ thuật cũng cần phải được hướng dẫn tỷ mỉ để người nhà trẻ có thể nắm vững và thực hiện đúng.

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã khắc phục được những hạn chế trên bằng cách kéo dài thời gian tái khám và kiên trì hướng dẫn người nhà bệnh nhân cho đến khi thành thạo hoàn toàn kỹ thuật, nhờ vậy tỷ lệ khỏi bệnh của chúng tôi đã đạt được 87,1% sau 6 tháng theo dõi. Về thời gian điều trị, phần lớn các bệnh nhân của chúng

tôi đều điều trị khỏi trong khoảng 2 đến 4 tuần, chiếm 70,7%; 4 trường hợp (9,8%) khỏi bệnh ngay sau 2 tuần điều trị (cả 4 trẻ này đều 1 tháng tuổi). Thời gian điều trị trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,0 \pm 2,8$ tuần và không có mối liên quan giữa thời gian điều trị với kết quả điều trị. So với các tác giả khác thời gian điều trị của chúng tôi ít hơn khá nhiều, như nghiên cứu của Noda S (1991) và Shivpuri D (1994) là 9 tháng, nghiên cứu của Nelson LB là 8 tháng. Sự khác biệt này có thể do không đồng nhất về đối tượng bệnh nhân của các nghiên cứu. Mặt khác, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan khá chặt chẽ giữa tuổi và kết quả điều trị, 100% trẻ dưới 3 tháng tuổi đều khỏi bệnh, ngược lại, không có trường hợp nào trên 6 tháng tuổi khỏi bệnh. Tương tự, nghiên cứu của Ciftci F (2000) cho thấy tỷ lệ thành công đạt 91,8% với trẻ dưới 6 tháng tuổi nhưng chỉ còn 60% ở trẻ 7 – 12 tháng [3].

V. KẾT LUẬN

Điều trị tắc lệ đạo bẩm sinh bằng phương pháp day nắn vùng túi lệ khá an toàn, đơn giản, hiệu quả cao nhất là ở trẻ dưới 6 tháng tuổi, với tỷ lệ khỏi bệnh là 87,1%. Tuy nhiên, mức độ thành công của điều trị bị giảm dần theo tuổi, với trẻ đến khám sau 6 tháng tuổi rất khó khỏi bệnh với phương pháp điều trị này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stolovitch C, Michaeli A (2006)**. Hydrostatic pressure as an office procedure for congenital nasolacrimal duct obstruction, *JAAPOS*, 10(3), pp 269 – 272.
2. **Crigler LW (1923)**. The treatment of congenital dacryocystitis, *JAMA*, 81, 23 - 4
3. **Ciftci F (2000)**, Systematic, combined treatment approach to nasolacrimal duct obstruction in different age groups, *Eur. J. Ophthalmol*, 10 (4), 324 - 329
4. **Noda S, Hayasaka S (1991)**, Congenital nasolacrimal duct obstruction Japanese infants: Its incidence and treatment with massage, *J Pediatr*

- Ophthalmol Strabismus*, 28 (1), pp.20 – 22.
5. Shivpuri D, Puri A. (1994), Congenital nasolacrimal duct obstruction: The proper technique of massage, *Indian Pediatrics*, 31 (3), pp.337 – 340.
6. Nekson L.B, Calhoun J.H (1985), Medical

- management of congenital nasolacrimal duct obstruction, *Ophthalmology*, 92 (9), pp. 1187 - 1190
7. Lê Việt Sơn (2002), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phương pháp điều trị tắc ống lệ mũi ở trẻ dưới 6 tháng tuổi*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN HIỆU QUẢ CỦA THỤ TINH NHÂN TẠO TRÊN NHỮNG MẪU TINH DỊCH BẤT THƯỜNG

Nguyễn Mạnh Hà¹, Nguyễn Xuân Hợi²

TÓM TẮT³¹

Thụ tinh nhân tạo (Intrauterine insemination - IUI) được áp dụng rộng rãi trong điều trị các bệnh nhân vô sinh. Nghiên cứu được thực hiện trên 264 chu kỳ thụ tinh nhân tạo của 209 cặp vợ chồng tại Trung tâm Hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội nhằm đánh giá một số các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của thụ tinh nhân tạo trên các mẫu tinh trùng bất thường theo tiêu chuẩn của WHO-2010. Kết quả: tỉ lệ có thai theo chu kỳ là 15,5%, tỉ lệ có thai cộng dồn đạt 19,6%. Tuổi của cặp vợ chồng vô sinh có ảnh hưởng đáng kể đến tỉ lệ thành công của IUI, với tuổi chồng ≤ 40 và > 40 có tỉ lệ thành công tương ứng là 17,2% và 5,4%. Tuổi vợ > 35 tuổi và ≤ 35 tuổi có tỉ lệ thành công là 18,1% và 4,6%. Số lượng tinh trùng tiến tới sau lọc rửa > 7 triệu có tỉ lệ thành công tăng so với nhóm ≤ 7 triệu (19,4% và 9,68%). Nhóm hình thái tinh trùng bình thường trước lọc rửa có tỉ lệ có thai cao gấp 1,5 lần so với nhóm có hình thái tinh trùng bình thường. Tỉ lệ có thai giữa các nhóm nhược tinh, quái tinh và nhược quái tinh không có sự khác biệt.

Từ khóa: thụ tinh nhân tạo, vô sinh, tinh trùng bất thường.

SUMMARY

EVALUATION OF SOME FACTORS FOR SUCCESS WITH INTRAUTERINE INSEMINATION IN ABNORMAL SPERM SEMEN

Intrauterine insemination (IUI) is widely used in the treatment of infertility patients. This study was conducted in the Center of IVF and Tissue Engineering, Hanoi Medical University Hospital to analyze the effective factors of IUI success among the abnormal semen samples (WHO criteria). 209 couples underwent 264 IUI cycles and achieved a pregnancy rate of 15.5% per cycle and a cumulative rate 19.6% per couple. Our data showed a significant association of conceiving after IUI with ages. Age groups of ≤ 40 and > 40 years in male achieved pregnancy rates of 17.2% and 5.4%, respectively. Similarity, pregnancy rates for age groups of > 35 and ≤ 35 years in female

were 18.1% and 4.6%. Total sperm progressive mobility after sperm preparation > 7 million had a higher success rate compared with < 7 million (19.4% vs. 9.46%). The odd ratio of normal sperm morphology samples was 1.5 times higher than abnormal sperm morphology samples. There were no statistical differences among asthenozoospermia, teratozoospermia and astheno-teratozoospermia groups.

Keyword: intrauterine insemination, infertility, abnormal semen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra mới nhất, tỉ lệ vô sinh là 7,7% trong các cặp vợ chồng ở độ tuổi sinh đẻ. Các nghiên cứu về tần suất vô sinh nam thay đổi từ dưới 20 đến 60%. Trong số những bệnh nhân vô sinh nam, có tới 52% có ít nhất 1 thông số bất thường trong tinh dịch. Như vậy tỉ lệ nam giới có bất thường về tinh dịch chiếm một tỉ lệ đáng kể trong số các nguyên nhân vô sinh. Điều trị vô sinh nam do bất thường tinh dịch hiện nay gồm có các phác đồ nội khoa, ngoại khoa và các phương pháp hỗ trợ sinh sản tùy vào nguyên nhân. Đối với những nam giới có bất thường tinh trùng vừa hoặc nhẹ thì thụ tinh nhân tạo là phương pháp hỗ trợ sinh sản được chỉ định đầu tay[2].

Thụ tinh nhân tạo là một kỹ thuật tương đối đơn giản và ít nguy hiểm, gần với thụ tinh sinh lý nhất, tuy nhiên các nghiên cứu về hiệu quả thụ tinh nhân tạo trên những bệnh nhân vô sinh nam thường ghi nhận cho kết quả thấp hơn so với các nguyên nhân khác. Các yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công của thụ tinh nhân tạo bao gồm: tuổi vợ và tuổi chồng, dự trữ buồng trứng, các thông số tinh dịch, thời gian vô sinh và nguyên nhân vô sinh, các kỹ thuật lọc rửa tinh trùng. Các thông số của tinh dịch thường được phân tích để tiên lượng thành công của IUI bao gồm mật độ tinh trùng, khả năng di động của tinh trùng, hình thái tinh trùng, tổng số tinh trùng di động tiến tới. Cho đến nay, có nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam về hiệu quả của thụ tinh nhân tạo, tuy nhiên có rất ít nghiên cứu đề cập đến các yếu tố ảnh hưởng

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hà

Email: hamanhnguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

đến hiệu quả của thụ tinh nhân tạo trên các bệnh nhân bất thường tinh dịch. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá hiệu quả của thụ tinh nhân tạo trên những mẫu tinh dịch bất thường.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân vô sinh có chỉ định IUI tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội có tinh dịch đồ bất thường theo tiêu chuẩn WHO 2010.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Cặp vợ chồng vô sinh có tinh dịch đồ có ít nhất 1 trong những thông số sau: mật độ tinh trùng <15.10⁶/ml; số lượng tinh trùng < 39 triệu; tỉ lệ tinh trùng di động tiến tới <32%; tỉ lệ tinh trùng di động <40%; tỉ lệ tinh trùng hình thái bình thường <4%; tỉ lệ tinh trùng sống <58%; thể tích tinh dịch dưới 1,5 ml.

Tiêu chuẩn loại trừ: Cặp vợ chồng vô sinh thực hiện IUI với tinh dịch đồ của chồng bình thường theo tiêu chuẩn WHO 2010.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Số chu kì IUI được tính theo công thức

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \frac{p(1-p)}{(ep)^2}$$

Trong đó: z = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%

p là xác suất tinh trùng bất thường trên những bệnh nhân vô sinh

$\epsilon = 0,05$ là sai lệch cho phép giữa tỷ lệ thu được từ nghiên cứu và tỷ lệ của quần thể.

n = 263,68, lấy mẫu là 264

Bơm tinh trùng vào buồng tử cung và đánh giá kết quả có thai: Người vợ được dùng

thuốc kích thích buồng trứng hoặc theo dõi nang trứng theo chu kỳ tự nhiên. Mẫu tinh trùng được lọc rửa bằng phương pháp thang nồng độ, sau lọc rửa với thể tích cuối cùng 0,3 – 0,4 ml được hút vào catheter. Nhẹ nhàng đưa catheter qua ống cổ tử cung để vào buồng tử cung, bơm từ từ và nhẹ nhàng vào buồng tử cung. Các thông số tinh dịch được đánh giá trước và sau lọc rửa. Xét nghiệm β hCG sau 2 tuần IUI, nếu dương tính là có thai sinh hóa. Siêu âm đầu dò âm đạo sau 4 tuần IUI, nếu có túi thai là có thai lâm sàng.

Phương pháp phân tích xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập bằng phiếu thu thập thông tin, sau đó được xử lý bằng phần mềm stata 12.0. Dùng thuật toán so sánh hai trung bình, kiểm định sự khác biệt bằng signtest cho phân bố không chuẩn, t-test cho phân bố chuẩn.

3. Đạo đức nghiên cứu: Thông tin bệnh nhân được giữ bí mật, các kết quả về chất lượng tinh dịch trước và sau lọc rửa, kết quả có thai sinh hóa và lâm sàng được thu thập tại hồ sơ lưu trữ. Các số liệu thu được chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Tỉ lệ thành công chung: Trên 209 cặp vợ chồng đã thực hiện 264 chu kì IUI, có 41 ca có thai sinh hóa, tỉ lệ có thai sinh hóa trên tổng số chu kì IUI là 15,5%, tỉ lệ có thai sinh hóa trên số cặp vợ chồng đạt 19,6%. 39 bệnh nhân có thai lâm sàng, đạt tỉ lệ 14,8% trên chu kì và tỉ lệ cộng dồn là 18,7%. Có 2 ca có thai sinh hóa nhưng siêu âm lúc 4 tuần không có túi phôi. Trong 39 ca có thai lâm sàng, có 2 ca bị sảy lúc 8 tuần (bảng 1).

Bảng 1. Hiệu quả của IUI trên các mẫu tinh dịch bất thường

Kết quả	Có thai sinh hóa	Có thai lâm sàng
Số ca có thai	41	39
Tỉ lệ có thai/chu kì (n = 264)	15,5%	14,8%
Tỉ lệ có thai cộng dồn/số cặp vợ chồng (n = 209)	19,6%	18,7%

Tỉ lệ thành công liên quan đến tuổi: Tuổi vợ và tuổi chồng có ảnh hưởng đến tỉ lệ thành công của IUI. Nhóm bệnh nhân nam ≤ 40 tuổi có 39 ca người vợ có thai chiếm tỉ lệ 17,2%, trong khi nhóm nam > 40 tuổi chỉ có 02 ca người vợ có thai, tỉ lệ có thai là 5,4% ($p < 0,05$; tỉ suất chênh OR=3,2). Nhóm người vợ < 35 tuổi có 38 ca có thai trên tổng số 199 chu kì IUI, đạt tỉ lệ 19,1%, trong khi đó nhóm người vợ ≥ 35 tuổi chỉ có 03 ca có thai trên 65 chu kì IUI, đạt tỉ lệ 4,6%. Tỉ suất chênh giữa 2 nhóm là 4,1 (bảng 2).

Bảng 2. Liên quan giữa tuổi chồng, tuổi vợ và tỉ lệ có thai

Tuổi	Số ca IUI	Số ca có thai	Tỉ lệ có thai (%)	P
Tuổi chồng: ≤ 40	227	39	17,2	<0.05
> 40	37	02	5,4	
Tuổi vợ: < 35	199	38	18,1	<0.05
≥ 35	65	03	4,6	

Liên quan giữa các loại bất thường tinh trùng đến tỉ lệ có thai: Nhằm đánh giá ảnh hưởng của các thông số tinh dịch tới tỉ lệ có thai, chúng tôi chia tỉ lệ có thai theo các nhóm bất thường:

thiểu tinh, nhược tinh, quái tinh, nhược - quái tinh, nhược - thiểu tinh, thiểu - quái tinh và nhược - thiểu - quái tinh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm nhược tinh, quái tinh và nhược - quái tinh. Đối với các nhóm còn lại, do cỡ mẫu nhỏ nên chúng tôi không thực hiện các so sánh thống kê (bảng 3).

Bảng 3. Tỷ lệ có thai của các nhóm tinh dịch đồ bất thường

Nhóm bệnh nhân	Số mẫu tinh dịch	Số ca có thai	Tỷ lệ (%)	P
Thiểu tinh (Oligozoospermia-O)	04	01	25,0	p>0.05
Nhược tinh (Asthenozoospermia -A)	114	20	17,5	
Quái tinh (Teratozoospermia -T)	66	09	13,6	
Nhược – quái tinh (AT)	46	06	13,0	
Nhược – thiểu tinh (OA)	07	02	28,6	
Thiểu – quái tinh (OT)	09	01	11,1	
Nhược – thiểu – quái tinh (OAT)	18	02	11,1	

Liên quan giữa số lượng tinh trùng và tỷ lệ có thai: Để đánh giá ảnh hưởng của số lượng tinh trùng trước lọc rửa tới tỷ lệ có thai, chúng tôi chia số lượng tinh trùng di động thành các nhóm: ≤12 triệu, trên 12 tới 30 triệu, trên 30 tới 60 triệu và trên 60 triệu, tỷ lệ có thai của các nhóm lần lượt là 13,4%, 16,2%, 16,4% và 16,2%. Sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê. Ca có thai có số lượng tinh trùng ít nhất là 2,04 triệu, nhiều nhất là 142,1 triệu (bảng 4).

Bảng 4. Mối liên quan giữa số lượng tinh trùng di động tiến tới trước lọc rửa và tỷ lệ có thai

Số lượng tinh trùng di động tiến tới (triệu)	Số mẫu lọc rửa	Số lượng có thai	Tỷ lệ	P
≤12	67	09	13,4	>0.05
>12-30	68	11	16,2	
>30-60	61	10	16,4	
>60	68	11	16,2	

Chúng tôi đã thống kê các mức độ về số lượng tinh trùng di động tiến tới sau lọc rửa và tỷ lệ có thai và nhận thấy mức 7 triệu có sự khác biệt. Trong 103 bệnh nhân có số lượng tinh trùng di động tiến tới sau lọc rửa ≤7 triệu có 10 ca có thai đạt tỷ lệ có thai đạt 9,68%. Tỷ lệ có thai ở nhóm >7 triệu cao hơn có ý nghĩa thống kê (19,4%). Trong nghiên cứu này, ngưỡng thấp nhất về số lượng tinh trùng di động tiến tới sau lọc rửa để có thai là 0,48 triệu, ngưỡng cao nhất là 53,46 triệu (bảng 5).

Bảng 5. Mối liên quan giữa số lượng tinh trùng di động tiến tới sau lọc rửa và tỷ lệ có thai

Số lượng tinh trùng di động tiến tới (triệu)	Số mẫu IUI	Số lượng có thai	Tỷ lệ	P
≤7	104	10	9,68*	p*<0.05
Trong đó:				
>7	160	31	19,4*	
>7-15	65	15	23,1	
>15-23	48	09	18,8	
>23	47	07	14,9	

Tỷ lệ có thai của nhóm có hình thái tinh trùng bất thường là 18/139 ca, đạt tỷ lệ 12,95%; của nhóm có hình thái bình thường là 23/125, đạt tỷ lệ 18,4%. Với tỉ suất chênh OR=1,5, khả năng có thai ở nhóm có tỉ lệ tinh trùng có hình thái bình thường cao gấp 1,5 lần so với nhóm có tỉ lệ hình thái tinh trùng bất thường (bảng 6).

Bảng 6. Mối liên quan giữa hình thái trước lọc rửa và tỷ lệ có thai

Tỷ lệ tinh trùng hình thái bình thường (%)	Số ca có thai	Tổng số bệnh nhân IUI	Tỷ lệ (%)
<4	18	139	12,95
≥4	23	125	18,40

IV. BÀN LUẬN

Trên các mẫu tinh dịch bất thường, tỷ lệ có thai sinh hóa trên tổng số chu kỳ IUI là 15,5%, tỷ lệ cộng dồn trên số cặp vợ chồng đạt 19,6%. Khi so sánh tỷ lệ có thai theo nguyên nhân, các nghiên cứu đều nghi nhận tính hiệu quả của thụ

tinh nhân tạo trên vô sinh nam thấp so với các nguyên nhân vô sinh khác. Theo Francavilla F. và cộng sự tỷ lệ có thai sau thụ tinh nhân tạo do yếu tố thiểu tinh và/hoặc nhược tinh đạt 22%, trong khi nhóm bất thường yếu tố chất nhày cổ tử cung tỷ lệ có thai đạt 38,9% [3]. Nghiên cứu của

Ngô Hạnh Trà tỷ lệ thành công chung của thụ tinh nhân tạo là 28%, tuy nhiên tỉ lệ của nhóm trứng yếu và ít là 12,8%[4]. Một nghiên cứu tại bệnh viện Từ Dũ năm 2004 của tác giả Nguyễn Châu Mai Phương trên các bệnh nhân thiếu tinh, tỉ lệ có thai là 14,1% trên tổng chu kì thụ tinh nhân tạo.

Tuổi chồng và tuổi vợ có ảnh hưởng tới tỉ lệ thành công của thụ tinh nhân tạo. Kết quả nghiên cứu cho thấy suy giảm đáng kể về tỉ lệ có thai ở nhóm bệnh nhân nam >40 tuổi và nhóm bệnh nhân nữ ≥35 tuổi. Với thụ thai tự nhiên và thụ tinh nhân tạo thì tuổi người đàn ông tăng lên sẽ ảnh hưởng làm giảm tỉ lệ có thai và gia tăng tỉ lệ sảy thai tự nhiên có ý nghĩa thống kê [5]. Nghiên cứu của Dickey và cộng sự cho thấy tỉ lệ có thai sau khi hỗ trợ sinh sản bằng phương pháp thụ tinh nhân tạo ở những phụ nữ <35 tuổi là 14,7% trong khi nhóm phụ nữ ≥35 tuổi tỉ lệ này là 8,6%. Sau 35 tuổi, phụ nữ gặp nguy cơ cao về rối loạn thụ thai và gia tăng nguy cơ sảy thai [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 41 ca có thai sinh hóa, nhưng sau đó có 2 ca đã sảy tại tuần thai thứ 4 và thứ 6, hai ca này xảy ra ở nhóm người vợ trên 35 tuổi và không có trường hợp nào sảy thai ở nhóm dưới 35 tuổi.

Tỉ lệ có thai giữa nhóm nhược tinh (17,5%), nhóm quái tinh (13,6%) và nhóm bất thường phối hợp nhược – quái tinh (13,0%) khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Fisher test). Loại bất thường tinh dịch đồ có thể không có ảnh hưởng tới tỉ lệ có thai trong thụ tinh nhân tạo. Quan trọng hơn là mức độ bất thường của chỉ số đó mới ảnh hưởng tới tỉ lệ thành công của phương pháp thụ tinh nhân tạo.

Số lượng tinh trùng di động là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả có thai rõ ràng nhất. Trong nghiên cứu này, số lượng tinh trùng di động tiến tới sau lọc rửa >7 triệu tăng đáng kể cơ hội có thai. Tác giả Nguyễn Xuân Bái đưa ra mốc thấp hơn, với tổng số tinh trùng di động sau lọc rửa đạt ≥5 triệu thì thụ tinh nhân tạo đạt kết quả cao có ý nghĩa thống kê. Trong 264 chu kì thụ tinh nhân tạo, có 1 bệnh nhân có số lượng tinh trùng di động tiến tới sau lọc rửa 0,48 triệu có thai. Như vậy có thể thấy dù số lượng tinh trùng di động tiến tới rất thấp trong thời điểm bơm vào buồng tử cung nhưng vẫn có trường hợp bệnh nhân có thể mang thai. Nghiên cứu của Dong FI và cộng sự trên 6360 chu kì thụ tinh nhân tạo, tác giả đưa ra kết luận ngưỡng thấp nhất để có thai là 2 triệu tinh trùng tiến tới. Các nghiên cứu cũng đưa ra kết quả rất khác nhau về ngưỡng

tinh trùng di động có thể có thai, dao động khoảng từ 0,3-20 triệu [7].

Tỉ lệ hình thái tinh trùng trước lọc rửa bình thường làm tăng cơ hội có thai 1,5 lần so với nhóm bất thường. Kết luận của chúng tôi cũng đồng ý kiến với nhiều tác giả.

V. KẾT LUẬN

Sử dụng kỹ thuật thụ tinh nhân tạo cho các cặp vợ chồng vô sinh có tinh dịch đồ bất thường cho kết quả tỉ lệ có thai theo chu kỳ và cộng dồn đạt tương ứng là 15,5% và 19,6%. Tuổi của cặp vợ chồng vô sinh có mối liên quan chặt chẽ với tỉ lệ thành công của IUI: tuổi chồng >40 và tuổi vợ >35 có tỉ lệ thành công giảm đáng kể. Số lượng tinh trùng tiến tới sau lọc rửa >7 triệu, hình thái tinh trùng bình thường làm tăng khả năng thành công của IUI; tuy nhiên không tìm thấy sự khác biệt giữa các nhóm bất thường tinh dịch nhược tinh, quái tinh và nhược quái tinh đến khả năng có thai.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Trung tâm hỗ trợ sinh sản và Công nghệ mô ghép, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên và sinh viên Nguyễn Minh Trang đã giúp đỡ và hỗ trợ nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mascarenhas MN, Boerma T, Flaxman SR et al (2012).** National, Regional, and Global Trends in Infertility Prevalence Since 1990: A Systematic Analysis of 277 Health Surveys, *PLoS Med.* 9(12): e1001356
2. **Royère D (2004).** Intrauterine insemination: state-of-the-art in humans, *Gynecol Obstet Fertil.* 32(10): 873-879.
3. **Francavilla F, Romano R, Santucci Ret al (1990).** Effect of sperm morphology and motile sperm count on outcome of intrauterine insemination in oligozoospermia and/or asthenozoospermia, *Fertil Steril.* 53(5): 892.
4. **Ngô Hạnh Trà và cộng sự (2002).** Tỷ lệ thành công của bơm tinh trùng vào buồng tử cung và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị, *Vở sinh các vấn đề mới, Nhà xuất bản y học*, tr.65-68.
5. **Belloc S, Hazout A, Merviel P et al (2014).** How to overcome male infertility after 40: Influence of paternal age on fertility, *Maturitas.* 78(1): 22-29.
6. **American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice; Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2014).** Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589, *Obstet Gynecol.* 123(3): 719-721.
7. **van Weert JM, Repping S, Van Voorhis BJ, et al (2004).** Performance of the postwash total motile sperm count as a predictor of pregnancy at the time of intrauterine insemination: a meta-analysis, *Fertil Steril.* 82(3):612-20.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ BAN ĐẦU NÚT MẠCH U CƠ TRƠN TỬ CUNG BẰNG HẠT VI CẦU EMBOZENE

Lê Văn Khánh*, Nguyễn Xuân Hiền*

TÓM TẮT³²

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu sử dụng hạt vi cầu embozene trong điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Tiến cứu từ tháng 1/2015 đến tháng 2/2016, chúng tôi điều trị cho 41 bệnh nhân u cơ trơn tử cung có triệu chứng lâm sàng, tuổi trung bình $37,3 \pm 5,7$ (24 - 43 tuổi). Đánh giá triệu chứng lâm sàng, thể tích của khối u trước và sau điều trị tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng trên siêu âm, cộng hưởng từ sau 6 tháng. **Kết quả:** Thể tích trung bình khối u $65,6 \pm 58,8$ (1,7 - 353 gam). Tổng số 41 bệnh nhân với 51 khối u được tiến hành can thiệp, với tỷ lệ thành công kỹ thuật 100%. Ngay sau can thiệp có 54% bệnh nhân không đau, thời gian đau trung bình $1,2 \pm 0,7$ ngày. Không có biến chứng chính xảy ra. Lâm sàng sau 6 tháng có 96,1% bệnh nhân hết rong kinh, 94,4% bệnh nhân hết đau bụng, chất lượng cuộc sống cải thiện 3,8 điểm. Thể tích khối u giảm 19,6% sau 1 tháng, 53,3% sau 3 tháng, 80,1% sau 6 tháng ($P < 0,001$). **Kết luận:** Hạt vi cầu embozene là vật liệu có thể lựa chọn trong điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung bởi vì tính an toàn và hiệu quả của nó.

Từ khóa: u cơ trơn tử cung, nút mạch u cơ trơn tử cung, hạt vi cầu embozene.

SUMMARY

RESEARCH ON THE INITIAL EFFECT OF FIBROID EMBOLIZATION PROCEDURE BY EMBOZENE MICROSPHERES

Purpose: Evaluating the initial effect of fibroid embolization procedure with embozene microspheres at Bach Mai radiology department. **Methods and objectives:** Follow – up study from January 2015 to February 2016, we treated 41 patients who manifest symptom clinically (mean \pm SD age 37.3 ± 5.7 years, range 24–47 years). Assessing including: clinical symptom, volume of fibroid after treatment 1 month, 3 months, 6 months by ultrasound and magnetic resonance imaging after 6 months. **Results:** The mean tumor volume 65.6 ± 58.8 ml (range 1.7–353). A total of 51 tumors of 41 patients were carried out intervention, a technical success rate of 100%. Post intervention 54% patients were painless, the mean pain time 1.2 ± 0.7 day. There are no main complication. After 6 months, 96.1% patients stopped hypermenorrhea, 94.4% patients disappeared abdominal pain. Quality of life index improved 3.8

* Khoa chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Khánh
Email: drhuykhanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017
Ngày duyệt bài: 30.3.2017

point. The tumor volume decrease 19.6% after 1 month, 53.3% after 3 months, 80.1% after 6 months ($P < 0.001$). **Conclusion:** Embozene microspheres is a potentially chosen material in uterine artery embolization because of its safe and effective procedure.

Key words: fibroid, uterine artery embolization, embozene microspheres.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U cơ trơn tử cung (UCTTC) là khối u lành tính, thường gặp ở phụ nữ tuổi trên 30 có đến 30% bị bệnh này, tỷ lệ mắc ngày càng tăng lên trong những năm gần đây. Các triệu chứng chủ yếu của UCTTC gồm: đau bụng, rong kinh.

Điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung được ưu tiên lựa chọn để điều trị UCTTC. Nhiều vật liệu nút mạch đã được sử dụng, nhiều nhất là hạt nhựa PVA, tuy nhiên nhược điểm của vật liệu này là tính sắc cạnh, kích thước không đồng đều nên sẽ không đi sâu được vào nhánh mạch nuôi u, tắc các nhánh lành. Khắc phục nhược điểm của vật liệu cũ hạt nhựa PVA, vật liệu mới hạt vi cầu embozene với tính trơn nhẵn, đồng cỡ và tương thích sinh học cao sẽ đi sâu vào các nhánh mạch nuôi u, giảm tác động lên nhánh lành, từ đó làm giảm các tác dụng phụ sau nút mạch so với vật liệu cũ, giảm thể tích u, giảm hoặc mất các triệu chứng lâm sàng. Trên thế giới đã sử dụng vật liệu hạt vi cầu embozene từ 2008, tuy nhiên ở Việt Nam tại bệnh viện Bạch Mai bắt đầu sử dụng vật liệu từ tháng 1/2015. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả ban đầu sử dụng hạt vi cầu embozene trong điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 41 BN UXTC được tiến hành điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung bằng hạt embozene.

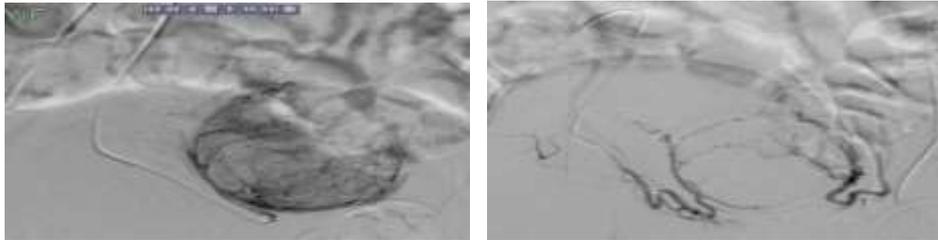
- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán UCTTC có triệu chứng lâm sàng như đau bụng, rong kinh, rong huyết, được siêu âm doppler, chụp CHT có chỉ định & được tiến hành điều trị bằng phương pháp nút mạch tử cung.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các BN có UCTTC không có triệu chứng lâm sàng, khối u dưới thanh mạc có cuống, u dưới niêm mạc kích thước trên 5cm và các chống chỉ định như chụp mạch chung.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, tiến cứu

- Lập bệnh án theo mẫu thiết kế chung, theo dõi BN sau can thiệp 1, 3 & 6 tháng.
- Địa điểm & thời gian nghiên cứu: bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ 1/2015 đến 2/2016
- Phương tiện nghiên cứu:
 - + Chẩn đoán UXTC: Máy siêu âm màu (Sonoacer 7), Máy CHT1.5Tesla.

- + Kỹ thuật nút mạch: Máy chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) Allura Xper FD 20 của Philips, dụng cụ dùng cho can thiệp mạch: Kim chọc động mạch 20G, Catherter Cobra 5F, dây dẫn (Guidewire) 0.35" Terumo, Microcatheter 2.7F Progreat, hạt vi cầu embozene.
- + Tiến hành kỹ thuật: theo phương pháp nút mạch u cơ trơn tử cung.

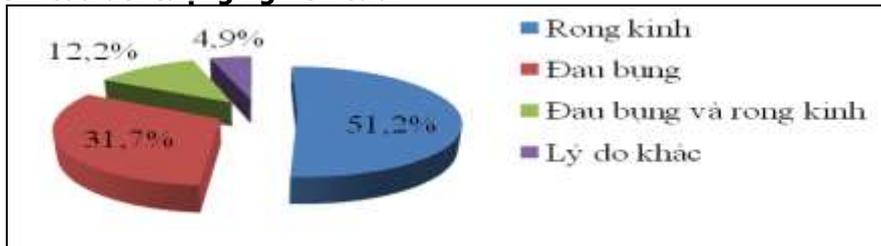


Hình 1: Trước và sau nút mạch u cơ trơn tử cung

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 01/2015 đến 02 /2016 khoa Chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai đã tiếp nhận và can thiệp nút mạch UCTTC cho 41 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi như sau:

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.



Biểu đồ 1: Lý do vào viện

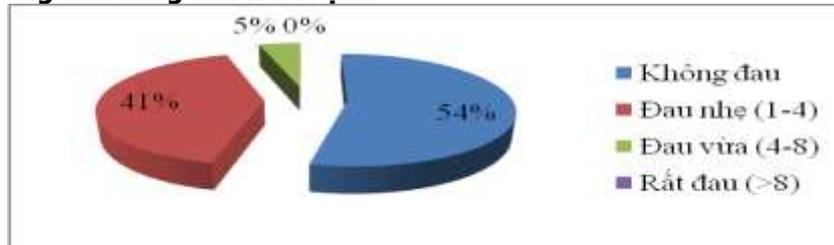
Nhận xét: Lý do vào viện do rong kinh đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 51,2%.

Bảng 1: Trọng lượng và kích thước u trước nút.

Trọng lượng (gram)	Số lượng	Tỷ lệ
< 25	12	23,5
25-50	11	21,6
51-75	10	19,6
>75	18	35,3
Tổng số	51	100
$\bar{x} \pm SD$	93,75±93,92	

Nhận xét: Trọng lượng khối u trung bình trước nút 93,75±93,92 gam, trong đó khối u có trọng lượng nhỏ nhất là 1,7 gam và lớn nhất là 353,2 gam.

2. Triệu chứng lâm sàng sau nút mạch



Biểu đồ 2: Lâm sàng ngay sau nút mạch

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân không đau ngay sau nút mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 54%, không có bệnh nhân rất đau.

Bảng 2: Đặc điểm đau bụng sau 1, 3, 6 tháng.

Đau bụng	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ%	Số BN	Tỷ lệ%	Số BN	Tỷ lệ%
Không	12	66,7	17	94,4	17	94,4
Giảm	5	27,8	0	0	1	5,6
Không giảm	1	5,5	1	5,6	0	0
Tổng số	18	100	18	100	18	100

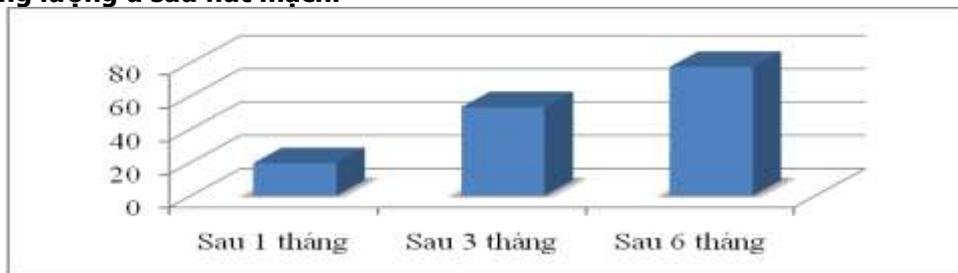
Nhận xét: Sau 6 tháng triệu chứng đau bụng không còn gặp 17 bệnh nhân chiếm 94,4%, chỉ còn 1 bệnh nhân còn đau bụng nhưng giảm hẳn so với trước nút.

Bảng 3: Đặc điểm rong kinh sau 1, 3, 6 tháng.

Rong kinh	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ	Số BN	Tỷ lệ
Không	8	30,7	25	96,1	25	96,1
Giảm	16	61,5	1	3,9	1	3,9
Không giảm	2	7,8	0	0	0	0
Tổng số	26	100	26	100	26	100

Nhận xét: Sau 6 tháng triệu chứng rong kinh không còn gặp 25 bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao 96,1%.

3. Trọng lượng u sau nút mạch.

**Biểu đồ 3: Tỷ lệ giảm thể tích u sau 1, 3, 6 tháng.**

Nhận xét: Trọng lượng khối u giảm 19,6% sau 1 tháng, 53,3% sau 3 tháng, 80,1% sau 6 tháng. Trong đó có 1 khối u không quan sát thấy trên siêu âm và cộng hưởng từ thời điểm sau 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình $37,3 \pm 3,7$ tuổi, lớn tuổi nhất là 47 tuổi và trẻ tuổi nhất là 24 tuổi. Lý do bệnh nhân vào viện vì rong kinh đơn thuần khá cao 51,2%. Vị trí của khối u cơ trơn tử cung chủ yếu là dưới niêm mạc chiếm tỷ lệ 51% và trong cơ chiếm tỷ lệ 45,1%, dưới thanh mạc chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,9%. Do khối u nằm dưới niêm mạc hay gây nên triệu chứng lâm sàng như rong kinh và đau bụng, đó cũng là lý do chính của bệnh nhân đến khám. Điều này phù hợp với lý do vào viện của bệnh nhân vì đau bụng và rong kinh chiếm 95,1%. Theo Joaos và cộng sự nghiên cứu 2009 [1] với 243 bệnh nhân tỷ lệ u dưới niêm mạc 93,1%, tỷ lệ của nghiên cứu này tương ứng với nghiên cứu chúng tôi. Kích thước u xơ trung bình trước nút $5,1 \pm 2,5$ cm, kích thước u lớn nhất được nút 9,7cm và nhỏ nhất là 1,5cm, nhóm u có kích thước từ 3-5cm chiếm tỷ lệ cao nhất 58,8%. Trọng lượng u xơ trung bình trước nút $65,6 \pm 58,8$ (1,7-353 gam). Kích thước và trọng lượng khối u trước nút trong nghiên cứu

của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trong nước Nguyễn Xuân Hiền [5], nhưng nhỏ hơn so với các nghiên cứu của một số tác giả ngoài nước khác như Laurent Brunnereau[3],

2. Kỹ thuật và đặc điểm vật liệu: Tỷ lệ thành công kỹ thuật 100%, tất cả bệnh nhân đều được tiến hành can thiệp một lần. Không có biến chứng trong quá trình can thiệp và sau can thiệp. Trong nghiên cứu chỉ sử dụng 3 loại hạt 400 μ m, 500 μ m và 700 μ m. Trong đó nhóm hạt có kích thước 500 μ m được sử dụng nhiều nhất 67%, tỷ lệ này cũng tương ứng với nghiên cứu của Stampfl U [7] với tỷ lệ hạt 500 μ m được sử dụng là 63%. Trong nghiên cứu chúng tôi có sử dụng coil cắt nhánh động mạch buồng trứng cho 03 trường hợp có nhánh động mạch buồng trứng tách ra cùng nhánh với nhánh nuôi u, để tránh hạt vào buồng trứng gây suy buồng trứng sau nút mạch.

3. Triệu chứng lâm sàng sau nút: Ngay sau can thiệp có tới 22 bệnh nhân không có cảm giác đau chiếm 53,7%, không có bệnh nhân đau vừa và đau nặng (biểu đồ 2). So với các nghiên cứu khác của Nguyễn Xuân Hiền 2011 [5],

Nguyễn Hoài Thu và Phan Thanh Hải 2003 [4], tỷ lệ bệnh nhân đau sau nút mạch chiếm tỷ lệ 89,8% và 80%, 2 nghiên cứu trên đều sử dụng vật liệu nút mạch cũ là hạt PVA, ban đầu có thể nhận thấy hạt vi cầu embozene gây đau sau nút mạch ít hơn so với hạt PVA. Điều này có thể giải thích vì hạt embozene do tính đồng đều về kích cỡ sẽ đi sâu vào trong các nhánh nuôi u, ít gây tắc các nhánh lành nên sẽ làm giảm mức độ tổn thương cơ tử cung lành do vậy sẽ ít gây đau hơn hạt PVA. Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân 1,2 ngày. Các triệu chứng lâm sàng đều được cải thiện sau nút mạch, cụ thể sau 6 tháng có 96,1% bệnh nhân hết rong kinh, 94,4% bệnh nhân hết đau bụng, chất lượng cuộc sống cải thiện 3,8 điểm.

4. Đặc điểm khối u sau nút mạch: 100% các khối u cơ trơn tử cung không còn tăng sinh mạch sau nút. Thể tích khối u giảm 19,6% sau 1 tháng, 53,3% sau 3 tháng, 80,1% sau 6 tháng ($P < 0,001$) (biểu đồ 3), trong đó có 01 trường hợp không còn thấy khối u trên siêu âm và cộng hưởng từ. Theo Stampfl U [7] khi nghiên cứu trên 121 trường hợp dùng hạt vi cầu embozene tỷ lệ giảm sau 6 tháng là 79%. Theo Nguyễn Hoài

Thu [4] nghiên cứu trên 189 trường hợp sử dụng hạt PVA thấy sau 6 tháng tỷ lệ giảm trọng lượng u khoảng 78%. Theo Nguyễn Xuân Hiền [5] nghiên cứu trên 143 trường hợp sử dụng hạt PVA thấy tỷ lệ giảm khối u sau 3 tháng là 52,2% và sau 6 tháng là 73,2%. Như vậy so sánh tỷ lệ giảm khối u trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tương đồng với nghiên cứu của Stampfl U [7] khi cùng sử dụng hạt nhựa PVA, tuy nhiên tỷ lệ giảm cao hơn so với 02 nghiên cứu của 2 tác giả trong nước khi sử dụng hạt nhựa PVA. Có thể giải thích cho sự khác biệt đó bởi hạt embozene với tính chất đồng trục, nên hạt có thể đi sâu vào trong khối u làm tắc các nhánh mạch nhỏ trong nên sẽ gây hoại tử u được nhiều hơn, trong khi đó hạt PVA với tính chất sắc cạnh, không đồng đều có thể làm tắc cuống trước khi vào hạt sâu trong khối u để tắc các nhánh mạch nhỏ trong khối u, nên mức độ hoại tử thấp hơn do vậy tỷ lệ giảm thể tích sau 6 tháng của PVA sẽ thấp hơn hạt embozene. Tuy nhiên cần phải có nghiên cứu sâu và dài hạn hơn để có thể khẳng định vật liệu mới hạt vi cầu embozene hiệu quả hơn vật liệu cũ hạt nhựa PVA.



Hình 2: Ảnh CHT trước và sau nút mạch 6 tháng: ảnh T2W trước nút, T2W sau nút, T1W tiêm thuốc trước nút và T1W tiêm thuốc sau nút (Nguyễn Phương L – mã BA C53/75)

IV. KẾT LUẬN

Vật liệu embozene có tính an toàn và hiệu quả cao thể hiện qua việc cải thiện các triệu chứng lâm sàng và giảm thể tích khối u sau điều trị so với hạt nhựa PVA. Embozene đóng góp thêm một vật liệu cho các nhà Điện quang can thiệp lựa chọn trong điều trị nút mạch u cơ trơn tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Joao M. Pisco, et al. (2009), "Management of Uterine Artery Embolization for Fibroid as Out Patient Procedure", *J Vasc Interv Radiol* 2009, 20: p 730-735
2. James B. Spies, et al (2002), "Uterine artery embolization for leiomyomata", *Obstetrics and Gynecology*, 98 (number 1): p 625 – 632

3. Laurent Brunnereau, et al (2000), "Uterine artery embolization in primary treatment of uterine leiomyomas", *AJR*, 175, p. 1267 - 1272
4. Nguyễn Hoài Thu và Phan Thanh Hải (2003), "Nhân 189 trường hợp thuyên tắc động mạch tử cung trong điều trị nhân xơ tử cung, ứng thử tế bào nuôi, chảy máu sản khoa", *Báo cáo hội nghị Điện Quang Pháp – Việt*.
5. Nguyễn Xuân Hiền, "Nghiên cứu ứng dụng phương pháp nút động mạch tử cung trong điều trị u cơ trơn tử cung", *Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội* 2011.
6. Smeets AJ, Nijenhuis RJ, et al, "Embolization of uterine leiomyomas with polyzene F-coated hydrogel microspheres: initial experience", *J Vasc Interv Radiol* 2010, 21(12): 1830-4.
7. Stampfl U, Radeleff B, et al, "Midterm results of uterine artery embolization using narrow-size

calibrated embozene microspheres", *Cardiovasc Intervent Radiol* 2011, 34(2): 295 -305.

THỰC TRẠNG AN TOÀN MÔI TRƯỜNG LAO ĐỘNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUỲNH PHỤ TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2015

Vũ Sơn*, Đào Văn Truyền**

TÓM TẮT³³

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng môi trường không khí tại 2 bệnh viện tuyến huyện của tỉnh Thái Bình, năm 2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu điều tra cắt ngang. Chọn ngẫu nhiên bệnh viện Đa khoa Thành phố và bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ. Chọn chủ định các yếu tố: nhiệt độ không khí, độ ẩm không khí, tốc độ gió, ánh sáng, tiếng ồn, bụi toàn phần, khí SO₂, khí H₂S, khí Cl₂, vi sinh vật trong không khí. Giá trị so sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. **Kết quả:** Bệnh viện Đa khoa Thành phố: Tất cả các mẫu đo nhiệt độ không khí, độ ẩm không khí và tốc độ gió đều đạt tiêu chuẩn cho phép. Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ: Tất cả các mẫu đo nhiệt độ không khí đều nằm trong giới hạn cho phép. Các mẫu đo độ ẩm không khí, có 5/9 vị trí ở mức cao hơn tiêu chuẩn cho phép. Các mẫu đo tốc độ gió, có 2/9 vị trí ở mức thấp hơn tiêu chuẩn cho phép. Bệnh viện Đa khoa Thành phố: Tất cả các mẫu đo tiếng ồn và nồng độ bụi toàn phần đều đạt tiêu chuẩn. Về cường độ ánh sáng, tiến hành đo khi sử dụng đèn nung sáng, có 1/9 vị trí đo chưa đạt chuẩn. Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ: Tất cả các mẫu đo về tiếng ồn và nồng độ bụi toàn phần đều đạt tiêu chuẩn cho phép. Về ánh sáng, có 1/9 vị trí chưa đạt tiêu chuẩn. Bệnh viện Đa khoa Thành phố: Các vị trí lấy mẫu đều không phát hiện có khí SO₂ và H₂S trong không khí. Có 2/9 vị trí phát hiện có khí Cl₂, tuy nhiên cả 2 vị trí này đều có nồng độ Cl₂ trong giới hạn cho phép. Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ: Các vị trí lấy mẫu đều không phát hiện có khí SO₂ và H₂S trong không khí. Có 5/9 vị trí phát hiện có khí Cl₂, tuy nhiên cả 5 vị trí này đều có nồng độ Cl₂ trong giới hạn cho phép. Mức độ ô nhiễm vi khuẩn trong không khí tại BVTP cao hơn mức độ ô nhiễm vi khuẩn trong không khí tại BVQP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mức độ Tốt (<312 vị khuẩn /m³ không khí): Cả 2 bệnh viện, không có mẫu không khí nào đạt. Cả 2 bệnh viện có 22/30 (73,3%) mẫu không khí ở mức độ Kém theo phân loại của V.Omelanski. **Kết luận:** Qua điều tra cắt ngang về: nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió, ánh sáng, tiếng ồn, bụi toàn phần, khí SO₂, khí H₂S, khí Cl₂, vi sinh vật trong không khí tại bệnh viện Đa khoa Thành phố và bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ chúng tôi rút ra một số **kết luận sau:** Nhiệt độ không khí, tiếng ồn và độ bụi toàn phần tại 2 bệnh viện đều

đạt tiêu chuẩn cho phép. Độ ẩm không khí tại bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ có 5/9 vị trí cao hơn tiêu chuẩn cho phép. Tốc độ gió tại bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ có 2/9 vị trí thấp hơn tiêu chuẩn cho phép. Cường độ ánh sáng tại bệnh viện Đa khoa Thành phố có 1/9 vị trí, tại bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ có 1/9 vị trí chưa đạt tiêu chuẩn cho phép. Không phát hiện thấy khí SO₂ và H₂S ở các mẫu đo không khí. Phát hiện thấy khí Cl₂, tại 2 bệnh viện. Tuy nhiên nồng độ Cl₂ tại các vị trí này đều trong giới hạn cho phép. Mức độ ô nhiễm vi khuẩn trong không khí tại bệnh viện Đa khoa Thành phố cao hơn mức độ ô nhiễm vi khuẩn trong không khí tại bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cả 2 bệnh viện, không có mẫu không khí nào đạt mức độ Tốt theo phân loại của V.Omelanski.

Từ khóa: Môi trường không khí bệnh viện

SUMMARY

ENVIRONMENTAL SAFETY SITUATION OF LABOR AT CITY HOSPITAL AND QUYNH PHU HOSPITAL IN THAI BINH PROVINCE, 2015

Objects: The study aimed to assess the environmental situation of air at 2 district hospital of Thai Binh Province, 2015. **Subjects-Method:** This study was performed by the method of cross-sectional survey study. Randomly selected City Hospital and General Hospital Quynh Phu. Select all the elements: air temperature, air humidity, wind speed, light, noise, dust, full, SO₂, H₂S, Cl₂ gas, microorganisms in the air. Value comparisons difference was statistically significant when $p < 0.05$. **Results:** City Hospital: All models measure air temperature, air humidity and wind speed are standard allows. Hospital Quynh Phu: All models measure air temperature are within permissible limits. The samples measured air humidity, have 5/9 positions higher than the standard allows. The samples measured wind speeds, with 2/9 position lower than the standard allows. City Hospital: All models measure the noise and dust concentrations are standard fully. Light intensity, measured using light terracotta lamps, with 1/9 not reached the standard measurement locations. Hospital Quynh Phu: All models measure about noise and dust concentrations are standard fully permitted. Of light, measured when using terracotta lamp light, with 1/9 of unqualified position. City Hospital: The sampling locations are not detected SO₂ and H₂S in the air. Yes 2/9 position Cl₂ gas detection, but the two locations are in the Cl₂ concentration limits allow. Hospital Quynh Phu: The sampling locations are not detected SO₂ and H₂S in the air. Yes 5/9 position Cl₂ gas detection, however both are 5 locations in the Cl₂ concentration limits allow. The level of bacterial contamination in the air at higher BVTP bacterial pollution levels in the air in BVQP, differences were statistically significant at p

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Sở Y tế Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Sơn

Email: vusonytb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

<0.05. Good degree (<312 bacteria/m³ air): The two hospitals, no air samples is reached. 2 hospitals both 22/30 (73.3%) samples the air at levels Poor, classified by V.Omelanski. **Conclusions:** Through cross-sectional survey of temperature, humidity, wind speed, light, noise, dust, full, SO₂, H₂S, Cl₂ gas, microorganisms in the air at the City Hospital and Quynh Phu hospital we draw some conclusions: Air temperature at two hospitals, both standard allows. Noise and dust full in 2 hospitals are standard allows. Humidity in Quynh Phu Hospital has a higher position 5/9 standard allows. Wind speed in Quynh Phu Hospital has 2/9 lower than the standard position allowed. The intensity of the light at the City Hospital with 1/9 position, in Quynh Phu Hospital has 1/9 of unqualified position allows. Not found SO₂ and H₂S in the air sample. Cl₂ gas detected at two hospitals. However Cl₂ concentrations at these locations are within the permitted limits. The level of bacterial contamination in the air at the City Hospital higher bacterial pollution levels in the air in Quynh Phu Hospital, differences were statistically significant at p <0.05. Both the 2 hospitals, without any form of air reaches the level good, classified by V.Omelanski.

Keywords: Hospital air environment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo truyền thống, môi trường lao động tại cơ sở Y tế nói chung và tại Bệnh viện nói riêng được xem là an toàn hơn so với các môi trường lao động khác, và nhân viên y tế được coi là "chuyên gia" nên có khả năng bảo vệ sức khỏe của mình. Do vậy, đội ngũ quản lý an toàn vệ sinh lao động và sức khỏe nghề nghiệp dành cho nhân viên y tế là ít hơn so với các ngành nghề khác. Tuy nhiên, thực tế cho thấy rằng ngành y tế là một ngành có điều kiện lao động đặc biệt, có tính đa dạng, nhiều lĩnh vực mang tính đặc thù cao [7]. Hầu hết các lĩnh vực hoạt động tại môi trường làm việc ở các bệnh viện có những yếu tố nguy cơ đe dọa đến sự an toàn và sức khỏe của nhân viên y tế, từ đó có thể dẫn đến mắc các bệnh nghề nghiệp, tai nạn và thương tích trong công việc và giảm hiệu quả công việc [3].

Chính vì vậy, nghiên cứu thực trạng môi trường lao động của nhân viên y tế là cần thiết

để từ đó có những giải pháp phù hợp giúp kiểm soát và phòng ngừa các tác hại và yếu tố nguy cơ trong các cơ sở Y tế nhằm nâng cao sức khỏe của nhân viên y tế. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá thực trạng an toàn môi trường lao động tại 2 bệnh viện tuyến huyện của tỉnh Thái Bình năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

**Địa điểm nghiên cứu:* Bệnh viện Đa Khoa Thành phố và bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ tỉnh Thái Bình.

**Đối tượng nghiên cứu:* Quan trắc môi trường của 2 Bệnh viện đã lựa chọn

**Thời gian nghiên cứu:* Từ 01/2015 đến 12/2015.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Chọn mẫu, cỡ mẫu nghiên cứu:* Sử dụng công thức tính cỡ mẫu với biến định lượng trong điều tra cắt ngang.

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \times \frac{S^2}{\Delta^2}$$

Trong đó: n: Cỡ mẫu điều tra các yếu tố môi trường lao động cho mỗi loại.

Z: Hệ số tin cậy được lấy dựa vào ngưỡng xác suất α (lấy $\alpha = 0,05 \rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$).

S: Độ lệch chuẩn của các yếu tố môi trường lao động (lấy $S = 0,5$).

Δ : Khoảng sai lệch cho phép giữa giá trị trung bình thu được từ mẫu nghiên cứu và tham số quần thể (lấy $\Delta = 0,18$)

Chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên 2 trong tổng số 12 bệnh viện Đa khoa tuyến huyện trên địa bàn tỉnh Thái Bình.

3. Xử lý số liệu: Giá trị so sánh khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả đo các yếu tố vi khí hậu

Bảng 1. Kết quả đo các yếu tố vi khí hậu tại 2 bệnh viện

Vị trí lấy mẫu	Chỉ số					
	Nhiệt độ (°C)		Độ ẩm (%)		Tốc độ gió (m/s)	
	BVTP	BVQP	BVTP	BVQP	BVTP	BVQP
Khoa Chẩn đoán hình ảnh	29	29	54	65	0,5-1,5	0,5-1,5
Khoa Xét nghiệm	30	30	73	80	0,5-1,5	0,5-1,5
Khoa Hồi sức cấp cứu	30	29	50	65	0,5-1,7	0,5-1,5
Khoa Truyền nhiễm	31	29	70	90	0,5-1,5	0,5-1,5
Khoa 3 Chuyên khoa	31	29	70	90	0,5-1,5	0,1-0,5
Khoa Sản	30	29	60	70	0,5-1,5	0,5-1,5
Khoa Nhi	29	30	54	88	0,5-1,5	0,5-0,7
Khoa Đông Y	31	30	73	86	0,5-1,6	0,5-1,5

Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	31	29	71	85	0,5-1,5	0,5-1,5
Chung 9 vị trí đo	29-31	29-30	50-73	65-90	0,5-1,7	0,5-1,5
TCCP (QĐ số 3733/2002/QĐ-BYT)	≤ 32		≤ 80		1,5	

Nhận xét: Bệnh viện Đa khoa Thành phố (BVTP): Tất cả các mẫu đo nhiệt độ không khí, độ ẩm không khí và tốc độ gió đều đạt tiêu chuẩn cho phép. Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ (BVQP): Tất cả các mẫu đo nhiệt độ không khí đều nằm trong giới hạn cho phép. Các mẫu đo độ ẩm không khí, có 5/9 vị trí ở mức cao hơn tiêu chuẩn cho phép. Các mẫu đo tốc độ gió, có 2/9 vị trí ở mức thấp hơn tiêu chuẩn cho phép.

2. Kết quả đo các yếu tố vật lý

Bảng 2. Kết quả đo các yếu tố vật lý tại 2 bệnh viện

Vị trí lấy mẫu	Chỉ số					
	Ánh sáng (Lux)		Tiếng ồn (dBA)		Nồng độ bụi toàn phần (mg/m ³)	
	BVTP	BVQP	BVTP	BVQP	BVTP	BVQP
Khoa Chẩn đoán hình ảnh	120-160	150-200	60-65	60-65	0,09	0,05
Khoa Xét nghiệm	150-250	150-200	60-67	60-65	0,11	0,05
Khoa Hồi sức cấp cứu	120-180	120-250	60-65	62-65	0,08	0,07
Khoa Truyền nhiễm	90-120	100-150	60-65	60-65	0,09	0,07
Khoa 3 Chuyên khoa	90-120	150-250	60-65	60-65	0,09	0,06
Khoa Sản	50-90	120-250	50-55	60-65	0,07	0,06
Khoa Nhi	90-120	80-100	48-50	62-65	0,06	0,07
Khoa Đông Y	90-120	120-250	60-65	60-65	0,11	0,06
Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	300-350	100-150	48-55	60-65	0,09	0,07
Chung 9 vị trí đo	90-350	80-250	48-67	60-66	0,06-0,11	0,05-0,07
TCCP (QĐ số 3733/2002/QĐ-BYT)	≥ 100 - < 5.000		≤ 65		≤ 8	

Nhận xét: Bệnh viện Đa khoa Thành phố (BVTP): Tất cả các mẫu đo tiếng ồn và nồng độ bụi toàn phần đều đạt tiêu chuẩn. Về cường độ ánh sáng, tiến hành đo khi sử dụng đèn nung sáng, có 1/9 vị trí đo chưa đạt chuẩn (tại vị trí thuộc khoa Sản). Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ (BVQP): Tất cả các mẫu đo về tiếng ồn và nồng độ bụi toàn phần đều đạt tiêu chuẩn cho phép. Về ánh sáng, tiến hành đo khi sử dụng đèn nung sáng, có 1/9 vị trí chưa đạt tiêu chuẩn (tại vị trí thuộc khoa Nhi).

Bảng 3. Kết quả đo các yếu tố nồng độ hơi, khí độc trong không khí nơi làm việc tại 2 bệnh viện

Vị trí lấy mẫu	Chỉ số					
	SO ₂ (mg/m ³)		Cl ₂ (mg/m ³)		H ₂ S (mg/m ³)	
	BVTP	BVQP	BVTP	BVQP	BVTP	BVQP
Khoa Chẩn đoán hình ảnh	KPH	KPH	KPH	KPH	KPH	KPH
Khoa Xét nghiệm	KPH	KPH	0,13	0,11	KPH	KPH
Khoa Hồi sức cấp cứu	KPH	KPH	0,06	0,09	KPH	KPH
Khoa Truyền nhiễm	KPH	KPH	KPH	0,06	KPH	KPH
Khoa 3 Chuyên khoa	KPH	KPH	KPH	0,14	KPH	KPH
Khoa Sản	KPH	KPH	KPH	0,11	KPH	KPH
Khoa Nhi	KPH	KPH	KPH	KPH	KPH	KPH
Khoa Đông Y	KPH	KPH	KPH	KPH	KPH	KPH
Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn	KPH	KPH	KPH	KPH	KPH	KPH
Chung 9 vị trí đo	KPH: 09	KPH: 09	KPH: 07	KPH: 04	KPH: 09	KPH: 09
TCCP (QĐ số 3733/2002/QĐ-BYT)	≤ 10		≤ 3		≤ 15	

Ghi chú: KPH- Không phát hiện

Nhận xét: Bệnh viện Đa khoa Thành phố (BVTP): Các vị trí lấy mẫu đều không phát hiện có khí SO₂ và H₂S trong không khí. Có 2/9 vị trí phát hiện có khí Cl₂, tuy nhiên cả 2 vị trí này đều có nồng độ Cl₂ trong giới hạn cho phép. Bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ (BVQP): Các vị trí lấy mẫu đều không phát hiện có khí SO₂ và H₂S trong không khí. Có 5/9 vị trí phát hiện có khí Cl₂, tuy nhiên cả 5 vị trí này đều có nồng độ Cl₂ trong giới hạn cho phép.

3. Kết quả xét nghiệm vi sinh vật

Bảng 4. Kết quả xét nghiệm vi sinh vật trong không khí tại 2 bệnh viện

Nơi lấy mẫu Xét nghiệm	n	Số lượng vi khuẩn (vi khuẩn/m ³)			p
		$\bar{x} \pm SD$	Nhỏ nhất	Lớn nhất	
BVTP *	15	5.151±5.082	404	21.871	< 0,05

BVQP *	15	3.873±3.203	655	11.034
Chung	30	4.512±4.224	404	21.871

Nhận xét: Mức độ ô nhiễm vi khuẩn trong không khí tại BVTP cao hơn mức độ ô nhiễm vi khuẩn trong không khí tại BVQP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Xếp loại mức độ vi sinh vật trong không khí (theo V.Omelanski) tại 2 bệnh viện

Xếp loại	BVTP		BVQP		Chung	
	SL	TL (%)	SL	TL (%)	SL	TL (%)
Tốt	0	-	0	-	0	-
Khá	3	20,0	4	26,7	7	23,3
Trung bình	0	-	1	6,7	1	3,3
Kém	12	80,0	10	66,7	22	73,3
Tổng	15	100,0	15	100,0	30	100,0

Nhận xét: Mức độ Tốt (<312 vi khuẩn / m^3 không khí): Cả 2 bệnh viện, không có mẫu không khí nào đạt.

- Mức độ Khá (312-1250 vi khuẩn / m^3 không khí): tại BVTP có 3/15 (20,0%) mẫu; tại BVQP có 4/15 (26,7%) mẫu.

- Mức độ Trung bình (1250-1562 vi khuẩn / m^3 không khí): tại BVTP không có mẫu nào; tại BVQP có 1/15 (6,7%) mẫu.

- Mức độ Kém (>1562 vi khuẩn / m^3 không khí): tại BVTP có 12/15 (80,0%) mẫu; tại BVQP có 10/15 (66,7%) mẫu. Cả 2 bệnh viện có 22/30 (73,3%) mẫu không khí ở mức độ Kém.

IV. BÀN LUẬN

1. Kết quả đo các yếu tố vi khí hậu

- Nhiệt độ không khí tại nơi làm việc, kết quả bảng 1 cho thấy tất cả các mẫu đo nhiệt độ không khí tại bệnh viện Đa khoa Thành phố (BVTP) và bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ (BVQP) đều đạt tiêu chuẩn cho phép.

- Độ ẩm không khí tại nơi làm việc, kết quả bảng 1 cho thấy tất cả các mẫu đo độ ẩm không khí tại BVTP đều đạt tiêu chuẩn cho phép, tại BVQP có 5/9 vị trí ở mức cao hơn tiêu chuẩn cho phép (vượt tiêu chuẩn cho phép từ 5-10%). Theo quy định, độ ẩm không khí ≤ 80 [1].

- Tốc độ gió tại nơi làm việc, kết quả bảng 1 cho thấy tất cả các mẫu đo tốc độ gió không khí tại BVTP đều đạt tiêu chuẩn cho phép, tại BVQP có 2/9 vị trí ở mức thấp hơn tiêu chuẩn cho phép, đây cũng là 2 vị trí có độ ẩm ở mức cao hơn so với tiêu chuẩn cho phép. Tốc độ gió thấp hơn tiêu chuẩn cho phép cũng ảnh hưởng đến sức khỏe, gây bệnh tật và giảm khả năng làm việc của nhân viên y tế.

2. Kết quả đo các yếu tố vật lý

- Đo cường độ ánh sáng, theo quy định vị trí nào sử dụng cả đèn huỳnh quang và đèn nung sáng thì lấy theo mức đèn nung sáng [1]. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy theo mức đèn nung sáng. Kết quả bảng 2 cho thấy, tại BVTP có 1/9

vị trí đo chưa đạt chuẩn (tại vị trí thuộc khoa Sản), tại BVQP có 1/9 vị trí chưa đạt tiêu chuẩn (tại vị trí thuộc khoa Nhi). Thiếu ánh sáng khi làm việc là một mối lo ngại đối với nhân viên y tế, đặc biệt là đối với nhân viên y tế làm việc ca đêm. Thiếu ánh sáng có thể gây mỏi mắt, nhức đầu, buồn ngủ, khó chịu, giảm sức chú ý trong lao động từ đó làm giảm khả năng làm việc, thao thác chính xác, có nguy cơ mất an toàn, bị tai nạn lao động.

- Đo tiếng ồn, kết quả bảng 2 cho thấy, tại BVTP và tại BVQP, tất cả các mẫu đo tiếng ồn đều đạt tiêu chuẩn.

- Đo nồng độ bụi toàn phần, kết quả bảng 2 cho thấy, tại BVTP và tại BVQP, tất cả các mẫu đo tiếng ồn đều đạt tiêu chuẩn.

3. Kết quả đo nồng độ hơi, khí độc: Đo nồng độ hơi, khí độc, theo quy định có thể lấy giá trị trung bình 8 giờ, hoặc lấy từng lần tối đa [1]. Trong nghiên cứu này chúng tôi lấy giá trị từng lần tối đa, kết quả tại bảng 3 cho thấy:

- Nồng độ khí SO_2 và H_2S trong không khí tại BVTP và tại BVQP, tất cả các mẫu đo đều đạt tiêu chuẩn.

- Nồng độ khí Cl_2 , tại BVTP có 2/9 vị trí phát hiện có khí Cl_2 , tại BVQP có 5/9 vị trí phát hiện có khí Cl_2 , tuy nhiên nồng độ khí Cl_2 vẫn trong giới hạn cho phép.

4. Kết quả xét nghiệm vi sinh vật: Kết quả nghiên cứu tại bảng 4 cho thấy, số lượng vi khuẩn trong không khí tại BVTP cao hơn tại BVQP, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả nuôi cấy, phân lập mẫu không khí tại 15 vị trí lấy mẫu ở mỗi bệnh viện (bảng 5) cho thấy không có mẫu không khí nào đạt mức độ Tốt theo phân loại của V.Omelanski. Tại BVTP chỉ có 3/15 mẫu và tại BVQP chỉ có 4/15 mẫu chất lượng không khí đạt mức độ Khá.

Đánh giá chất lượng không khí cho thấy hầu hết (22/30 mẫu chiếm tỷ lệ 73,4%) mẫu có chất lượng không khí ở mức kém. Có 23,3% (7/30

mẫu) ở mức khá và 3,3% (1/30 mẫu) ở mức trung bình.

Theo chúng tôi, để cải thiện chất lượng không khí của môi trường bệnh viện: Tăng khả năng thông khí, đây cũng là giải pháp giúp giảm độ ẩm, tăng tốc độ gió và tăng lượng ánh sáng trong phòng. Ngoài ra, việc sử dụng kỹ thuật thông khí cơ học sử dụng hệ thống lọc khí bằng HEPA (high-efficiency particulate air) sẽ giúp cải thiện môi trường không khí [6]. Giảm số người ra vào phòng bệnh bằng cách quy định khung thời gian cho người nhà được vào thăm bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

- Nhiệt độ không khí tại 2 bệnh viện đều đạt tiêu chuẩn cho phép.
- Độ ẩm không khí tại bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ có 5/9 vị trí cao hơn tiêu chuẩn cho phép.
- Tốc độ gió tại bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ có 2/9 vị trí thấp hơn tiêu chuẩn cho phép.
- Tiếng ồn và độ bụi toàn phần tại 2 bệnh viện đều đạt tiêu chuẩn cho phép.
- Cường độ ánh sáng tại bệnh viện Đa khoa Thành phố có 1/9 vị trí, tại bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ có 1/9 vị trí chưa đạt tiêu chuẩn cho phép.
- Không phát hiện thấy khí SO₂ và H₂S ở các mẫu đo không khí tại 2 bệnh viện.
- Phát hiện thấy khí Cl₂, tại bệnh viện Đa khoa Thành phố có 2/9 mẫu, tại bệnh viện Đa khoa Quỳnh Phụ có 5/9 mẫu. Tuy nhiên nồng độ Cl₂ tại các vị trí này đều có trong giới hạn cho phép.
- Mức độ ô nhiễm vi khuẩn trong không khí tại bệnh viện Đa khoa Thành phố cao hơn mức độ ô nhiễm vi khuẩn trong không khí tại bệnh

viện Đa khoa Quỳnh Phụ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Cả 2 bệnh viện, không có mẫu không khí nào đạt mức độ Tốt theo phân loại của V.Omelanski.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2002)**, Quyết định Về việc ban hành 21 tiêu chuẩn về sinh lao động, 05 nguyên tắc và 07 thông số vệ sinh lao động, số 3733/2002/QĐ-BYT, ngày 10/10/2002.
2. **Nguyễn Ngọc Hoàn (2011)**, "Được làm việc trong môi trường an toàn và vệ sinh-một trong những quyền cơ bản của người lao động", Tạp chí Hoạt động Khoa học Công nghệ An toàn-Sức khỏe và Môi trường lao động, số 1, tr.3-10.
3. **Nguyễn Thuý Quỳnh và CS (2013)**, "Thực trạng và các yếu tố liên quan đến thực hiện các quy định về an toàn vệ sinh lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp tại các cơ sở y tế trực thuộc Bộ Y tế", Tạp chí Y học thực hành, 7(876), tr.37-44.
4. **Lê Thị Anh Thư, Nguyễn Phúc Tiến (2011)**, "Đánh giá mối tương quan giữa mật độ vi sinh vật và điều kiện môi trường", Tạp chí Y Học thành phố Hồ Chí Minh, 15(2), tr.44-47.
5. **Lê Văn Trinh (2009)**, "Cải thiện điều kiện lao động, giảm thiểu tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp cho người lao động và vai trò của Viện Nghiên cứu Khoa học Kỹ thuật Bảo hộ Lao động", Tạp chí Hoạt động Khoa học Công nghệ An toàn-Sức khỏe và Môi trường lao động, số 3, tr.3-9.
6. **Crimi P, et al. (2009)**, "Evaluation of microbial contamination of air in two haematology departments equipped with ventilation systems with different filtration devices", J Prev Med Hyg., 50(1), pp.33-36.
7. **Lugah V, et al. (2010)**, "Training of occupational safety and health: knowledge among healthcare professionals in Malaysia", Singapore Med J, 51(7), pp.586-591.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT THAY VAN HAI LÁ BẰNG VAN CƠ HỌC ATS

Nguyễn Quốc Hưng*, Trần Trọng Kiểm*

TÓM TẮT³⁴

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm của phẫu thuật thay van cơ học ATS trong điều trị bệnh van hai lá tại Bệnh viện 108. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả các bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá cơ học ATS tại Bệnh viện 108 từ

tháng 03.2014 đến tháng 10.2016. **Kết quả:** bao gồm 32 bệnh nhân, Tuổi trung bình 38,42 ± 11,12 tuổi, nữ mắc bệnh nhiều hơn nam. Hầu hết bệnh nhân có độ suy tim trước mổ NYHA II, III. Áp lực động mạch phổi tâm thu tăng chủ yếu mức độ trung bình và nặng. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể trung bình 78,34 ± 18,76 phút, thời gian cạo động mạch chủ trung bình 61,23 ± 12,45 phút. Các biến chứng sớm hay gặp: chảy máu, biến chứng hô hấp, tràn dịch màng ngoài tim. Tỷ lệ tử vong là 0%. Sau mổ: áp lực động mạch phổi tâm thu giảm, tình trạng suy tim cải thiện. **Kết luận:** Thay van hai lá cơ học ATS là phương pháp điều trị tốt cho phần lớn bệnh nhân bệnh van hai lá. Sau mổ, tỷ lệ biến chứng thấp, tình

*Bệnh viện Trung ương quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiểm

Email: dr.trantrongkiem.b4.h108@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017

Ngày duyệt bài: 5.4.2017

trạng tăng áp lực động mạch phổi và suy tim cải thiện đáng kể theo thời gian

Từ khóa: thay van cơ học

SUMMARY

EVALUATE EARLY RESULTS OF ATS MECHANICAL VALVE REPLACEMENT AT 108 HOSPITAL

Objectives: Evaluate some clinical and paraclinical characteristics of patients with mitral valve disease whom were candidates for ATS mechanical valve replacement and early results of this procedure at 108 hospital. **Method:** Prospective and descriptive study for all patients, whom were operated at 108 military central hospital from 03.2014 to 10.2016. **Results:** there were 32 patients, Mean age was $38,42 \pm 11,12$, female > male. Most of the patients were at NYHA II, III preoperatively. Systolic pulmonary pressure increased at average or severely. Mean CPB time was $78,34 \pm 18,76$ min, cross-clamp time was $61,23 \pm 12,45$ min. **Common early complications:** bleeding complication, respiratory complications, nervous complications, pericardial effusion. Hospital death was 0%. After surgery, systolic pulmonary pressure felt, condition of heart failure also recovered. **Conclusion:** ATS mechanic mitral valve replacement is a good indication for most patients with mitral valve disease with low complication rate, high systolic pulmonary pressure and heart failure following time.

Keyword: Mechanical mitral valve replacement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự ra đời của van hai lá nhân tạo (bao gồm van cơ học và sinh học) đã tạo lên một bước tiến mới trong điều trị bệnh lý van hai lá, giúp điều trị

triệt để cho các bệnh nhân tổn thương van hai lá nặng mà không thể nong hoặc sửa van được.

Starr và Edward là những người đầu tiên trên thế giới thay van tim cơ học năm 1960[6]. Từ đó đến nay, kỹ thuật thay van tim cũng như công nghệ chế tạo các loại van nhân tạo không ngừng được cải tiến và số lượng bệnh nhân mang van nhân tạo ngày càng tăng.

Trên thế giới hiện nay có nhiều loại van cơ học đang được các trung tâm sử dụng song song, mỗi loại van có những ưu và nhược điểm riêng của nó, trong đó van hai lá cơ học ATS của hãng Metronic cũng được rất nhiều trung tâm phẫu thuật tim mạch lớn sử dụng.

Tại Bệnh viện 108, chúng tôi đã sử dụng van hai lá cơ học ATS từ năm 2014. Sau một thời gian sử dụng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: **đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật thay van hai lá bằng van cơ học ATS**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** bao gồm 32 bệnh nhân được phẫu thuật thay van hai lá bằng van cơ học ATS tại Bệnh viện 108 trong giai đoạn từ tháng 3.2014 đến tháng 10.2016.

- **Phương pháp nghiên cứu:** sử dụng phương pháp tiến cứu, mô tả. Đánh giá các chỉ số: dịch tể, lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm trong mổ và kết quả sớm sau phẫu thuật.



ảnh: . Khâu chỉ vào vòng van ATS và sau khi xuống van(ảnh viện 108)

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

- Độ tuổi trung bình: tuổi trung bình là $38,42 \pm 11,12$ tuổi (16 – 64). Tỷ lệ nam/nữ là 2,3/3,5.
- Một số đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Đặc điểm bệnh nhân	Số bệnh nhân (Tỷ lệ %)
Tiền sử thấp tim	18 (56,25)
Tiền sử mổ/nong van hai lá	6 (18,75)
Rung tâm trương	26 (81,25)
T1 đánh	22 (68,75)
NYHA I	0 (0)
NYHA II	18 (56,25)
NYHA III	16 (43,75)

- Một số đặc điểm cận lâm sàng trước mổ

Đặc điểm	Số bệnh nhân (Tỷ lệ %)
----------	------------------------

Chỉ số tim-ngực	≤ 50%	6 (18,75)
	> 50 – 60%	9 (28,13)
	> 60%	17 (53,12)
Điện tim	Nhịp xoang	14 (43,75)
	Rung nhĩ	18 (56,25)

- Đánh giá siêu âm trước mổ

Đặc điểm siêu âm	Thông số nhóm bệnh nhân
Huyết khối tiểu nhĩ/nhĩ trái	15 (46,88%)
Hở van 3 lá phải can thiệp (hở trên 2,5/4)	17 (53,13%)
Chênh áp qua van hai lá (mmHg)	17,55 ± 3,98 (7-29)
Áp lực ĐMP tâm thu (mmHg)	60,69 ± 17,27 (38 -90)
Phần suất tổng máu EF(%)	43,18 ± 6,73 (38 – 70)

2. Đặc điểm phẫu thuật**- Cỡ van hai lá ATS sử dụng**

Cỡ van	Thông số nhóm bệnh nhân (Tỷ lệ %)
ATS 25	0 (0)
ATS 27	2 (6,25)
ATS 29	20 (62,5)
ATS 31	10(31,25)

- Các phẫu thuật phối hợp

Loại phẫu thuật	Số bệnh nhân (Tỷ lệ %)
Sửa/thay van ba lá	22 (68,75)
Phẫu thuật MAZE	10 (31,25)
Thay van ĐMC	8(25)
Bắc cầu ĐMV	2 (6,25)
Vá thông liên nhĩ	1 (3,13)
Thay gốc động mạch chủ	1(3,13)

- Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể (THNCT) và cấp động mạch chủ

Thời gian	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
THNCT (phút)	48	170	78,34	18,76
Thời gian cấp động mạch chủ (phút)	37	113	61,23	12,45

3. Kết quả sớm sau phẫu thuật**- Các tai biến và biến chứng trong và sau mổ**

Nhóm biến chứng	Thông số của nhóm (tỷ lệ %)
Chảy máu (phải mổ lại)	3 (9,38)
Tử vong	0 (0)
Tràn dịch màng ngoài tim (phải chọc hút /dẫn lưu)	2 (6,25)
Loạn nhịp tim	7(21,88)
Biến chứng hô hấp: TDMP phải hút/DL	6(18,75)
Viêm phổi	2 (6,25)
Thở máy kéo dài(>24h)	5 (15,23)
Suy thận (phải chạy thận)	1 (3,13)
Biến chứng thần kinh: Suy giảm trí tuệ	1 (3,13)
Đột quy não	1 (3,13)
Nhiễm khuẩn: . NK vết mổ	4(12,5)
. NT xương ức	0 (0)
. NK huyết	1 (3,13)
Xuất huyết tiêu hóa	1 (3,13)

- Một số thông số sau mổ

Đặc điểm bệnh nhân	Thông số của nhóm bệnh nhân
Thời gian thở máy (h)	23,23 ± 3,83
Phải dùng thuốc vận mạch	13 (40,63%)
Số lượng máu truyền (ml)	773 ± 115
Tg dùng kháng sinh (ngày)	12,65 ± 4,25
Tg nằm tại Hồi sức (ngày)	3,49 ± 1, 17

Tg nằm viện sau mổ (ngày)	13,54 ± 2,84
EF (%) (thời điểm ra viện)	62,33 ± 8,98

IV. BÀN LUẬN

1. Lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ:

Độ tuổi của nhóm nghiên cứu (38,42±11,12) và tỷ lệ nam/nữ phù hợp nguyên nhân chủ yếu gây tổn thương van hai lá ở Việt Nam là bệnh lý thấp tim. Độ tuổi này không quá cao do các bệnh nhân trên 65 tuổi thường được chỉ định thay van sinh học. Kết quả này tương đương nhóm bệnh nhân thay van hai lá cơ học của Nguyễn Đức Hiền tại BVTW Huế (2007) [2].

Phần lớn các bệnh nhân trước mổ có biểu hiện lâm sàng suy tim mức độ NYHA II và III, không có bệnh nhân nào có biểu hiện NYHA I và IV. Nguyên nhân là bệnh nhân có tổn thương van tim kèm theo NYHA I thường không có chỉ định phẫu thuật còn những bệnh nhân có suy tim quá nặng (NYHA IV) thường được điều trị nội khoa tích cực trước khi phẫu thuật để hạ mức độ suy tim.

Hầu hết các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là hẹp van hai lá, do đó triệu chứng lâm sàng chủ yếu là: rung tâm trương (81,25%) và T1 đanh (68,75%). Một số bệnh nhân hẹp van hai lá không có triệu chứng điển hình khi nghe tim do van xơ dày, và dính quá mức.

Biểu hiện cận lâm sàng trước mổ: bệnh nhân có chỉ số tim ngực trên 60% trên X. quang (53,12%), rung nhĩ (56,25%), huyết khối tiểu nhĩ/nhĩ trái (46,88%), hở van ba lá phải can thiệp (52,13%). Điều này cũng làm tăng chỉ định phẫu thuật vì những bệnh nhân có huyết khối buồng tim hoặc có chỉ định phẫu thuật khác kèm theo thì không có chỉ định nong van hai lá bằng bong qua da. Các chỉ số siêu âm khác: chênh áp trung bình qua van (17,55 ± 3,98mmHg), Áp lực ĐMP (60,19 ± 17,27mmHg), điều này cho thấy các bệnh nhân mắc bệnh lâu ngày gây những biến đổi về cấu trúc và suy giảm chức năng tim nặng nề, tuy nhiên phân suất tống máu vẫn duy trì (43,18 ± 6,73%) do hầu hết các bệnh nhân được điều trị nội khoa tốt trước phẫu thuật..

2. Các đặc điểm trong mổ

- Các phẫu thuật đi kèm khi mổ thay van hai lá rất đa dạng: trong đó sửa/thay van ba lá (68,75%), phẫu thuật MAZE (31,25%) và thay van động mạch chủ (25%). Đây là nhóm bệnh lý do hậu quả của bệnh van hai lá và cùng do hậu quả thấp tim gây ra. Ngoài ra còn số bệnh khác hiếm gặp kèm theo như: bệnh mạch vành, giãn gốc ĐMC, thông liên nhĩ. Các tổn thương phổi hợp phải can thiệp khi thay van hai lá làm cho tính chất bệnh phức tạp hơn và cũng là nguyên

nhân làm giảm kết quả thay van và tăng tỷ lệ tai biến, biến chứng phẫu thuật.

- Quá trình phẫu thuật: thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể là 78,34 ± 18,76 phút và thời gian cặp ĐMC: 61,23 ± 12,45 phút. Kết quả này tương ứng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Hiền tại BVTW Huế (2007) [2]., điều đó cho thấy kỹ thuật thay van ATS không khó khăn hơn các loại van khác.

3. Kết quả sớm sau mổ

- Các tai biến, biến chứng trong và ngay sau mổ hay gặp của nhóm nghiên cứu là: chảy máu phải mổ lại cầm máu (9,38%), loạn nhịp (21,55%), hô hấp (34,38%) và nhiễm khuẩn (15,13%). Một số biến chứng ít gặp hơn: suy thận phải lọc máu, biến cố thần kinh, xuất huyết tiêu hóa. Tỷ lệ này tương ứng các nghiên cứu khác về phẫu thuật tim mổ.[1],[2],[5].

- Một số các thông số sau mổ:

+ Thời gian thở máy 22,33 ± 3,83 giờ, nằm viện 13,54 ± 2,84 ngày. Kết quả này tương ứng các nghiên cứu khác về phẫu thuật tim.[1],[2].

+ Thời gia dùng kháng sinh: 12,65 ± 4,25 ngày. Kháng sinh dùng cao và dài hơn so với các tác giả khác. Tại Bệnh viện chúng tôi đã triển khai kháng sinh dự phòng cho các phẫu thuật sạch, tuy nhiên về phẫu thuật tim chúng tôi chưa áp dụng do nằm trong mô hình bệnh viện đa khoa, chưa có khu mổ tim và hồi sức tim riêng biệt.

+ Lượng máu truyền sau mổ là: 773±115ml, cao so với nghiên cứu của Đặng Hanh Sơn và Nguyễn Đức Hiền [1],[2], các trường hợp này thường là chảy máu nội khoa ở bệnh nhân rung nhĩ dùng thuốc chống đông kéo dài trước mổ hoặc do thời gian chạy máy THNCT kéo dài (phẫu thuật đi kèm phức tạp: thay gốc ĐMC, cầu vành).

+ Các chỉ số đánh giá trên siêu âm ở thời điểm xuất viện cho thấy sự cải thiện rất rõ rệt sau thay van: phân suất tống máu tăng đáng kể (62,33±8,98% so với trước mổ 43,18 ± 6,73%), chênh áp qua van giảm rõ rệt (62,33 ± 8,98mmHg so với 17,55 ± 3,98mmHg) và ngay cả áp lực ĐMPTT cũng giảm (32,85±6,88mmHg so với trước mổ là 60,69 ± 17,27mmHg). Các chỉ số này cho thấy việc lựa chọn cỡ van, huyết động qua van ATS trong nhóm nghiên cứu là tương đối ổn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Đặng Hanh Sơn, Nguyễn Đức Hiền và một số tác giả nước ngoài[1],[2],[5],[7].

V. KẾT LUẬN

Bệnh van hai lá là bệnh tim phổ biến, nguyên nhân chủ yếu do thấp tim.

Thay van hai lá cơ học ATS là phương pháp điều trị tốt cho phần lớn bệnh nhân bị bệnh van hai lá. Sau mổ, tỷ lệ biến chứng thấp, tình trạng tăng áp lực động mạch phổi và suy tim cải thiện đáng kể theo thời gian.

Hơn nữa với ưu điểm không tạo ra tiếng ồn, van ATS sẽ làm tăng chất lượng sống cho bệnh nhân sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Hạnh Sơn** (2012), "Nghiên cứu đánh giá kết quả phẫu thuật thay van hai lá bằng van nhân tạo cơ học Sorin Bicarbon tại Bệnh viện tim Hà Nội", Luận án tiến sĩ y học.
2. **Nguyễn Đức Hiền, Bùi Đức Phú** (2007), "Đánh giá kết quả phẫu thuật thay van hai lá cơ học ở

bệnh nhân hẹp van hai lá", Tạp chí tim mạch học thành phố Hồ Chí Minh số 11 năm 2007.

3. **Bonow RO., Carabello B., Leon A.C. Jr.** (1998), "ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patients With Valvular Heart Disease)", Journal of American College of Cardiology, 32 (5), pp. 1486 – 1588.
4. **Braunwald Eugene** (2005), "Valvular Heart Disease", Braunwald: Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine, W.B Saunders Company, USA, pp. 1553 – 1615
5. **Butchart EG** (2001), "Twenty years' experience with the Metronic Hall Valve", J Thorac Cardiovasc Surg 2001, pp.1090-1100.
6. **Rahimtoola SH** (2003), "Choice of Valve for Adult Patient", J Am Coll Cardiol, pp.893-904.
7. **Yuichiro Kaminishi** (2009), "The ATS bileaflet prothetic heart valve. Mid-term result from single center", Journal of American College of Cardiology, 30, pp. 1230-1238.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ U XƠ TỬ CUNG TRÊN SẢN PHỤ SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Vũ Văn Du* và cộng sự

TÓM TẮT³⁵

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và phương pháp xử trí U xơ tử cung ở những sản phụ sinh tại bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2015.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Nhóm tuổi thường gặp là từ 30-39 chiếm tỷ lệ 63,6%, UXTC hay gặp ở phụ nữ sinh con so với 53,4%. Mổ chủ động chiếm tỷ lệ lớn 57,7%. Tai biến chảy máu do xử lý UXTC chiếm tỷ lệ thấp 2,9%. **Kết luận:** UXTC hay gặp nhất ở phụ nữ dưới 40 tuổi và cách xử trí thường là mổ chủ động với tỷ lệ tai biến thấp.

Từ khóa: U xơ tử cung, mổ lấy thai.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS AND MANAGEMENT OF UTERINE FIBROSIS AMONG PREGNANT WOMEN AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

Objectives: To describe clinical characteristics and management of uterine fibrosis among pregnant women who delivered in National hospital of OBGY in 2015. **Methodology:** This is cross sectional study. **Results:** The most common age recorded was from

30 to 39 with 63,6%, and nulliparvia with 53,4%. C-section was 57,7%. Hemorrhage due to C-section was only 2,9%. **Conclusion:** Uterine fibrosis is popular among women from 30-39 and C-section was frequent with very low level of complication.

Keywords: Uterine fibrosis, C-section.

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, chiếm 10 - 20% số bệnh nhân đến khám phụ khoa và chiếm khoảng 18 - 20% trong số phụ nữ trên 35 tuổi. Bệnh cũng thường gặp ở những phụ nữ không sinh đẻ hoặc sinh đẻ ít. Ở lứa tuổi sinh đẻ, UXTC ảnh hưởng đến khả năng sinh sản của người phụ nữ như gây ra chậm có thai hoặc vô sinh. Tỷ lệ u xơ tử cung trong thai kỳ gặp từ 0,5 - 3,2% theo các nghiên cứu khác nhau. Theo Lopes P, ở những phụ nữ có UXTC, tỉ lệ thai kém phát triển là 3,5%, thai chết lưu là 1,75%. Tỷ lệ sảy thai sớm do UXTC dao động từ 4 - 8,5%. Các nhà sản khoa ngày càng quan tâm đến chẩn đoán và xử trí u xơ tử cung trong thai kỳ cũng như trong quá trình sinh đẻ nhằm chủ động có kế hoạch chăm sóc, xử trí và phòng tránh các biến chứng do u xơ tử cung gây ra với thai nghén và ngược lại. Để nghiên cứu thêm về vấn đề này chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

*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: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

bệnh nhân có u xơ tử cung và cách xử trí trên những bệnh nhân này.

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 sẽ 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. Tỷ lệ u xơ tử cung theo tuổi và số lần đẻ

Số lần đẻ	Nhóm tuổi		<30 tuổi		30-39 tuổi		40-49 tuổi		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Con so	40	14,8	95	34,9	10	3,7	145	53,4		
1 lần đẻ	24	8,8	60	22,1	12	4,4	96	35,3		
2 lần đẻ	8	2,9	13	4,8	3	1,1	24	8,8		
≥3 lần đẻ	2	0,7	5	1,8	0	0	7	2,5		
Tổng	74	27,2	173	63,6	25	9,2	272	100		

Trong 272 bệnh nhân, nhóm con so có tỷ lệ UXTC cao nhất với 145 trường hợp chiếm 53,4%. Số thai phụ UXTC giảm dần theo số lần đẻ. Nhóm tuổi từ 30 - 39 có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất theo phân bố nhóm tuổi, chiếm 63,6%. Tỷ lệ sản phụ con so từ 30 - 39 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất với 95 trường hợp (34,9%) trong tổng số 272 trường hợp thuộc mẫu nghiên cứu.

Bảng 2. Vị trí u xơ tử cung theo tương quan với cơ tử cung

Vị trí u xơ tử cung	n	Tỷ lệ %
U dưới niêm mạc	19	5,1
U trong cơ	315	83,8
U dưới thanh mạc	42	11,1
Tổng	376	100

Bảng này chúng tôi nghiên cứu đặc điểm về vị trí UXTC, có 376 khối UXTC được mô tả trên 272 bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu. Hay gặp nhất là UXTC trong cơ tử cung chiếm 83,8%. U dưới niêm mạc và u dưới thanh mạc ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt là 5,1% và 11,1%.

Bảng 3. Phương pháp đẻ

Phương pháp đẻ	n	Tỷ lệ %
Mổ lấy thai chủ động vì UXTC	157	57,7
Đẻ đường âm đạo	13	4,8
Mổ lấy thai vì UXTC+ yếu tố đẻ khó	100	37
Mổ lấy thai vì nguyên nhân khác	2	0,5
Tổng	272	100

Chỉ có 4,8% các trường hợp đẻ đường âm đạo. Mổ đẻ do UXTC chiếm 57,7%. Mổ đẻ do UXTC kết hợp với một hay nhiều yếu tố đẻ khó khác chiếm 37%. Mổ lấy thai do nguyên nhân không liên quan trực tiếp đến UXTC chiếm 0,5%.

Bảng 4. Tai biến trong và sau đẻ

Tai biến	n	Tỷ lệ %
Bóc u xơ chảy máu	5	1,8
Chảy máu sau đẻ đường âm đạo	1	0,4
Cắt tử cung bán phần do chảy máu sau bóc u xơ	2	0,7
Không biến chứng	214	97,1
Tổng	272	100

Trong 272 trường hợp, 97,1% cuộc đẻ diễn ra không có biến chứng. Tỷ lệ chảy máu sau bóc UXTC trong mổ và sau đẻ đường âm đạo lần lượt là 1,8% và 0,4%. Có 0,7% các trường hợp chảy máu sau bóc u xơ dẫn đến phải cắt tử cung bán phần.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và số lần sinh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm sản phụ con so có độ tuổi từ 30 - 39 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất với 95 trường hợp (34,9%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác trong nước và quốc tế. Theo Phạm Trọng Thuật, u xơ tử cung ở nhóm thai phụ trên 30 tuổi chiếm 77,6%, tỷ lệ này rất cao ở nhóm thai phụ > 35 tuổi với 44,2%. Theo Day Baird D và Hee Joong Lee, tỷ lệ này từ 40 - 60%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thai phụ con so có u xơ tử cung cao nhất, chiếm 53,4%. Tỷ lệ này giảm dần theo số lần sinh. Nhiều nghiên cứu khác cũng đưa ra nhận định tương tự với chúng tôi. Theo Hồ Văn Thu thì tỷ lệ u xơ tử cung ở người con so chiếm 58,7%. Theo Phạm Trọng Thuật thì tỷ lệ thai phụ con so chiếm 42,7% và giảm đi theo số lần sinh đẻ. Theo Monnier J.C, 51% u xơ tử cung gặp ở người con so.

Những phụ nữ trẻ tuổi và sinh con nhiều lần có tỷ lệ u xơ tử cung thấp hơn những người con so từ 30 tuổi trở lên. Do u xơ tử cung là một trong những nguyên nhân gây vô sinh, sảy thai, thai lưu và đẻ non nên việc có thai ở những phụ nữ u xơ tử cung thường khó khăn hơn và muộn hơn ở những phụ nữ không có u xơ tử cung. Điều này một phần giải thích cho kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Tuổi của thai phụ là một yếu tố cần được quan tâm trong tư vấn về sức khỏe sinh sản. Để giảm nguy cơ mắc u xơ tử cung, một trong những vấn đề có thể đề cập đến là phụ nữ nên sinh con ở độ tuổi dưới 30 tuổi.

4.2. Vị trí UXTC: UXTC ở thân tử cung là loại thường gặp nhất, chiếm 61,4% trong mẫu nghiên cứu, tiếp đó là u xơ ở eo tử cung với 22,4%, u xơ ở cổ tử cung chỉ gặp ở 3 trường hợp, chiếm 0,8%. Nhiều tác giả khác quan tâm đến tỷ lệ u xơ ở đoạn dưới của tử cung. U ở vị trí này dễ trở thành u tiền đạo, cản trở đường ra của thai và làm tăng đáng kể tỷ lệ mổ lấy thai. Nghiên cứu của chúng tôi tương đối thống nhất với nghiên cứu của các tác giả khác về tỷ lệ khối u ở phần thấp của tử cung. Chúng tôi cũng nghiên cứu về vị trí của khối u theo tương quan với cơ tử cung. U kẽ là loại hay gặp nhất với tỷ lệ 83,3%. U dưới thanh mạc gặp 11,1% và dưới niêm mạc gặp 5,1%. Theo nghiên cứu của Phạm Trọng Thuật thì u kẽ gặp chủ yếu với tỷ lệ 66,5%, u dưới thanh mạc gặp ở 21,4% bệnh nhân, u dưới niêm mạc chỉ gặp 12,1%. Theo Casini ML UXTC trong lớp cơ tử cung là phổ biến nhất. Theo Chen YH 78,2% UXTC nằm trong lớp

cơ tử cung. UXTC ở các vị trí khác chỉ chiếm 21,8%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác về sự phổ biến của UXTC trong lớp cơ tử cung.

4.3. Phương pháp xử trí: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mổ lấy thai lên tới 95,2%. Tỷ lệ đẻ đường âm đạo chỉ chiếm 4,8%. Các tác giả đều nhận định rằng tỷ lệ mổ lấy thai tăng cao ở nhóm có UXTC so với nhóm chứng tuy nhiên, số liệu đưa ra khá khác nhau. Tỷ lệ mổ lấy thai ở các sản phụ UXTC của các tác giả trong nước khá cao. Trong khi tỷ lệ mổ lấy thai trong các nghiên cứu nước ngoài lại thấp hơn. Theo Hồ Văn Thu nghiên cứu thì tỷ lệ mổ lấy thai của sản phụ UXTC là 85,6%. Phạm Trọng Thuật đưa ra tỷ lệ mổ lấy thai là 84%. Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của Toshimitsu Koike chỉ là 38,8%. Theo Klatsky PC thì nguy cơ thai phụ UXTC phải mổ lấy thai tăng lên khoảng 3,7 lần. Sự khác biệt này có thể được giải thích qua một số yếu tố. Chúng tôi nhận thấy, các chỉ định mổ lấy thai rất đa dạng. Ngoài những yếu tố về chuyên môn, chỉ định mổ lấy thai còn bị ảnh hưởng bởi các yếu tố xã hội, nên tỷ lệ mổ lấy thai có thể khác nhau ở các nghiên cứu tiến hành trên những đối tượng có môi trường sống và văn hóa khác biệt. Mổ lấy thai do u xơ tử cung chiếm 57,7%, mổ lấy thai do u xơ tử cung kết hợp với một hay nhiều yếu tố đẻ khó khác chiếm 37%. Mổ lấy thai do các nguyên nhân không liên quan trực tiếp đến UXTC chiếm 0,5%. Mặc dù đều thống nhất rằng, UXTC làm tăng cao nguy cơ phải mổ lấy thai của thai phụ, nhưng kích thước khối u và số lượng khối u ảnh hưởng đến chỉ định mổ lấy thai như thế nào vẫn chưa được thống nhất trong các nghiên cứu. Tỷ lệ mổ lấy thai trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong các nghiên cứu khác. Điều này được giải thích do chỉ định mổ lấy thai khá rộng rãi hiện nay.

4.4. Tai biến: Trong 272 sản phụ u xơ tử cung đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2014 và 2015, 97,1% cuộc đẻ diễn ra không có biến chứng. Tỷ lệ chảy máu sau bóc UXTC trong mổ và sau đẻ đường âm đạo lần lượt là 1,8% và 0,4%. Có 0,7% các trường hợp chảy máu sau bóc u xơ dẫn đến phải cắt tử cung bán phần. Trong nghiên cứu của Hee Joong Lee, tỷ lệ chảy máu sau đẻ là 2,5% ở nhóm sản phụ có UXTC, nhóm chứng là 1,4%. Theo Vitale SG, tỷ lệ chảy máu trong thời kỳ sổ rau tăng cao gấp 2 lần ở nhóm thai phụ UXTC trong khi và Monnier J.C không thấy tăng tỷ lệ này. Sau khi sổ rau, lớp cơ đan tử cung sẽ co bóp lại làm thắt nghẹt các

mạch máu và tạo thành khối cầu an toàn sau đẻ. Sự có mặt của UXTC làm cho cơ tử cung không còn cấu trúc bình thường, nhất là khi có sự thay đổi ở lớp cơ đơn. UXTC không thể co lại để cầm máu giống như vùng cơ tử cung bình thường, UXTC còn cản trở xung động dẫn truyền từ 2 sừng tử cung, dẫn đến đờ tử cung, gây chảy máu. UXTC to hay nhỏ đều có thể gây đờ tử cung sau đẻ. Tỷ lệ này cũng liên quan đến kích thước, số lượng UXTC và thái độ điều trị dự phòng. Cùng với sự tiến bộ của y học, nhiều thuốc tăng co đã được sử dụng để điều trị dự phòng biến chứng chảy máu sau đẻ. Các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều được sử dụng thuốc tăng co, trong đó: Dùng oxytocin đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất 80,5%. Dùng oxytocin và ergometrin ít phổ biến nhất với 6,6%. Dùng ergometrin và duratocin chiếm 12,9%. Điều này giải thích về việc tỷ lệ chảy máu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp. Do số trường hợp chảy máu quá ít nên chúng tôi không tiến hành nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến tai biến chảy máu như số lượng u xơ tử cung và kích thước u xơ tử cung.

V. KẾT LUẬN

UXTC thời kỳ mang thai hay gặp nhất ở những phụ nữ trong độ tuổi từ 30-39 và hay gặp

ở người có con so và giảm dần theo số lần sinh. Mổ lấy thai còn chiếm tỷ lệ cao kèm theo tai biến như chảy máu do đó cần phải thăm khám kỹ rồi đưa ra chỉ định can thiệp trong khi sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vitale SG, Tropea A, Rossetti D, et al (2013), Management of uterine leiomyomas in pregnancy: review of literature, *Updates Surg*, 65:179.
2. David W Ouyang (2011), Pregnancy in women with uterine leiomyomas (fibroids), *J. Gynecol Obstet, Volume 33*, Issue 1, 153 - 169.
3. Lai J, Caughey AB, Qidwai GI, Jacoby AF (2012), Neonatal outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata, *J Matern Fetal Neonatal Med*, 25:710.
4. Vương Tiến Hòa (2002) Các khối u sinh dục và thai nghén *Bài giảng sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 36 - 51.
5. Stout MJ, Odibo AO, Graseck AS, Macones GA, Crane JP, Cahill AG (2010), Fibroids (leiomyomas) at routine second-trimester ultrasound examination and adverse obstetric outcomes, *Obstet Gynecol*, 116 (5):1056 - 63.
6. Qidwai GI, Caughey AB, Jacoby AF (2006) Obstetric outcomes in women with sonographically identified uterine leiomyomata, *Obstet Gynecol*, 107: 376 - 382.
7. Hee Joong Lee, Errol R Norwitz, and Julia Shaw (2010), Contemporary Management of Fibroids in Pregnancy, *Obstet Gynecol*, 3(1): 20 - 27.

TRÀO NGƯỢC BÀNG QUANG NIỆU QUẢN GIAI ĐOẠN SỚM Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG

Đỗ Đào Vũ¹; Nguyễn Hoàng Long²

TÓM TẮT³⁶

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan và hậu quả của trào ngược bàng quang niệu quản đến chức năng đường tiết niệu trên ở bệnh nhân tổn thương tủy sống điều trị tại bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 100 bệnh nhân tổn thương tủy sống sau chấn thương. **Kết quả:** Vị trí tổn thương tủy \leq T10 làm tăng tỉ lệ xuất hiện trào ngược bàng quang niệu quản lên 3,4 lần so với bệnh nhân tổn thương trên T10, 95% CI (1,90-15,82), $p < 0,05$. Nhóm bệnh nhân tự rặn tiểu nguy cơ trào ngược cao gấp 3 lần nhóm thông tiểu; 95% CI (1,05 - 18,74), $p < 0,05$. Áp lực

bàng quang ở nhóm bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản cao hơn không có trào ngược ($P < 0,05$). Bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản cho thấy độ giãn nở bàng quang thấp hơn nhóm không có trào ngược ($P < 0,05$). Bất đồng vận bàng quang cơ thắt làm tăng nguy cơ bị trào ngược bàng quang niệu quản lên 5,21 lần với 95% CI (1,76 - 15,60), $p < 0,05$. Có 100% bệnh nhân trào ngược là có biến chứng nhiễm khuẩn ngược dòng và 41,18% dẫn đến suy thận. **Kết luận:** vị trí tổn thương, phương pháp thoát nước tiểu, độ giãn nở bàng quang giảm, bất đồng vận bàng quang cơ thắt, áp lực trong bàng quang cao là yếu tố quan trọng liên quan đến biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản. Biến chứng nhiễm khuẩn ngược dòng là phổ biến và suy thận chiếm gần 50% những bệnh nhân bị trào ngược.

Từ khóa: trào ngược bàng quang niệu quản, tổn thương tủy sống

SUMMARY

VESICoureteral Reflux in the Early Stage of Spinal Cord Injury Patients

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

Objective: To investigate related factors and impacts of vesicoureteral reflux on the upper urinary tracts of spinal cord injury patients at Bach Mai Rehabilitation Centre. **Method and subject:** a cross sectional descriptive study on 100 spinal cord injury patients. **Result:** The incidence of vesicoureteral reflux in the patients with lesions at and below T10 was 3.4 times higher than that in patients with lesions below T10 (95% CI: 1.90 – 15.82; $p < 0.05$). The risk of reflux of those who push to begin urination was 3 times higher than that of those who use catheterisation (95% CI: 1.05 – 18.74; $p < 0.05$). Patients with vesicoureteral reflux had higher bladder pressure and lower bladder compliance than those without the symptom ($p < 0.05$). Detrusor-sphincter dyssynergia (DSD) increased the rate of vesicoureteral reflux by 5.21 times (95% CI: 1.76 – 15.60; $p < 0.05$). 100% of vesicoureteral reflux patients had ascendant infection, and 41.81% of them developed kidney failure. **Conclusion:** Some significant factors that lead to vesicoureteral reflux can be named as injury levels, urine drainage methods, decreased bladder compliance, detrusor-sphincter dyssynergia, high bladder pressure. Ascendant infections are popular and kidney failure can be found in nearly 50% of patients with vesicoureteral reflux.

Key words: vesicoureteral reflux, spinal cord injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trào ngược bàng quang niệu quản là tình trạng nước tiểu trào ngược bất thường từ bàng quang lên niệu quản rồi lên đài bể thận. Trào ngược bàng quang niệu quản có thể phối hợp với nhiễm khuẩn tiết niệu dưới, ứ nước thận và ảnh hưởng đến hình thái và chức năng thận [1]. Bàng quang thần kinh trong tổn thương tủy sống có thể dẫn đến không chỉ gây biến dạng giải phẫu bàng quang mà còn gây trào ngược bàng quang niệu quản và tổn thương đường tiết niệu trên như ứ nước đài bể thận, viêm mũ đài bể thận cuối cùng là suy thận mạn tính [2]. Ở bệnh nhân tổn thương tủy sống, tiến triển dẫn đến bàng quang thần kinh là không tránh khỏi. Tuy nhiên, một số bệnh nhân cho thấy hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản xuất hiện ở giai đoạn sớm của tổn thương tủy sống [3]. Để giúp phòng ngừa có hiệu quả nguy cơ trào ngược và biến chứng tới đường tiết niệu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan và hậu quả của trào ngược bàng quang niệu quản đến chức năng đường tiết niệu trên ở bệnh nhân tổn thương tủy sống điều trị tại bệnh viện Bạch Mai

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

(1) Bệnh nhân bị tổn thương tủy sống có rối loạn chức năng đường tiểu dưới trong vòng 1 năm sau tổn thương; (2) Tuổi từ 18-80 tuổi; (3) Bệnh nhân tình tảo có thể hợp tác được với nhân viên y tế

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

(1) Bệnh nhân tổn thương tủy sống không có liệt và rối loạn chức năng đường tiết niệu dưới; (2) Bệnh nhân có bệnh lý đường tiết niệu kèm theo: dị dạng đường tiết niệu dưới, hẹp niệu đạo, phì đại lành tính tuyến tiền liệt, bệnh lý dễ chảy máu...(3) Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: chọn tất cả 100 bệnh nhân tổn thương tủy sống đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn

2.2.3. Vật liệu và công cụ nghiên cứu: hồ sơ bệnh án, máy thăm dò niệu động học, máy chụp hệ tiết niệu có cản quang, máy nội soi bàng quang...

2.3.4. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: đề tài được tiến hành từ 03/2010 đến 09/2011 tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bv Bạch Mai.

2.2.5. Các tiêu chuẩn chẩn đoán:

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn tiết niệu ở bệnh nhân tổn thương tủy sống: Bạch cầu niệu >100 bạch cầu/ml và cấy nước tiểu giữa dòng số vi khuẩn >10⁵ / ml

Tiêu chuẩn chẩn đoán biến chứng trào ngược giai đoạn sớm ở bệnh nhân tổn thương tủy sống được xác định trong vòng 1 năm sau khi bị tổn thương.

Phân loại mức độ trào ngược bàng quang niệu quản

Độ 1: nước tiểu chỉ trào ngược lên niệu quản, bể thận bình thường, đài thận sắc nhọn

Độ 2: Nước tiểu trào ngược lên niệu quản, đài bể thận nhưng bể thận bình thường, đài thận sắc nhọn

Độ 3: Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, niệu quản, bể thận giãn nhẹ, đài thận tù nhẹ

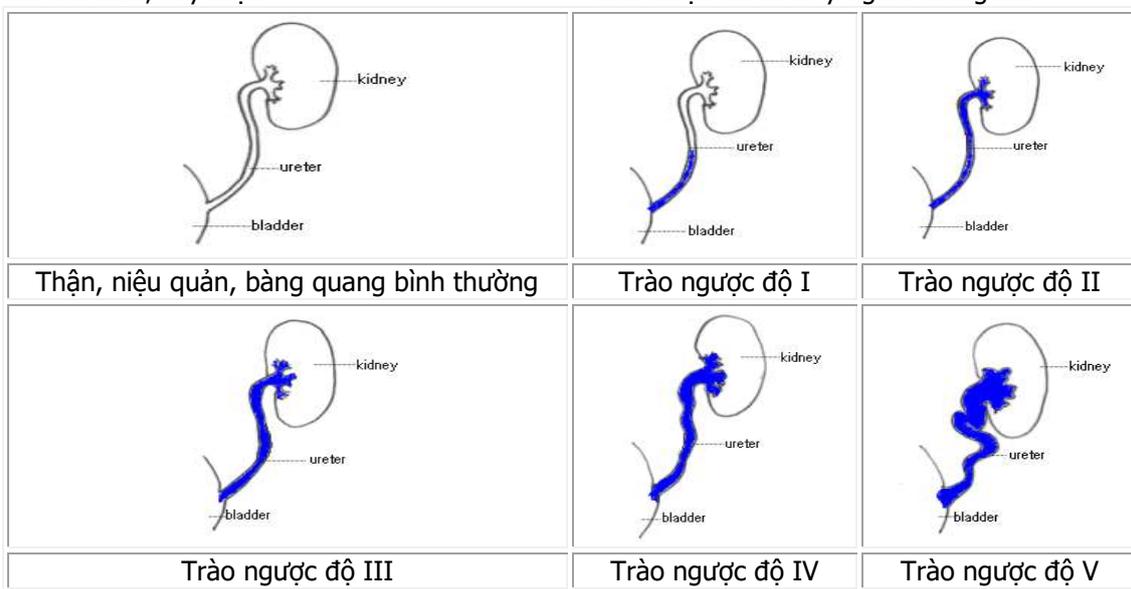
Độ 4: Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, niệu quản, bể thận giãn vừa, đài thận tù vừa.

Độ 5: Nước tiểu trào ngược lên niệu quản và toàn bộ hệ thống, bể thận giãn nhiều, niệu quản ngoằn ngoèo, đài thận tù nhiều.

2.2.6. Các biến số nghiên cứu: Biên số nghiên cứu về đặc điểm chung: Tuổi giới, thời gian bị bệnh. Biến số về yếu tố liên quan: vị trí

tổn thương, phương pháp thoát nước tiểu, các thông số niệu động học như áp lực bàng quang, độ giãn nở bàng quang, bất đồng vận, nhiễm khuẩn tiết niệu, suy thận

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 10.0 của Tổ chức Y tế Thế giới. Mức giá trị xác suất $P < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.



II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình là $39,70 \pm 15,4$ (thấp nhất 20 tuổi cao nhất 79 tuổi); Tỷ lệ bệnh nhân nam giới cao hơn nữ là 4/T1; Thời gian bị bệnh trung bình là $5,07 \pm 1,48$ (tháng).

2.2. Một số yếu tố liên quan đến trào ngược bàng quang niệu quản

Bảng 1: Mỗi liên quan giữa trào ngược bàng quang niệu quản theo vị trí tổn thương

	Trên T10	$\leq T10$	Tổng
Nhóm VUR*	4	13	17
Nhóm không VUR*	53	30	83
Tổng	57	43	100

*VUR: vesicoureteral reflux (trào ngược bàng quang niệu quản)

Vị trí tổn thương tùy dưới T10 làm tăng tỉ lệ xuất hiện trào ngược bàng quang niệu quản lên 3,4 lần so với bệnh nhân tổn thương trên T10, có ý nghĩa thống kê 95% CI (1,90-15,82), $p < 0,05$.

Bảng 2: Mỗi liên quan giữa phương pháp thoát nước tiểu với trào ngược bàng quang niệu quản.

Phương pháp	Bệnh nhân tự rặn tiểu	Thông tiểu
Nhóm VUR* (n=17)	13	4
Nhóm không VUR* (n=83)	14	69

*VUR: vesicoureteral reflux (trào ngược bàng quang niệu quản)

Có sự khác biệt giữa hai phương pháp thoát nước tiểu với biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản trong đó nhóm bệnh nhân tự rặn tiểu nguy cơ trào ngược cao gấp 3 lần nhóm thông tiểu; 95% CI (1,05 – 18,74), $p < 0,05$

Bảng 3: Mỗi liên quan một số chỉ số niệu động học với trào ngược bàng quang niệu quản.

Thông số niệu học	Nhóm VUR*	Nhóm không VUR*
Áp lực bàng quang(cm H2O)	$73 \pm 56,30$	$31 \pm 34,57$
Độ giãn nở (ml/cmH2O)	$10 \pm 20,32$	$21 \pm 23,21$

*VUR: vesicoureteral reflux (trào ngược bàng quang niệu quản)

Áp lực bàng quang ở nhóm bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản cao hơn hẳn nhóm không có trào ngược ($P < 0,05$). Bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản cho thấy độ giãn nở bàng quang thấp hơn nhóm không có trào ngược ($P < 0,05$).

Bảng 4. Mỗi liên quan giữa bất đồng vận bàng quang cơ thắt với VUR và không VUR

Thông số niệu học	Bất đồng vận	Không bất đồng vận
Nhóm VUR*	10	7
Nhóm không VUR*	5	78

Bất đồng vận bàng quang cơ thắt làm tăng nguy cơ bị trào ngược bàng quang niệu quản lên 5,21 lần và mối tương quan này là có ý nghĩa thống kê 95% CI (1,76 – 15,60), $p < 0,05$).

2.3. Biểu chứng của trào ngược bàng quang niệu quản lên đường tiết niệu trên

Bảng 5: So sánh biểu chứng đường tiết niệu trên theo nhóm VUR và không VUR

	Nhóm VUR*	Nhóm không VUR*
Viêm đài bể thận ngược dòng	17	0
Suy thận	7	0

*VUR: vesicoureteral reflux (trào ngược bàng quang niệu quản)

Nhóm bệnh nhân trào ngược 100% bệnh nhân có đợt viêm đài bể thận ngược dòng, trong 17 bệnh nhân trào ngược có tới 7 bệnh nhân có biểu chứng suy thận. Không bệnh nhân nào không có trào ngược bị biểu chứng viêm đài bể thận và suy thận.

III. BÀN LUẬN

Tổn thương thành bàng quang do phì đại và xơ hóa dẫn đến thay đổi chức năng bàng quang niệu quản, gây ra cản trở và thay đổi dòng nước tiểu bài tiết sinh lý từ thận xuống bàng quang và ảnh hưởng đến chức năng bàng quang [1]. Độ giãn nở bàng quang giảm; sự bất đồng vận và tăng áp lực trong bàng quang thường được cho là nguyên nhân của tổn thương đường tiết niệu trên [2]. Tuy nhiên, trào ngược bàng quang niệu quản đôi khi thấy ở những bệnh nhân giai đoạn sớm sau khi tổn thương tủy sống mà không có dấu hiệu như biến dạng bàng quang, viêm, cầu cơ hoặc túi thừa [4]. Vì vậy, 100 bệnh nhân được khám niệu học trong 1 năm sau tổn thương tủy sống được chia làm hai nhóm dựa trên cơ sở siêu âm bàng quang, nội soi bàng quang, chụp bàng quang và đo áp lực bàng quang kết hợp ghi điện cơ, mỗi nhóm được đánh giá các yếu tố liên quan. Kết quả, bệnh nhân tổn thương tủy sống với tổn thương từ T10 trở xuống cho thấy tỷ lệ trào ngược bàng quang niệu quản cao hơn so với bệnh nhân tổn thương tủy sống vị trí trên T10 ($p < 0,05$) [4]. Độ giãn nở bàng quang ở bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản thấp hơn nhiều so với nhóm bệnh nhân không có trào ngược, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Trong khi nhóm có áp lực bàng quang tăng cao và có hiện tượng bất đồng vận bàng quang cơ thắt có tỷ lệ bị trào ngược cao hơn có ý nghĩa thống kê. Kết quả cũng cho thấy phương pháp thoát nước tiểu mà bệnh nhân tự rặn tiểu có nguy cơ trào ngược bàng quang niệu quản cao hơn nhóm đặt thông tiểu. Đã có một số nghiên cứu về mối liên hệ giữa thần kinh giao cảm và trào ngược bàng quang niệu quản. Tuy nhiên, chưa khẳng định được chắc chắn rằng thần kinh giao cảm hoạt động kiểm soát trào ngược bàng quang niệu quản. Một nghiên cứu

trên chó đã khẳng định có hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản sau cắt thần kinh giao cảm một bên [5]. Tác giả Wein. A và cộng cũng đã ghi nhận không có hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản sau cắt thần kinh giao cảm [6].

Tương tự như tác giả P. Dudognon và cộng sự [2], nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 7 trong số 17 bệnh nhân có trào ngược bàng quang niệu quản có tổn thương thấp dưới L2, mất phản xạ bàng quang. Những bệnh nhân này có tỷ lệ trào ngược bàng quang niệu quản cũng rất cao, song không được phát hiện sớm, kịp thời, khi đến với chúng tôi thường do biểu chứng viêm đài bể thận ngược dòng, thậm chí là suy thận. Sự khác biệt này được giải thích là những bệnh nhân tổn thương thấp (hội chứng đuôi ngựa) thường đi lại được nên chủ quan, cùng với phương pháp thoát nước tiểu không đúng cách (rặn tiểu, đè ép, rì tiểu...) được bệnh nhân và ngay cả thầy thuốc không chuyên khoa dễ dàng chấp nhận. Sau một vài tháng, bàng quang bị co nhỏ, thậm chí xơ hóa, giảm và mất chức năng sinh lý làm cho áp lực trong bàng quang tăng rất cao, kết hợp với sự đi tiểu rặn, đè ép thường xuyên khiến áp lực trong bàng quang càng tăng thêm. Do đó, khó tránh khỏi hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản, kéo theo đó là tình trạng viêm đường tiết niệu tái lại nhiều lần làm tổn thương tế bào nhú thận, cuối cùng dẫn đến biểu chứng suy thận mạn tính.

V. KẾT LUẬN

Vị trí tổn thương, phương pháp thoát nước tiểu, độ giãn nở bàng quang giảm, bất đồng vận bàng quang cơ thắt, áp lực trong bàng quang cao là yếu tố quan trọng liên quan đến biểu chứng trào ngược bàng quang niệu quản. Có 100% bệnh nhân

trào ngược là có biến chứng nhiễm khuẩn ngược dòng và 41,18% dẫn đến suy thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anderson RU.** Urodynamic pattern after acute spinal cord injury: association with bladder trabeculation in male patients. *J Urol* 1983; 129: 777
2. **Dudognon. P,** Ph.D., Labrousse. C, Ph.D., Lubeau. M, M.D., Carne. P, M.D., Rabiller. M, M.D. and Boulesteix. J, M.D. Early Vesico-Ureteral Reflux following Conus Medullaris Injury: Case Report. *Paraplegia* 24 (1986) 194-200

3. **Fryjordet. A.** et al. The effect of acute chemical sympathectomy on the competence of the Canine Ureterovesical junction. *Urol Res* 1975; 3: 95 - 97
4. **Suzuki. T, Ushiyama. T .** Vesicoureteral reflux in the early stage of spinal cord injury: a retrospective study. *Spinal Cord*, 2001. 39, 23 - 25
5. **Tanago EA, Meyers FH.** Trigonal hypertrophy, a cause of ureteral obstruction. *JUrol* 1965; 93: 678.
6. **Wein. A et al.** The effect of acute chemical sympathectomy on the competence of the Canine Ureterovesical junction. *Urol Res* 1975; 3: 95 - 97. *Res* 1975; 3: 95 - 97.

ĐẶC ĐIỂM THƯƠNG TỔN TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM TIỀN GIANG

Trần Hoàng Ân*, Phạm Thế Hiền**

TÓM TẮT³⁷

Đặt vấn đề: Chấn thương bụng kín (CTBK) là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu cắt ngang mô tả hàng loạt trường hợp. **Kết quả:** Từ 01/6/2014 đến 31/6/2015 có 101BN CTBK; tuổi trung bình 34,9±15,55, tỉ lệ nam: nữ = 5:1. Nguyên nhân do TNGT chiếm tỉ lệ 57,4%; ấu dâm 23,8%. Tình trạng sốc khi vào viện là 10,9%; viêm phúc mạc (VPM) 9,9%; xuất huyết nội (XHN) 31,7%. Siêu âm ghi nhận có dịch ổ bụng 93,1%; tổn thương gan 40,6%; tổn thương lách 32,7%; thận 3,0%. Hơi tự do khi chụp X quang bụng đứng không chuẩn bị 20,8%. Chỉ định điều trị bảo tồn trong chấn thương tạng đặc 39,6%. Tỷ lệ biến chứng 7,93%, tử vong 1,98%. Thời gian nằm viện trung bình 9,19 ± 5,58 ngày. **Kết luận:** Chấn thương bụng kín gây tổn thương tạng đặc nhiều hơn tạng rỗng, tỉ lệ chấn thương phối hợp cao. Tỷ lệ điều trị bảo tồn ở bệnh nhân chấn thương gan cao hơn chấn thương lách. Siêu âm bụng; xquang bụng đứng giúp chẩn đoán nhanh và chính xác. Phẫu thuật kịp thời giúp giảm tỉ lệ tử vong.

Từ khóa: chấn thương bụng kín, vỡ gan, vỡ lách.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF INJURY IN BLUNT ABDOMINAL TRAUMATIC AT TIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

* Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

**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: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

Introduction: Blunt abdominal trauma is one of the common surgical emergency. High mortality rate if diagnosis and treatment delays. **Objective:** Study clinical, subclinical features and treatment results in blunt abdominal trauma at the Tien Giang general Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive retrospective case series. **Results:** From 01/6/2014 to 31/6/2015, there're 101 patient CAT. Average age is 34 ± 15.55. Male : female = 5:1. About the causes: traffic accidents accounts for 57.4%; stab wound 23.8%. Shock admission at 10.9%; peritoneal signs (9.9%); internal bleeding signs (31.7%). Ultrasound recorded 93.1% peritoneal fluid; liver rupture (40.6%); splenic rupture signs (32.7%); kidney injury signs (3.0%). Abdominal radiographs recorded 20.8% have free gas in the abdomen. Indications conservative treatment in solid organ injury 39.6%. Overall mortality rate is 1.98%, post-operative complication rate is 7.93%. The average length of hospital stay by 9.19 ± 5.58 days. **Conclusion:** In blunt abdominal trauma, the solid organ injury rate is more than visceral organs. Abdominal ultrasound, abdominal x-ray to diagnose quickly and accurately. Timely surgery reduces mortality.

Keyword: Blunt abdominal trauma, liver rupture, splenic rupture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

CTBK là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào mức độ tổn thương cũng như loại tạng bị tổn thương. Việc chẩn đoán và xử trí chậm trễ có thể làm tăng thêm tỉ lệ tử vong. Đối với những thương tổn là tạng đặc, việc điều trị luôn được cân nhắc giữa phẫu thuật và bảo tồn [2],[3]. Trong khi đó các trường hợp tổn thương tạng rỗng, việc phẫu thuật trễ có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân[3],[7].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu cắt ngang mô

tả hàng loạt ca.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các bệnh án chấn thương bụng kín được điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang từ 01 tháng 6 năm 2014 đến 31 tháng 6 năm 2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh án chấn thương thành bụng (không có tổn thương tạng được ghi nhận qua các CLS hình ảnh học).

Thu thập và xử lý số liệu: Các biến số sẽ được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất. Xử lý số liệu trên Excel phân tích bằng phần mềm

thống kê SPSS.

III. KẾT QUẢ

Tuổi và giới tính: Tuổi trung bình $34,9 \pm 15,55$. Lứa tuổi thường gặp là 20 đến 40. Nam chiếm tỉ lệ cao (83,2%), nữ 16,8%. Tỉ lệ Nam: Nữ = 5:1

Nguyên nhân tổn thương: Nguyên nhân chấn thương bao gồm 4 nguyên nhân chính: tai nạn giao thông (TNGT); ấu dả; tai nạn lao động (TNLD) và tai nạn sinh hoạt (TNSH):

Bảng 1. Nguyên nhân chấn thương

Nguyên nhân chấn thương	Số BN	Tỉ lệ (%)
TNGT	58	57,4
Au dả	24	23,8
TNLD	7	6,9
TNSH	12	11,9
Tổng	101	100%

Triệu chứng lâm sàng: Tình trạng bệnh nhân vào viện với các biểu hiện lâm sàng của sốc giảm thể tích, viêm phúc mạc hoặc với hội chứng xuất huyết nội, các trường hợp còn lại chỉ có biểu hiện đau khu trú hoặc khắp bụng hoặc chỉ là cảm giác chướng bụng.

Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng

Tình trạng sốc	Số BN	Tỉ lệ (%)
Không sốc	90	89,1
Sốc	11	10,9
HC VPM	10	9,9
HC XHN	32	31,7

Triệu chứng cận lâm sàng: Trên phim Xquang bụng đứng phát hiện 20,8% TH có hình ảnh liềm hơi dưới hoành.

Bảng 3. Triệu chứng Xquang

X quang bụng đứng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Liềm hơi dưới cơ hoành	21	20,8
TK - TDMP	4	4,0
Liềm hơi dưới hoành +TK-TKMP	1	1,0
Tổng	26	25,8%

Trên siêu âm bụng phát hiện các tạng tổn thương như gan, lách, thận và dịch ổ bụng. Có 93,1% (94BN) được ghi nhận trên siêu âm có dịch ổ bụng ở nhiều mức độ: lượng ít (46,5%), lượng trung bình 18,8%; lượng nhiều 27,7%.

Bảng 4. Triệu chứng siêu âm

Tạng tổn thương trên SA	Số BN	Tỉ lệ (%)
Dịch trên siêu âm	94	93,1
Gan	41	40,6
Lách	33	32,7
Thận	3	3,0

Chấn thương bụng kín đơn thuần chiếm 88,1% (89BN); ngoài ra còn kèm theo các chấn thương của cơ quan khác: Lồng ngực thường thấy là gãy xương sườn, tràn khí tràn máu màng phổi; chấn thương chỉnh hình và chấn thương sọ não.

Bảng 5. Chấn thương phối hợp.

	Số BN	Tỉ lệ (%)
Lồng ngực	3	3,0
CTCH	7	6,9
CTSN	2	2,0
Không	89	88,1
Tổng	101	100%

Phương pháp và kết quả điều trị: Tỷ lệ điều trị bảo tồn của chúng tôi là 39,6% (40BN), trong đó có 7 TH phải chuyển sang mổ sau 24 giờ theo dõi.

Bảng 6. Phương pháp và kết quả điều trị

PP điều trị	Số BN	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật	61	60,4
Bảo tồn thành công	33	32,7
Chuyển sang mổ	7	6,9
Tổng	101	100%

Các tạng bị tổn thương trong bảng 2.7 được ghi nhận dựa trên mổ tả của siêu âm, CT scan bụng và sau mổ:

Bảng 7. Tạng tổn thương

Tạng tổn thương	Số BN	Tỷ lệ (%)
Gan	30	29,7
Lách	32	31,7
Thận	3	3,0
Ruột non	21	20,8
Mạc treo – đại mạc	8	7,9
Gan + tạng khác	6	5,0
Lách + tạng khác	1	2,0
Tổng cộng	101	100%

Tỷ lệ tử vong và biến chứng: có 2TH tử vong (1,98%) do có thương tổn phổi hợp nặng. Tỷ lệ chung của tai biến và biến chứng 7,93% bao gồm: chảy máu sau mổ 2 TH (1,98%); nhiễm trùng vết mổ 5TH (4,95%); áp-xe tồn lưu 1TH (0,99%).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $34,9 \pm 15,55$. Kết quả này tương tự tác giả khác Như Trần Hiếu Nhân (2014) $33,16 \pm 13,87$ tuổi; Trần Chánh Tín (2003) $30 \pm 13,87$ tuổi [3]. Lứa tuổi thường gặp trong là 20 đến 40 chiếm tỷ lệ 79,03%. Như vậy CTBK thường xảy ra ở nhóm tuổi lao động. Tỷ lệ CTBK xảy ra ở nam giới nhiều hơn 5 lần so với nữ (nam/nữ = 5/1). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác như từ 5,1/1 đến 6,3/1 [3],[4]. Trong các nguyên nhân dẫn đến CTBK cho thấy TNGT chiếm tỷ lệ cao nhất 57,4%, kể đến là do ấu đã chiếm tỷ lệ 23,8%. Hai nguyên nhân còn lại là TNSH và TNLD chiếm tỷ lệ lần lượt 11,9% và 6,9%.

Đặc điểm lâm sàng: Đa số các trường hợp nhập viện sau chấn thương dù sớm hay muộn đều có đặc điểm lâm sàng chung là đau bụng chiếm tỷ lệ 92,7%, thăm khám lâm sàng ghi nhận đau bụng khu trú hoặc ấn đau khắp bụng (97,8%). Các BN biểu hiện rõ trên lâm sàng của hội chứng viêm phúc mạc (VPM) là 9,9% và XHN là 31,7%. Tỷ lệ này cũng phù hợp với thực tế và các nghiên cứu khác cho thấy trong chấn thương bụng kín các tạng đặc dễ bị tổn thương hơn các tạng rỗng.

Tình trạng bệnh nhân có biểu hiện sốc khi

vào viện chiếm tỷ lệ 10,9% (11 BN) thấp hơn so với các tác giả khác từ 12,7% - 21,8%[3],[4]. Các chấn thương phổi hợp chiếm tỷ lệ 11,9%; trong đó chấn thương ngực (3%); chấn thương chỉnh hình (6,9%); chấn thương sọ não (2%). Tỷ lệ chấn thương phổi hợp của các tác giả khác cao hơn, Trần Chánh Tín 47,6%[3], Trần Hiếu Nhân 32%.

Đặc điểm cận lâm sàng: Siêu âm bụng ghi nhận có dịch ổ bụng là 93,1% cao hơn so với các tác giả khác (83 -86%) [1,4]. Ngoài ra kết quả phát hiện tạng tổn thương trên siêu âm cũng khá chính xác và phù hợp với kết quả sau mổ.

Mặt dù CT scan bụng có giá trị hơn hẳn so với siêu âm trong chấn thương bụng kín, nhưng trong nghiên cứu này tỷ lệ chụp CT scan bụng là khá thấp, chỉ có 3 BN (4,97%) được chỉ định chụp CT scan bụng.

X quang bụng đứng được chụp thường qui trong CTBK có hiệu quả trong chấn thương tạng rỗng. Tỷ lệ hơi tự do trong ổ bụng chiếm tỷ lệ 21,8% tương tự như các tác giả khác[3].

Kết quả điều trị: Chỉ định phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 60,4% (61 BN), điều trị bảo tồn là 39,6% (40 BN). Trong 40 BN được điều trị bảo tồn thì có 7 BN (17,5%) phải chuyển sang mổ sau 24 giờ theo dõi điều trị bảo tồn do tình trạng huyết động không ổn định, dung tích hồng cầu tiếp tục giảm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ điều trị bảo tồn ở các bệnh nhân chấn thương gan đơn thuần (62,5%) nhiều hơn so với nhóm chấn thương lách đơn thuần (30%). Sự khác biệt này có

ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 49,41$; $p = 0,0001$). Tỷ lệ này phù hợp với các tác giả khác [1,5].

Tai biến và biến chứng sau mổ gặp với tỷ lệ thấp 7,925% thấp hơn các tác giả khác [3] bao gồm: chảy máu sau mổ 2 TH (1,98%); nhiễm trùng vết mổ 5TH (4,95%) xảy ra ở các ca mổ có tổn thương tạng rỗng; (3) áp-xe tồn lưu 1TH (0,99%). Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi 1,98% thấp hơn Trần Hiếu Nhân 2,5%. Hai ca tử vong đều là những ca nặng do chấn thương phổi hợp, sốc khi vào viện do mất máu.

Thời gian nằm viện trung bình là $9,19 \pm 5,58$ ngày; trong đó thời gian nằm viện của điều trị phẫu thuật là $7,46 \pm 0,83$ ngày; thời gian nằm viện của bệnh nhân bảo tồn $8,5 \pm 60$ ngày; thời gian nằm viện ở hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($Z = -1,237$; $n = 101$; $p = 0,216$).

Nội soi ổ bụng để chẩn đoán và điều trị trong chấn thương bụng kín cũng đã có nhiều báo cáo, với độ nhạy 95% và độ chuyên đối với ruột non là 100%, đại tràng 97% [7]. Tỷ lệ xử trí tổn thương thành công khi phát hiện tổn thương tạng bằng phẫu thuật nội soi của Trần Hiếu Nhân là 7,2%. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các phẫu thuật viên chưa mạnh dạn áp dụng nội soi ổ bụng để chẩn đoán và điều trị đối với chấn thương bụng kín.

V. KẾT LUẬN

ĐẶC ĐIỂM GIẤC NGỦ CỦA CÁC BỆNH NHÂN SAU MỔ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2015

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

TÓM TẮT³⁸

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm giấc ngủ của các bệnh nhân sau mổ trượt đốt sống thắt lưng tại bệnh viện Việt Đức năm 2015. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Theo thang điểm PSQI, 86% bệnh nhân có CLGN kém. Trong đó: bệnh nhân gủ được trung bình 5,27 giờ mỗi ngày và cần khoảng 30 phút để đi vào giấc ngủ; 84% bệnh nhân có hiệu suất giấc ngủ kém. 92% bệnh nhân tự đánh giá rằng họ có CLGN kém hoặc rất kém so với trước đó; có 46% bệnh nhân cần sự hỗ trợ của thuốc ngủ. **Kết luận:** Nhìn chung, hầu hết các bệnh nhân sau mổ trượt đốt sống thắt

Chấn thương bụng kín gây tổn thương tạng đặc nhiều hơn tạng rỗng, tỷ lệ chấn thương phổi hợp cao. Tỷ lệ điều trị bảo tồn ở bệnh nhân chấn thương gan cao hơn chấn thương lách. Siêu âm bụng; xquang bụng đứng giúp chẩn đoán nhanh và chính xác. Phẫu thuật đúng và kịp thời giúp giảm tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hussian MI et al (2009)**, Operative management of liver trauma. A 10-year experience in Riyadh, Saudi Arabia, Saudi Med J, King Saud Medical Complex, University Unit (C), pp 942-946.
2. **Lesy A.Dossett, Bryan A.Cotton (2010)**, Abdominal trauma: evaluation and decision making, Emergency Surgery, Blackwell Publishing Ltd, pp 139-144.
3. **Nguyễn Văn Hải, Đỗ Hải Kỳ (2007)**, Kết quả điều trị vỡ gan chấn thương, Y học TP.HCM, tập 14, phụ bản số 2, tr 101 – 105.
4. **Nguyễn Văn Long (2003)**, Điều trị bảo tồn vỡ lách chấn thương, Y học TP.HCM, tập 7, phụ bản số 1, tr 60-67.
5. **Phillip J. Stephan, et al (2002)**: 23-hour observation solely for identification of missed injuries after trauma: is it justified? Journal of trauma, fulltext
6. **Trần Chánh Tính và cs (2003)**, Chẩn đoán chấn thương bụng kín, Y học TP.HCM, tập 7, phụ bản số 1, tr 122-126.
7. **Trần Chánh Tín, Nguyễn Tấn Cường, Bùi Văn Ninh (2003)**, Nội soi chẩn đoán trong chấn thương – vết thương bụng, Y học TP.HCM, tập 7, phụ bản số 1, tr 113-118.

lưng đều có biểu hiện khó ngủ trong khi điều trị tại bệnh viện.

Từ khóa: đặc điểm giấc ngủ, trượt đốt sống thắt lưng, bệnh viện Việt Đức.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF SLEEP OF THE PATIENTS AFTER LUMBAR SPONDYLOLISTHESIS SURGERY IN VIETNAM - GERMANY HOSPITAL IN 2015

Objectives: To describe the characteristics of sleep of the patients after lumbar spondylolisthesis surgery in Vietnam - Germany hospital in 2015. **Methods:** descriptive study. **Results:** According to PSQI scale, 86% of patients had poor sleep quality. Among them: Patients spent 5.27 hours sleeping every day and took about 30 minutes to fall asleep; 84% of patients had poor sleep efficiency. 92% of patients self-assessment that they had poor sleep quality or very poor compared to the previous; 46% of patients needed sleeping pills. **Conclusion:** In

*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: 29.3.2017

Ngày duyệt bài: 5.4.2017

general, most patients with postoperative lumbar spondylolisthesis had expressed difficulty sleeping during treating at the hospital.

Keywords: characteristics of sleep, lumbar spondylolisthesis, Vietnam-Germany Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngủ là một nhu cầu tương đối cơ bản của con người. Khi ngủ cơ thể tiết ra những hormone quan trọng cho quá trình chuyển hóa, tích lũy năng lượng, giúp cơ thể phát triển thích nghi với môi trường sống. Mất ngủ không chỉ tác động đến chức năng nhận thức mà còn tác động đến sức khỏe tinh thần và thể chất con người. Thiếu ngủ gây ức chế hệ phó giao cảm, làm tăng nguy cơ mắc bệnh lý tim mạch, béo phì, đái tháo đường[1].

Đối với một người bệnh, giấc ngủ vô cùng quan trọng. Ngủ có ảnh hưởng tích cực trong việc giảm đau, giảm căng thẳng lo âu, nâng cao thể trạng và thúc đẩy quá trình phục hồi sức khỏe của người bệnh. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về giấc ngủ ở bệnh nhân nội trú bằng nhiều phương pháp khác nhau. Tuy nhiên ở Việt Nam, vấn đề này lại chưa được quan tâm đúng mức. Việc chăm sóc và nâng cao chất lượng giấc ngủ cho bệnh nhân là một trong những yếu tố nhằm mục tiêu chăm sóc toàn diện mà người điều dưỡng cần nghĩ tới. Để giúp hiểu sâu hơn về vấn đề này, chúng tôi thực hiện

nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: “*Mô tả đặc điểm giấc ngủ của bệnh nhân sau phẫu thuật mổ trượt đốt sống thắt lưng tại khoa phẫu thuật cột sống, bệnh viện Việt Đức*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng nghiên cứu: 100 bệnh nhân trượt đốt sống thắt lưng được điều trị tại khoa phẫu thuật cột sống, bệnh viện Việt Đức năm 2015.

1.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Các chỉ số đánh giá về giấc ngủ trong thang điểm PSQI (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI): Thời gian ngủ, tỉnh giấc giữa đêm, mức độ khó ngủ, mức ảnh hưởng đến hoạt động ban ngày do thiếu ngủ, hiệu suất giấc ngủ, tự đánh giá chất lượng giấc ngủ, sử dụng thuốc ngủ.

- Tổng điểm PSQI ≤ 5 liên quan đến chất lượng giấc ngủ tốt.

- Tổng điểm PSQI ≥ 5 liên quan đến chất lượng giấc ngủ kém, trong đó điểm PSQI ≥ 13 liên quan đến chất lượng giấc ngủ rất kém.

1.3. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý số bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thời gian ngủ trung bình mỗi ngày

Biểu đồ 1. Thời gian ngủ trung bình mỗi ngày



Số giờ ngủ trung bình tăng dần qua từng ngày, thấp nhất là ngày thứ nhất sau mổ (2,35 giờ) và cao nhất vào ngày thứ 5 (6,96 giờ). Thời gian ngủ trung bình năm 5 ngày 5,27 giờ.

3.2 Mức độ khó ngủ

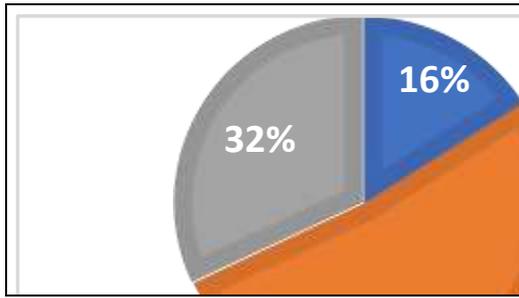
Bảng 1. Mức độ khó ngủ

	n	%
Dưới 15 phút	18	18
Từ 15 – 30 phút	60	60
Trên 30 phút	22	22
Tổng	100	100

Phần lớn bệnh nhân (82/100) cảm thấy khó đi vào giấc ngủ trong môi trường bệnh viện, trong đó có 22% bệnh nhân cần trên 30 phút để đi vào giấc ngủ.

3.3 Hiệu suất giấc ngủ

Nghiên cứu hiệu quả của giấc ngủ (HQGN) của 100 bệnh nhân dựa trên công thức HQGN % = số giờ ngủ/tổng thời gian nằm ngủ x 100%. Hầu hết các bệnh nhân có hiệu suất giấc ngủ thuộc loại trung bình và kém dưới 85% (82 bệnh nhân), chỉ có 16 bệnh nhân có hiệu suất giấc ngủ tốt $\geq 85\%$. Hiệu suất giấc ngủ trung bình là $72,7 \pm 12,7$ (%).



Biểu đồ 2. Hiệu suất giấc ngủ của bệnh nhân

Khi được hỏi về tự đánh giá chất lượng giấc ngủ (CLGN), đa số các bệnh nhân tự đánh giá

Bảng 2. Chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân theo PSQI

Chất lượng giấc ngủ		n	%
Giấc ngủ tốt (PSQI ≤ 5)		14	14
Giấc ngủ kém (PSQI ≥ 5)		86	86
Trong đó:	CLGN kém	66	66
	CLGN rất kém (≥13)	20	20

Chỉ có 14/100 bệnh nhân (14%) có được CLGN tốt trong 5 ngày đầu hậu phẫu, phần lớn bệnh nhân (86%) có CLGN kém, trong số đó có đến 20/100 bệnh nhân có CLGN ở mức rất kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thời gian ngủ mỗi ngày: Thời gian giấc ngủ ngắn nhất ở ngày đầu sau mổ, trung bình 2,35 giờ mỗi ngày và được cải thiện dần qua từng ngày. Nghiên cứu của Lý Duy Hưng trên các bệnh nhân có liên quan đến stress là 3,6 giờ/đêm [2]. Điều này cho thấy rằng phẫu thuật cũng là một stress lớn và ảnh hưởng nhiều đến giấc ngủ của bệnh nhân.

4.2 Mức độ khó ngủ: Mức độ khó ngủ là một trong những vấn đề đáng quan tâm ở bệnh nhân. Trong nghiên cứu, bệnh nhân cần trung bình 15 -30 phút mới có thể ngủ được, nhiều bệnh nhân cần thời gian nhiều hơn. Điều này có thể liên hệ tới việc bệnh nhân khó thích nghi được với môi trường bệnh viện hoặc một phần do quá đau dẫn tới việc họ mất nhiều thời gian để đi vào giấc ngủ.

Geisler P và cộng sự [3] khi sử dụng test MSLT – 30 (Multiple Sleep Latency Test – 30) để tìm hiểu thời gian vào giấc ngủ trên 100 đối tượng người bình thường, cho kết quả thời gian trung bình từ lúc đi ngủ cho tới khi ngủ được là $13,9 \pm 6,9$ phút và có liên quan rõ ràng với tuổi, tuổi càng cao thì thời gian này càng dài.

4.3 Hiệu suất giấc ngủ: Thời gian ngủ được quá ít so với thời gian nằm trên giường dành cho việc ngủ là dấu hiệu cho một giấc ngủ kém. Hiệu suất giấc ngủ càng thấp chứng tỏ giấc ngủ càng kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hiệu suất giấc ngủ trung bình đạt được là $72,7 \pm 12,7$ (%), tương tự kết quả $62,60 \pm 21,26$ của tác giả

CLGN giảm hơn khi nằm viện (72%), trong đó, 48% bệnh nhân tự thấy CLGN rất kém, tức là khó vào giấc ngủ, hay tỉnh giấc, khó ngủ lại, hoặc thức trắng đêm. Gần 1/2 số bệnh nhân không cần tới sự trợ giúp của thuốc ngủ (48/100), còn lại trong số các bệnh nhân cần đến thuốc ngủ có 8 bệnh nhân (8%) sử dụng thuốc ngủ 3 lần trở lên trong vòng 5 ngày sau mổ.

3.4 Chất lượng giấc ngủ theo PSQI

Nguyễn Thanh Bình [4], kết quả này có thể được lý giải do bệnh nhân trong nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình có chứng ngưng thở khi ngủ nên hiệu quả giấc ngủ sẽ kém hơn.

Trong nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có hiệu suất giấc ngủ kém là 84%, cao hơn nghiên cứu khác của Fetveit A và cộng sự [5] khi tiến hành nghiên cứu rối loạn giấc ngủ trên toàn bộ đối tượng ở trại an dưỡng, kết quả hiệu suất giấc ngủ trung bình là 75% và số đối tượng có hiệu quả giấc ngủ không tốt ($\leq 85\%$) là 72%. Có thể giải thích sự chênh lệch này là do đối tượng lựa chọn trong nghiên cứu của chúng tôi là trên bệnh nhân phải phẫu thuật, sau mổ bệnh nhân đau nhiều nên ảnh hưởng lớn đến hiệu suất giấc ngủ.

4.4 Tự đánh giá chất lượng giấc ngủ và sử dụng thuốc ngủ: CLGN được đánh giá dựa trên nhận xét chủ quan của người bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy, đa số bệnh nhân than phiền rằng giấc ngủ của mình thuộc mức rất kém và tương đối kém. Điều đó hoàn toàn phù hợp với thực tế chung của hầu hết các bệnh nhân. Khi điều trị tại viện, đặc biệt sau một cuộc phẫu thuật, bệnh nhân phải đối mặt với nhiều thay đổi như môi trường, thói quen giấc ngủ... dẫn đến ngủ kém và hay tỉnh giấc giữa đêm, thể trạng mệt mỏi. Mặc dù đánh giá CLGN ở mức kém nhưng tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ngủ không cao, 8/100 bệnh nhân dùng thuốc ≥ 3 lần/5 đêm. Bệnh nhân dù mất ngủ nhưng vẫn cố gắng không sử dụng đến thuốc vì sợ tác dụng phụ, sợ phụ thuộc vào thuốc... Qua đây có thể thấy rằng,

kiến thức chung về y học của người bệnh ngày càng được nâng cao. Hơn nữa, bệnh nhân chủ yếu mất ngủ là do đau, vì vậy, khi đau giảm, bệnh nhân sẽ dễ ngủ hơn. Tuy nhiên cũng nên cân nhắc việc sử dụng thuốc ngủ trong trường hợp bệnh nhân không thể tự điều chỉnh được và ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe.

4.5 Chất lượng giấc ngủ theo thang PSQI: Điểm PSQI càng cao, thể hiện CLGN càng kém. Sau khi tổng hợp và tính điểm từ nhân tố cấu thành bộ câu hỏi, chúng tôi đưa ra kết quả đa số bệnh nhân có CLGN kém (điểm PSQI ≥ 5) chiếm 86%. Một nghiên cứu về mối liên quan giữa giấc ngủ, đau và khuyết tật trên 121 bệnh nhân có bệnh lý cột sống cho thấy 87% bệnh nhân có CLGN kém [6].

V. KẾT LUẬN

Theo thang điểm PSQI, 86% bệnh nhân có CLGN kém. Trong đó: bệnh nhân ngủ được trung bình 5,27 giờ mỗi ngày và cần khoảng 30 phút để đi vào giấc ngủ; 84% bệnh nhân có hiệu suất giấc ngủ kém. 92% bệnh nhân tự đánh giá rằng họ có CLGN kém hoặc rất kém so với trước đó;

có 46% bệnh nhân cần sự hỗ trợ của thuốc ngủ. Nhìn chung, hầu hết các bệnh nhân sau mổ trượt đốt sống thắt lưng đều có biểu hiện khó ngủ trong khi điều trị tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J.S. Young, et al (2008)**, "Sleep in hospitalized medical patients, part 1: factor affecting sleep", *J Hosp Med.*3(6),p. 473-82.
2. **Lý Duy Hưng (2008)**, *Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng bệnh nhân rối loạn giấc ngủ trong các rối loạn liên quan đến stress*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y học, trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Geisler P et al (2006)**, "The Influence of age and sex on sleep latency in the MSLT-30-a normative study", *Sleep.*29, p. 678-92.
4. **Nguyễn Thanh Bình (2011)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng,giấc ngủ đồ đa kí và hiệu quả của CPAP trong điều trị hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khí quản", *Luận án Tiến sỹ, Trường Đại học Y HN.*
5. **Ferveit a et al (2002)**, "Sleep disturbances among nursing home resident", *Int J Geriatr Psychiatry.* 17,p. 604-9.
6. **M.M. Zarrabian, M. Johnson, and D. Kriellaars (2014)**, "The relationship between sleep, pain and disability in patients wwith spinal pathology", *Arch Phys Med Rehabil.*

TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA D-PENICILLAMINE TRONG ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CHÌ Ở TRẺ EM

Ngô Đức Ngọc^{1,2}, Phạm Duệ³, Nguyễn Anh Tuấn³

TÓM TẮT³⁹

Đặt vấn đề: Theo dược thư, khi dùng D-penicillamin điều trị ngộ độc chì có thể gây ra hiện tượng tăng ngược chì máu, làm tăng nguy cơ ngộ độc nặng lên. Ngoài ra, còn có một số tác dụng phụ như: thiếu máu, giảm bạch cầu...Ở Việt nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này, thực hành lâm sàng cần có thêm thông tin. **Mục tiêu:** Nhận xét một số tác dụng không mong muốn D-penicillamin trong điều trị ngộ độc chì ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** 52 bệnh nhân ngộ độc chì cấp, điều trị tại Trung tâm Chống Độc - Bệnh viện Bạch Mai, được điều trị bằng D-penicillamin. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,2:1; tuổi trung bình là $21,6 \pm 19,9$ (tháng). Nhóm tuổi 1-6 nhiều nhất (53,9%). Nguồn ngộ độc chủ yếu: do dùng thuốc cam giả. Có 7,7% bệnh nhân tăng ngược chì máu trong quá trình điều trị, tuy nhiên không ảnh hưởng

tới các chức năng cơ quan trong cơ thể. Với liều 15mg/kg/ngày, D-penicillamin có rất ít tác dụng không mong muốn. **Kết luận:** Với liều điều trị D-penicillamin 15mg/kg/ngày, tác dụng không mong muốn là tương đối ít và không có tình trạng nặng. Tỷ lệ tăng ngược chì máu thấp và không ảnh hưởng tới cơ thể bệnh nhi, số bệnh nhi phải chuyển điều trị phương pháp khác không đáng kể.

Từ khóa: D-penicillamin, ngộ độc chì cấp, tác dụng không mong muốn

SUMMARY

THE ADVERSE DRUG REACTION OF D-PENICILLAMINE IN LEAD POISONING CHILDREN TREATMENT

Background: Using D-Penicillamine as an antidote for children with lead poisoning can cause increased blood lead rebound, which is lead to more severe lead poisoning. In addition, many medicine textbook argued that D-Penicillamine have some adverse drug reactions such as anemia, leukopenia. There is no research in Vietnam deal with this issue while clinical practice needs more information. **Objective:** Reviews some adverse reactions of D-Penicillamine in treatment lead poisoning in children. **Subjects and Methods:** Retrospective study, 52 patients diagnosed acute lead poisoning and treated at Poison Control

¹Bộ môn HSCC, Đại học Y Hà Nội

²Khoa Cấp cứu A9, Bệnh viện Bạch Mai

³Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duệ

Email: phamduehanoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2017

Ngày duyệt bài: 20.3.2017

Center – Bach Mai Hospital. **Results:** male/female ratio were 1.2:1; mean age of 19.9 ± 21.6 (months). Age group 1-6 years old is the highest, accounted for 53.9%. The cause of lead poisoning; using fake medicines. There was 7,7% patients with increasing blood lead rebound in the treatment process, but no harmful effect for the organ function was recorded. Increasing blood lead rebound in patients who had treated for ≥ 2 years is higher than patients who had treated for < 2 years ($p=0,002$). There is no adverse effects threatened the lives and kidneys of patients. **Conclusion:** With the therapeutic dose of 15mg D-Penicillamine/kg/day, adverse effects is relatively few and no serious condition. The rebound increasing serum lead level was quite high 30th day treatment (28%), but it did not have significant effects on patients.

Keyword: D-penicillamine, acute lead poisoning, adverse drug reaction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam có thói quen sử dụng thuốc cam, thuốc tể để điều trị một số bệnh thường gặp ở trẻ: *tưa lưỡi, loét miệng, biếng ăn...* Một số thuốc này bị làm giả, trong thành phần có nhiều kim loại nặng như chì, chính điều này tạo ra một vấn nạn đặc biệt nghiêm trọng. Nhiều trẻ phải sử dụng phác đồ D-penicillamin đường uống[1]. Trong dược thư đề cập nhiều tác dụng phụ của thuốc này như hiện tượng tăng ngược chì máu làm gia tăng nguy cơ ngộ độc nặng lên hoặc các tác dụng phụ khác như dị ứng, giảm hồng cầu bạch cầu, tiểu cầu... tuy nhiên những tác dụng phụ vẫn còn rất ít được nghiên cứu, trong thực tế lâm sàng rất cần thêm thông tin về vấn đề này. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: "*Nhận xét một số tác dụng không mong muốn D-penicillamin trong điều trị ngộ độc chì ở trẻ em*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

+ Tuổi dưới 16 năm.

+ Chẩn đoán là ngộ độc chì theo phác đồ Bộ y tế năm 2012[1].

+ Điều trị thuốc D-penicillamin liều 15mg/kg/ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả

- Xét nghiệm nồng độ chì máu tại các thời điểm 2 ngày, 7 ngày và 30 ngày sau khi dùng liều đầu tiên nhằm phát hiện tình trạng tăng ngược chì máu

- Bệnh nhi được làm các xét nghiệm công thức máu, hóa sinh, chức năng gan thận, tổng phân tích nước tiểu, sắt huyết thanh, canxi toàn phần, canxi ion máu... để xác định những ảnh hưởng cận lâm sàng.

- Trong quá trình điều trị tại viện bệnh nhi gặp giảm bạch cầu, tiểu cầu, sốc phản vệ, thì ngừng thuốc gấp chì, điều trị triệu chứng và chuyển sang điều trị thuốc gấp chì khác.

- Các tiêu chuẩn giảm hay tăng các chỉ số dựa trên quy định của khoa Hóa sinh và Trung tâm chống độc, bệnh viện Bạch Mai, đã được chuẩn hóa Quốc gia.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 13.0 bằng các test thống kê phù hợp. Chọn $\alpha=0,05$ là mức có ý nghĩa thống kê, $\beta=0,2$.

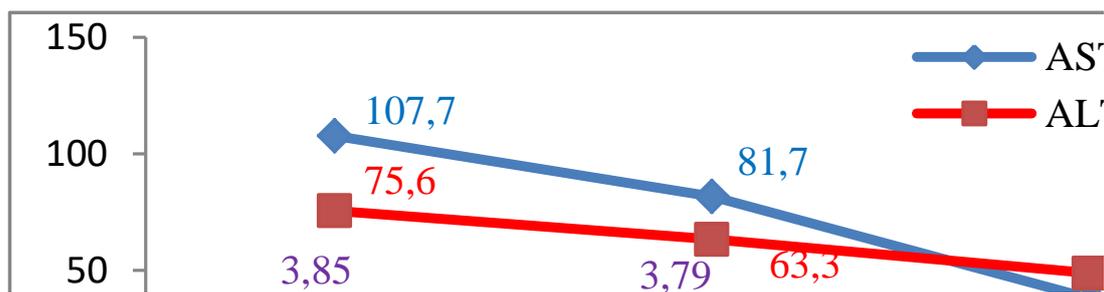
III. KẾT QUẢ

Tổng số có 52 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu có 28 nam và 24 nữ (nam/nữ là 1,2:1). Tuổi trung bình $21,6 \pm 19,9$ (tháng). Nhóm tuổi từ 1 đến 6 tuổi là cao nhất chiếm 53,9%. Nguyên nhân ngộ độc: đa số bị ngộ độc chì do dùng thuốc cam giả. Có 1 ca bị nôn trở nặng sau khi uống (1,9%); 4 ca giảm sắt huyết thanh (7,8%). Không có trường hợp nào tăng men gan, ure máu, creatinin máu. Trong quá trình điều trị, có 4 bệnh nhi tăng ngược chì máu. Trong đó có 1 bệnh nhi chì máu lúc vào là $54,34\mu\text{g/dl}$ điều trị 7 ngày chì máu là $61,25\mu\text{g/dl}$, bệnh nhi này được chuyển sang gấp chì bằng thuốc khác.

Bảng 3.1. Hiện tượng tăng ngược chì máu trong quá trình điều trị

Đặc điểm	Giá trị
Tỉ lệ tăng ngược chì máu	7,7% (4/52)
Nồng độ chì máu lúc vào viện	$42,97 \pm 11,62\mu\text{g/dl}$ (23,64-67,51 $\mu\text{g/dl}$)
Thời gian ngộ độc được điều trị	$28,9 \pm 23,3$ tháng (7 tháng- 7tuổi)
Chì máu tăng ngược	$1,12 \pm 1,35$ ($\mu\text{g/dl}$),
Chì niệu thải thời điểm T ₃₀	$0,434 \pm 0,269$ (mg/l)
Không có bệnh nhân nào có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng nặng lên	

Nhận xét: Tỉ lệ trẻ có hiện tượng tăng ngược chì máu chỉ có 7,7%, đa số gặp ở trẻ em có thời gian ngộ độc chì lâu. Tuy nhiên lượng chì máu tăng ngược ít và không làm tình trạng bệnh nhi nặng thêm.



Biểu đồ 3.1. Tác động D-penicillamin lên men gan, ure, creatinin máu

Nhận xét: Không làm thay đổi ure máu trung bình và creatinin máu trung bình trong quá trình điều trị ($p > 0,05$). Không làm tăng mà còn làm giảm AST và ALT trung bình tại các thời điểm nghiên cứu ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Tác động của D-penicillamin lên bạch cầu, tiểu

Thời điểm điều trị	Bạch cầu(G/l)	Bạch cầu ưa acid(G/l)	Tiểu cầu(G/l)
Vào viện (n=52)	11,3 ± 3,5	0,21 ± 0,08	346,8 ± 85,9
Sau 2 ngày (n=52)	10,9 ± 3,7	0,23 ± 0,09	334,6 ± 90,4
Sau 7 ngày (n=51)	10,2 ± 3,8	0,22 ± 0,10	337,7 ± 95,1
Sau 30 ngày(n=50)	9,5 ± 1,9	0,21 ± 0,07	371,8 ± 83,3
Wilcoxon test	$P_{0-2} = 0,68$ $P_{0-7} = 0,79$ $P_{0-30} = 0,54$	$P_{0-2} = 0,53$ $P_{0-7} = 0,89$ $P_{0-30} = 0,64$	$P_{0-2} = 0,67$ $P_{0-7} = 0,43$ $P_{0-30} = 0,64$

Nhận xét: Trung bình bạch cầu có giảm sau 30 ngày điều trị ($p > 0,05$). Trung bình bạch cầu ưa acid và tiểu cầu không có sự thay đổi trong quá trình điều trị ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Tác động D-penicillamin đến sắt huyết thanh, canxi máu

Thời điểm điều trị	Sắt huyết thanh ($\mu\text{mol/l}$)	Canxi máu (mmol/l)	Canxi ion máu (mmol/l)
Vào viện (n=52)	11,53 ± 4,32	2,39 ± 0,33	1,29 ± 0,35
Sau 2 ngày (n=52)	11,03 ± 2,38	2,33 ± 0,31	1,12 ± 0,13
Sau 7 ngày (n=51)	10,18 ± 1,17	2,29 ± 0,40	1,14 ± 0,16
Sau 30 ngày(n=50)	9,80 ± 1,02	2,23 ± 0,18	1,13 ± 0,11
t-test	$P_{0-2} = 0,17$ $P_{0-7} = 0,09$ $P_{0-30} = 0,08$	$P_{0-2} = 0,53$ $P_{0-7} = 0,49$ $P_{0-30} = 0,14$	$P_{0-2} = 0,17$ $P_{0-7} = 0,13$ $P_{0-30} = 0,14$

Nhận xét: Với liều điều trị sắt huyết thanh, canxi máu và canxi ion máu trung bình có xu hướng giảm trong quá trình điều trị, tuy nhiên sự giảm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Hiện tượng tăng ngược chì máu

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy 4 bệnh nhi (7,7%) có hiện tượng tăng ngược chì máu trong quá trình điều trị. Đây là mối lo ngại chính của nhiều chuyên gia chống độc trên toàn thế giới. Tuy vậy, với liều điều trị 15mg/kg/ngày đường uống, theo chúng tôi cũng không đáng lo ngại lắm, vì trong 52 ca bệnh chỉ có 1 ca tăng rất cao, có nguy cơ tái ngộ độc cấp và phải ngừng sử dụng, 3 ca còn lại tăng ngược nhưng độ tăng không quá cao, chấp nhận được trong giới hạn điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhi chì máu lúc vào là 54,34 $\mu\text{g/dl}$ điều trị 7 ngày chì máu là 61,25 $\mu\text{g/dl}$, bệnh nhi này được chuyển sang gặp chì bằng thuốc khác.

4.2. Bàn luận một số tác dụng không mong muốn khác của thuốc D-penicillamin trên lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, với liều điều trị D-penicillamin 15- 20mg/kg/ngày có rất ít tác dụng không mong muốn, không có triệu chứng nào nặng đe dọa đến tính mạng. Có 1 bệnh nhi gặp tác dụng nôn nhiều (1,9%), điều trị không hết triệu chứng nôn nên ngày thứ 5 phải dừng uống D-penicillamin. Không gặp trường hợp nào: đau bụng, tiêu chảy, ngứa dị ứng, hen, sốt hay sốc phản vệ. Triệu chứng lâm sàng do tác dụng không mong muốn của chúng tôi khác với tác giả Shannon(2000) [7] điều trị ngộ độc chì với liều D-penicillamin 15mg/kg/ngày gặp 2 trường hợp nổi ban nhẹ điều trị kháng histamin thì hết không phải ngừng điều trị.

Nhưng tỉ lệ gặp các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của chúng tôi ít hơn tác giả Netter[4]. Theo nghiên cứu của Netter(1987): 1270 bệnh nhân (17 nghiên cứu lâm sàng) điều trị viêm khớp dạng thấp, liều 500- 1000mg/ngày gặp các triệu chứng: dị ứng 5%; 17% các triệu chứng tiêu hóa như: biếng ăn, đau thượng vị, buồn nôn, tiêu chảy. Có thể do Netter sử dụng liều khá cao nên các tác dụng phụ của D-penicillamin tăng lên. Trong nghiên cứu này tác giả gặp: trên cơ quan tạo máu: giảm bạch cầu 2%, giảm tiểu cầu 4%, tăng bạch cầu ưa acid; Trên thận: protein niệu 6%, suy thận, hội chứng thận. Theo tác giả Marcus [3] điều trị liều 30mg/kg/ngày thấy: 16% bệnh nhi tăng bạch cầu acid. Sachs (1970) dùng liều 20- 25mg/kg/ngày gặp tiểu máu và đái máu vi thể (không rõ số lượng)[5]. Tác giả Shannon dùng D-penicillamin là 25- 30mg/kg/ngày đã gặp: 8 trường hợp giảm bạch cầu, 7 trường hợp hạ tiểu cầu, 3 trường hợp tăng ure máu [6]. Nhưng cũng như nghiên cứu của Shannon MG (2000) dùng D-penicillamin với liều thấp 15mg/kg/ngày, chúng tôi không gặp trường hợp nào giảm bạch cầu, tiểu cầu tăng men gan hay xuất hiện protein niệu[7].

Tác động D-penicillamin lên trung bình bạch cầu, tiểu cầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình bạch cầu ưa acid, tiểu cầu không có sự thay đổi trong quá trình điều trị giảm trong quá trình điều trị ($p > 0,05$). Kết quả này của chúng tôi khác với tác giả Shannon MG (2000)[7]: trung bình bạch cầu và tiểu cầu có giảm ($p < 0,001$). Có sự khác nhau này có thể vì thời gian điều trị của chúng tôi ngắn hơn (30 ngày) còn Shannon MG (2000) dài hơn 77 ngày. Có lẽ, sau điều trị 30 ngày điều trị D-penicillamin chúng ta nên cho bệnh nhi nghỉ 1 tuần rồi dùng thuốc thải chì tiếp an toàn cho bệnh nhi hơn? Theo tác giả Marcus SM[3], nghiên cứu 67 bệnh nhi có nồng độ chì máu 40- 60mg/dl liều điều trị là 30mg/kg/ngày có 16% bệnh nhi có tăng bạch cầu ưa acid. Có lẽ vì tác giả Marcus SM sử dụng liều cao hơn chúng tôi.

Tác động D-penicillamin lên nồng độ sắt và canxi huyết tương: Khi khảo sát tác dụng của D-penicillamin trên sắt huyết thanh chúng tôi thấy: 4 trường hợp giảm sắt huyết thanh ngay sau ngày thứ 2 điều trị (7,9%) nhưng khi bù sắt thì những thời điểm nghiên cứu sau không còn

thấy tình trạng giảm sắt huyết thanh nữa. Chúng tôi tỏ rằng: tác dụng của thuốc làm giảm sắt huyết thanh có thể kiểm soát được khi ta có chế độ bù sắt hợp lý. Trong nghiên cứu này chúng tôi cũng không thấy trường hợp nào hạ canxi máu. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy: trung bình sắt huyết thanh giảm trong quá trình điều trị (tuy nhiên sự giảm này không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$), nồng độ canxi máu không thay đổi nhiều nhưng có xu thế giảm trong quá trình điều trị ($p > 0,05$). Có kết quả này vì chúng tôi đã bù sắt, canxi hàng ngày. Nếu không bù thì chắc chắn sắt huyết thanh và canxi máu sẽ giảm rất nhiều.

V. KẾT LUẬN

Với liều điều trị D-penicillamin 15mg/kg/ngày, tác dụng không mong muốn là tương đối ít và không có tình trạng nặng cụ thể như sau: Có 4/52 (7,7%) bệnh nhi điều trị thuốc có hiện tượng tăng ngược chì máu ở ngày thứ 30 so với ngày thứ 7 điều trị. Tuy nhiên chỉ có 1 bệnh nhi phải chuyển phương pháp điều trị khác. Trên lâm sàng chỉ gặp 1 (1,9%) trường hợp nôn nhiều. Không gặp trường hợp nào: dị ứng, sốc phản vệ, đau bụng, tiêu chảy, hen, sốt. Những ảnh hưởng trên cận lâm sàng chúng tôi chỉ gặp 4 (7,6%) trường hợp giảm sắt huyết thanh ở ngày thứ 2 điều trị, sau bù sắt thì hết. Không có trường hợp nào hạ bạch cầu và tiểu cầu, tăng bạch cầu ưa acid, tăng men gan, tăng ure và creatin máu, protein niệu, hạ canxi máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế (2012). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ngộ độc chì.
2. Delia A. Dempsey (2011). *Poisoning & drug overdose*: 199 - 203.
3. Marcus SM (1982). Experience with D-penicillamine in treating lead poisoning. *Vet Hum Toxicol*, **24**: 18-20.
4. Netter P (1987). Clinical pharmacokinetics of D-penicillamine. *Clin Pharmacokinetics*, **13**(5): 317- 33.
5. Sachs HK, Blanksma LA, Murray EF, O'Connell MJ (1970). Ambulatory treatment of lead poisoning: report of 1155 cases. *Pediatrics*, **46**: 389-96.
6. Shannon M, Grace A, Graef JW (1989). Use of penicillamine in children with small lead burdens. *NEJM*, **321**(14): 979-80.
7. Shannon MW, Townsend MK (2000). Adverse effects of reduced D-penicillamine in children with mild to moderate lead poisoning. *Ann Pharmacother*, **34**:15-8.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT Ở LÚA TUỔI VỊ THÀNH NIÊN

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT⁴⁰

Tâm thần phân liệt khởi phát sớm ở tuổi vị thành niên, ảnh hưởng nhiều đến tiến triển của bệnh Tâm thần phân liệt. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và phân tích một số yếu tố liên của bệnh tâm thần phân liệt ở lứa tuổi vị thành niên. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang 52 bệnh nhân được chẩn đoán tâm thần phân liệt theo ICD-10 ở lứa tuổi vị thành niên (từ 10 tuổi đến 19 tuổi) vào điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. **Kết quả:** Các thể lâm sàng thường gặp: thể paranoid (57,69%), thể thanh xuân (19,23%). Số bệnh nhân có hoang tưởng là 80,77%. Tỷ lệ bệnh nhân có ảo thanh là 63,46%, gặp nhiều ảo thanh bình phẩm, ra lệnh: 60% (18/30). Triệu chứng âm tính gặp ở 76,92% số bệnh nhân. Số bệnh nhân sống mỗi trường gia đình không thuận lợi thấp (17,31%). 25% bệnh nhân trong tiền sử gia đình có người bị rối loạn tâm thần, chủ yếu là tâm thần phân liệt. Nét tính cách tiền bệnh lý gặp nhiều là khép kín, thu mình (40,38% bệnh nhân). Nét tính cách nhút nhát cũng hay gặp (19,23% bệnh nhân). **Kết luận:** Tâm thần phân liệt khởi phát sớm gặp chủ yếu thể paranoid song đã có nhiều triệu chứng âm tính. Các yếu tố liên quan chủ yếu là tính cách tiền bệnh lý khép kín và gia đình có người bị tâm thần phân liệt.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND SOME FACTORS RELATED TO ILLNESS SCHIZOPHRENIA ADOLESCENT AGE

Schizophrenia early onset in adolescence, affect the progression of the disease Schizophrenia. **Objective:** Describe clinical characteristics and analyze some of the factors associated with schizophrenia disease in adolescents ages. Subjects and Methods: Description cut 52 patients diagnosed with schizophrenia according to ICD-10-age adolescents (from 10 years old to 19 years old) in inpatient treatment at the Institute of Mental Health. **Results:** The common clinical may: be paranoid (57.69%), to youth (19.23%). Some patients have delusions is 80.77%. Virtual patient ratio is 63.46% bar, facing the virtual peaceful, ordered: 60% (18/30). Negative symptoms observed in 76.92% of patients. Some patients live family environment unfavorable low (17.31%). 25% of patients have a family history of mental disorders, mainly schizophrenia. Money pathological personality traits are facing a closed, introverted (40.38% of the patients). Shy personality traits are common (19.23% of the patients). **Conclusions:** Schizophrenia onset paranoid soon be met primarily but many negative symptoms. Factors

related mainly pathological personality closed funds and families of people with schizophrenia are.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, số bệnh nhân tâm thần phân liệt chiếm 0,6 - 1,5 % dân số. Theo báo cáo của Chương trình Quốc gia Việt Nam năm 2002 về điều tra cơ bản từ 61 tỉnh thành trong cả nước, tỷ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt là 0,3-1% dân số (trung bình 0,47%). Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, nhiều trường hợp khởi phát ở lứa tuổi vị thành niên. Giai đoạn khởi phát bệnh tâm thần phân liệt ở lứa tuổi vị thành niên thường kéo dài có khi hàng năm, với các triệu chứng như: thay đổi tính tình, giảm sút học tập, giảm sút sự thích thú, sống cô độc khép kín. Việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh nhân tâm thần phân liệt ở lứa tuổi vị thành niên sẽ mang lại hiệu quả điều trị cao, góp phần sớm đưa người bệnh trở lại cộng đồng và giảm bớt gánh nặng cho gia đình và xã hội. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với các mục tiêu sau:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh tâm thần phân liệt ở lứa tuổi vị thành niên.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến bệnh tâm thần phân liệt ở lứa tuổi này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Gồm 52 bệnh nhân được chẩn đoán tâm thần phân liệt theo ICD-10 ở lứa tuổi vị thành niên (từ 10 tuổi đến 19 tuổi) vào điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần.

- Tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp phỏng vấn hồi cứu phân tích thông tin theo chiều dọc quá trình bệnh lý. Tất cả các đối tượng nghiên cứu được làm bệnh án theo mẫu thống nhất. Các số liệu được xử lý bằng phương pháp thống kê Y học có sử dụng chương trình xử lý số liệu SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Trong tổng số 52 BN, có 29 nam (55,8%) và 23 nữ (44,2%), không có sự khác biệt rõ rệt về tỷ lệ giữa hai giới.

- TTPL thể paranoid (F20.0) chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,69% (30 BN), tiếp theo là thể thanh xuân (F20.1) với 19,23% (10 BN).

2. Đặc điểm các triệu chứng thường gặp

*Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: Drdungbm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

Bảng 1: Các triệu chứng thường gặp

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Rối loạn hình thức tư duy (rối loạn ngôn ngữ)	52	100,0
Hoang tưởng	42	80,77
Ảo giác	35	67,31
Rối loạn cảm xúc	52	100,0
Rối loạn hành vi tác phong	51	98,08
Triệu chứng âm tính	40	76,92
Hội chứng tâm thần tự động	9	17,31

- Tất cả bệnh nhân đều có rối loạn cảm xúc, rối loạn hình thức tư duy.
 - 98,08% bệnh nhân có rối loạn hành vi. 80,7% bệnh nhân có hoang tưởng. Gần 70% bệnh nhân có ảo giác 76,92% các BN có triệu chứng âm tính.

Bảng 2: Các loại hoang tưởng

Hoang tưởng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bị truy hại, bị theo dõi	23	44,23
Bị chi phối	14	26,92
Liên hệ	11	21,15
Tự cao	9	17,31
Kỳ quái	2	3,85
Tri giác hoang tưởng	1	1,92
Loại khác	4	7,69

Nhiều nhất là hoang tưởng bị truy hại, bị theo dõi, bị đầu độc với tỷ lệ 44,23% BN. Một số hoang tưởng cũng thường gặp: bị chi phối, liên hệ, tự cao.

Bảng 3: Phân bố các ảo giác

Ảo giác	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %	
Ảo thanh	Phức tạp	30	59,62
	Thô sơ	3	5,77
Ảo thị	1	1,92	
Ảo khứu	1	1,92	
Tổng số	35	67,31	

33 bệnh nhân (63,46%) có ảo thanh, chủ yếu là ảo thanh phức tạp.

Bảng 4: Đặc điểm rối loạn cảm xúc

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cảm xúc không thích hợp	25	48,08
Cảm xúc không ổn định	18	34,61
Khí sắc tăng	14	26,92
Khí sắc trầm buồn	12	23,08
Lo âu	11	21,15
Loại khác	8	15,38

Gần một nửa số bệnh nhân có trạng thái cảm xúc không thích hợp. Cảm xúc không ổn định cũng thường gặp trên bệnh nhân (34,61%). Một số rối loạn khí sắc khác ít gặp hơn: khí sắc tăng, khí sắc trầm buồn, trạng thái lo âu.

Bảng 3.5: Một số triệu chứng âm tính thường gặp

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tính bị động và thiếu sáng kiến	32	61,54
Kém chăm sóc cá nhân và kém giao tiếp xã hội	32	61,54
Chậm chạp tâm lý vận động hay hoạt động kém	17	32,69
Cảm xúc cùn mòn	12	23,08
Ngôn ngữ nghèo nàn	12	23,08

Gặp nhiều nhất là biểu hiện tính bị động và thiếu sáng kiến, kém giao tiếp cá nhân và kém giao tiếp xã hội (61,54% BN). 32,69% BN có biểu hiện chậm chạp tâm lý vận động hay hoạt động kém. 23,08% BN có biểu hiện: cảm xúc cùn mòn, ngôn ngữ nghèo nàn.

3. Đặc điểm các yếu tố liên quan đến bệnh

Bảng 6: Đặc điểm tiền sử gia đình

Tiền sử gia đình	Bố mẹ, anh chị em	Đối tượng họ hàng	Tổng số
------------------	-------------------	-------------------	---------

	ruột, ông bà (1*)		khác (2*)			
	n	%	n	%	n	%
Tâm thần phân liệt	5	9,62	5	9,62	10	19,23
Rối loạn cảm xúc	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Chậm phát triển tâm thần	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rối loạn loạn thần cấp	2	3,85	0	0,0	2	3,85
Động kinh	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Rối loạn tâm thần khác	1	1,92	1	1,92	2	3,85

25,0% (13 BN) có tiền sử gia đình có người bị rối loạn tâm thần. Chủ yếu là tiền sử gia đình có người bị TTPL với 19,23% trường hợp.

Bảng 7: Đặc điểm tính cách tiền bệnh lý nhóm BN nghiên cứu

Đặc điểm tính cách	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thu mình, khép kín	21	40,38
Nhút nhát	10	19,23
Chống đối	2	3,85
Lo âu	1	1,92

Chiếm tỷ lệ cao nhất là tính cách khép kín, thu mình với 40,38% trường hợp, Đây là nét tính cách không tốt cho tiền lượng bệnh TTPL; 19,23% BN có nét tính cách nhút nhát; loại tính cách khác như chống đối, lo âu ít gặp.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Nhận xét về đặc điểm chung nhóm BN

- **Phân bố các thể lâm sàng:** Kết quả nghiên cứu cho thấy chiếm tỷ lệ cao nhất là TTPL thể paranoid (57,69%). Tuy nhiên hội chứng paranoid thường không đầy đủ các thành phần: ít bệnh nhân có hội chứng tâm thần tự động (17,31%), nếu có cũng không đầy đủ các thành phần; số lượng các hoang tưởng trên một bệnh nhân cũng không nhiều (42,31% có 1 hoang tưởng, 34,62% có 2 hoang tưởng), hoang tưởng thường không hệ thống, không ổn định (23/42 BN). Thể thanh xuân gặp ở 19,23% số bệnh nhân. So sánh với phân bố các thể TTPL ở người trưởng thành: thống kê phân loại bệnh theo ICD-10 năm 2006 của Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1, thấy gặp nhiều nhất là thể paranoid (50,69%), còn thể căng trương lực chỉ có tỷ lệ 0,53%, thể thanh xuân chỉ chiếm 0,15%.

- **Nhận xét đặc điểm giai đoạn khởi phát bệnh:** Phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả. Một nửa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện từ từ âm ỉ với những biểu hiện thay đổi về tính tình, về thói quen, giảm khả năng học tập và lao động... mà nhiều khi gia đình và người thân cũng khó xác định chính xác mốc thời gian mà chỉ khi bệnh biểu hiện rõ rệt mới nhận ra được. Hơn 1/4 BN có biểu hiện khởi bản cấp tính và chỉ có 21,15% các BN có biểu hiện khởi phát bệnh cấp tính với các triệu chứng loạn thần rõ rệt ngay từ đầu. Thời gian khởi phát nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $8,3 \pm 9,09$ tháng, ngắn nhất là nửa tháng, dài nhất là 3 năm, thời gian khởi phát của nam dài hơn nữ.

- **Nhận xét đặc điểm các ảo giác:** 67,31% BN có ảo giác mà chủ yếu là ảo thanh (33/35 trường hợp). Tính chất xuất hiện của ảo thanh thường không liên tục, không cố định (60% bệnh nhân). Nội dung các ảo thanh trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trên bệnh nhân tâm thần phân liệt trưởng thành.

- **4.2 Nhận xét đặc điểm các rối loạn cảm xúc:** Gần một nửa (48,08%) số bệnh nhân có trạng thái cảm xúc không thích hợp. Bệnh nhân biểu hiện phản ứng cảm xúc không tương xứng với sự kiện đã gây ra, có khi chỉ một lời nói, một hành vi hơn mức bình thường của người khác cũng làm bệnh nhân bức tức, giận dữ hoặc sợ hãi quá mức. Giống như nhận xét của các nghiên cứu những rối loạn này có những nét phản ánh đặc điểm cảm xúc ở lứa tuổi vị thành niên. Đây là giai đoạn phát triển ranh giới giữa người lớn và trẻ em, nhân cách chưa cố định, nhạy cảm, dễ xúc động, hay bận tâm, lo lắng nhiều về những thay đổi tâm sinh lý.

- **4.3 Nhận xét về đặc điểm các rối loạn hành vi:** Gần như toàn bộ bệnh nhân có rối loạn hành vi (51/52 trường hợp). Trong đó hơn một nửa số BN có biểu hiện kích động. Thường gặp kích động kiểu thanh xuân: đùa cợt thô bạo, chửi bới thô tục, luôn nhảy nhót, leo trèo, gào thét, đập phá, động tác lỗ bịch, vô nghĩa. Tác phong bừa bãi, thiếu vệ sinh, ăn bốc, tự sát, căng trương lực. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện kích động trong nghiên cứu của chúng tôi (51,92%) cao hơn rõ rệt so với các nghiên cứu trên bệnh nhân tâm thần phân liệt trưởng thành.

- **Nhận xét đặc điểm các triệu chứng âm tính:** Đa số BN có triệu chứng âm tính

(76,92%). Gặp nhiều nhất là biểu hiện sự bị động, thiếu sáng kiến và giảm khả năng chăm sóc cá nhân, kém giao tiếp xã hội (61,54%). Kết quả nghiên cứu còn cho thấy tính cách khép kín thu mình, cũng như tính chất khởi phát âm ỉ, kéo dài là những biểu hiện báo hiệu cho việc hình thành các triệu chứng âm tính. Quá trình phát triển của triệu chứng âm tính thường kéo dài, vì vậy thời gian khởi phát của nhóm bệnh nhân có triệu chứng âm tính dài hơn so với nhóm không có triệu chứng này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nhận định của các tác giả khác. So sánh hai nhóm có hoặc không có tiền sử gia đình không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng âm tính.

4.4 Nhận xét một số yếu tố liên quan

- **Yếu tố tiền sử gia đình:** 25% BN có tiền sử gia đình có người bị rối loạn tâm thần mà chủ yếu là tâm thần phân liệt (19,23%), trong đó một nửa là bố mẹ, anh chị em ruột, ông bà. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tiền sử gia đình có người bị TTPL có tỷ lệ cao hơn với so với các nghiên cứu ở người trưởng thành.

- **Yếu tố tính cách tiền bệnh lý:** 61,54% bệnh nhân có nét tính cách đặc biệt, chủ yếu là nét tính cách thu mình, cô độc, khép kín (chiếm tỷ lệ cao nhất: 40,38%). Nét tính cách nhút nhát có tỷ lệ là 19,23%. Đây là một trong những yếu tố góp phần làm tiền lượng xấu cho bệnh nhân tâm thần phân liệt (Những yếu tố tiền lượng xấu: chức năng tiền bệnh lý kém, các triệu chứng âm tính nhiều, các triệu chứng rối loạn tác phong kiểu thanh xuân, ít các triệu chứng dương tính).

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt ở lứa tuổi vị thành niên: Các thể lâm sàng thường gặp: thể paranoid (57,69%), thể thanh

xuân (19,23%). Số bệnh nhân có hoang tưởng là 80,77%. Tỷ lệ bệnh nhân có ảo thanh là 63,46%, gặp nhiều ảo thanh bình phẩm, ra lệnh: 60% (18/30). Triệu chứng âm tính gặp ở 76,92% số bệnh nhân.

2. Một số yếu tố liên quan đến bệnh tâm thần phân liệt ở lứa tuổi vị thành niên: 25% bệnh nhân trong tiền sử gia đình có người bị rối loạn tâm thần, chủ yếu là tâm thần phân liệt. Nét tính cách tiền bệnh lý gặp nhiều là khép kín, thu mình (40,38% bệnh nhân). Nét tính cách nhút nhát cũng hay gặp (19,23% bệnh nhân).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Văn Bản** (2007), "Đặc điểm lâm sàng và điều trị các rối loạn tâm thần ở trẻ vị thành niên", *Hội nghị Tâm thần Pháp Việt*. Bệnh viện Việt Pháp Hà Nội, tr:1-5
2. **Nguyễn Hữu Chiến** (2008), "Đặc điểm lâm sàng, tiến triển rối loạn loạn thần cấp và nhất thời", *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, 133 tr
3. **Nguyễn Hoàng Điệp** (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tâm thần phân liệt ở giai đoạn trên 45 tuổi", *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II*, Đại học Y Hà Nội, tr.56-74
4. **Trần Trung Hà, Nguyễn Hữu Chiến** (2007), "Nhận xét về cơ cấu bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1 năm 2006", *Nội san tâm thần học, Bệnh viện Tâm thần Trung ương 1*, số 2, p.15-18
5. **Tô Xuân Lân** (2003), "Đặc điểm lâm sàng tâm thần phân liệt thể di chứng", *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện*, Đại học Y Hà Nội, tr.33-50
6. **Quách Thúy Minh, Hoàng Cẩm Tú, Nguyễn Hồng Thuý** (2005), "Một số đặc điểm lâm sàng tâm thần phân liệt ở trẻ em", *Chuyên đề tâm thần học*, Hội Tâm thần học Việt Nam số 8, tr.113-117
7. **Nguyễn Kim Việt** (2003), "Các thuốc an thần kinh mới", *Các rối loạn liên quan đối với stress và điều trị học trong tâm thần*, Tài liệu giảng dạy sau đại học, Bộ môn Tâm thần, Trường Đại học Y Hà Nội, Tr.122

NHU CẦU ĐÀO TẠO VỀ KỸ NĂNG GIAO TIẾP CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Lê Thu Hòa*

TÓM TẮT⁴¹

Mục tiêu: 1. Mô tả những thuận lợi và khó khăn trong giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh. 2. Xác

* Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thu Hòa

Email: lethuhua@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2017

Ngày duyệt bài: 28.3.2017

định nhu cầu đào tạo về giao tiếp của điều dưỡng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Điều dưỡng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội có nhiều thuận lợi trong khi giao tiếp với người bệnh như: Đã được học Kỹ năng giao tiếp (KNGT) (65.5%); Quan sát bác sĩ giao tiếp với người bệnh (70.3%); Có nhiều người bệnh để giao tiếp tại bệnh viện (59.3%); Học tập qua các thầy, cô (57.9%). Tuy nhiên, điều dưỡng vẫn còn một số ít khó khăn trong giao tiếp như không biết ngắt lời người bệnh lịch sử (48.4%); Không biết đặt câu hỏi (24.4%); Không biết làm hài lòng người bệnh (17.6%). Tất cả điều dưỡng (100%) đều mong muốn

được đào tạo về Kỹ năng giao tiếp với nhiều nội dung, gồm: KNGT với lãnh đạo, đồng nghiệp (85.2%); KNGT với người bệnh và gia đình người bệnh (84.7%); KNGT cơ bản (84.2%); KNGT với đối tượng đặc biệt (79.4%); Kỹ năng cung cấp thông tin (74.6%); Kỹ năng thông báo tin xấu (72.7%)... **Kết luận:** Điều dưỡng có nhiều yếu tố thuận lợi để giúp giao tiếp với người bệnh đạt hiệu quả cao. Mong muốn được đào tạo về kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng là rất chính đáng để tăng cường năng lực giao tiếp với người bệnh trong chăm sóc sức khỏe.

SUMMARY

TRAINING NEEDS FOR NURSERS' COMMUNICATION SKILLS IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: 1. To find out advantages and disadvantages in communication between nurses and patients. 2. To describe training needs of nurses on communication skills in Hanoi Medical University Hospital. **Results:** Nurses at Hanoi Medical University Hospital had many advantages in communicating with patients as had been learning communication skills (65.5%); Observing doctors communicate with patients (70.3%); There were many patients to communicate in hospital (59.3%); Learning through the teachers' skills (57.9%). However, nurses were still some difficulties in communication, including do not know how to stop patients' stories politely (48.4%); how to make questions (24.4%); how to make patients feel satisfied (17.6%). All nurses (100%) were keen to be trained in communication skills with many contents, including Communication skills with leaders and colleagues (85.2%); Interpersonal skills with patients and their families (84.7%); Basic communication skills (84.2%); Communication skills with disadvantage people (79.4%); Providing information (74.6%); Breaking badnews (72.7%)... **Conclusion:** Nurses had many favorable factors to help communicate with patients effectively. Looking forward to training of nurses is very plausible to strengthening communication with patients in health care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh không chỉ là năng lực chuyên môn của bác sĩ, điều dưỡng, mà còn phụ thuộc vào khả năng

giao tiếp hiệu quả của nhân viên y tế với người bệnh. Giao tiếp tốt của nhân viên y tế đã mang đến cho người bệnh sự hài lòng, an toàn và thân thiện trong thời gian điều trị tại bệnh viện. Giao tiếp tốt của điều dưỡng là nền tảng quan trọng để giúp điều dưỡng chăm sóc tốt nhất cho người bệnh. Môn học Kỹ năng giao tiếp đã được đưa vào chương trình đào tạo cho ngành bác sĩ và ngành cử nhân điều dưỡng tại trường Đại học Y Hà Nội từ năm học 2013-2014. Các khóa đào tạo liên tục "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế" đã được tổ chức tại Trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 2016 với mục đích nâng cao năng lực giao tiếp cho điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện. Nghiên cứu được thực hiện với hai mục tiêu: 1. *Mô tả những thuận lợi và khó khăn trong giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh.* 2. *Xác định nhu cầu đào tạo về giao tiếp của điều dưỡng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội,* 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 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

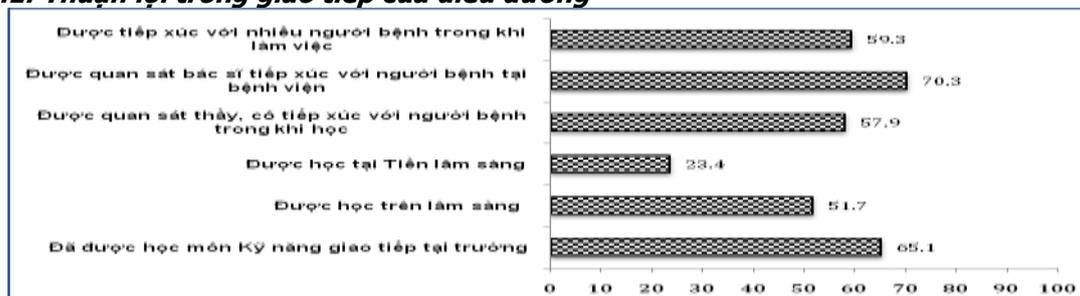
2.5. *Xử lý số liệu:* sử dụng phần mềm Epidata và Stata.

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

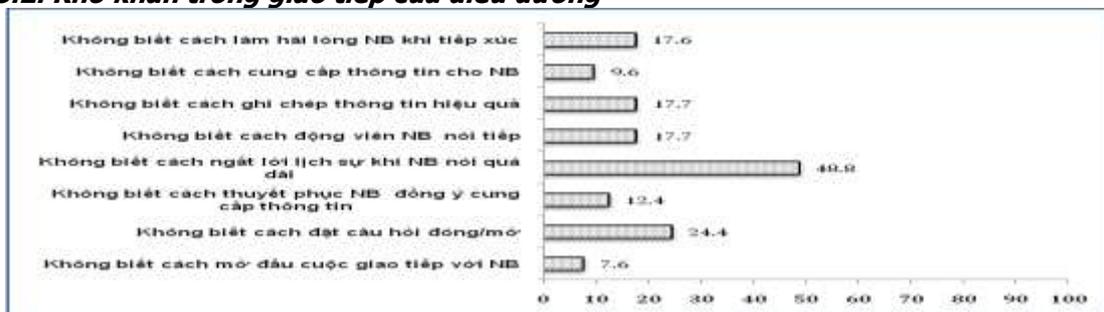
Nghiên cứu đã có 209 điều dưỡng tham gia. Tỷ lệ nam là 24,5%, nữ: 75,6%. Số năm công tác trung bình của điều dưỡng trong nghiên cứu là 4,7 năm.

3.1. Thuận lợi trong giao tiếp của điều dưỡng



Hình 1. Thuận lợi trong giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh

Nhận xét: Điều dưỡng có nhiều thuận lợi để giao tiếp với người bệnh như: Đã được học Kỹ năng giao tiếp (65.5%); Quan sát bác sĩ giao tiếp với người bệnh (70.3%); Có nhiều người bệnh để giao tiếp tại bệnh viện (59.3%); Học tập qua các thầy, cô (57.9%); Học trên lâm sàng và tiền lâm sàng (51.7%; 23.4%).

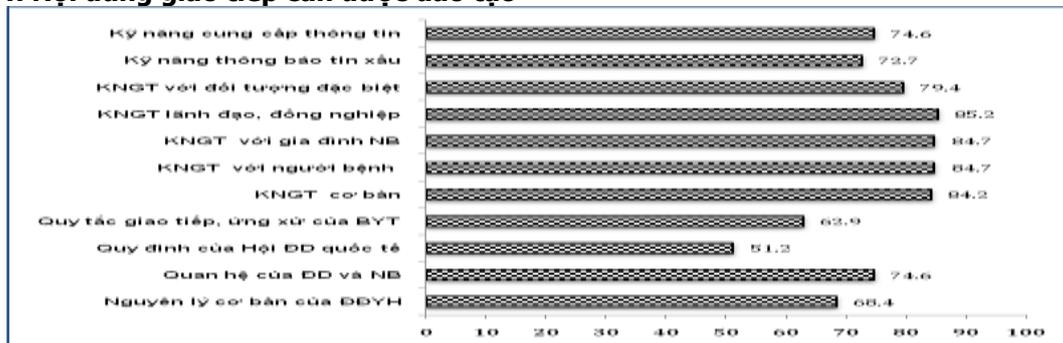
3.2. Khó khăn trong giao tiếp của điều dưỡng**Hình 2. Khó khăn của điều dưỡng khi giao tiếp với người bệnh**

Nhận xét: Điều dưỡng gặp một số khó khăn chính trong giao tiếp với người bệnh như: Không biết cách ngắt lời (48.4%); Không biết cách đặt câu hỏi (24.4%); Không biết cách làm hài lòng người bệnh (17.6%); Không biết cách ghi chép hiệu quả (17.7%); Không biết cách động viên người bệnh (17.7%)

3.3. Nhu cầu đào tạo về kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng**Bảng 1. Ý kiến của điều dưỡng về nhu cầu đào tạo Kỹ năng giao tiếp**

Nhu cầu	n	Tỷ lệ %
Rất cần được học Kỹ năng giao tiếp	209	100
Không cần học	0	0
Tổng	209	100

Nhận xét: Tất cả điều dưỡng trong nghiên cứu (100%) đều có mong muốn được đào tạo Kỹ năng giao tiếp

3.4. Nội dung giao tiếp cần được đào tạo**Hình 3. Nội dung Kỹ năng giao tiếp cần được học theo ý kiến điều dưỡng**

Nhận xét: Các nội dung về Kỹ năng giao tiếp (KNGT) cần được đào tạo cho điều dưỡng gồm: KNGT với lãnh đạo, đồng nghiệp (85.2%); KNGT với người bệnh và gia đình người bệnh (84.7%); KNGT cơ bản (84.2%); KNGT với đối tượng đặc biệt (79.4%); Kỹ năng cung cấp thông tin (74.6%); Kỹ năng thông báo tin xấu (72.7%)...

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thuận lợi trong giao tiếp của điều dưỡng: Thái độ của mỗi con người được hình thành bắt đầu từ tuổi nhỏ với giáo dục tại từng gia đình. Qua quá trình học tập từ phổ thông đến hết đại học hoặc cao đẳng, thái độ của mỗi điều dưỡng dần được định hình và hình thành 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.

Môn học Kỹ năng giao tiếp tại các trường Đại học, Cao đẳng y đã cung cấp kiến thức, kỹ năng về giao tiếp cho sinh viên, và là yếu tố thuận lợi lớn nhất mà các điều dưỡng thu nhận được (65.5%). Qua tự học tập, các điều dưỡng đã tự tiếp thu, rèn luyện kỹ năng giao tiếp của bản

thần nhờ *quan sát các bác sĩ giao tiếp với người bệnh (70.3%); được tiếp xúc với nhiều người bệnh tại bệnh viện (59.3%); được học tập qua các thầy, cô (57.9%)*. Tuy nhiên, hình thức tự học sẽ có một nhược điểm rất lớn là khó xác định được tư duy và hành vi giao tiếp chuẩn mực vì hoàn toàn phụ thuộc vào chủ quan của mỗi người.

Để xây dựng được phong cách phục vụ văn minh, thái độ thân thiện tại các cơ sở y tế, thì nhân viên y tế cần phải được tạo cơ hội học tập và rèn luyện về kỹ năng giao tiếp. Với kế hoạch "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế hướng tới sự hài lòng của người bệnh", Bộ Y tế hướng đến sự thay đổi thực sự về nhận thức, thái độ, phong cách phục vụ người bệnh của cán bộ y tế, rèn luyện kỹ năng giao tiếp ứng xử [1].

Cung cấp kiến thức qua các khóa đào tạo liên tục là tạo cơ hội học tập tốt cho các điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện. Kỹ năng và thái độ giao tiếp của mỗi điều dưỡng được cải thiện ngay trong khóa học. Từ những điều kiện thuận lợi này, các điều dưỡng sẽ tiếp tục áp dụng và tự rèn luyện trong thực tế làm việc tại bệnh viện.

4.2. Khó khăn trong giao tiếp của điều dưỡng: Năm 2009, Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam đã ban hành Luật Khám bệnh, chữa bệnh, trong đó quy định về Nghĩa vụ của nhân viên y tế đối với người bệnh "tôn trọng các quyền của người bệnh, có thái độ ân cần, hòa nhã với người bệnh" [3]. Kỹ năng giao tiếp chuẩn mực của điều dưỡng với người bệnh cần phải được thực hiện theo quy định của pháp luật.

Tuy nhiên, nếu không được đào tạo chính quy (trong các trường Đại học, Cao đẳng Y) và đào tạo liên tục (trong thời gian làm nghề), thì chắc chắn điều dưỡng sẽ gặp nhiều khó khăn khi tiếp xúc với người bệnh. Những vấn đề như *Không biết cách ngắt lời lịch sự khi người bệnh nói quá dài (48.4%); Không biết cách đặt câu hỏi với người bệnh (24.4%); Không biết cách làm hài lòng người bệnh (17.6%); Không biết cách ghi chép thông tin hiệu quả (17.7%); Không biết cách động viên người bệnh nói tiếp (17.7%)*... sẽ không chỉ là những khó khăn của riêng điều dưỡng, mà còn làm ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh và kết quả chăm sóc sức khỏe.

Quy định về đạo đức của nhân viên y tế cũng ghi rõ "Khi tiếp xúc với người bệnh và gia đình họ, luôn có thái độ niềm nở, tận tình, trang phục chỉnh tề, sạch sẽ... Phải giải thích tình hình bệnh tật cho người bệnh, gia đình người bệnh hiểu để cùng hợp tác điều trị... Động viên, an ủi, khuyến khích người bệnh điều trị..." [4]. Như vậy, kỹ

năng giao tiếp của điều dưỡng luôn phải song hành cùng với kiến thức chuyên môn và kỹ năng thực hành để đảm bảo thực hiện tốt đạo đức nghề nghiệp.

4.3. Nhu cầu đào tạo của điều dưỡng: 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 [5].

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. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy toàn bộ điều dưỡng (100%) đều có nhu cầu được đào tạo về Kỹ năng giao tiếp. Có thể nhận xét rằng các điều dưỡng đã nhận thức được tầm quan trọng và hiệu quả của kỹ năng giao tiếp trong thực hành chăm sóc sức khỏe và thể hiện qua mong muốn học tập.

Với nhu cầu học tập chính đáng của điều dưỡng, Trường Đại học Y Hà Nội và bệnh viện Đại học Y Hà Nội đã giao nhiệm vụ cho Bộ môn Giáo dục y học và kỹ năng tiền lâm sàng tổ chức các khóa đào tạo liên tục về "Kỹ năng giao tiếp cho nhân viên y tế". Khóa học được thiết kế thích hợp và thực hiện đào tạo cho toàn bộ nhân viên của bệnh viện trong thời gian từ năm 2016-2018.

4.4. Nội dung giao tiếp cần được đào tạo: Giao tiếp, ứng xử với người bệnh trong chăm sóc y khoa là một trong 3 lĩnh vực năng lực của bất kỳ nhân viên y tế nào, đặc biệt là bác sĩ và điều dưỡng. Những nội dung giao tiếp, ứng xử của nhân viên y tế rất phong phú, luôn lồng ghép với các kiến thức chuyên môn.

Theo quy định của Hội đồng điều dưỡng quốc tế, trong hoạt động chăm sóc, điều dưỡng cần phải xây dựng được môi trường giao tiếp tôn trọng quyền con người, các giá trị và đức tin cá nhân của người bệnh, gia đình người bệnh và giao tiếp đạt hiệu quả [6]. Như vậy, điều dưỡng bắt buộc phải có kỹ năng giao tiếp tốt để có thể thực hiện chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, các điều dưỡng của bệnh viện Đại học Y Hà Nội không chỉ có mong muốn được đào tạo về giao tiếp, mà còn lựa chọn những nội dung giao tiếp cần thiết như KNGT với lãnh đạo, đồng nghiệp (85.2%); KNGT với người bệnh và gia đình người bệnh (84.7%); KNGT cơ bản (84.2%); KNGT với đối tượng đặc

biệt (79.4%); Kỹ năng cung cấp thông tin (74.6%); Kỹ năng thông báo tin xấu (72.7%)...

Trước bất kỳ hoạt động chăm sóc nào, điều dưỡng cần phải cung cấp thông tin, đề nghị người bệnh đồng ý và hợp tác để điều dưỡng chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Do vậy, để đạt được hiệu quả chăm sóc tốt nhất, điều dưỡng phải xây dựng được mối quan hệ chuyên môn thân thiện, đồng cảm với người bệnh, trên cơ sở kỹ năng giao tiếp tốt. Những nội dung giao tiếp cần được đào tạo liên tục cho điều dưỡng đang công tác tại bệnh viện để giúp điều dưỡng hình thành kỹ năng giao tiếp và thể hiện được thái độ giao tiếp, ứng xử thích hợp nhất với bất kỳ người bệnh nào.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ý kiến của 209 điều dưỡng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội có được kết luận: Nhiều yếu tố thuận lợi đã giúp mang lại hiệu quả tốt trong giao tiếp của điều dưỡng với người bệnh. Với nhu cầu đào tạo cao (100%), các nội dung KNGT cần được đào tạo liên tục cho điều dưỡng gồm: KNGT với lãnh đạo, đồng nghiệp (85.2%); KNGT với người bệnh và gia đình người

bệnh (84.7%); KNGT cơ bản (84.2%); KNGT với đối tượng đặc biệt (79.4%); Kỹ năng cung cấp thông tin (74.6%); Kỹ năng thông báo tin xấu (72.7%)...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 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.
- 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.
- Quốc hội nước CHXHCN Việt Nam (2009)**, Luật Khám bệnh, chữa bệnh, số 40/2009/QH12, 40 trang, ngày 23/11/2009
- Bộ Y tế (1996)**, 12 điều y đức, quyết định số 2088/BYT-QĐ, ngày 6/11/1996.
- 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.
- International Council of Nurses (2006)**, The ICN Code of Ethics for nurses, 12 pages.
- Lloyd M., Bor R. (1998)**, Communication skills for medicine, Churchill livingstone, 180 pages.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ YẾU TỐ HÀNH VI VÀ BỆNH GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Thị Bích Ngọc¹, Bùi Thị Vân Anh¹,
Lê Thị Kim Ánh², Nguyễn Xuân Hiệp¹

TÓM TẮT⁴²

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa một số hành vi với glôcôm góc mở nguyên phát (GMNP) tại Bệnh viện Mắt Trung ương, năm 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** thiết kế nghiên cứu bệnh chứng, được thực hiện từ 02-05/2016 tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Nhóm bệnh chọn những bệnh nhân đến khám tại bệnh viện và được phát hiện mới mắc bệnh glôcôm góc mở nguyên phát; nhóm chứng là những người chăm sóc các bệnh nhân đang điều trị bệnh đục thể thủy tinh tại bệnh viện. Thông tin nhân khẩu học, nhân trắc học và y tế của đối tượng nghiên cứu được thu thập thông qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi định lượng và kiểm tra y tế. Sử dụng kiểm định χ^2 , tỷ số chênh (OR) để kiểm tra mối liên quan giữa bệnh

với từng yếu tố hành vi và dùng mô hình hồi quy logistic đa biến tìm các yếu tố nguy cơ (YTNC) của bệnh. **Kết quả:** Mỗi nhóm bệnh - chứng chọn được 128 người tham gia nghiên cứu. Theo kết quả phân tích đơn biến, nhóm yếu tố hành vi gồm uống rượu/bia: OR=0,79 (95% CI: 0,47-1,32; p=0,358); hút thuốc lá: OR=2,22 (95% CI: 1,28-3,84; p=0,0004); chơi thể thao/thể dục hàng tuần: OR=1,39 (95% CI: 0,84-2,29; p=0,202); tiền sử khám mắt định kỳ: OR=0,58 (95% CI: 0,34-0,99; p=0,044); tiền sử dùng thuốc mắt không theo chỉ định: OR=4,61 (95% CI: 2,48-8,57; p<0,001). **Kết luận:** từ mô hình hồi quy logistic đa biến, nhóm yếu tố hành vi được chỉ ra là một trong các YTNC của glôcôm GMNP, gồm: hút thuốc lá, tiền sử khám mắt định kỳ, tiền sử dùng thuốc mắt không có chỉ định của bác sỹ.

Từ khóa: glôcôm, glôcôm góc mở nguyên phát, yếu tố nguy cơ, hành vi, nghiên cứu bệnh chứng.

SUMMARY

BEHAVIOR FACTORS AND PRIMARY OPEN-ANGLE GLAUCOMA

Objectives: Identify relationship behavior factors of primary open-angle glaucoma (POAG). **Methods:** A

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh

Email: buivananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

case-control hospital based study from February to May 2016 at Vietnam National Institute of Ophthalmology. Participants: cases were patients diagnosed POAG incidence, controls were carers of patients being treated for other eye diseases at the Central Eye Hospital and diagnosed not suffer glaucoma/POAG. Data on demographic, anthropometric as well as medical characteristics were collected by interview and medical examination. Using univariate analysis (OR) and logistic regression models multivariate proved association between POAG and behavior factor). **Results:** 128 cases with POAG and 128 controls were chosen. According to univariate analysis: alcohol: OR=0.79 (95% CI: 0.47-1.32; p=0.358); smoking: OR=2.22 (95% CI: 1.28-3.84; p=0.0004); sports/exercises weekly: OR=1.39 (95% CI: 0.84-2.29; p=0.202); history of eye examinations: OR=0.58 (95% CI: 0.34-0.99; p=0.044); history of using eye drops: OR=4.61 (95% CI: 2.48-8.57; p<0.001). **Conclusion:** Model multivariate logistic regression: behavior factors group (smoking, history of eye examination, history of using eye drops) is one of the risk factors of POAG.

Keywords: Primary open-angle glaucoma, risk factors, behavior, case-control study.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh glôcôm góc mở nguyên phát (GMNP) vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa không thể phục hồi trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Trên thế giới đã có các nghiên cứu được tiến hành nhằm tìm hiểu những yếu tố nguy cơ (YTNC) của bệnh, đặc biệt hiện nay nhà nghiên cứu rất quan tâm tới các YTNC liên quan đến hành vi/lối sống - đây là các yếu tố có thể tác động/thay đổi - đóng vai trò quan trọng trong công tác dự phòng bệnh, nhưng kết quả của các nghiên cứu còn có nhiều khác biệt [3-5, 7]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu về glôcôm GMNP chủ yếu tập trung về các đặc điểm lâm sàng, điều trị ... tỷ lệ hiện mắc và một số ít YTNC đã được mô tả [1]. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định một số yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm góc mở nguyên phát tại Bệnh viện Mắt Trung ương, năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Nhóm bệnh: 128 bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung ương được chẩn đoán xác định mới mắc bệnh glôcôm GMNP (trên một hoặc cả hai mắt), khi đối tượng có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Nhãn áp ≥ 25 mmHg khi đo với nhãn áp kế Maclakov 10g.

- Tổn thương thị trường: có ám điểm hình cung cạnh tâm, hoặc thị trường ngoại vi thu hẹp.

- Tổn thương thần kinh thị giác: có lõm đĩa thị.

Nhóm chứng: 128 người chăm sóc của các bệnh nhân đang điều trị bệnh đục thể thủy tinh tại bệnh viện, không mời tham gia nghiên cứu đối với trường hợp người nhà bệnh nhân có tiền sử mắc glôcôm, được kiểm tra nhãn áp, thị trường, thần kinh thị giác và được bác sỹ chẩn đoán không mắc bệnh glôcôm GMNP/các bệnh glôcôm khác.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 2-5/2016 tại bệnh viện Mắt Trung ương.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu bệnh chứng (tại bệnh viện).

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu bệnh chứng với tỷ lệ bệnh-chứng là 1:1, độ tin cậy 95%, lực mẫu là 90%; tham khảo nghiên cứu tương tự của tác giả P. Garg công bố năm 2014 với OR=2,48 [3]. Dự tính 10% số phiếu thu thập bị thiếu thông tin và tỷ lệ bỏ cuộc trong thực tế nên số lượng ĐTNC trong mỗi nhóm là 128 người. Cách chọn mẫu không xác suất, mẫu thuận tiện. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả (tần suất, %), phân tích đơn biến, mô hình hồi quy logistic đa biến.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu không có sự khác biệt về nam và nữ tham gia (129 nam/127 nữ), tuổi trung bình của người mắc bệnh trong nghiên cứu này là 53,6 tuổi - thấp hơn so với một số nghiên cứu trên thế giới; như trong nghiên cứu thuần tập tại cộng đồng dân cư miền Nam Ấn Độ của L. Vijaya tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 62,9 tuổi và trong nghiên cứu bệnh chứng của JP. Renard là 63,6 tuổi [5].

Nhóm bệnh có tỷ lệ: sống ở nông thôn (43,8%), nghề nghiệp nông dân (24,2%), có tiền sử gia đình từng mắc glôcôm (9,4%), thu nhập trung bình <2.600.000 đồng/tháng (44,5%) cao hơn nhóm chứng (tỷ lệ tương ứng lần lượt: 35,9%; 14,1%; 6,3%; 25,8%). Tuy nhiên, nhóm chứng có tỷ lệ: đã tốt nghiệp trên cấp 3 (32,8%) cao hơn nhóm bệnh (18,8%).

Bảng 1. Đặc điểm thị lực của đối tượng nghiên cứu

Thị lực	Bệnh n (%)	Chứng n (%)
Mắt phải		

Tốt (20/20-20/25)	40 (31,3)	94 (73,4)
Trung bình (<20/25-20/70)	43 (33,6)	32 (25)
Thấp/khiếm thị (<20/70-20/400)	15 (11,7)	2 (1,6)
Mù (<20/400, ĐNT, BBT, ST)	30 (23,4)	0 (0)
Mắt trái		
Tốt (20/20-20/25)	45 (35,2)	94 (73,4)
Trung bình (<20/25-20/70)	41 (32)	33 (25,8)
Thấp/khiếm thị (<20/70-20/400)	17 (13,3)	1 (0,8)
Mù (<20/400, ĐNT, BBT, ST)	25 (19,5)	0 (0)

Thị lực hai mắt trong nhóm bệnh đều thấp hơn so với nhóm chứng, nhóm bệnh có mức thị lực mù là khá cao (mắt phải 23,4% và mắt trái 19,5%) và nhóm chứng hoàn toàn không có mức thị lực mù ở cả hai mắt.

3.2. Mô tả thực trạng glôcôm góc mở nguyên phát trong nhóm bệnh

Bảng 2. Thực trạng glôcôm GMNP trong nhóm bệnh

Các yếu tố	Mắt phải n (%)	Mắt trái n (%)
Nhân áp		
≥25mmHg	78 (60,9)	81 (63,3)
<25mmHg	50 (39,1)	47 (36,7)
Tổn thương thị trường dạng glôcôm		
Không	20 (15,6)	29 (22,6)
Có	108 (84,4)	99 (77,4)
Tổn thương thần kinh thị giác		
Không	33 (25,8)	40 (31,2)
Có	95 (74,2)	88 (68,8)

3.3. Môi liên quan giữa nhóm yếu tố hành vi và glôcôm góc mở nguyên phát

Bảng 3: Phân tích đơn biến và mô hình hồi quy logistic dự đoán một số YTNC của glôcôm GMNP

Các yếu tố	Bệnh (n=128) n (%)	Chứng (n=128) n (%)	Phân tích đơn biến			Mô hình hồi quy logistic		
			OR	95% CI	P	OR hiệu chỉnh	95% CI	p
Tiền sử uống rượu/bia								
Có	41 (32)	48 (37,5)	0,79	0,47-1,32	0,358	-	-	-
Không	87 (68)	80 (62,5)	1					
Tiền sử hút thuốc lá								
Có	49 (38,3)	28 (21,9)	2,22	1,28-3,84	0,004*	2,33	1,19-4,56	0,013*
Không	79 (61,7)	100 (78,1)	1			1		
Chơi thể thao/tập thể dục hàng tuần								
Có	56 (43,8)	46 (35,9)	1,39	0,84-2,29	0,202	-	-	-
Không	72 (56,2)	82 (64,1)	1					
Tiền sử khám mắt định kỳ <1 lần/2 năm								
Có	80 (62,5)	95 (74,2)	0,58	0,34-0,99	0,044*	0,48	0,25-0,93	0,031*
Không	48 (37,5)	33 (25,8)	1			1		
Tiền sử dùng thuốc mắt không có chỉ định của bác sỹ ≥1 lần/năm								
Có	53 (41,4)	17 (13,3)	4,61	2,48-8,57	<0,001*	4,79	2,35-9,75	<0,001*
Không	75 (58,6)	111 (86,7)	1			1		

(*: $p < 0,05$)

Sử dụng kiểm định χ^2 trong phân tích đơn biến, cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa bệnh glôcôm GMNP và các biến: tiền sử HTL, tiền sử khám mắt định kỳ <1 lần/2 năm, tiền sử dùng thuốc mắt không có chỉ định của bác sỹ ≥ 1 lần/năm ($p < 0,05$). Để tìm hiểu mối liên quan đa biến giữa các yếu tố hành vi với bệnh glôcôm GMNP và kiểm soát ảnh hưởng của một số yếu tố nhiễu, sau khi phân tích đơn biến, các yếu tố có mối liên quan có ý nghĩa được đưa vào mô hình hồi quy đa biến (logistics Regression). Mô hình hồi quy logistic đa biến đã chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa giữa glôcôm GMNP với biến HTL, tiền sử khám mắt định kỳ và tiền sử dùng thuốc mắt không có chỉ định của bác sỹ ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa hành vi uống rượu/bia, HTL và glôcôm GMNP ở nam giới

Các yếu tố	Bệnh n (%)	Chứng n (%)	OR (95% CI)	p
Uống rượu/bia				
Có	40 (45,5)	48 (54,5)	0,31 (0,14-0,69)	0,003*
Không	30 (73,2)	11 (26,8)		
Hút thuốc lá				
Có	49 (63,6)	28 (36,4)	2,58 (1,25-5,32)	0,009*
Không	21 (40,4)	31 (59,6)		

Tiền sử hút thuốc lá: Hiện nay, trên thế giới HTL vẫn là một trong các YTNC chính của nhiều bệnh và đang được nhiều nhà nghiên cứu quan tâm do đây là YTNC về hành vi mà con người có thể tác động được. Trong nghiên cứu này, theo kết quả phân tích đơn biến người có tiền sử HTL (biến HTL được định nghĩa là người đang HTL hoặc đã bỏ hút thuốc, đã HTL ≥ 1 năm và hút ≥ 2 điếu thuốc lá/ngày) có nguy cơ mắc glôcôm GMNP cao gấp 2,22 lần người không HTL ($p < 0,05$); trong mô hình logistic đa biến cũng chỉ ra HTL là yếu tố nguy cơ của GMNP (OR=2,33; $p < 0,05$).

Mặt khác, trong nghiên cứu của S. Bonovas, tác giả không tìm được mối liên hệ giữa người đã từng HTL trước đây với nguy cơ mắc glôcôm GMNP (OR=1,03; 95% CI: 0,77-1,38) [2]. Như vậy với người chưa mắc bệnh glôcôm GMNP đang HTL thì việc dùng thuốc có khả năng làm giảm phần nào nguy cơ gây bệnh. Tuy nhiên để khẳng định được nhận định này cần phải có những nghiên cứu mới với thiết kế khác và số lượng đối tượng mở rộng hơn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không đi sâu đánh giá được ảnh hưởng của mức độ nghiện thuốc lá lên khả năng xuất hiện glôcôm GMNP.

Tiền sử uống rượu, bia: Ảnh hưởng của tình trạng uống rượu, bia lên bệnh GMNP là vấn đề đã được nhiều nghiên cứu đề cập đến. Trong nghiên cứu, kết quả phân tích đơn biến chỉ ra người đã từng uống rượu/bia có nguy cơ mắc bệnh glôcôm GMNP thấp hơn 0,79 lần so với người chưa bao giờ uống rượu/bia, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Theo kết quả nghiên cứu của P. Garg (2014) và của YK. Kim (2014) cũng đều nhận thấy rượu, bia dường như làm giảm nguy cơ mắc GMNP nhưng các kết luận này cũng đều không có ý nghĩa thống kê (p lần lượt là 0,69 và 0,521) [3, 4]. Mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi, vai trò ảnh hưởng của rượu, bia lên GMNP nói chung không rõ ràng nhưng lại có ảnh hưởng tích cực trên nam giới ($p < 0,05$) (bảng 4), với nguy cơ mắc bệnh ở nam giới trên nhóm có uống rượu/bia thấp hơn 0,31 lần nhóm không uống.

Tiền sử khám mắt định kỳ: Theo kết quả phân tích đơn biến, nhóm từng đi khám mắt < 1 lần/2 năm có khả năng phát hiện bệnh thấp hơn 0,58 lần nhóm còn lại ($p < 0,05$). Mô hình logistic đa biến cũng chỉ ra việc không đi khám mắt là một YTNC của bệnh glôcôm GMNP (OR=0,48; $p < 0,05$). Từ kết quả trên có thể thấy thói quen khám mắt định kỳ thường xuyên là một hành vi có lợi cho sức khỏe, thường xuyên đi khám/kiểm tra mắt ≥ 1 lần/2 năm sẽ giúp chúng ta có khả năng phát hiện bệnh sớm cao hơn - đồng nghĩa với việc có thể làm giảm tính trầm trọng của bệnh, giảm tác động tiêu cực của bệnh tới thị giác và sức khỏe của bệnh nhân, giảm gánh nặng chi phí chữa trị, góp phần bảo tồn sức lao động.

Tiền sử dùng thuốc mắt không đúng chỉ định: Theo kết quả phân tích đơn biến trong nghiên cứu, có sự khác biệt có ý nghĩa giữa glôcôm GMNP với tiền sử dùng thuốc mắt không chỉ định của bác sỹ, nhóm từng dùng thuốc ≥ 1 lần/năm không theo chỉ định có nguy cơ mắc bệnh cao hơn 4,614 lần nhóm còn lại ($p < 0,001$). Trong mô hình hồi quy đa biến, dùng thuốc mắt không có chỉ định cũng đã được chứng minh được đây là một YTNC của bệnh (OR=4,785; $p < 0,001$). Như vậy việc dùng thuốc không theo chỉ định không những làm tăng tỷ lệ glôcôm thứ phát do thuốc (steroid, pilocarpin,...) mà còn làm tăng nguy cơ tổn hại do glôcôm. Việc thay đổi thói quen/hành vi lạm dụng thuốc trong cộng đồng, đặc biệt là không tự ý sử dụng thuốc mắt khi không có chỉ định của bác sỹ chuyên khoa có khả năng giảm bớt tỷ lệ mù lòa do bệnh.

Chơi thể thao/thể dục hàng tuần: Trong nghiên cứu này, chúng tôi dựa theo khuyến nghị toàn cầu về hoạt động thể chất cho sức khỏe của tổ chức WHO, nhóm chơi thể thao/tập thể dục là người có chơi thể thao vận động mạnh ≥ 75 phút/tuần hoặc chơi thể thao vận động vừa phải ≥ 150 phút/tuần [5]. Kết quả của nghiên cứu này chỉ ra có sự khác biệt tỷ lệ mắc glôcôm GMNP giữa nhóm có và không có chơi thể thao hàng tuần nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Tuy nhiên, yếu tố hoạt động thể lực vẫn là một yếu tố đáng quan tâm, kết quả

nghiên cứu vẫn có ý nghĩa tham khảo và gợi ý cần có thêm các nghiên cứu khác về tìm hiểu mối liên quan giữa hoạt động thể lực và glôcôm GMNP.

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu bệnh chứng đầu tiên tại Việt Nam đã chỉ ra được có mối quan hệ nhân quả giữa nhóm yếu tố hành vi và glôcôm GMNP. Kết quả mô hình hồi quy logistic đa biến cho thấy có 3 yếu tố hành vi là YTNC của bệnh, gồm: tiền sử HTL (OR=2,33), tiền sử khám mắt định kỳ (OR=0,48) và tiền sử dùng thuốc mắt không có chỉ định của bác sỹ (OR=4,79).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế và Cục Quản lý khám chữa bệnh (2015), *Báo cáo kết quả điều tra quốc gia đánh giá nhanh các bệnh gây mù có thể phòng tránh (RAAB) năm 2015*, Hà Nội.
2. Bonovasa, S., et al. (2004), "Epidemiological association between cigarette smoking and primary open angle glaucoma: a meta-analysis", *Journal of the royal institute of public health*, 118, pg. 256-261.
3. Garg, Pragati, et al. (2014), "A study on systemic risk factors for primary open angle glaucoma", *International journal of life science and pharma research*, 4(2), pg. 1-8.
4. Kim, Young Kook, et al. (2014), "Five-year incidence of primary open angle glaucoma and rate of progression in health center-based Korean population: The Gangnam eye study", *PLOS ONE*, 9(12), pg. 1-14.
5. Renard, Jean-Paul, et al. (2013), "Nutritional, lifestyle and environmental factors in ocular hypertension and primary open angle glaucoma: an exploratory case-control study", *Acta Ophthalmologica*, 91, pg. 505-513.
6. The World Health Organization *Physical activity, accessed, from* <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs385/en/>.
7. Vijaya, Lingam, et al. (2014), "Predictors for incidence of primary open-angle glaucoma in a South Indian population: The Chennai eye disease incidence study", *Ophthalmology*, 121(7), pg. 1370-1376.

THỊ GIÁC LẬP THỂ VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA TẬT KHÚC XẠ TỚI THỊ GIÁC LẬP THỂ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH KHỎE MẠNH

Đặng Thị Hồng Ánh¹, Nguyễn Thị Thu Hiền², Lê Đình Tùng¹

TÓM TẮT⁴³

Thị giác lập thể phát triển bình thường dựa vào thị giác hai mắt và có thể bị ảnh hưởng bởi các tật khúc xạ, nhược thị, lác. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu mô tả thị giác lập thể ở người bình thường khỏe mạnh là sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội và xác định ảnh hưởng của tật khúc xạ tới thị giác lập thể ở nhóm đối tượng này. **Phương pháp:** 457 sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội, tuổi 18 -22 được lựa chọn vào nghiên cứu và được chia làm 2 nhóm: nhóm không có tật khúc xạ (n = 210) và nhóm có tật khúc xạ (n = 247). Nhóm có tật khúc xạ được chia thành các nhóm nhỏ hơn: cận thị, viễn thị hay loạn thị. Thị giác lập thể được đo bằng bộ dụng cụ Butterfly test để đo thị lực lập thể dạng chấm và dạng đường viền. **Kết quả nghiên cứu:** Giá trị thị giác lập thể ở người trưởng thành, khỏe mạnh không có tật khúc xạ bằng 25 giây cung. Tật khúc xạ làm giảm thị giác lập thể dạng đường viền, mặc đồng thời 2 tật khúc xạ (cận - loạn) làm thị giác lập thể dạng đường viền kém hơn so với việc mắc 1 loại tật khúc xạ (cận thị) (p <0,05). Thị giác lập thể dạng đường viền giữa nhóm chỉ có một mắt mắc tật khúc xạ và cả hai mắt đều mắc tật khúc xạ không có sự khác biệt (p>0,05). Trong nhóm cận thị đơn thuần, mức độ cận thị không ảnh hưởng tới thị giác lập thể dạng đường viền (p > 0,05).

Từ khóa: Thị giác lập thể, tật khúc xạ, cận thị, loạn thị, viễn thị

SUMMARY

STEREOPSIS IN NORMAL ADULTS AND IMPACT OF REFRACTIVE ERRORS ON STEREOPSIS

Normal development of stereopsis is based on good binocular vision and might get disrupted by a number of factors like refractive errors, amblyopia and/or strabismus. The study was undertaken with the aim to identify stereoptic values and analyze impact of refractive errors on stereopsis in Year 1 medical students of Hanoi Medical University. **Methods:** 457 normal subjects aged between 18 - 22 years without any organic disorders were recruited in this study. Stereoacuity was demonstrated on Butterfly stereogram under standard conditions. Subjects were divided into two groups: normal subject without any refractive errors (n = 210) and refractive errors (n = 247). Further subgroups were made as per the type of

refractive error. Results: The normative stereopsis in healthy adult was 25 arches; subjects without any refractive errors retained better stereo acuity as compared to refractive error group (p< 0.05). Subjects with myopia in one eye retained better stereo acuity as compared to mixed refractive errors (myopia combine with astigmatism) (p<0.05); the difference was not significant with refractive in one eye and mixed refractive errors in both eyes; the severity of nearsightedness did not impact on stereopsis.

Key words: Refractive errors, Stereopsis, Butterfly stereogram, myopia, astigmatism

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong số những thuộc tính quan trọng nhất của thế giới vật chất xung quanh ta là sự tồn tại của không gian 3 chiều. Con người có thể trực tiếp cảm nhận không gian 3 chiều thông qua các giác quan như thị giác, xúc giác, khứu giác,... Khả năng cảm nhận không gian ba chiều thông qua thị giác gọi là thị giác lập thể - mức độ cao nhất của thị giác hai mắt[1]. Trên thế giới, nghiên cứu thị giác hai mắt nói chung và thị giác lập thể nói riêng đã được thực hiện từ rất nhiều năm trước đây. Thị giác lập thể được cho là một trong những yếu tố quan trọng góp phần cho sự thành công trong xã hội hiện đại. Việc có hay không có thị giác lập thể ảnh hưởng đến chất lượng công việc và liên quan trực tiếp đến nghề nghiệp: lái xe, phi công, bác sĩ, kiến trúc sư,...[2]. Có ít nhất mười hoạt động mà ở đó thị lực hai mắt tốt hơn một mắt: nhận diện chữ viết, phân biệt màu sắc, nhìn theo một vật, xâu chuỗi hạt, kiểm soát một tư thế nào đó, xâu kim, đổ nước, chạm vật bằng tay khi nhìn thấy bàn tay, chạm vật bằng tay khi không nhìn thấy bàn tay [1]. Mức độ thị giác lập thể ở người bình thường khỏe mạnh rất khác nhau giữa các nghiên cứu. Đối với người Việt Nam trưởng thành, khỏe mạnh, giá trị thị giác lập thể là bao nhiêu, liệu có giống với các nghiên cứu đã từng thực hiện trên chủng tộc khác hay không vẫn còn là một câu hỏi chưa có lời giải đáp. Với mong muốn tìm hiểu về lĩnh vực này, chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu "Thị giác lập thể và ảnh hưởng của tật khúc xạ tới mức độ thị giác lập thể ở người bình thường khỏe mạnh" với mục tiêu:

1. Mô tả mức độ thị giác lập thể ở người bình thường khỏe mạnh.
2. Xác định ảnh hưởng của tật khúc xạ tới mức độ thị giác lập thể ở nhóm đối tượng trên.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Tùng

Email: tung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu không xác suất.

2.2 Đối tượng nghiên cứu: 457 đối tượng nghiên cứu là sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2015 - 2016, khỏe mạnh, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Cỡ mẫu được xác định bằng công thức cho nghiên cứu mô tả cắt ngang với sai lầm loại I, $\alpha = 0,05$ và sai lầm loại II, $\beta = 0,2$, sai số chấp nhận trong nghiên cứu, $\Delta = 8$ giây cung, độ lệch chuẩn của $\sigma = 58,5$ giây cung [3]. Đối tượng được lựa chọn tham gia nghiên cứu có thị lực từng mắt và hai mắt sau chỉnh kính $\geq 8/10$, không bị lác, nhược thị, không có tiền sử điều trị các bệnh về mắt, chấn thương mắt, chấn thương sọ não. Loại trừ ra khỏi nghiên cứu các đối tượng có bệnh lý mắt ảnh hưởng đến thị lực và thị giác hai mắt, rối loạn vận động nhãn cầu, đối tượng không hợp tác. Tiêu chuẩn chia nhóm đối tượng dựa vào tật khúc xạ như sau:

+ Cận thị được phân loại theo mức độ: nhẹ ($< -3.00D$), trung bình ($-3.00-6.00D$) và nặng ($> -6.00D$).

+ Viễn thị được phân loại viễn thị theo mức độ: nhẹ ($< +2.00 D$), trung bình ($+2.00 - +5.00 D$) và nặng ($> +5.00 D$).

+ Loạn thị.

- **Phương tiện nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn Sinh lý học - Trường Đại học Y Hà Nội. Phòng nghiên cứu sử dụng nguồn sáng là ánh sáng trắng. Bảng thị lực Landolt. Bộ dụng cụ: Butterfly stereo test gồm hai bảng: hình con bướm, bảng thị lực lập thể dạng chấm ngẫu nhiên và các vòng tròn xếp thành 10 nhóm, bảng thị lực lập thể dạng đường viền và kính phân cực giúp cho hình ảnh gửi đến mắt phải và mắt trái là hai hình ảnh tách biệt tương ứng với góc lệch bên trái và bên phải. Bộ phiếu thu thập số liệu.

3.2.3. Giá trị thị giác lập thể giữa các nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Mô tả giá trị thị giác lập thể dạng đường viền của nhóm, phân nhóm đối tượng nghiên cứu

Nhóm	Trung vị (giây cung)	Giá trị trung bình (giây cung)	Khoảng tin cậy 95%	Độ lệch chuẩn (SD)
Chung (n = 457)	25	41,78	38,36 – 45,19	37,123
Không có tật khúc xạ (n = 210)	25	38,9	33,79 – 44,01	37,300
Có tật khúc xạ (n = 247)	32	44,23	39,62 – 48,84	36,934

Kết quả được trình bày ở bảng 3.1 cho thấy giá trị thị giác lập thể dạng đường viền của nhóm không có tật khúc xạ và nhóm chung là 25 giây cung, nhóm có tật khúc xạ là 32 giây cung.

- **Chỉ số nghiên cứu:** Tần số các giá trị thị giác lập thể; trung bình, trung vị, phương sai, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất của thị lực lập thể và liên quan giữa thị giác lập thể với các yếu tố liên quan.

2.3 Phân tích và xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm EpiData. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20. Số liệu phân bố không chuẩn, kết quả được trình bày dưới dạng trung vị (giá trị nhỏ nhất – giá trị lớn nhất). Xác định mối liên hệ giữa thị giác lập thể với các yếu tố liên quan giữa hai nhóm bằng kiểm định Mann-Whitney, giữa 3 nhóm trở lên bằng kiểm định Kruskal- Wallis. Với $p < 0,05$ được cho là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: 457 đối tượng nghiên cứu gồm 64% nữ, 36% nam. Tuổi trung bình là $19,1 \pm 0,2$ (thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 22 tuổi), có tật khúc xạ 48% và không có tật khúc xạ 52%. Trong nhóm có tật khúc xạ, có tật khúc xạ ở một bên mắt 2,8% và chỉ mắc cận thị; cả 2 mắt có tật khúc xạ 97,2%. Trong nhóm chỉ mắc tật cận thị, tỉ lệ cận nhẹ và cận trung bình gần bằng nhau và chiếm chủ yếu, cận nặng chiếm tỉ lệ ít nhất (5%).

3.2. Kết quả đo thị giác lập thể

3.2.1. Giá trị thị giác lập thể dạng chấm ngẫu nhiên trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu cho thấy toàn bộ đối tượng đạt giá trị thị giác lập thể dạng chấm ngẫu nhiên thấp nhất là 700 giây cung, không có đối tượng nào ở mức 2000 hay 1150 giây cung.

3.2.2. Giá trị thị giác lập thể dạng đường viền trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu: Kết quả được trình bày ở biểu đồ 3.1 cho thấy phần lớn giá trị thị giác lập thể tập trung ở khoảng dưới 32 giây cung, chiếm nhiều nhất là 25 giây cung, sau đó lần lượt là 20 giây cung và 32 giây cung. Giá trị thị lực lập thể rải rác khoảng 40 đến 160 giây cung.

3.3. Môi trường quan giữa mức độ thị giác lập thể và một số yếu tố

Do toàn bộ đối tượng nghiên cứu đều đạt giá trị thị giác lập thể dạng chấm ngẫu nhiên thấp nhất là 700 giây cung. Vì vậy, khi tìm hiểu mối tương quan giữa thị giác lập thể và các yếu tố, chúng tôi chỉ thực hiện với thị giác lập thể dạng đường viền.

Bảng 3.2. Môi trường quan giữa mức độ thị giác lập thể dạng đường viền và đặc điểm giới tính của nhóm đối tượng nghiên cứu.

Nhóm	Nam giới (n = 165)	Nữ giới (n = 292)	P
Giá trị của thị giác lập thể (giây cung)	32 (20- 200)	25 (20- 400)	0,021

Kết quả thể hiện ở bảng 3.2 cho thấy giá trị thị giác lập thể dạng đường viền ở nữ giới thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với ở nam giới ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Môi trường quan giữa mức độ thị giác lập thể dạng đường viền và việc có hay không có tật khúc xạ

Nhóm	Không có tật khúc xạ (n = 210)	Có tật khúc xạ (n = 247)	P
Giá trị thị giác lập thể (giây cung)	25 (20 - 400)	32 (20 - 400)	0,009

Kết quả được trình bày ở bảng 3.3 cho thấy giá trị thị giác lập thể dạng đường viền ở nhóm không có tật khúc xạ thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm có tật khúc xạ ($p < 0,05$).

Bảng 3.4. Môi trường quan giữa mức độ thị giác lập thể dạng đường viền giữa nhóm chỉ 1 mắt có tật khúc xạ và nhóm 2 mắt đều mắc tật khúc xạ

Nhóm	Giá trị thị giác lập thể (giây cung)
Có tật khúc xạ ở 1 mắt (n = 7)	25 (20 - 32)
Có tật khúc xạ ở 2 mắt (n = 240)	25 (20 - 400)
p	0,074

Kết quả được trình bày ở bảng 3.4 cho thấy giá trị thị giác lập thể dạng đường viền giữa nhóm chỉ 1 mắt có tật khúc xạ và nhóm 2 mắt đều có tật khúc xạ là tương đương nhau ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Mức độ thị giác lập thể dạng đường viền giữa nhóm cận và cận - loạn trong nhóm cả 2 mắt đều có tật khúc xạ

Nhóm	Giá trị thị giác lập thể (giây cung)
Cận (n = 224)	25 (20 - 160)
Cận - loạn (n = 19)	50 (20 - 160)
p	0,003

Kết quả được trình bày ở bảng 3.5 cho thấy giá trị thị giác lập thể dạng đường viền ở nhóm cận - loạn lớn hơn nhóm cận thị đơn thuần có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Tương quan giữa mức độ thị giác lập thể dạng đường viền và mức độ nặng của cận thị

Nhóm	Giá trị thị giác lập thể (giây cung)
Cận nhẹ (n = 100)	25 (20 - 160)
Cận trung bình (n = 113)	25 (20 - 160)
Cận nặng (n = 11)	32 (25 - 100)
p	0,340

Kết quả được trình bày ở bảng 3.6 cho thấy giá trị thị giác lập thể dạng đường viền ở nhóm cận nặng (32 giây cung) lớn hơn nhóm cận nhẹ và cận trung bình (cùng là 25 giây cung) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: đối tượng là sinh viên Y1 Trường Đại học Y Hà Nội, thấp nhất là 18 tuổi, cao nhất là 22 tuổi, đây là độ tuổi mà thị giác lập thể dạng đường viền đã hình thành đầy đủ [3]. Một số nghiên cứu trước đây cho thấy nhìn mờ do tật khúc xạ ảnh hưởng tới thị giác lập thể [1]. Vì vậy, chúng tôi chia đối tượng nghiên cứu thành 2 nhóm: nhóm không

có tật khúc xạ và nhóm có tật khúc xạ. Nhóm có tật khúc xạ ở một bên mắt chiếm tỉ lệ rất thấp (2,8%), trong đó 100% tật khúc xạ là cận thị. Nhóm đối tượng cả 2 mắt có tật khúc xạ chiếm đa số (97,2%). Trong nhóm mắc đồng thời 2 loại tật khúc xạ, nhóm cận - loạn gặp nhiều hơn 2 nhóm còn lại (nhóm cận - viễn, nhóm loạn - viễn). Nghiên cứu của chúng tôi so sánh giữa nhóm chỉ có một mắt có tật khúc xạ và nhóm cả

hai mắt đều có tật khúc xạ; giữa nhóm mắc một loại tật khúc xạ và mắc hai loại tật khúc xạ; giữa các nhóm có mức độ cận đơn thuần khác nhau (nhẹ, trung bình và nặng).

Kết quả thị giác lập thể dạng chấm ngẫu nhiên và dạng đường viền của đối tượng nghiên cứu: Thị giác lập thể dạng chấm ngẫu nhiên được xác định bằng việc đối tượng nhìn thấy hay không nhìn thấy hình ảnh con bướm. Giá trị thị giác lập thể dạng chấm ngẫu nhiên ở tất cả các đối tượng nghiên cứu đều là 700 giây cung. Kết quả này kém hơn so với nghiên cứu sử dụng dụng cụ TNO test xác định giá trị thị giác lập thể dạng chấm ngẫu nhiên [4]. Sự khác biệt này là do bộ dụng cụ của chúng tôi chỉ thiết kế để xác định đối tượng có hay không có loại thị giác lập thể này và có giá trị quan trọng để khẳng định thị giác lập thể dạng đường viền là do sử dụng cả hai mắt. Thị giác lập thể dạng đường viền có thể được nhìn bởi thị giác một mắt hoặc hai mắt. Ở nghiên cứu này, giá trị thị giác lập thể dạng đường viền ở nhóm không có tật khúc xạ là 25 giây cung. Giá trị này tốt hơn so với các nghiên cứu trước đây công bố giá trị bình thường của thị giác lập thể dạng đường viền là 40 giây cung [1],[4]. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về bộ dụng cụ sử dụng để đo thị giác lập thể. Chúng tôi sử dụng bộ dụng cụ Butterfly test, đã được cải tiến có mức thị giác lập thể dạng đường viền thấp nhất là 20 giây cung, ghi nhận lại được những đối tượng có mức thị giác lập thể dạng đường viền thấp hơn hay tốt hơn so với bộ dụng cụ Titmus test (40 giây cung) được sử dụng trong các nghiên cứu trên. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về thị giác lập thể dạng đường viền theo giới tính. Thị giác lập thể dạng đường viền của nữ tốt hơn nam ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với kết quả của các tác giả khác [5],[6] nhưng khác với kết quả nghiên cứu ở trẻ em từ 5 đến 10 tuổi khi kết luận không có sự khác biệt giữa nam và nữ [7]. Có lẽ do chúng tôi sử dụng bộ dụng cụ là Butterfly test với giá trị thị giác lập thể thấp nhất đo được là 20 giây cung, trong khi các nghiên cứu khác sử dụng bộ dụng cụ là Frisby test, và Lang test với ngưỡng thị giác lập thể thấp nhất đo được lần lượt là 85 giây cung và 200 giây cung. Nghiên cứu sử dụng bộ dụng cụ là Frisby test sẽ thu được giá trị thị giác lập thể tốt hơn và gần với giá trị của chúng tôi hơn. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 đối tượng (chiếm 0,43%) không đạt được mức giá trị 200

giây cung, mức giá trị nhỏ nhất mà bộ dụng cụ Lang test có thể đo được. Nghiên cứu ảnh hưởng của tật khúc xạ đến thị giác lập thể, kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm không có tật khúc xạ có thị giác lập thể dạng đường viền tốt hơn nhóm có tật khúc xạ ($p < 0,05$). Một vài công bố trước đây chỉ ra sự mờ của hình ảnh do tật khúc xạ chưa được khắc phục ảnh hưởng tới thị giác lập thể dạng đường viền [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đối tượng đã được khắc phục tật khúc xạ để đạt thị lực $\geq 8/10$ nhưng giá trị thị giác lập thể vẫn có sự khác biệt. Chúng tôi cho rằng ngoài yếu tố hình ảnh bị mờ do tật khúc xạ, còn có ảnh hưởng của yếu tố khác lên mắt có tật khúc xạ làm giảm mức độ thị giác lập thể. Thị giác lập thể dạng đường viền giữa nhóm chỉ 1 mắt mắc tật khúc xạ và 2 mắt cùng mắc tật khúc xạ không khác biệt ($p > 0,05$). So sánh thị giác lập thể giữa nhóm cận thị và nhóm cận - loạn thị, kết quả cho thấy nhóm cận thị có thị giác lập thể dạng đường viền (25 giây cung) tốt hơn với nhóm cận - loạn thị (50 giây cung). Chúng tôi cho rằng trong các yếu tố ảnh hưởng đến thị giác lập thể dạng đường viền thì tật loạn thị ảnh hưởng lớn hơn nhiều so với tật cận thị và viễn thị. Ở đối tượng loạn thị, điều tiết để nhìn rõ không thể thực hiện được cùng lúc trên cả kinh tuyến chính và phụ. Vì vậy, mắt liên tục điều tiết thay đổi giữa 2 kinh tuyến hoặc cố gắng xóa đi một kinh tuyến và sau đó chỉ nhìn trên 1 kinh tuyến. Còn đối với cận thị đơn thuần thì 2 mắt chỉ cần điều tiết theo một trục trước sau nên dễ dàng tạo ảnh rõ nét trên võng mạc [1]. Đánh giá mức độ cận thị đến thị giác lập thể, chúng tôi chia đối tượng thành 3 nhóm với mức cận thị khác nhau (nhẹ, trung bình và nặng), kết quả cho thấy nhóm cận nặng có thị giác lập thể (32 giây cung) kém hơn 2 nhóm cận nhẹ và cận trung bình (25 giây cung), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

1. Giá trị thị giác lập thể ở người trưởng thành, khỏe mạnh không có tật khúc xạ bằng 25 giây cung.

2. Tật khúc xạ làm giảm thị giác lập thể dạng đường viền, mắc đồng thời 2 tật khúc xạ (cận - loạn) làm thị giác lập thể dạng đường viền kém hơn so với việc mắc 1 loại tật khúc xạ (cận thị) ($p < 0,05$). Thị giác lập thể dạng đường viền giữa nhóm chỉ có một mắt mắc tật khúc xạ và cả hai mắt đều mắc tật khúc xạ không có sự khác biệt

($p > 0,05$). Trong nhóm cận thị đơn thuần, mức độ cận thị không ảnh hưởng tới thị giác lập thể dạng đường viền ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. William J. Benjamin et al. (2006). *Borish's Clinical Refraction 2nd edition*, pp. 954-960.
2. Merrick J. Moseley, Alistair R. Fielder, et al. (1996). Does stereopsis matter in human?, *Eye Journal*, pp. 233-238.
3. G. Heron et al. (1985). Stereoscopic Threshold in Children and Adults, *American Journal of Optometry and Physiological Optics*. 62, pp. 505-515.
4. James Kundart Hamed Momeni - Moghadam, Marzich Ehsani, et al. (2011). The Comparison of Stereopsis with TNO and Titmus Tests in Symptomatic and Asymptomatic University Students, *Journal of Behavioral Optometry*. pp. 35-39.
5. Ali Reza Jafari Danial Shafiee, Ali Akbar Shafiee (2014). Correlation between Interpupillary Distance and stereo acuity, *Bulletin of Environment, Pharmacology and Life Sciences*, pp. 26 -33.
6. Vjekoslav Majdak (2015). *Influence of Physiological Factors on Stereopsis*, Aalen University.
7. Largo RH; Schmid M (1986). Visual acuity and stereopsis between the ages of 5 and 10 years. A cross-sectional study., *European Journal of Pediatrics*, pp. 475 -479.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỰ THAY ĐỔI CHỨC NĂNG THẬN TỒN DƯ Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG LIÊN TỤC NGOẠI TRÚ

Đặng Thị Việt Hà^{1,2}, Nguyễn Thị Hải^{1,2},
Đỗ Gia Tuyền^{1,2}, Mai Thị Hiền²

TÓM TẮT⁴⁴

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi chức năng thận tồn dư ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD). **Đối tượng:** 106 bệnh nhân đang điều trị thay thế thận suy bằng phương pháp CAPD. **Phương pháp:** mô tả tiến cứu, đánh giá chức năng thận tồn dư ở 2 thời điểm bắt đầu nghiên cứu (M0) và sau 6 tháng (M1). **Kết quả:** chức năng thận tồn dư M0: $3,98 \pm 2,22$ và M1: $2,75 \pm 1,95$ ml/ph/1,73m²da, giảm dần theo thời gian ($p < 0,001$). Sự thay đổi chức năng thận tồn dư sau 6 tháng tương quan thuận với chức năng thận tồn dư thời điểm M0 và acid uric máu, tương quan nghịch với thời gian lọc màng bụng. Thời gian lọc màng bụng, chức năng thận tồn dư thời điểm M0, huyết áp và acid uric máu tương quan độc lập với thay đổi chức năng thận tồn dư ($p < 0,05$). **Kết luận:** Chức năng thận tồn dư giảm dần theo thời gian, thời gian lọc màng bụng dài, HA cao, acid uric máu cao là các yếu tố làm chức năng thận tồn dư giảm nhanh hơn.

Từ khóa: Chức năng thận tồn dư, lọc màng bụng liên tục ngoại trú.

SUMMARY

EVALUATE SOME FACTORS RELATED TO THE CHANGE OF RESIDUAL RENAL FUNCTION OF PATIENTS WITH CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

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:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Objective: Evaluate some factors related to the change of residual renal function (RRF) of patients with continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD). **Methods:** A prospective study was carried on 106 patients with CAPD. The study results were taken at the beginning of the study (M0) and after 6 months (M1). **Results:** RRF at M0: $3,98 \pm 2,22$ and M1: $2,75 \pm 1,95$ ml/min/1,73m², gradually reduced by time ($p < 0,001$). The change in residual renal function after 6 months correlated with residual renal function point M0 and uric acid, inversely correlated with peritoneal filter time. Time abdominal membrane filtration, residual renal function M0 time, blood pressure and blood uric acid independently correlated with changes of residual renal function ($p < 0,05$). **Conclusions:** Residual renal function gradually reduced by time. The long duration of peritoneal dialysis, high BP and elevated blood uric acid was the independent factors that made RRF reduce faster.

Key Words: Residual renal function, continuous ambulatory peritoneal dialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc màng bụng là một trong những phương pháp được sử dụng để điều trị thay thế thận suy (MLCT < 15ml/ph/1,73m²da). Ở các nước đang phát triển như Việt Nam, khi ghép thận còn nhiều khó khăn và thận nhân tạo chỉ được thực hiện ở các trung tâm y tế lớn thì lọc màng bụng là một phương pháp có hiệu quả với chi phí hợp lý. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh lọc màng bụng giúp bệnh nhân bảo tồn chức năng thận tồn dư (chức năng còn lại tự nhiên của 2 thận) qua đó giúp cải thiện độ thanh thải, tình trạng đào thải dịch, giúp kiểm soát huyết áp, hạn chế các biến chứng thiếu máu, nhiễm trùng, cường

cận giáp trạng thứ phát... cải thiện tiên lượng sống, chất lượng cuộc sống[1]. Hiểu rõ tầm quan trọng của chức năng thận tồn dư, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã được tiến hành nhằm tìm hiểu các yếu tố liên quan chức năng thận tồn dư, như tình trạng suy tim, tụt HA, tiền sử ĐTĐ, biến chứng viêm phúc mạc, protein niệu cao...[2] là các yếu tố làm mất chức năng thận tồn dư nhanh hơn, hay sử dụng thuốc ức chế men chuyển/ức chế thụ thể AT1 (ỨCMC/ỨCTT AT1) có thể giúp bảo vệ chức năng thận tồn dư[3]. Ở Việt Nam, cho đến thời điểm hiện tại, chưa có nhiều nghiên cứu về vai trò cũng như các yếu tố ảnh hưởng đến chức năng thận tồn dư, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến chức năng thận tồn dư ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngọai trú.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Các bệnh nhân đang được điều trị thay thế bằng phương pháp CAPD ở khoa Thận tiết niệu BV Bạch Mai, còn chức năng thận tồn dư (thể tích nước tiểu 24 giờ \geq 200ml).

+ Thời điểm M0 (bắt đầu nghiên cứu): 106 bệnh nhân còn chức năng thận tồn dư

+ Thời điểm M6 (sau 6 tháng): 89 bệnh nhân còn chức năng thận tồn dư

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Số BN nghiên cứu	n = 106
Tuổi	41,70 \pm 13,85
Giới (nam)	N = 66, 62,3%
BIM(Kg/m ²)	20,44 \pm 2,43
Nguyên nhân suy thận mạn (n,%)	
- Viêm cầu thận mạn	n = 96 (90,5%)
- Viêm thận bể thận mạn	n = 3 (2,8%)
- Đái tháo đường	n = 7 (6,7%)
Thời gian LMB (tháng)	19,29 \pm 22,59
Tỷ lệ viêm phúc mạc(n,%)	n = 24 (22,6%)
Tỷ lệ tăng huyết áp(n,%)	n = 59 (55,7%)
Tỷ lệ thiếu máu (n,%)	n = 74 (69,5%)

Bảng 2. Sự thay đổi chức năng thận tồn dư, thể tích nước tiểu 24 giờ, ure và creatinin sau 6 tháng

Chỉ số	Thời điểm	M0 (n= 106)	M1 (n = 89)	p
RRF (ml/ph/1,73m ² da)		3,98 \pm 2,22	2,75 \pm 1,95	< 0,001
V nước tiểu 24h (ml)		870,28 \pm 388,88	663,68 \pm 390,82	< 0,001
Ure (mmol/L)		15,46 \pm 4,81	16,91 \pm 5,65	< 0,05
Creatinin (μ mol/L)		675,84 \pm 211,10	736,28 \pm 214,70	< 0,001

Nhận xét: Chức năng thận tồn dư và thể tích nước tiểu 24 giờ giảm dần theo thời gian ($p < 0,001$). Ure và creatinin máu tăng dần theo thời gian nghiên cứu ($p < 0,05$).

1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có thể tích nước tiểu 24 giờ < 200ml hoặc các bệnh nhân đã điều trị thay thế bằng phương pháp thận nhân tạo chu kỳ trước đó.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

- Các bước tiến hành:

+ Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, đánh giá các thông số tuổi, giới, nguyên nhân suy thận, thời gian CAPD, số lần bị viêm phúc mạc, huyết áp, toàn trạng, các thuốc điều trị đang dùng, số lượng nước tiểu, dịch vào và dịch ra 24h.

+ Bệnh nhân được hướng dẫn thu thập nước tiểu 24 giờ, bảo quản nước tiểu bằng acid HCl 1%, sau 24 giờ theo dõi lấy một mẫu nước tiểu này làm xét nghiệm định lượng ure và creatinin niệu. Cùng thời điểm này, bệnh nhân được lấy máu để làm xét nghiệm công thức máu (đánh giá HC, Hb), ure, creatinin, acid uric và calci máu toàn phần.

+Chức năng thận tồn dư được tính dựa vào trung bình độ thanh thải ure và creatinin niệu

+Đánh giá chức năng thận tồn dư ở 2 thời điểm: bắt đầu nghiên cứu (M0) và sau 6 tháng (M1).

3. Xử lý số liệu:

- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Sử dụng các thuật toán so sánh trung bình của 2 nhóm, sử dụng mô hình hồi quy đơn biến, đa biến để tìm mối tương quan giữa các yếu tố.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi chức năng thận tồn dư sau 6 tháng

Yếu tố liên quan	Hồi quy đơn biến		Hồi quy đa biến	
	r	p	β	p
Thời gian LMB	- 0,345	< 0,05	- 0,209	< 0,05
Tuổi	- 0,115	> 0,05	0,004	> 0,05
BMI	- 0,131	> 0,05	0,03	> 0,05
Huyết áp	0,244	> 0,05	0,276	< 0,05
Tần suất viêm phúc mạc	0,098	> 0,05	0,132	> 0,05
Thuốc lợi tiểu (Có/không)	- 0,042	> 0,05	- 0,044	> 0,05
Thuốc UCMC/UCTTAT1(Có/không)	- 0,006	> 0,05	- 0,013	> 0,05
RRF (M0)	0,449	< 0,001	0,478	< 0,001
Hemoglobin (Hb)	- 0,066	> 0,05	- 0,069	> 0,05
Acid Uric	0,212	< 0,05	0,24	< 0,05
Calci	- 0,037	> 0,05	- 0,096	> 0,05

(Ghi chú: *Ước chế men chuyển/ ước chế thụ thể AT1:UCMC/UCTTAT1; RRF: chức năng thận tồn dư*).

Nhận xét: Sự thay đổi chức năng thận tồn dư sau 6 tháng có mối tương quan độc lập với thời gian lọc màng bụng, HA, chức năng thận tồn dư ban đầu M0 và acid uric máu ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 106 bệnh nhân đang điều trị thay thế thận suy bằng phương pháp CAPD. Kết quả từ bảng 1 cho thấy nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là $41,70 \pm 13,85$, tương tự như một số nghiên cứu trên đối tượng CAPD ở trong nước [4]. BMI của nhóm nghiên cứu nằm trong giới hạn của người bình thường Việt Nam, chứng tỏ tình trạng bệnh mạn tính, ăn uống kiêng khem không ảnh hưởng nhiều đến thể lực của bệnh nhân. Nguyên nhân suy thận mạn chủ yếu trong nghiên cứu của chúng tôi là viêm cầu thận mạn (90,5%), phù hợp với mô hình bệnh tật trong nước. Mặc dù đã được theo dõi và điều trị, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân THA và thiếu máu còn chiếm tỷ lệ cao (55,7 và 69,5%). Đây là 2 triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân suy thận mạn, điều trị thay thế có thể giúp làm giảm mức độ nặng của bệnh tuy nhiên kiểm soát HA và thiếu máu vẫn còn là vấn đề nan giải.

Sau 6 tháng theo dõi, có 16 bệnh nhân mất chức năng thận tồn dư (thể tích nước tiểu 24 giờ < 200ml) và 1 bệnh nhân chuyển sang phương pháp thận nhân tạo sau viêm phúc mạc 2 lần. Nhóm mất chức năng thận tồn dư chủ yếu (62,5%) là các bệnh nhân có thể tích nước tiểu 24 giờ < 400ml có chức năng thận tồn dư tính theo độ thanh thải ure và creatinin < 1 ml/ph/1,73m² da. Những bệnh nhân còn lại mất chức năng thận tồn dư nhanh do HA quá cao hoặc quá thấp, sau viêm phúc mạc, thiếu máu nặng... đây đều là các yếu tố có ảnh hưởng xấu đến chức năng thận tồn dư.

Chức năng thận tồn dư thời điểm khởi đầu nghiên cứu là $3,98 \pm 2,22$ ml/ph/1,73m² da và

giảm dần sau 6 tháng theo dõi ($p < 0,001$) (bảng 2). Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu trong nước và trên thế giới [4],[6]. Có sự suy giảm chức năng thận tồn dư theo thời gian là do các cầu thận tiếp tục xơ hóa cho đến khi thận mất toàn bộ chức năng, ảnh hưởng của tình trạng thiếu máu, THA, nhiễm trùng... Cùng với sự suy giảm chức năng thận tồn dư, thể tích nước tiểu 24 giờ giảm dần, ure và creatinin máu tăng dần theo thời gian theo dõi ($p < 0,05$) (bảng 2).

Sự thay đổi chức năng thận tồn dư có mối tương nghịch với thời gian lọc màng bụng, tương quan thuận chức năng thận tồn dư thời điểm M0 và acid uric máu (bảng 3). Theo phương pháp hồi quy đa biến chúng tôi đã nhận định được thời gian lọc màng bụng, chức năng thận tồn dư thời điểm M0, huyết áp và acid uric máu là các yếu tố nguy cơ độc lập đối với sự thay đổi chức năng thận tồn dư (bảng 3). Nhiều nghiên cứu cũng đã chứng minh tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ làm suy giảm chức năng thận. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả huyết áp cao làm chức năng thận tồn dư mất nhanh hơn, đó là do huyết áp cao gây ảnh hưởng đến trương lực mạch máu, làm giảm dòng máu đến thận và làm quá trình xơ hóa cầu thận xảy ra nhanh hơn.

Kết quả từ một số nghiên cứu cho thấy mức lọc cầu thận nền càng cao thì tốc độ suy giảm chức năng thận tồn dư càng nhanh như nghiên cứu của David W. Jonhson [7], Chia- Te Liao [2], tuy nhiên chưa có một cơ chế nào thực sự rõ ràng để giải thích cho mối liên quan này.

Acid uric máu cao cũng là yếu tố nguy cơ làm chức năng thận tồn dư mất nhanh hơn. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Jung Tak Park [6], đó là do acid

uric gây tổn thương tiểu động mạch đến, hoạt hóa quá trình viêm ở thận dẫn đến sự tăng hoạt động của hệ RAS và COX-2, làm ảnh hưởng đến sự tưới máu thận.

Thời gian lọc màng bụng càng dài thì tốc độ giảm chức năng thận tồn dư chậm hơn. Điều này có thể là do mức lọc cầu thận nền ở những bệnh nhân lọc màng bụng dài thường thấp, do đó sự mất chức năng thận tồn dư diễn ra chậm hơn. Có thể do thời gian theo dõi ngắn, chúng tôi không tìm thấy mối tương quan giữa chức năng thận tồn dư với tuổi, BMI, tình trạng thiếu máu, viêm phúc mạc, sử dụng thuốc lợi tiểu và thuốc UCMC/UCTT AT1.

V. KẾT LUẬN

Qua quá trình theo dõi chức năng thận tồn dư ở 106 bệnh nhân CAPD, chúng tôi nhận thấy chức năng thận tồn dư giảm dần theo thời gian lọc màng bụng. Sự thay đổi chức năng thận tồn dư sau 6 tháng có mối tương quan độc lập với thời gian lọc màng bụng, HA, chức năng thận tồn dư ban đầu (M0) và acid uric máu. Không thấy mối liên quan giữa Chức năng thận tồn dư với BMI, tuổi, tình trạng thiếu máu, viêm phúc mạc, sử dụng thuốc lợi tiểu và thuốc UCMC/UCTT AT1.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nongnuch. A., Assanatham M., Panorchan K., Davenport A., *Strategies for preserving residual renal function in peritoneal dialysis patients*. Clinical Kidney Journal, 2015. 8(2): p. 202-211.
2. Johnson, D.W., Mudge DW, Sturtevant JM, Hawley CM, *Predictors of decline of residual renal function in new peritoneal dialysis patients*. Peritoneal Dialysis International, 2003. 23(3): p. 276-283.
3. Zhang L1, Zeng X, Fu P, Wu HM., *Angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers for preserving residual kidney function in peritoneal dialysis patients*. 2014, Jun 23;(6).
4. Đinh Thị Kim Dung, Đỗ Gia Tuyên, *Nghiên cứu sự thay đổi CNTTĐ và mối liên quan với hiệu quả điều trị ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú*. Y học lâm sàng, 2010: p. 17- 21.
5. Burkart, J. and Bargman J., *Adequacy of peritoneal dialysis, including fluid balance*, in *Nolph and Gokal's textbook of peritoneal dialysis*. 2009, Springer. p. 469-503.
6. Park, J.T., Kim D.K., Chang T.I. et al, *Uric acid is associated with the rate of residual renal function decline in peritoneal dialysis patients*. Nephrology Dialysis Transplantation, 2009. 24(11): p. 3520-3525.
7. Liao C.T., Shiao C.C., Huang J.W. et al., *Predictors of faster decline of residual renal function in Taiwanese peritoneal dialysis patients*. Peritoneal Dialysis International, 2008. 28(Supplement 3): p. S191-S195.

NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CẤP TÍNH, BÁN TRƯỜNG ĐIỂN CỦA NỌC ONG TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Cần Văn Mão*, Nguyễn Minh Núi**

Từ khóa: Nọc ong, độc tính cấp và bán trường diễn.

TÓM TẮT⁴⁵

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thử độc tính cấp và bán trường diễn của nọc ong trên động vật thực nghiệm. Kết quả cho thấy: Với độc tính cấp tính, LD50% được xác định có giá trị 23.33 mg/kg. Với độc tính bán trường diễn, tiêm bắp nọc ong với liều 2mg/kg và 6mg/Kg không ảnh hưởng đến tình trạng chung, chức năng tạo máu, chức năng gan và thận cũng như hình ảnh đại thể, vi thể của gan và thận trên động vật thực nghiệm. Kết quả này cho thấy nọc ong là an toàn khi sử dụng trên động vật thực nghiệm. Đây là cơ sở cho phép chúng tôi tiếp tục thực hiện các nghiên cứu tiếp theo để ứng dụng nọc ong trên lâm sàng.

*Bộ môn Sinh lý học, Học Viện Quân Y

**Khoa Khớp, Nội tiết, Viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Cần Văn Mão

Email: canvanmao@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2017

Ngày duyệt bài: 27.3.2017

SUMMARY

STUDY ON ACUTE AND SUBCHRONIC TOXICITY OF BEEVERNOM IN EXPERIMENTAL ANIMALS

In the present study, we investigated acute and subchronic toxicities of the bee venom in experimental animals. Results showed that: in study of the acute toxicity, LD50% was 23.33 mg/kg. In study of the subchronic toxicity, injections of bee venom with doses 2mg/Kg and 6mg/Kg have little effects to general conditions of animals, the complete blood count, liver and kidney functions as well as histological images of livers and kidneys between one saline treated group and two bee venom treated groups ($p > 0,05$). These results indicated that bee venom is safe in experimental animals. This is basis for us to conduct further studies to apply bee venom for treatment in humans.

Keywords: bee venom, acute and subchronic toxicities, experimental animals

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nọc ong là độc tố do ong tiết ra, có vai trò quan trọng trong việc bảo vệ ong khỏi kẻ thù [1]. Những năm gần đây, người ta thấy rằng nọc ong có chứa rất nhiều các chất có hoạt tính sinh học như các enzym và các peptid... [2]. Những hoạt tính của các chất này đã được nghiên cứu để chữa một số bệnh trên người như tác dụng chống viêm, giảm đau... [3,4,5]. Tuy nhiên, nọc ong không thể sử dụng với liều lượng cao và là chất dễ gây dị ứng. Do đó, trong chỉ định điều trị bệnh bằng nọc ong phải tuân thủ nghiêm ngặt về liều lượng và cách dùng.

Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu này được thực hiện để nghiên cứu phương pháp tách chiết cũng như các tác dụng chống viêm, giảm đau của nọc ong trên động vật thực nghiệm cũng như trên người. Chúng tôi bước đầu đã tiến hành nghiên cứu các thành phần của nọc ong rùng và tách chiết những thành phần gây dị ứng chủ yếu của nọc ong. Để làm cơ sở cho sử dụng trên người, nọc ong sau xử lý cần được đánh giá độc tính trên động vật thực nghiệm. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *đánh giá độc tính cấp và bán cấp tính của nọc ong sau xử lý trên động vật thực nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chuột cống trắng chủng Wistar và nhắt trắng chủng Swiss, cả 2 giống, trưởng thành, khoẻ mạnh, do Ban chăn nuôi Học viện Quân Y cung cấp. Chuột được nuôi trong phòng thí nghiệm của Bộ môn Sinh lý học 5-7 ngày trước khi nghiên cứu và trong suốt thời gian nghiên cứu chuột được ăn và uống nước tự do.

2.2. Nguyên liệu và phương tiện nghiên cứu

- *Nguyên liệu:* Nọc ong được lấy từ mật ong rùng và được xử lý bởi khoa Hóa Dược, trường ĐHQG TP.Hồ Chí Minh. Nọc ong dạng bột dạng bột được hòa tan trong nước muối sinh lý và tiêm bắp thịt vào đùi chuột.

- *Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu:* Máy Sinh hóa bán tự động BTS 350 và các kit định lượng Kit định lượng các enzym GOT, GPT, Urea, Creatinin. Máy phân tích huyết học và dung dịch xét nghiệm máu Swelab Alpha, Hãng Swelab, Thụy Điển, Sản xuất năm 2014. Dung dịch NaCl 0,9% được sản xuất bởi Euro-Med, Philippine.

Bảng 3.1. Kết quả xác định LD50 của nọc ong

Lô chuột	n	Liều (ml/kg)	Tỷ lệ chết (%)	Dấu hiệu bất thường khác
Lô 1	6	16	2	Xù lông, ít vận động
Lô 2	6	20	2	Xù lông, ít vận động

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

2.3.1. Độc tính bán cấp: Nghiên cứu độc tính cấp, xác định LD50 của nọc ong trên chuột nhắt trắng bằng đường tiêm bắp chuột. Nọc ong được tiêm với liều tăng dần trong cùng một thể tích để xác định liều thấp nhất gây chết 100% chuột và liều cao nhất không gây chết chuột. Theo dõi tình trạng chung của chuột, các dấu hiệu nhiễm độc (như nôn, co giật, kích động, bài tiết...) và số lượng chuột chết trong vòng 72 giờ sau khi tiêm thuốc. Sau đó tiếp tục theo dõi tình trạng của chuột đến hết ngày thứ 7 sau khi tiêm.

2.3.2. Độc tính bán cấp: Chuột cống trắng được chia làm 3 lô, mỗi lô 10 con, như sau:

- Lô 1 (chứng sinh học) (n=8): tiêm nước muối 1ml/100g/ngày

- Lô trị 1 (n=8): tiêm bắp nọc ong liều 2mg/kg

- Lô trị 2 (n=8): tiêm bắp nọc ong liều 6 mg/kg (gấp 3 lần lô trị 1)

Chuột được tiêm nước muối hoặc thuốc thử trong 4 tuần liền, mỗi ngày một lần vào buổi sáng.

*Các chỉ tiêu theo dõi trước và trong quá trình nghiên cứu:

- Tình trạng chung, thể trọng của chuột

- Đánh giá chức năng tạo máu: số lượng hồng cầu, bạch cầu, Hb.

- Đánh giá mức độ hủy hoại tế bào gan hoạt độ enzym: GOT, GPT.

- Đánh giá chức năng thận: nồng độ ure, creatinin huyết thanh.

Các thông số được kiểm tra: trước tiêm thuốc, sau 4 tuần tiêm thuốc.

*Mô bệnh học: Sau 4 tuần tiêm thuốc, chuột được mổ để quan sát đại thể và vi thể gan, thận của 30% số chuột ở mỗi lô. Các xét nghiệm vi thể được thực hiện tại Bộ môn Giải phẫu bệnh, Bệnh viện 103.

2.4. Phương pháp phân tích số liệu: Các số liệu được xử lý thống kê theo thuật toán thống kê T-test Student bằng phần mềm Microsoft Excel, phần mềm SPSS.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Độc tính cấp tính

Chuột nhắt trắng được tiêm nọc ong từ liều thấp nhất đến liều cao nhất. Lô chuột được tiêm đến liều 32mg/kg thể trọng chuột bị chết 100%, liều 20mg/kg thể trọng chuột bị chết 33,33% sau 72 giờ tiêm thuốc.

Lô 3	6	24	4	Mệt mỏi, ít vận động
Lô 4	6	28	4	Mệt mỏi, ít vận động
Lô 5	6	32	6	Chết toàn bộ sau 24 giờ

Từ bảng 3.1, LD50 được tính theo phương pháp cải tiến của Livschitz P.Z.(1986) ta có LD50 = 23.33 mg/kg. Kết quả nghiên cứu trên cũng gần tương đối phù hợp với các nghiên cứu trước đây cho thấy LD50 trên người là 2,8mg/kg (hệ số ngoại suy trên chuột nhắt là 12) [6], sự khác biệt ở đây có thể là do giống, chủng loại người và động vật thực nghiệm.

3.2. Độc tính bán trường diễn

3.2.1. Tình trạng chung: Trong thời gian thí nghiệm, chuột ở cả 3 lô hoạt động bình thường, ăn uống tốt, nhanh nhẹn, lông mượt, mắt sáng, phân khô.

3.2.2. Sự thay đổi thể trọng chuột

Bảng 3.2. Ảnh hưởng của nọc ong đến thể trọng chuột

Thời gian	Lô chứng		Lô trị 1		Lô trị 2	
	Trọng lượng(g)	% tăng	Trọng lượng(g)	%tăng	Trọng lượng(g)	%tăng
Trước	176,32±40,24		186,14±41,24		182,00 ± 36,38	
Sau 2 tuần	188,36± 38,41	↑ 12,04	194,23 ±36,21	↑ 8,09	190,15 ± 40,23	↑ 8,23
p (trước-sau)	< 0,05		< 0,05		< 0,05	
Sau 4 tuần	203,52 ±42,42	↑ 15,16	203,25 ±36,15	↑ 9,02	201,24± 44,24	↑11,09
p (trước-sau)	< 0,05		< 0,05		< 0,05	

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy: sau 2 tuần và 4 tuần tiêm thuốc thử, trọng lượng chuột ở các lô đều tăng so với trước khi nghiên cứu, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trọng lượng chuột ở các lô tiêm nọc ong tăng ít hơn so với lô chứng sinh học, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu gần cho thấy nọc ong không ảnh hưởng đến sự thay đổi trọng lượng động vật thực nghiệm [7].

3.2.3. Ảnh hưởng của nọc ong đến chức năng tạo máu

Bảng 3.3. Sự thay đổi chức năng tạo máu trước và sau uống thuốc

Chỉ số	Ngày thứ	Kết quả			p
		Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2	
Số lượng hồng cầu(T/L)	Trước uống	5,82 ± 1,26	5,71 ± 1,03	5,51 ± 1,24	>0,05
	Sau uống 4 tuần	5,65 + 1,14	5,58 + 1,14	5,32 + 0,83	>0,05
Hàm lượng huyết sắc tố (g/dl)	Trước uống	10,26 ± 1,45	10,02 ± 2,37	9,35 ± 1,29	> 0,05
	Sau uống 4 tuần	10,42 + 1,43	9,31 + 3,70	8,15 + 1,51	> 0,05
Số lượng bạch cầu (G/l)	Trước uống	5,81 ± 1,17	5,47 ± 1,07	5,76 ± 1,25	> 0,05
	Sau uống 4 tuần	5,62 ± 0,77	5,25 ± 1,09	5,29 ± 1,09	> 0,05
p trước-sau		>0,05	>0,05	>0,05	

Kết quả ở bảng 3.3. cho thấy: chức năng tạo máu (số lượng hồng cầu, Hb, số lượng bạch cầu, công thức bạch cầu) ở cả lô trị 1 và lô trị 2 không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa các thời điểm trước và sau khi tiêm thuốc thử ($p > 0,05$). Kết quả này là phù hợp với kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của nọc ong lên các chỉ số huyết học trên người [8]

3.2.4. Ảnh hưởng của thuốc đến chức năng gan, thận

Bảng 3.4. Sự thay đổi chỉ số đánh giá chức năng gan thận

Chỉ số	Ngày thứ	Kết quả			p
		Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2	
Hoạt độ AST (UI/L)	Trước	129,10 ± 12,81	136,20 ± 10,64	141,90 ± 15,12	>0,05
	Sau 4 tuần	126,08 + 17,40	130,6 + 19,5	132,61 + 23,75	>0,05
Hoạt độ ALT (UI/L)	Trước uống	40,70 ± 7,70	44,60 ± 6,87	46,10 ± 5,53	> 0,05
	Sau 4 tuần	41,30 + 5,58	39,95 + 12,76	41,15 + 9,36	> 0,05
Ure (mg/dL)	Trước	3,96 ± 0,52	3,64 ± 0,76	4,06 ± 0,48	> 0,05
	Sau 4 tuần	4,18 + 0,64	3,87 + 0,82	3,93 + 0,57	> 0,05
Creatinin (mg/dL)	Trước	41,37 ± 5,84	44,83 ± 7,94	46,02 ± 6,85	> 0,05
	Sau 4 tuần	45,29 + 6,26	45,70 + 8,57	42,63 + 7,90	> 0,05
p (trước-sau)		>0,05	>0,05	>0,05	

Kết quả ở bảng 3.4 cho thấy: Sau 4 tuần tiêm nọc ong, các xét nghiệm đánh giá mức độ hủy hoại tế bào gan (hoạt độ AST, ALT) cả lô trị 1 và lô trị 2 đều không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi tiêm thuốc thử ($p>0,05$). Ở cả lô trị 1 và lô trị 2, nồng độ ure và creatinin trong máu chuột không có sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi tiêm thuốc thử ($p>0,05$). Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên

cứu khác thấy nọc ong không ảnh hưởng đến chức năng gan và thận trên chuột cống [6,7]

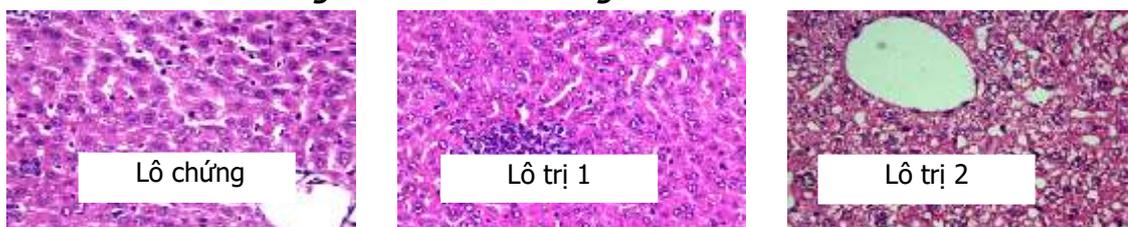
3.2.5. Thay đổi về mô bệnh học sau 4 tuần tiêm thuốc

❖**Đại thể:** Trên tất cả các chuột thực nghiệm (cả lô chứng và 2 lô trị), không quan sát thấy có thay đổi bệnh lý nào về mặt đại thể của các cơ quan tim, phổi, gan, lách, tụy, thận và hệ thống tiêu hoá của chuột.

❖**Vi thể**

- **Hình thái vi thể gan**

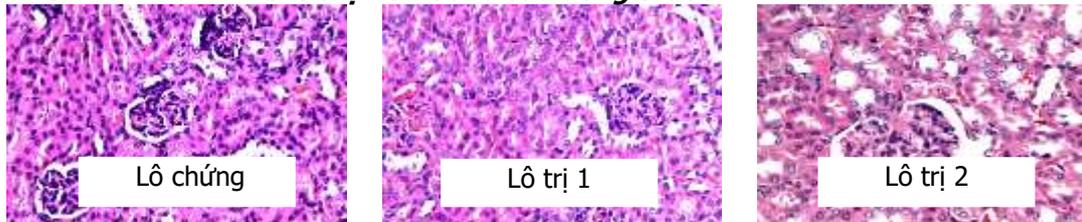
Hình 3.1. Hình ảnh vi thể gan trước và sau uống thuốc



Kết quả hình 3.1. cho thấy: Hình ảnh gan ở nhóm lô chứng và nhóm lô trị 1 có sự thoái hóa nhẹ các tế bào gan trong khi ở lô trị 2 tế bào gan thoái hóa vừa. Hình ảnh này phù hợp với kết quả đánh giá chỉ số chức năng gan trên chuột cống được điều trị bằng nọc ong [7].

- **Hình thái vi thể thận:**

Hình 3.1. Hình ảnh vi thể thận trước và sau uống thuốc



Kết quả trên hình 3.2 cho thấy hình ảnh vi thể của thận là bình thường.

IV. KẾT LUẬN

*LD50 của nọc ong qua đường tiêm bắp là: 23.33 mg/kg.

*Độc tính bán trường diễn:

- Mẫu thử nọc ong liều 2mg/kg/ngày và liều 6mg/kg/ngày không gây độc tính bán trường diễn trên chuột, khi cho chuột uống trong 4 tuần liên tục.

- Tất cả các chỉ số theo dõi về tình trạng chung, cân nặng, chức năng tạo máu, chức năng gan, chức năng thận và mô bệnh học gan, thận đều nằm trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt rõ rệt so với lô chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David Baracchi, Simona Francese, Stefano Turillazzi (2011).** Beyond the antipredatory defence: Honey bee venom function as a component of social immunity. *Toxicon* 58: 550–557.
2. **Rahul Shimpi, Pooja Chaudhari, Renuka Deshmukh, Shital Devare, Yogesh Bagad, Mayur Bhurat (2016).** A review: Pharmacotherapeutics of

bee venom. *World Journal of Pharmacy and Pharmaceutical Science*. 5(7): 656-667.

3. **Miguel Moreno and Ernest Giralt (2010).** Three Valuable Peptides from Bee and Wasp Venoms for Therapeutic and Biotechnological Use: Melittin, Apamin and Mastoparan. *Toxins (Basel)*. 7(4): 1126–1150.
4. **Jae-Dong Lee, Hi-Joon Park, Younbyoung Chae and Sabina Lim (2005).** An Overview of Bee Venom Acupuncture in the Treatment of Arthritis. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2(1): 79–84.
5. **Andreas Hartmann, Julia Müllner, Niklaus Meier et al., (2016).** Bee Venom for the Treatment of Parkinson Disease – A Randomized Controlled Clinical Trial. *PLOS ONE* 11(9): e0162937.
6. **Mahmoud Abdu Al-Samie Mohamed Ali (2012),** Studies on Bee Venom and Its Medical Uses, *International Journal of Advancements in Research & Technology*, Volume 1, Issue2.
7. **Hyunmin Kang, Chungsan Lim, Seungbae Lee, Byoungwoo Kim, Kirok Kwon, Kwangho Lee (2014).** Study on a 4-Week Recovery Test of Sweet Bee Venom after a 13-Week, Repeated, Intramuscular Dose Toxicity Test in Sprague-Dawley Rats. *Journal of Pharmacopuncture* 17(2):018-026.

NGHIÊN CỨU LIÊN QUAN GIỮA TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG VÀ TRIỆU CHỨNG ĐƯỜNG TIỂU DƯỚI Ở BỆNH NHÂN PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT

Nguyễn Quang*, Lê Đình Hợp**

TÓM TẮT⁴⁶

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng rối loạn cương dương và triệu chứng đường tiểu dưới ở bệnh nhân Phì đại lành tính tuyến tiền liệt trước khi được phẫu thuật nội soi. **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, có 93 bệnh nhân. Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu, mô tả. Chọn cỡ mẫu thuận tiện không xác suất. Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Đánh giá mối liên quan giữa RLCD và một số yếu tố (mối liên quan giữa RLCD và điểm IPSS, mối liên quan giữa RLCD và điểm QoL, mối tương quan giữa RLCD và trọng lượng TTL). **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 $11,22 \pm 10,18$. Tình trạng rối loạn tiểu tiện nặng cũng là một yếu tố làm gia tăng tỷ lệ và mức độ Rối loạn cương dương. Điểm IPSS tương quan nghịch với điểm IIEF-5 với $r = -0,21$ và $p = 0,046 < 0,05$. Chất lượng cuộc sống có liên quan với Rối loạn cương dương, chất lượng cuộc sống càng tốt thì tỷ lệ Rối loạn cương dương càng thấp và ngược lại. Điểm QoL tương quan nghịch với điểm IIEF-5 với $r = -0,26$ và $p = 0,013 < 0,05$. Trọng lượng tuyến tiền liệt không có tương quan với Rối loạn cương dương với $r = -0,03$ và $p = 0,77 > 0,05$. **Kết luận:** Có những mối liên quan mật thiết giữa tình trạng rối loạn cương dương và triệu chứng đường tiểu dưới ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

Từ khóa: Rối loạn cương dương, Phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN ERECTILE DYSFUNCTION AND LOWER URINARY TRACT SYMPTOMS IN PATIENTS WITH BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

Purpose: To evaluate the correlation between erectile dysfunction (ED) and lower urinary tract symptoms (LUTS) in patients with benign prostatic

hyperplasia (BPH) before transurethral resection of the prostate (TURP). **Patients and method:** A prospective cross sectional study was carried out in 93 patients with BPH who were indicated to treated with TURP at Department of Urology (Viet Duc hospital) from September 2015 to August 2016. The relations between erectile dysfunction and other factors such as IPSS, QoL, prostate size were analyzed. **Results:** The rate of ED in patients with BPH having indication to operate was high (71.3%), mean IIEF-5 was 11.22 ± 10.18 . The severe degree of voiding symptom was a factor which increases both rate and degree of ED. There was a negative correlation between IPSS and IIEF-5 score ($r = -0.21$, $p = 0.046 < 0.05$). QoL was found to be correlated with ED (having negative correlation between QoL and IIEF-5 score, $r = -0.26$; $p = 0.013 < 0.05$). However, there was no correlation between ED and prostate size ($r = -0.03$; $p = 0.77 > 0.05$). **Conclusion:** There are some close relations between erectile dysfunction (ED) and lower urinary tract symptoms (LUTS) in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong xã hội hiện đại, RLCD ngày càng phổ biến ở nam giới với tỷ lệ rất cao. Trên thực tế, ở nam giới mối liên quan giữa PĐLT TTL với RLCD vẫn chưa được biết đến một cách rõ ràng và vẫn còn có nhiều tranh cãi. Tuy nhiên khi tuổi càng cao thì tỉ lệ người bệnh PĐLT TTL và RLCD càng tăng. Trong điều trị hiện nay, việc sử dụng các thuốc ức chế PDE5 (là những thuốc được chỉ định điều trị RLCD) cho bệnh nhân có TCĐTD do PĐLT TTL có hay không có RLCD cũng đang được tiến hành và mang lại kết quả tốt. Khi điều trị bằng thuốc ức chế PDE5 không chỉ cải thiện được khả năng cương mà mức độ trầm trọng của bệnh nhân có TCĐTD do PĐLT TTL thuộc nhóm đối tượng này cũng được cải thiện rõ rệt. Nhưng vẫn chưa có một giả thuyết nào đủ thuyết phục để có thể giải thích được mối liên quan giữa hai vấn đề này [1]. Vì vậy, cần có nhiều những nghiên cứu tiếp theo được tiến hành để có thể hiểu rõ hơn về mối liên quan giữa RLCD và PĐLT TTL ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa tình trạng rối loạn cương dương và triệu chứng đường tiểu dưới ở bệnh nhân Phì đại lành tính tuyến tiền liệt trước khi được phẫu thuật nội soi.

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

**Bệnh viện Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang

Email: quangvietduc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2017

Ngày duyệt bài: 16.3.2017

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.

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.

Các chỉ tiêu nghiên cứu gồm có: Các yếu tố chung của nhóm nghiên cứu (Nhóm tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu; Trọng lượng TTL theo siêu âm; Điểm triệu chứng TTL (IPSS); điểm chất lượng cuộc sống QoL); Tình hình RLCD (Tỷ lệ RLCD chung trong nhóm bệnh nhân

nghiên cứu trước và sau phẫu thuật.; mức độ RLCD trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu; tỷ lệ RLCD theo nhóm tuổi; mức độ RLCD trong mỗi nhóm tuổi); mỗi liên quan giữa RLCD và một số yếu tố (mỗi liên quan giữa RLCD và điểm IPSS, mỗi liên quan giữa RLCD và điểm QoL, mỗi tương quan giữa RLCD và trọng lượng TTL).

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, chúng tôi chọn được 93 bệnh nhân PĐLT TTL (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%) được điều trị Phẫu thuật nội soi tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu Bệnh viện Việt Đức đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn nghiên cứu.

Trong nhóm nghiên cứu điểm IPSS trung bình $19,05 \pm 8,44$, thấp nhất là 1 điểm và cao nhất là 35 điểm. Có 11 BN rối loạn tiểu ở mức độ nhẹ, 38 BN ở mức độ vừa, 44 BN ở mức độ nặng.

Điểm QoL trung bình là $4,75 \pm 1,22$, trong đó thấp nhất là 1 điểm và cao nhất là 6 điểm. Có 8 BN QoL ở mức độ tốt, 23 BN ở mức độ trung bình, 62 BN ở mức độ xấu.

Điểm IIEF-5 trung bình trước mổ của nhóm nghiên cứu là $11,22 \pm 10,18$. 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.

Bảng 1. Liên quan tỷ lệ RLCD với rối loạn tiểu tiện.

Yếu tố đánh giá	Rối loạn tiểu tiện		
	Nhẹ	Vừa	Nặng
Không RLCD	7 (63,6%)	10 (26,3%)	8 (18,2%)
RLCD	4 (36,4%)	28 (73,7%)	36 (81,8%)

Sự khác biệt về tỷ lệ RLCD giữa các mức độ rối loạn tiểu tiện có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01 < 0,05$.

Bảng 2. Sự tương quan của RLCD với rối loạn tiểu tiện

Yếu tố đánh giá	Hệ số tương quan R	p (spearman's)
Điểm IIEF-5 với Điểm IPSS	-0,21	0,046

Có sự tương quan nghịch biến giữa điểm IIEF-5 với Điểm IPSS với $p = 0,046 < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan của tỷ lệ RLCD với chất lượng cuộc sống.

Yếu tố đánh giá	Chất lượng cuộc sống		
	Tốt	Trung bình	Xấu
Không RLCD	2 (25%)	13 (56,5%)	10 (16,1%)
RLCD	6 (75%)	10 (43,5%)	52 (83,9%)

Sự khác biệt về tỷ lệ RLCD giữa các mức độ chất lượng cuộc sống là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001 < 0,05$.

Bảng 4. Sự tương quan của RLCD với chất lượng cuộc sống

Yếu tố đánh giá	Hệ số tương quan R	p (spearman's)
Điểm IIEF-5 với Điểm QoL	-0,26	0,013

Sự tương quan nghịch biến, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,013 < 0,05$.

Bảng 5. Sự tương quan RLCD với Trọng lượng TTL.

Yếu tố đánh giá	Hệ số tương quan R	P (spearman's)
Trọng lượng TTL với Điểm IIEF-5	-0,03	0,77

Sự tương quan nghịch biến không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,77 > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

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.

Điểm IPSS từ lâu đã được sử dụng để đánh giá triệu chứng của đường tiểu dưới gây ra bởi Phi đại lành tính tuyến tiền liệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi trước khi phẫu thuật, bệnh nhân rối loạn tiểu tiện nặng có điểm IPSS ≥ 20 là chủ yếu chiếm 47,3%, điều này cho thấy sự quan tâm và hiểu biết về bệnh vẫn còn hạn chế. Bệnh nhân rối loạn tiểu tiện vừa điểm IPSS 8 - 20 cũng rất hay gặp chiếm 40,9%. Bệnh nhân rối loạn tiểu tiện nhẹ rất ít chỉ có 11,8%.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, điểm QoL trước mổ chủ yếu là xấu chiếm 66,7%, điều này cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân Phi đại lành tính tuyến tiền liệt trước mổ rất thấp. Điểm QoL trung bình chiếm 24,7%, điểm QoL tốt trước mổ chỉ chiếm 8,6% và đây chủ yếu là bệnh nhân mổ chủ động khi tình trạng tiểu tiện vẫn còn ở mức rối loạn nhẹ.

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 Trịnh là 15,7% [2]. 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%[7]. Nguyên nhân là do bệnh nhân phẫu thuật Phi đại lành tính tuyến tiền liệt có tuổi cao hơn các nhóm đối tượng khác.

Liên quan RLCD trước phẫu thuật và rối loạn tiểu tiện

Trong nghiên cứu này khi phân tích mối liên quan của RLCD với tình trạng rối loạn tiểu tiện thông qua điểm IIEF-5 với điểm IPSS chúng tôi

thấy rằng tỷ lệ RLCD ở nhóm rối loạn tiểu tiện nhẹ là 36,4%, tỷ lệ này tăng lên đến 73,7% ở nhóm rối loạn tiểu tiện vừa và đến tận 81,8% ở nhóm rối loạn tiểu tiện nặng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,01 < 0,05$. Hơn nữa khi phân tích mối tương quan giữa điểm IIEF-5 với IPSS trước phẫu thuật chúng tôi cũng thấy có sự tương quan nghịch giữa điểm IIEF-5 với điểm IPSS với $r = -0,21$ và $p = 0,046 < 0,05$.

Nghiên cứu của một số tác giả cũng cho kết quả tương tự như: Vassilis và CS [5] báo cáo trên 522 bệnh nhân bị bướu lành TTL có chỉ định phẫu thuật, nghiên cứu Alf-One của Hartung R và CS [6] trên 3230 bệnh nhân ở Nga, Trung Đông, Châu Mỹ Latinh và Châu Á. Theo Alan J và CS [7] đánh giá trên 11834 nam ≥ 40 tuổi ở Mỹ, Anh và Thụy Điển cho thấy tình trạng RLCD càng nặng khi triệu chứng đường tiểu dưới càng nặng. Khi phân tích mối tương quan giữa IIEF-5 với IPSS, Alan J thấy rằng có sự tương quan nghịch $r = -0,28$ với $p < 0,001$. Ở Việt Nam theo báo cáo của Cao Hữu Triều Giang và CS [4] khi nghiên cứu 258 bệnh nhân bướu lành TTL có chỉ định phẫu thuật nội soi qua niệu đạo tại Bệnh viện Chợ Rẫy cũng cho kết quả tương tự.

Liên quan của RLCD trước phẫu thuật và chất lượng cuộc sống

RLCD và các triệu chứng của PĐLT TTL ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống. Trong nghiên cứu này khi phân tích mối liên quan giữa RLCD với chất lượng cuộc sống chúng tôi thấy tỷ lệ RLCD giữa các nhóm có sự khác biệt với $p = 0,001 < 0,05$. Kết quả phân tích mối tương quan giữa điểm IIEF-5 với điểm QoL cho thấy có mối tương quan nghịch với $r = -0,26$ với $p = 0,013 < 0,05$. Kết quả này cho thấy RLCD và chất lượng cuộc sống có quan hệ với nhau, RLCD tăng thì chất lượng cuộc sống giảm và ngược lại.

Liên quan của RLCD trước phẫu thuật và trọng lượng TTL

Trong nghiên cứu này khi phân tích mối tương quan giữa RLCD với độ lớn của TTL thông qua điểm IIEF-5 và trọng lượng TTL chúng tôi không thấy có mối tương quan nào giữa RLCD và trọng lượng TTL với $p = 0,77 > 0,05$ (bảng 5). Mặt khác khi so sánh trọng lượng TTL trung bình của 2 nhóm không RLCD và RLCD chúng tôi thấy sự khác biệt về trọng lượng TTL giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,53 > 0,05$.

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 $11,22 \pm 10,18$.

Tình trạng rối loạn tiểu tiện nặng cũng là một yếu tố làm gia tăng tỷ lệ và mức độ Rối loạn cương dương. Điểm IPSS tương quan nghịch với điểm IIEF-5 với $r = -0,21$ và $p = 0,046 < 0,05$.

Chất lượng cuộc sống có liên quan với Rối loạn cương dương, chất lượng cuộc sống càng tốt thì tỷ lệ Rối loạn cương dương càng thấp và ngược lại. Điểm QoL tương quan nghịch với điểm IIEF-5 với $r = -0,26$ và $p = 0,013 < 0,05$.

Trọng lượng tuyến tiền liệt không có tương quan với Rối loạn cương dương với $r = -0,03$ và $p = 0,77 > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chyng-Wen Fwu et al (2006)**. Cross-sectional and longitudinal associations of sexual function with lower urinary tract symptoms in men with

benign prostatic hyperplasia. *The journal of urology*. vol 193, 231 – 238.

2. **Phạm Văn Trịnh (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.
3. **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.
4. **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.
5. **Vassilis P (2006)**. Erectile dysfunction after transurethral prostatectomy for lower urinary tract symptoms: result from a center with over 500 patients. *Asian J Androl*. 133- 36.
6. **Hartung R (2003)**. Sexual dysfunction in 3.230 men with LUST suggestive of BPH in Europe. Russia, the Middle East. *Latin American and Asia*. 346-57.
7. **Alan J. Wein, Karin S. Coyne, Andrea Tubaro et al (2009)**. The impact of lower urinary tract symptoms on male sexual health: *EpiLUTS*. 2009 BJU international 103, supplement 3, 33–41.

SO SÁNH GIÁ TRỊ CỦA CẮT LỚP VI TÍNH VÀ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN U TUYẾN ỨC Ở BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ ĐÁNH GIÁ ĐỊNH TÍNH VÀ ĐỊNH LƯỢNG

Phùng Anh Tuấn*, Bùi Văn Giang*, Mai Văn Viện*

TÓM TẮT⁴⁷

Mục tiêu: So sánh giá trị của CLVT và CHT trong phân biệt u và không tuyến ỨC ở bệnh nhân nhược cơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 51 bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật cắt bỏ tuyến ỨC, u tuyến ỨC chia 2 nhóm u (32) và không u (19). Đối với đánh giá định tính, so sánh tần suất xuất hiện các dấu hiệu trên CLVT và CHT giữa 2 nhóm. Chẩn đoán u hoặc không u từng trường hợp từ đó tính độ chính xác (A) của CLVT và CHT khi sử dụng đánh giá định tính. Đối với đánh giá định lượng, so sánh giá trị CSR và tỷ trọng 2 nhóm. Vẽ đường cong ROC, tính điểm cắt tối ưu, A của CLVT và CHT khi sử dụng điểm cắt này để phân biệt. Kết hợp cả 2 đánh giá, tính A của CLVT và CHT, so sánh sự khác biệt. **Kết quả:** đánh giá định tính CHT chính xác hơn CLVT (94,12% so với 82,35%). Đánh giá định lượng, tỷ trọng và CSR

có sự khác biệt giữa 2 nhóm. AUROC của tỷ trọng là 0,808, điểm cắt tối ưu là 15 với A 82,35%. AUROC của CSR là 0,981, điểm cắt tối ưu là 0,75 với A 98,04%. Kết hợp cả 2 đánh giá A của CLVT là 86,27% thấp hơn so với CHT là 98,04%. **Kết luận:** CHT có độ chính xác cao hơn CLVT trong phân biệt u tuyến ỨC.

Từ khóa: u tuyến ỨC, bệnh nhược cơ, CHT, CLVT, CSR

SUMMARY

COMPARISON OF CT AND MRI FOR FINDING THYMOMA IN MYASTHENIA GRAVIS PATIENTS. QUALITATIVE AND QUANTITATIVE ASSESSMENTS

Objective: To evaluate the usefulness of CT and MRI in patients with MG for finding thymoma and to determine which technique is more accurate. **Material and method:** 51 patients with MG, who underwent thymectomy were divided into the thymoma (32) and the non thymoma groups (19). Differences in qualitative characteristics and quantitative data (CT: HU, MRI: CSR) between groups were tested using Fisher's exact test. At quantitative analysis, discrimination abilities were determined according to the area under the receiver operating characteristic (ROC) curve (AUROC) with computation of optimal cut-off points. The diagnostic accuracies of CT and MRI were compared using McNemar's test.

* Bệnh viện 103

**Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Anh Tuấn

Email: phunganhtuanbv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

Results: At qualitative assessment, MRI had higher accuracy than CT (94.12% vs 82.35%). At quantitative analysis, both the radiodensity and CSR were significantly different between groups. For CT, the AUROC of the radiodensity was 0.808 (optimal cut-off point 15) with an accuracy of 82.35%. For MRI, the AUROC of the CSR was 0.981 (optimal cut-off point, 0.75) with an accuracy of 98.04%, which was significantly higher than CT. By using optimal cut-off points for cases with an erroneous diagnosis at qualitative assessment, accuracy improved both for CT (86.27%) and MRI (98.04%). **Conclusion:** MRI had higher accuracy than CT for distinguishing thymoma from thymic hyperplasia.

Keywords: thymoma, myasthenia gravis, CT, MRI, CSR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhược cơ là một bệnh tự miễn mắc phải, tuyến ức đóng một vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh. Khoảng 65% bệnh nhân nhược cơ có tăng sản tuyến ức, và khoảng 10-15% bệnh nhân có u tuyến ức [1]. Việc khẳng định có u tuyến ức hay không có vai trò rất quan trọng trong điều trị ngoại khoa, hay sử dụng nhất là chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực. Kết quả dựa trên những đánh giá định tính về vị trí, hình dạng, đường bờ,... và đánh giá định lượng về giá trị tỷ trọng. Trên thế giới, chuỗi xung đồng pha nghịch pha cộng hưởng tử đã được sử dụng để định lượng mỡ trong tuyến, từ đó xác định u hay không u [2],[3]. Tuy nhiên ở Việt nam, chưa có những nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu so sánh giá trị của CLVT và CHT khi sử dụng các đánh giá định tính và định lượng để phân biệt u và không u tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 51 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 từ 8/2014 đến 1/2017.

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. Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2. Đặc điểm hình ảnh tổn thương tuyến ức

Bảng 2.1. Các đặc điểm định tính phân biệt u và không u

Các dấu hiệu phân biệt		U	Không u	P
Vị trí chiều dọc	Trên	16	19	<0,0001
	Dưới	16	0	
Vị trí chiều ngang	Giữa	10	14	0,004
	Phải, trái	22	5	

+ Tất cả bệnh nhân được chụp CLVT và CHT tuyến ức theo một quy trình thống nhất. Hình ảnh được lưu giữ dưới dạng DICOM.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, không có kết quả giải phẫu bệnh.

+ Chụp CLVT và CHT tuyến ức không đúng quy trình.

3. Quá trình nghiên cứu

3.1. Phân tích kết quả CLVT và MRI

- Trên CHT: T1, T2, T2 xóa mỡ: vị trí, hình dạng, cường độ tín hiệu, hoại tử nang. Chuỗi xung đồng pha và nghịch pha: hiện tượng suy giảm tín hiệu và tính chỉ số dịch chuyển hóa học (chemical shift ratio)

$$CSR = \frac{TSI_{op} / MSI_{op}}{TSI_{in} / MSI_{in}}$$

Trong đó TSI_{op}, TSI_{in}, MSI_{op} và MSI_{in} là cường độ tín hiệu tuyến ức và cơ cạnh sống đo ở xung nghịch pha và đồng pha.

- Trên CLVT đánh giá hình thái như CHT, quan sát đậm độ, đo tỷ trọng.

3.2. Xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS.

- So sánh tần suất xuất hiện các dấu hiệu định tính về hình thái trên phim CLVT và CHT bằng Fisher's test. Chẩn đoán u hay không u từng trường hợp. Lập bảng ma trận 2x2 để tính Se, Sp của CLVT và CHT.

- So sánh sự khác biệt giá trị tỷ trọng và CSR giữa 2 nhóm. Vẽ đường cong ROC, tính AUROC, xác định điểm cắt tối ưu. Sử dụng điểm cắt này như 1 tiêu chí độc lập để chẩn đoán u. Tính Se, Sp.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

- 51 bệnh nhân nghiên cứu bao gồm 23 nam (45,1%), 28 nữ (54,9%), gồm 32 u tuyến ức, 19 tăng sản, tồn tại.

- Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 43,10±13,32, thấp nhất 19, cao nhất 68. Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân u là 48,56±10,93, của nhóm bệnh nhân tăng sản là 33,89±12,01, p<0,0001. Độ tuổi trung bình của nam là 41,48±11,47, của nữ là 44,43±14,74, p=0,437.

Hình dạng	Hình tuyến Hình khối mô mềm	3 29	13 6	<0,0001
Hoại tử nang	Có Không	13 19	0 19	0,001
Đậm độ (CLVT)	Mỡ Mô mềm, hỗn hợp	1 31	8 11	0,001
Giảm tín hiệu trên hình nghịch pha	Có Không	1 31	17 2	<0,0001
Cường độ tín hiệu T1	Lớn hơn cơ nhỏ hơn mỡ Khác (<cơ, bằng mỡ)	30 2	16 3	0,348
Cường độ tín hiệu T2	Lớn hơn cơ nhỏ hơn mỡ Bằng mỡ	30 2	16 3	0,348
Cường độ tín hiệu T2 xóa mỡ	Cao Bình thường	31 1	12 7	0,003

Các dấu hiệu định tính vị trí (trên-dưới, giữa-phải trái), hình dạng khối mô mềm, hoại tử nang, đậm độ (CLVT), cường độ tín hiệu T2 xóa mỡ (CHT) và suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha có ý nghĩa phân biệt u và không u tuyến ức

Bảng 2.2. Giá trị định lượng CSR và tỷ trọng

Giá trị	U	Không u	P
CSR (mean±SD)	1,02±0,06	0,65±0,11	p<0,0001
Tỷ trọng (mean±SD)	34,59±21,43	-6,74±41,21	p<0,0001

Giá trị tỷ trọng và CSR nhóm u cao hơn có ý nghĩa nhóm không u.

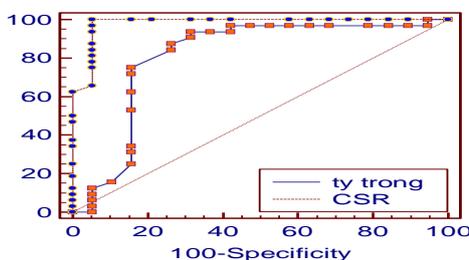
3. So sánh giá trị các đánh giá định tính và định lượng CLVT và CHT trong chẩn đoán u tuyến ức

3.1. Giá trị của CHT và CLVT khi sử dụng các đánh giá định tính để chẩn đoán u

Kết quả CHT (CLVT)	Kết quả mô bệnh		Tổng
	U	Không u	
U	31 (30)	2 (7)	33 (37)
Không U	1 (2)	17 (12)	18 (14)
Tổng	32	19	51

CLVT có Se 93,75%, Sp 63,16%. CHT có Se 96,88%, Sp 89,47%

3.2. Giá trị của CHT và CLVT khi sử dụng đánh giá định lượng để chẩn đoán u



Biểu đồ 1: Đường cong ROC của giá trị CSR và tỷ trọng

Đối với giá trị CSR: AUROC 0,981 cut off 0,75, Se 100%, Sp 94,74%

Đối với giá trị tỷ trọng: AUROC 0,808 cut off 15, Se 93,8%, Sp 63,2%. P=0,0164

Kết quả CHT (CLVT)	Kết quả mô bệnh		Tổng
	U	Không u	
U	32 (30)	1 (7)	33 (37)
Không U	0 (2)	18 (12)	18 (14)
Tổng	32	19	51

3.3. Giá trị của CHT và CLVT khi sử dụng cả đánh giá định tính và định lượng để chẩn đoán u tuyến ức

Kết quả CHT (CLVT)	Kết quả mô bệnh		Tổng
	U	Không u	
U	32 (31)	1 (6)	33 (37)
Không U	0 (1)	18 (13)	18 (14)
Tổng	32	19	51

Kết hợp cả 2, CLVT có Se 93,75%, Sp 73,68%. CHT có Se 100%, Sp 94,74%.

3.4. So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của CLVT và CHT trong chẩn đoán u tuyến ức

Thông số	Se % (số bn)	P	Sp % (số bn)	P	A % (số bn)	P
Định tính						
CLVT	93,75(30/32)	1,000	63,16(12/19)	0,0625	82,35(42/51)	0,0313
CHT	96,88(31/32)		89,47(17/19)		94,12(48/51)	
Định lượng						
CLVT	93,75(30/32)	0,5	63,16(12/19)	0,0313	82,35(42/51)	0,0078
CHT	100(32/32)		94,74(18/19)		98,04(50/51)	
Cả 2						
CLVT	93,75(31/32)	1,000	73,68(13/19)	0,125	86,27(44/51)	0,0313
CHT	100(32/32)		94,74(18/19)		98,04(50/51)	

CHT có độ chính xác cao hơn CLVT ở cả đánh giá định tính và định lượng

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 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. Các dấu hiệu phân biệt u và không u tuyến ức: Để phân biệt u và không u tuyến ức, cả CLVT và CHT đều dựa trên những đánh giá định tính và định lượng. Theo kết quả ở bảng 2.1, trên CLVT các dấu hiệu định tính: vị trí dọc (trên-dưới), ngang (giữa-lếch phải, trái), hình khối, hoại tử nang và đậm độ mô mềm, hỗn hợp có giá trị phân biệt u. Đối với CHT thay thế dấu hiệu đậm độ mô mềm, hỗn hợp là dấu hiệu suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha và tín hiệu cao trên T2 xóa mỡ. Ngược lại, cường độ tín hiệu trên T1 và T2 không có ý nghĩa phân biệt.

Đối với các đánh giá định lượng, bảng 2.2 cho thấy giá trị tỷ trọng trên CLVT và CSR trên CHT khác biệt có ý nghĩa giữa 2 nhóm u và không u tuyến ức. Giá trị tỷ trọng nhóm u là $35,63 \pm 20,823$, nhóm không u là $-6,74 \pm 41,209$. Giá trị CSR nhóm u là $1,027 \pm 0,070$, nhóm không u là $0,652 \pm 0,111$. Đối với tỷ trọng, ngưỡng giá trị tối ưu để phân biệt là 17, đối với CSR, ngưỡng tối ưu là 0,75.

3. So sánh giá trị các đánh giá định tính và định lượng CLVT và CHT trong chẩn đoán u tuyến ức

3.1. Đánh giá định tính: Theo kết quả ở bảng 3.1, CLVT có Se 93,75%, Sp 63,15% và độ chính xác (A) 82,35%. CHT có Se 96,88%, Sp 89,47% và A 94,11%. Đối với CLVT, 6 trường hợp tăng sản có dạng khối mô mềm chẩn đoán nhầm là u. Một trường hợp hình tuyến dạng 2

thùy cũng nhầm là u do quan sát thấy đậm độ mô mềm. Một trường hợp u có hình tam giác và 1 trường hợp u rất nhỏ nằm chìm trong tổ chức tuyến nhầm là tăng sản. Đối với CHT, tất cả các trường hợp CLVT chẩn đoán đúng CHT cũng chẩn đoán đúng. 5 trong số 6 hình khối CLVT chẩn đoán nhầm là u, CHT chẩn đoán đúng là tăng sản do có hiệu tượng suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha. Trường hợp u hình tam giác CLVT chẩn đoán nhầm, CHT đã chẩn đoán đúng là u do không có hiện tượng suy giảm tín hiệu. Như vậy, sử dụng đánh giá định tính CHT đã chẩn đoán đúng 48 trường hợp so với 42 của CLVT. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0,0313$.

3.2. Đánh giá định lượng: Trái với đánh giá định tính được thực hiện trước mổ, đánh giá định lượng được thực hiện sau khi có kết quả giải phẫu bệnh. Đánh giá bao gồm vẽ đường cong ROC, tính diện tích dưới đường cong AUROC, xác định điểm cắt tối ưu. Sử dụng điểm cắt này như tiêu chí độc lập để phân biệt u và không u, chúng tôi chẩn đoán từng trường hợp, từ đó tính Se, Sp và A của CLVT và CHT khi sử dụng thông số định lượng tỷ trọng và CSR. Biểu đồ 1 cho thấy AUROC của giá trị CSR là 0,981, AUROC của giá trị tỷ trọng là 0,808. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p=0,0164$. Điểm cắt tối ưu của CSR là 0,75, của giá trị tỷ trọng là 15. Sử dụng điểm cắt này để phân biệt, kết quả được trình bày ở bảng 3.2. Theo bảng, khi sử dụng thông số định lượng, CLVT có Se 93,75%, Sp 63,16%, A 82,35%, CHT có Se 100%, Sp 94,74%, A 98,04%. Đối với CLVT, so với đánh giá định tính, 5 trong số 6 khối mô mềm có tỷ trọng cao nên vẫn chẩn đoán nhầm là u. Sửa sai 1 trường hợp khối có tỷ trọng thấp dưới ngưỡng nên đánh giá chính xác là tăng sản. Tuy nhiên lại chẩn đoán sai thêm 1 trường hợp hình tuyến có tỷ trọng cao hơn ngưỡng nên đánh giá là u. Trường hợp

hình tuyến có đậm độ mô mềm đánh giá định tính coi là u có tỷ trọng cao 60HU nên cũng vẫn chẩn đoán nhầm là u. 2 bệnh nhân u đánh giá định tính là tăng sản do có hình tam giác và đậm độ hỗn hợp, trên đánh giá định lượng xác định được 1 trường hợp là u do có tỷ trọng cao. Đồng thời, 1 trường hợp u ở đánh giá định tính, đánh giá định lượng nhằm là tăng sản do có tỷ trọng thấp. Đối với CHT, đánh giá định lượng chẩn đoán đúng tất cả các trường hợp như đánh giá định tính. Khối mô mềm không có hiện tượng suy giảm tín hiệu ở đánh giá định tính đã được chẩn đoán đúng là tăng sản do có giá trị CSR thấp dưới ngưỡng. Khối u nhỏ nằm chìm trong tổ chức tuyến đánh giá định tính thấy có hiện tượng suy giảm tín hiệu cũng đã được chẩn đoán lại là u do có giá trị CSR cao. So sánh CLVT và CHT bảng 3.4 cho thấy CHT có độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn CLVT và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.3. Kết hợp cả 2 đánh giá: Kết hợp đánh giá định lượng vào kết quả đánh giá định tính, CLVT chẩn đoán đúng thêm 1 trường hợp khối có tỷ trọng thấp là tăng sản và 1 trường hợp u hình tam giác có tỷ trọng cao. CLVT có Se 93,75%, Sp 73,68%, A 86,27%. Đối với CHT kết hợp cả 2 đánh giá có kết quả như đánh giá định lượng. CHT có độ chính xác cao hơn CLVT và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đánh giá giá trị của CLVT, Pirroni nghiên cứu 104 bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật và so sánh với kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Kết quả cho thấy trong số 44 trường hợp tăng sản tuyến ức, CLVT đánh giá là 16 tăng sản, 10 u và 18 tuyến ức bình thường. Đối với 52 u tuyến ức, CLVT có kết quả là 46 u, 1 tăng sản và 5 tuyến ức bình thường. Tác giả đánh giá CLVT có độ nhạy cao trong phát hiện u nhưng kém đối với tăng sản [4]. De Kraker đánh giá CLVT có giá trị phát hiện u nhưng khó phân biệt u và tăng sản. Theo tác giả, CLVT có giá trị dự báo âm cao nhưng giá trị dự báo dương thấp [5]. Nghiên cứu giá trị của các yếu tố định tính và định lượng trong chẩn đoán u tuyến ức, Priola xác định đánh giá định lượng có độ chính xác thấp hơn so với đánh giá định tính (77,1% so với 86,7%). Tác giả kết luận để chẩn đoán u tuyến ức, trên CLVT chỉ cần dựa đơn thuần vào những đánh giá định tính về mặt hình thái [6]. Rezzani R [7] đánh giá CHT có bất lợi chính là thời gian chụp kéo dài 35-40 phút so với CLVT chỉ 15-30 giây. Ngoài ra, do ưu thế mô mềm, CHT có thể đánh giá chính xác về vị trí, mức độ xâm lấn và liên

quan với các cấu trúc giải phẫu. Trong nghiên cứu của Pirroni có 5 trường hợp u tái phát được phát hiện bởi cả CLVT và CHT nhưng CHT phát hiện chính xác hơn vị trí và mức độ xâm lấn. Có 2 trường hợp nghi ngờ trên CLVT đã được khẳng định bởi CHT [4]. Đặc biệt, chuỗi xung đồng pha nghịch pha CHT rất nhạy trong việc phát hiện mỡ và đã được ứng dụng trong xác định các khối u. U tuyến ức không có mỡ, trong khi tuyến ức bình thường, tăng sản có hiện tượng thâm nhiễm mỡ mạnh. Lượng mỡ này có thể phát hiện một cách định tính bằng việc quan sát hiện tượng suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha so với hình đồng pha hoặc định lượng bằng cách tính chỉ số CSR [1],[6].

V. KẾT LUẬN

- Đối với CLVT, vai trò đánh giá định tính và định lượng là tương đương. CLVT có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu thấp. Kết hợp cả 2 đánh giá, CLVT có độ nhạy 93,75%, độ đặc hiệu 73,68%, độ chính xác 86,27%.

- Đối với CHT đánh giá định lượng có giá trị hơn đánh giá định tính. Kết hợp cả 2 đánh giá, CLVT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 94,74%, độ chính xác 98,04%.

- CHT có độ chính xác cao hơn CLVT trong chẩn đoán u tuyến ức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 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.
- 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.
- Marom EM (2013).** Advances in thymoma imaging. *J Thorac Imaging*, 28, 69-83.
- T. Pirroni, P. Rinaldi, A. P. Batocchi, A. Evoli, C. Di Schino, Marano P (2002).** Thymic lesions and myasthenia gravis: Diagnosis based on mediastinal imaging and pathological findings. *Acta Radiologica* 43, 380-4.
- De Kraker M, Kluin J,** Renken N, Maat AP, Bogers AJ (2005). CT and myasthenia gravis: correlation between mediastinal imaging and histopathological findings. *Interactive cardiovascular and thoracic surgery*, 4(3), 267-71.
- 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.

7. **Rezzani R, Nardo L, Favero G, Peroni M, Rodella LF (2014).** Thymus and aging: morphological, radiological, and functional overview. *Age*, 36(1), 313-51.

NHẬN XÉT MỐI LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC U TUYẾN ỨC

Nguyễn Trường Giang*, Nguyễn Ngọc Trung*, Nguyễn Văn Nam*

TÓM TẮT⁴⁸

Mục tiêu: Nhận xét sự liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng với mô bệnh học của u tuyến ức. **Đối tượng và Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu trên 54 bệnh nhân u tuyến ức được chẩn đoán sau mổ bằng mô bệnh học theo phân loại của WHO. Tiến hành phân tích sự liên quan các mô bệnh với một số các chỉ tiêu lâm sàng như: triệu chứng nhược cơ, tuổi, giới tính. **Kết quả:** trong 54 bệnh nhân có 31 nam 23 nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 1,13: 1. Tuổi trung bình là $44,4 \pm 13,23$. Theo phân loại của WHO, có 15/54 bệnh nhân (27,8%) u tuyến ức typ A, 20/54 (37,0%) typ AB, 9/54 (16,7%) typ B1 thymoma, 7/54 (13,0%) typ B2, 1 trường hợp (1,9%) typ B3 và 2 trường hợp (3,8%) typ C. Tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng nhược cơ là 64,8%. Không có liên quan của triệu chứng nhược cơ với tít mô bệnh. 33,3% bệnh nhân khối u chưa xâm lấn và khoảng 66,7% khối u xâm lấn. Có sự liên quan giữa kích thước khối u với sự xâm lấn của khối u. Không liên quan giữa số lượng của khối u và tình trạng xâm lấn. **Kết luận:** tỷ lệ u tuyến ức cao nhất là typ AB. Không có sự giữa tít mô bệnh với giới tính, tuổi và triệu chứng nhược cơ. Có sự liên quan có ý nghĩa giữa kích thước khối u và sự xâm lấn của khối u. Không có liên quan giữa số lượng và tình trạng xâm lấn của khối u

Từ khóa: U tuyến ức, typ mô bệnh, phân loại u tuyến ức theo WHO.

SUMMARY

REVIEW THE RELATIONSHIP BETWEEN SOME CLINICAL CHARACTERISTICS AND

PATHOLOGICAL CLASSIFICATION OF THYMOMA

Objectives: To study the clinical characteristics relevance of histologic subtyping of thymoma according to the World Health Organization (WHO) classification. **Materials and methods:** The clinicopathologic features of 54 patients with thymoma removed surgically were retrospectively reviewed. The histologic diagnosis of the tumors was made on the basis of 2015 WHO classification by experienced pathologists. The correlation between WHO histologic subtype, presence of myasthenia gravis (MG), other clinical parameters (including age, gender and tumor size) was studied. **Results:** 31 were male and 23 were female, with a ratio of 1.13:1 and a mean age of (44.4 ± 13.2) years old. According to WHO classification, there were 15 cases (27.8%) of type A

thymoma, 20 cases (37.0%) of type AB thymoma, 9 cases (16.7%) of type B1 thymoma, 7 cases (13.0%) of type B2 thymoma, 1 cases (1.9%) of type B3 thymoma and 2 cases (3.8%) of type C thymoma. The percentage of thymoma-associated MG patients was 64.8%. No related of MG with different pathologic changes. About 33.3% were encapsulated, and about 66.7% were invasive tumors. The association between tumor size and the invasion of tumors was statistically significant ($P < 0.05$). No related of quantity of tumor and invasive tumors. **Conclusion:** The highest rate was type AB thymoma. No correlation was found between pathologic and sex, age and myasthenia gravis symptoms. The association between tumor size and the invasion of tumors was statistically significant. No related of quantity of tumor and invasive tumors.

Key words: Thymoma, histologic subtyping of thymoma, World Health Organization (WHO) classification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến ức là tổn thương thường gặp nhất trong các loại u vùng trung thất trước, chiếm khoảng 30% các trường hợp ở người lớn tuổi, tuổi trung bình là 40 – 60 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1/1. Theo thống kê của Hội ung thư Hoa Kỳ, tỷ lệ u tuyến ức chiếm khoảng 15/100.000 dân. Các trường hợp u tuyến ức đều có khả năng xâm lấn, nên có tác giả xem đây là bệnh ác tính. Có khoảng 50% các bệnh nhân u tuyến ức không có triệu chứng lâm sàng và khoảng 30% các bệnh nhân u tuyến ức có triệu chứng nhược cơ [1], [5].

Việc xác định typ mô bệnh học của tuyến ức, liên quan tình trạng lâm sàng của bệnh nhân trước phẫu thuật có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và tiên lượng bệnh nhân cũng như đề ra phương pháp điều trị thích hợp với bệnh nhân sau phẫu thuật [2].

Hiện nay việc đánh giá phân loại mô bệnh u tuyến ức và sự liên quan của các triệu chứng lâm sàng với các typ mô bệnh vẫn là vấn đề còn nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mục tiêu: Nhận xét mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng với mô bệnh học tuyến ức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 54 bệnh nhân u tuyến ức được phẫu thuật tại Khoa Phẫu thuật lồng ngực Tim mạch – Bệnh viện Quân Y 103 từ 9/2010 đến 9/2015.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mô bệnh học sau mổ là u tuyến ức.

*Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Trung

Email: ngoctrungbv103@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

+ Bệnh nhân có đầy đủ bệnh án theo mẫu bệnh án chi tiết bao gồm biên bản phẫu thuật, các xét nghiệm chẩn đoán trước mổ, có phiếu kết quả giải phẫu bệnh ghi đầy đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: tuổi, giới.

+ Triệu chứng nhược cơ được phân chia giai đoạn theo Osserman P.

+ Hình ảnh đại thể của khối u trong phẫu thuật: số lượng, kích thước, mức độ xâm lấn của khối u.

+ Xét nghiệm mô bệnh học sau mổ tại Khoa Giải phẫu bệnh-Bệnh viện Quân y 103: phân typ mô bệnh học theo tiêu chuẩn của WHO

2.2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được lưu trữ và xử lý bằng phần mềm thống kê y học Epi-info 7.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
<30	10	18,5
30 – 39	8	14,8
40 – 49	14	25,9
50 – 59	16	29,6
≥60	6	11,1
Tổng số	54	100
X±SD	44,46±13,23 (15 – 71)	

Trong số 54 bệnh nhân u tuyến ức có tuổi trung bình là 44,46 ± 13,23 (15 - 71), về nhóm tuổi nhận thấy lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là tuổi từ 40 – 59 với 30/54 bệnh nhân (55,5%), lứa tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 6/54 bệnh nhân (11,1%) và lứa tuổi <40 có 18/54 bệnh nhân (33,3%).

Bảng 2: Giới tính

Giới tính	Số bệnh nhân	Tỉ lệ
Nam	31	57,4
Nữ	23	42,6
Tổng số	54	100

Tỉ lệ nam giới là 31/54 bệnh nhân (57,4%) tỉ lệ nam/nữ là 1,13/1.

Bảng 3: Liên quan giữa typ mô bệnh học và tuổi

Nhóm tuổi	Typ mô bệnh						Tổng
	A	AB	B1	B2	B3	C	
<30	3 (5,6%)	4 (7,4%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	0 (0%)	1 (1,9%)	10 (18,5%)
30 - 39	1 (1,9%)	5 (9,3%)	0 (0%)	2 (3,7%)	0 (0%)	0(0%)	8 (14,8%)
40 - 49	3 (5,6%)	6 (11,1%)	2 (3,7%)	3 (5,6%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (25,9%)
50 - 59	5 (9,3%)	3 (5,6%)	5 (9,3%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)	16 (29,6%)
≥60	3 (5,6%)	2 (3,7%)	1 (1,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (11,1%)
Tổng số	15 (27,8%)	20 (37%)	9 (16,7%)	7 (13,0%)	1 (1,9%)	2 (3,7%)	54 (100%)

Nhóm tuổi từ 50 – 59 tỉ lệ u chiếm cao nhất là 16/54 bệnh nhân (29,6) và thấp nhất là nhóm ≥60 với 6/54 bệnh nhân (11,1%).

Trong nhóm tuổi từ 40 – 49 tuổi tỉ lệ u tuyến ức typ AB cao với 6/14 bệnh nhân. Liên quan typ mô bệnh học với tuổi không có ý nghĩa với p>0,05

Bảng 4: Liên quan giữa typ mô bệnh học và giới

Giới	Typ mô bệnh						Tổng
	A	AB	B1	B2	B3	C	
Nam	9 (16,7%)	11 (20,4%)	6 (11,1%)	2 (3,7%)	1 (1,9%)	2 (3,7%)	31 (57,4%)

Nữ	6 (11,1%)	9 (16,7%)	3 (5,6%)	5 (9,3%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (42,6%)
Tổng	15 (27,8%)	20 (37%)	9 (16,7%)	7 (13%)	1 (1,9%)	2 (3,7%)	54 (100%)

Cả hai giới tỉ lệ u tuyến ức typ AB chiếm tỉ lệ cao nhất với 20/54 bệnh nhân (37%), trong đó với nam là 11/54 bệnh nhân (20,4%) và nữ là 9/54 (16,7%). Tỉ lệ thấp nhất là typ B3 và C. Mỗi liên quan mô bệnh với giới tính không có ý nghĩa với $p > 0,05$.

Bảng 5: Liên quan giữa typ mô bệnh học với triệu chứng nhược cơ trước mổ

Nhóm nhược cơ	Typ mô bệnh						Tổng
	A	AB	B1	B2	B3	C	
Nhóm I	1 (2,9%)	2 (5,7%)	0 (0%)	1 (2,9%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (11,4%)
Nhóm IIA	7 (20,0%)	13 (37,1%)	2 (5,7%)	5 (14,3%)	0 (0%)	0 (0%)	27 (77,2%)
Nhóm IIB	2 (5,7%)	0 (0%)	2 (5,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (11,4%)
Tổng số	10 (28,6%)	15 (42,9%)	4 (11,4%)	6 (17,1%)	0 (0%)	0 (0%)	35 (100%)

Trong số 54 bệnh nhân u tuyến ức có 35/54 bệnh nhân có triệu chứng nhược cơ (64,81%).

Trong số 35 bệnh nhân u tuyến ức có triệu chứng nhược cơ, Nhóm IIA có tỉ lệ cao nhất với 27/35 bệnh nhân (77,2%), trong đó tỉ lệ u tuyến ức typ AB chiếm cao nhất là 13/35 bệnh nhân (37,1%). Đặc biệt là các bệnh nhân có triệu chứng nhược cơ không có bệnh nhân nào u tuyến ức typ B3 và C. Không có liên quan typ mô bệnh với triệu chứng nhược cơ ($p > 0,05$).

Bảng 6: Liên quan giữa kích thước u (cm) và mức độ xâm lấn

Kích thước u	U có xâm lấn (n, %)	U không xâm lấn (n, %)	Tổng	P, OR
≤ 5	15 (27,8%)	13 (24,0%)	28 (51,8%)	>0,05; 0,26
5 - 9	20 (37,0%)	4 (7,4%)	24 (44,4%)	>0,05; 1,33
≥ 10	1 (1,8%)	1 (1,8%)	2 (3,6%)	<0,05; 5,0
Tổng	36 (66,7%)	18 (33,3%)	54 (100%)	

Trong số 54 bệnh nhân có 36/54 bệnh nhân (66,7%) có xâm lấn vỏ u, Tỉ lệ có xâm lấn vỏ ở nhóm có kích thước u từ 5 – 9 cm chiếm tỉ lệ cao nhất với 20/54 bệnh nhân (37%). Khi so sánh tương quan về kích thước u với mức độ xâm lấn thấy khối u càng lớn tỉ lệ xâm lấn càng cao với $p < 0,05$.

Bảng 7: Liên quan giữa số lượng u với mức độ xâm lấn

Số lượng u	Có xâm lấn	Không xâm lấn	Tổng
1 u	29 (53,7%)	14 (25,9%)	43 (79,6%)
2 u	7 (13,0%)	4 (7,4%)	11 (20,4%)
Tổng	36 (66,7%)	18 (33,3%)	54 (100%)
P, OR	$p > 0,05$; OR = 1,18		

Tỉ lệ có 1 khối u cao nhất với 43/54 bệnh nhân (79,6%), trong đó tỉ lệ có 1 khối u có xâm lấn vỏ chiếm tỉ lệ cao nhất với 29/54 bệnh nhân (53,7%). Tuy nhiên không có sự liên quan giữa số lượng khối u với mức độ xâm lấn vỏ xơ $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới của nhóm bệnh nhân

nghiên cứu: Trong số 54 bệnh nhân u tuyến ức có tuổi trung bình là $44,46 \pm 13,23$ (15 – 71), về nhóm tuổi nhận thấy lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là tuổi từ 40 – 59 với 30/54 bệnh nhân (55,5%), lứa tuổi ≥ 60 tuổi chiếm 6/54 bệnh nhân (11,1%) và lứa tuổi <40 có 18/54 bệnh nhân (33,3%). Tỉ lệ nam giới là 31/54 bệnh nhân (57,4%) tỉ lệ nam/nữ là 1,13/1.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu của Weis CA và cs (2015) [6]

tuổi trung bình của tác giả gặp từ 57 - 64 tuổi. Moran C.A (2012) [4] nghiên cứu trên 250 trường hợp u tuyến ức, có 120 nam và 130 phụ nữ (tỉ lệ nam/nữ là 0,92/1), tuổi từ 13 - 92. Nghiên cứu của Xue-Ying Su và cs (2014) [7] cũng có tỉ lệ nam/nữ là 1,17/1.

Chúng tôi nhận thấy bệnh nhân ở nhóm tuổi trên 40 có u tuyến ức chiếm tỉ lệ cao, tỉ lệ nam cao hơn nữ. Tuy nhiên sự khác biệt về giới tính cũng như nhóm tuổi để đưa ra yếu tố nguy cơ dự báo u tuyến ức đối với các bệnh nhân này

cần được thống kê và theo dõi với số lượng nhiều hơn.

4.2. Liên quan giữa tuổi, giới tính với các typ mô bệnh của u tuyến ức

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy: Nhóm tuổi từ 50 – 59 tỉ lệ u chiếm cao nhất là 16/54 bệnh nhân (29,6) và thấp nhất là nhóm ≥ 60 với 6/54 bệnh nhân (11,1%). Trong nhóm tuổi từ 40 – 49 tuổi tỉ lệ u tuyến ức typ AB cao với 6/14 bệnh nhân. Liên quan typ mô bệnh học với tuổi không có ý nghĩa với $p=0,54>0,05$. Cả hai giới tỉ lệ u tuyến ức typ AB chiếm tỉ lệ cao nhất với 20/54 bệnh nhân (37%), trong đó với nam là 11/54 bệnh nhân (20,4%) và nữ là 9/54 (16,7%). Tỉ lệ thấp nhất là typ B3 và C. Mỗi liên quan mô bệnh với giới tính không có ý nghĩa với $p>0,05$.

Nghiên cứu của Xue-Ying Su và cs (2014) [7] nhận thấy trong 249 bệnh nhân u tuyến ức 18 trường hợp typ A (7,2%), 97 typ AB (39,0%), 22 typ B1 (8,8%), 63 typ B2 (25,3%), 16 typ B3 (6,5 %) và 33 ung thư biểu mô tuyến ức (13,3%). Có 134 nam và 115 nữ, tỉ lệ nam/nữ là 1,17: 1, độ tuổi từ 9 -78 tuổi (trung bình = 49). Độ tuổi của bệnh nhân u tuyến ức là 12 - 78 tuổi (trung bình = 48,5 tuổi), M: F là 1,1: 1. Độ tuổi của bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến ức là 9 - 70 tuổi (trung bình = 27), tỉ lệ nam/nữ là 1,75: 1. Theo tác giả không có sự liên quan về tuổi, giới đến phân typ mô bệnh cũng như tiên lượng bệnh.

Như vậy có thấy thấy các nghiên cứu đều nhận thấy u tuyến ức chủ yếu là typ A, và typ AB, và lứa tuổi chủ yếu là lứa tuổi trung niên trung bình khoảng 40 - 50 tuổi, hầu hết đều thấy tỉ lệ nam cao hơn nữ nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê, và tỉ lệ ung thư tuyến ức hầu như gặp ở lứa tuổi thấp hơn so với u tuyến ức.

4.3. Liên quan giữa triệu chứng nhược cơ với các typ mô bệnh

Trong số 54 bệnh nhân u tuyến ức có 35/54 bệnh nhân có triệu chứng nhược cơ (64,81%). Trong số 35 bệnh nhân u tuyến ức có triệu chứng nhược cơ, Nhóm IIA có tỉ lệ cao nhất với 27/35 bệnh nhân (77,2%), trong đó tỉ lệ u tuyến ức typ AB chiếm cao nhất là 13/35 bệnh nhân (37,1%). Đặc biệt là các bệnh nhân có triệu chứng nhược cơ không có bệnh nhân nào u tuyến ức typ B3 và C. Không có liên quan typ mô bệnh với triệu chứng nhược cơ ($p>0,05$).

Chen YP (2012) [1] nghiên cứu trên 856 bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật từ 7/2008 đến 12/2010, trong số này có 162 ca có u tuyến ức và trong các bệnh nhân này chủ yếu gặp u tuyến ức typ B2 và Masaoka I và II, không có sự liên

quan giữa mức độ nặng của nhược cơ trên lâm sàng với typ mô bệnh.

Nghiên cứu của chúng tôi thì tỉ lệ u tuyến ức có triệu chứng nhược cơ cao hơn, nhưng khác các giả khác chủ yếu các bệnh nhân nhược cơ lại gặp u tuyến ức typ AB và cũng tương tự như các tác giả đều nhận thấy trong các bệnh nhân nhược cơ không có bệnh nhân nào u tuyến ức typ B3 và C, mức độ nặng của triệu chứng nhược cơ trên lâm sàng không liên quan đến typ mô bệnh học.

4.4. Liên quan giữa kích thước và mức độ xâm lấn của khối u.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy: trong số 54 bệnh nhân có 36/54 bệnh nhân (66,7%) có xâm lấn vỏ u, Tỉ lệ có xâm lấn vỏ ở nhóm có kích thước u từ 5 - 9cm chiếm tỉ lệ cao nhất với 20/54 bệnh nhân (37%). Khi so sánh tương quan về kích thước u với mức độ xâm lấn thấy khối u càng lớn tỉ lệ xâm lấn càng cao với $p < 0,05$.

Tỉ lệ có 1 khối u cao nhất với 43/54 bệnh nhân (79,6%), trong đó tỉ lệ có 1 khối u có xâm lấn vỏ chiếm tỉ lệ cao nhất với 29/54 bệnh nhân (53,7%). Tuy nhiên không có sự liên quan giữa số lượng khối u với mức độ xâm lấn vỏ xơ $p>0,05$.

Jiao X (2008) [3] nghiên cứu trên 108 bệnh nhân u tuyến ức, kết quả 7/108 (6,5%) typ A, 19 (17,6%) typ AB, 23 (21,3%) typ B, 19 (17,6%) B2, 27 (25,0%) typ B3 và 13 trường hợp (12,0%) typ C. Trong đó đánh giá mức độ xâm lấn khối u theo Masaoka, 36 trường hợp (33,3%) là ở giai đoạn I (chưa xâm lấn), còn lại là 66,7% đã có xâm lấn với các mức độ tương ứng là 34 (31,5%) giai đoạn II, 27 (25,0%) giai đoạn III và 11 (10,2%) giai đoạn IV. Theo tác giả có sự liên quan typ mô bệnh và mức độ xâm lấn của khối u. Về tiên lượng typ A, AB và B1 có nguy cơ thấp, typ B2 và B3 tiên lượng trung gian, còn typ C tiên lượng xấu nhất.

Theo chúng tôi với các khối u càng lớn thì khả năng xâm lấn càng cao, tuy nhiên thì số lượng khối u lại không liên quan khả năng xâm lấn. Tuy vậy tiên lượng chính của bệnh lại dựa vào typ mô bệnh là chính, bên cạnh đó mức độ xâm lấn của khối chỉ có ý nghĩa góp thêm vào để đánh giá mức độ điều trị và còn phụ thuộc vào khả năng phẫu thuật có cắt bỏ được hết khối u hay không.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 54 bệnh nhân u tuyến ức được phẫu thuật từ 9/2010 đến 9/2015, kết quả: tuổi trung bình là $44,46 \pm 13,23$ (15 – 71), lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là tuổi từ 40 – 59 với 30/54

bệnh nhân (55,5%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,13/1.

Không có liên quan tuổi và giới tính với typ mô bệnh. Có 35/54 (64,8%) bệnh nhân u tuyến ức có triệu chứng nhược cơ. Không có liên quan typ mô bệnh với triệu chứng nhược cơ. Khối u càng lớn thì lệ xâm lấn càng cao. Không có sự liên quan giữa số lượng khối u với mức độ xâm lấn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen YP¹, Wang W, Wang ZK, Dou YK, Wei DN.** (2012), [The clinical characteristics of patients with thymoma-associated myasthenia gravis]. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2012 Aug;51(8):623-5.
2. **Darwish D¹.** (2016), Single Institution Experience of Thymic Tumor Treatment and Survival in Egypt. Asian Pac J Cancer Prev. 2016;17(2):771-4.
3. **Jiao X¹, Yin HL, Lu ZF, Zhao YC, Zhou XJ.** (2008), [Histologic subtyping and prognosis of thymoma: a study of 108 cases]. Zhonghua Bing Li Xue Za Zhi. 2008 Jul;37(7):445-9.
4. **Moran CA¹, Weissferdt A, Kallhor N, Solis LM, Behrens C, Wistuba II, Suster S.** (2012), Thymomas I: a clinicopathologic correlation of 250 cases with emphasis on the World Health Organization schema. Am J Clin Pathol. 2012 Mar;137(3):444-50.
5. **Safieddine N¹, Liu G, Cuningham K, Ming T, Hwang D, Brade A, Bezjak A, Fischer S, Xu W, Azad S, Cypel M, Darling G, Yasufuku K, Pierre A, de Perrot M, Waddell T, Keshavjee S.** (2014), Prognostic factors for cure, recurrence and long-term survival after surgical resection of thymoma. J Thorac Oncol. 2014 Jul;9(7):1018-22.
6. **Weis CA¹, Yao X, Deng Y, Detterbeck FC, Marino M, Nicholson AG, Huang J, Ströbel P, Antonicelli A, Marx A; Contributors to the ITMIG Retrospective Database.** (2015), The impact of thymoma histotype on prognosis in a worldwide database. J Thorac Oncol. 2015 Feb;10(2):367-72.
7. **Xue-Ying Su, Wei-Lu Wu, Nian Liu, Shang-Fu Zhang, Gan-Di Li.** (2014), Thymic epithelial tumors: a clinicopathologic study of 249 cases from a single institution, Int J Clin Exp Pathol. 2014; 7(11): 7760-7767.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TỔN THƯƠNG DA Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ LOÉT SAU XẠ TRỊ

Hoàng Thanh Tuấn¹, Vũ Quang Vinh¹, Trịnh Tuấn Dũng²

TÓM TẮT⁴⁹

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng tổn thương da do xạ trị trên 30 bệnh nhân loét sau xạ trị ung thư. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả 1 số đặc điểm lâm sàng trên 30 bệnh nhân có tổn thương da do tia xạ được điều trị tại viện Bỏng Lê Hữu Trác từ tháng 10/2013 đến tháng 2/2017. Xác định căn nguyên xạ trị, vị trí xạ, thời gian xạ, thời gian loét, kích thước ổ loét, tính chất ổ loét, kích thước vùng thâm nhiễm. **Kết quả:** 30 bệnh nhân có tỷ lệ nam/ nữ = 4/26, nữ chiếm 87%. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 50,87± 17,67. Thời gian tổn thương trung bình là 9 năm 8 tháng, trong đó sớm nhất là bệnh nhân loét ngay trong quá trình đang xạ trị và nhiều nhất là sau xạ 31 năm. Tổn thương ở vùng ngực gặp nhiều nhất chiếm 50%, tiếp đó là vùng đầu mặt, tứ chi và các vùng khác. Tổn thương độ 3 gặp 14 BN chiếm 46,7%, tiếp đó là độ II 9 BN (30%), độ I 7 BN (23,3%). Kích thước ổ loét trung bình là 41,6 ± 38,1 cm², trong đó ổ loét có kích thước lớn nhất là 150 cm² và nhỏ nhất là 1 cm². Kích thước vùng thâm nhiễm xung quanh ổ loét trung bình là 94 ± 59 cm², trong đó lớn nhất là 270

cm² và nhỏ nhất là 10 cm². **Kết luận:** Tổn thương da do tia xạ là một dạng tổn thương đặc biệt, tổn thương xuất hiện ngay sau xạ trị nhưng lâm sàng chủ yếu gặp ở giai đoạn mạn tính với các đặc trưng: ổ loét thường lan rộng, xung quanh thâm nhiễm, xơ cứng, tổn thương sâu tới cơ, xương và các cơ quan bên trong. Có thể gặp các biến chứng tại chỗ nặng nề như chảy máu, tổn thương màng ngoài tim, màng phổi. Xuyên suốt là một quá trình thiếu máu cục bộ mãn tính kéo dài, tổn thương không tự hồi phục và ngày càng lan rộng.

Từ khóa: Tổn thương da do tia xạ, hội chứng da do tia xạ

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CUTANEOUS INJURIES IN CANCER PATIENTS AFTER RADIOTHERAPY

Aims: Identifying clinical characteristics of cutaneous injuries in 30 cancer patients after receiving radiotherapy. **Methods** The cross-sectional study was conducted on 30 patients with skin lesions caused by radiation after their treatment at National Institute of Burns Le Huu Trac from 10/2013 to 2/2017. The selection criteria: reasons for radiation treatment, radiation location, complications. **Results:** 30 patients comprising 4 (13%) males and 26 (87%) females completed the study. The mean age being 50,87± 17,67. The mean time of injury is 9 years and 8 months, the earliest Cutaneous Radiation Injury (CRI) occurs during the process of radiation therapy,

¹Viện bỏng Quốc gia

²Bệnh viện TWQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thanh Tuấn

Email: tuanh.t.vb@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

the latest CRI occurs more than 31 years late. Patients with chronic phase: 100% and third degree of injury with rate of 46,7%. Local complications: cutaneous and muscle injuries: 36,7%, bone injuries: 63,3%
Conclusion: Skin lesions after radiation therapy is quite special, they appear immediately after radiation therapy, but clinically found in chronic phases with long term chronic ischemia, high infection rates, more severe complications.

Keywords: Cutaneous radiation injury (CIR), cutaneous radiation syndrome (CRS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xạ trị là một trong những biện pháp quan trọng trong điều trị ung thư ngày nay. Theo thống kê tại Mỹ khoảng trên 60% bệnh nhân ung thư cần xạ trị là một phần trong kế hoạch điều trị của mình. Tỷ lệ này ngày càng gia tăng đặc biệt ở những nước phát triển. Tuy nhiên, ngoài tác dụng tiêu diệt khối u, tia phóng xạ còn gây tổn thương mô lành xung quanh u, trong đó có da. Khoảng trên 95% bệnh nhân có biểu hiện cấp tính tại vùng da chiếu xạ và 10-15% có biểu hiện mãn tính.

Tại Việt Nam, chưa có thống kê cụ thể về tỷ lệ dạng tổn thương này. Tuy nhiên, tại Viện Bỏng Lê Hữu Trác tỷ lệ bệnh nhân nhập viện với các vấn đề về da tại vùng chiếu xạ ngày càng tăng, trong đó đặc biệt là các bệnh nhân vào viện với vết loét mạn tính do tia xạ đã có nhiều biến chứng nguy hiểm: lộ màng tim, lộ mạch

máu, thần kinh... Sự hiểu biết về đặc điểm của dạng tổn thương này còn nhiều hạn chế dẫn đến việc lựa chọn biện pháp điều trị nhiều khi còn chưa phù hợp. Do vậy, việc xác định các đặc điểm của dạng tổn thương đặc biệt này là rất cần thiết để giúp cho việc dự phòng, chăm sóc cũng như lựa chọn các biện pháp điều trị phù hợp với từng giai đoạn, mức độ tổn thương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu lâm sàng trên 30 bệnh nhân có tổn thương da do xạ trị, được điều trị tại Viện Bỏng Lê Hữu Trác từ tháng 10/2013 đến 2/2017.

Phương pháp nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu

Các bệnh nhân đều được thăm khám đánh giá các triệu chứng lâm sàng: tuổi, giới, vị trí tổn thương, thời gian xuất hiện loét sau xạ trị, đo đặc kích thước, độ sâu các thành phần tổn thương, phân loại mức độ tổn thương, biến chứng tại chỗ, tình trạng nhiễm khuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $50,87 \pm 17,67$ trong đó BN nhỏ tuổi nhất là 15 và lớn nhất là 80, bệnh nhân từ 40 tuổi trở lên là 24 BN chiếm 80%.

Tỉ lệ nam/ nữ = 4/26, nữ chiếm 87% số bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Vị trí tổn thương

Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Thành ngực	15	50
Đầu mặt	9	30
Tứ chi	3	10
Khác	3	10
Tổng	30	100%

Tổn thương ở vùng ngực gặp nhiều nhất chiếm 50%, tiếp đó là vùng đầu mặt, tứ chi và các vùng khác.

Bảng 2. Căn nguyên xạ trị

	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ung thư vú	15	50
U máu	4	13.3
Ung thư vòm	1	3.3
Khác	10	33.3
Tổng	30	100

Nhận xét: Nguyên nhân xạ trị chiếm tỉ lệ cao nhất là do ung thư vú 50%, sau đó là đến các nguyên nhân do ung thư và khối u máu vùng đầu mặt và các nguyên nhân khác như u tủy, ung thư cổ tử cung...

Bảng 3. Thời gian xuất hiện tổn thương sau khi chiếu xạ

Thời gian (tháng)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<1 năm	3	10
1 – 5 năm	10	33,3
> 5 năm	17	56,7
Tổng	30	100%

Nhận xét: Thời gian từ khi xạ đến khi xuất hiện tổn thương nhiều nhất ở giai đoạn trên 5 năm.

Thời gian tổn thương trung bình là 9 năm 8 tháng, trong đó sớm nhất là bệnh nhân loét ngay trong quá trình đang xạ trị và nhiều nhất là sau xạ 31 năm.

Bảng 4. Giai đoạn và mức độ tổn thương

Mức độ tổn thương	Số lượng	Tỉ lệ
Độ I	7	23,3
Độ II	9	30
Độ III	14	46,7
Tổng	30	100

Tất cả BN đều ở giai đoạn tổn thương mạn tính, trong đó tổn thương ở mức độ III theo Sauder là lớn nhất 14 BN chiếm 46,7%, tiếp đó là độ II 9 BN (30%), độ I 7 BN (23,3%)

Bảng 5. Kích thước ổ loét và kích thước vùng thâm nhiễm

Kích thước (cm ²)	Số lượng	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Ổ loét	25	1	150	41,6 ± 38,1
Vùng thâm nhiễm	30	10	270	94 ± 59

Nhận xét: Kích thước ổ loét trung bình là 41,6 ± 38,1 cm², trong đó ổ loét có kích thước lớn nhất là 150 cm² và nhỏ nhất là 1 cm².

Kích thước vùng thâm nhiễm xung quanh ổ loét trung bình là 94 ± 59 cm², trong đó lớn nhất là 270 cm² và nhỏ nhất là 10 cm².

Bảng 6. Thành phần tổn thương

Thành phần	Số lượng	Tỉ lệ
Da, cơ	11	36,7
Da, cơ, xương	18	60
Da, cơ, xương, niêm mạc	1	3,3
Tổng	30	100%

Thành phần tổn thương gồm da, cơ, xương chiếm tỉ lệ cao nhất là 60%. Có 2 trường hợp biến chứng ổ loét tổn thương thành ngực gây lộ màng tim, phổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tuổi và giới: Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu là 50,87, trong đó chủ yếu tập trung ở nhóm tuổi từ 40 trở lên chiếm 80% là do phần lớn bệnh nhân bị ung thư phải xạ trị đều ở độ tuổi trung niên, trong khi đó các tổn thương do xạ trị thường tiến triển một cách âm thầm trong một thời gian dài, có những bệnh nhân sau xạ trị hơn 31 năm mới xuất hiện loét, chính điều này ảnh hưởng lớn đến sự phân bố tuổi của bệnh nhân trong nghiên cứu. Tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm đa số 26/30 BN, kết quả này liên quan nhiều đến nguyên nhân của tổn thương chúng tôi gặp trong nghiên cứu chủ yếu là loét thành ngực sau xạ trị điều trị ung thư vú

4.2 Nguyên nhân xạ trị và vị trí tổn thương: Các tổn thương loét xạ trị trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở nhiều vùng khác nhau trên cơ thể trong đó vùng thành ngực và đầu mặt cổ là gặp nhiều nhất. Điều này được giải thích là do BN loét xạ trị trong nghiên cứu gặp chủ yếu là sau điều trị ung thư vú và các ung thư vùng đầu mặt... Đây cũng là những ung thư thường gặp nhất hiện nay, trong đó xạ trị là một phần quan trọng không thể thiếu trong phác đồ điều trị các ung thư này. Trong nghiên cứu, chúng tôi gặp 4 trường hợp tổn thương loét và

teo lép sau xạ trị u máu vùng mặt và vú. Các bệnh nhân này đều có tuổi rất trẻ, nhỏ nhất là 15 tuổi. Các biểu hiện đau rát, xơ hóa xuất hiện ngay trong những tháng đầu xạ trị rồi tiến triển dần thành vùng thâm nhiễm lan rộng, teo lép, kém phát triển ở nửa mặt hay bên vú chiếu xạ, với các vết loét thi thoảng xuất hiện trên bề mặt thâm nhiễm. Chính vì vậy, việc áp dụng phương pháp xạ trị trong đối với các khối u lành tính như u máu phải hết sức cân nhắc đặc biệt đối với trẻ em.

4.3 Thời gian xuất hiện loét xạ trị: Thời gian trung bình xuất hiện loét sau xạ trị là 9 năm 8 tháng, trong đó sớm nhất là bệnh nhân có biểu hiện loét cấp ngay sau xạ trị 2 tháng và muộn nhất là sau 31 năm. Đặc điểm tổn thương của di chứng xạ trị thường diễn biến phức tạp. Đa số thường diễn biến âm ỉ, dai dẳng, tác động lên nhiều thành phần tổ chức cơ thể khác nhau, kéo dài nhiều năm trước khi có các biểu hiện tổn thương ở lâm sàng. Tuy nhiên, nó cũng có thể biểu hiện cấp tính đột ngột ngay sau thời gian xạ trị. Ngoài ra, nó còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như vị trí, đặc điểm cấu tạo vùng tổn thương, độ tuổi, liều và thời gian, phương pháp chiếu xạ.

4.4 Mức độ và kích thước tổn thương: Tổn thương độ III chiếm đa số các trường hợp, đây là các tổn thương loét rộng, ăn sâu, lan tỏa

gồm nhiều thành phần tổ chức khác nhau, kích thước ổ loét trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $41,6 \pm 38,1 \text{ cm}^2$, trong đó ổ loét có kích thước lớn nhất là 150 cm^2 . Kích thước trung bình của vùng thâm nhiễm là $94 \pm 59 \text{ cm}^2$, lớn nhất là 270 cm^2 , điều này cho chúng ta thấy sự phức tạp ở tổn thương loét xạ trị. Có thể ổ loét không lớn nhưng vùng thâm nhiễm xung quanh có thể lan rộng với kích thước gấp nhiều lần ổ loét chính. Chính yếu tố này tạo điều kiện cho ổ loét ngày càng lan rộng và ăn sâu xuống dưới. Trong phẫu thuật, cắt bỏ toàn bộ và triệt để ổ loét và vùng thâm nhiễm là yếu tố quyết định đến kết quả điều trị.

4.5 Thành phần tổn thương và biến chứng: Trong nghiên cứu không có trường hợp nào chỉ tổn thương đơn thuần khu trú ở trên da, tất cả đều gồm nhiều thành phần tổn thương khác nhau như da, gân, cơ, xương. Đặc biệt, có trường hợp ổ loét ăn sâu lộ màng ngoài tim, màng phổi, động mạch nách. Đây là đặc trưng của dạng tổn thương này. Đa số các bệnh nhân đến với chúng tôi đều đã thất bại với biện pháp điều trị trước đó - đó là biện pháp thay bằng, cắt lọc chờ lên tổ chức hạt...

Tổn thương các mô lành dưới lớp da là một trong những đặc trưng của tổn thương do tia xạ. Có nhiều trường hợp chỉ có biểu hiện các ổ loét da rất nhỏ nhưng bên trong đã có những biểu hiện hoại tử xương. Trong nghiên cứu có 4 BN bên ngoài tổn thương da chỉ là độ 1 nhưng trong quá trình phẫu thuật đã phát hiện có biểu hiện thoái hoá xương dạng tinh bột. Kết quả này tương tự như thông báo của nhiều tác giả khác [6], [3].

4.6 Tiến triển của tổn thương da do tia xạ: Qua các nghiên cứu trên thực nghiệm cũng như lâm sàng về các đặc điểm tổn thương đại thể, vi thể của tổn thương da do tia xạ thấy

rằng, sự tiến triển tổn thương da do tia xạ là một quá trình âm ỉ, mạn tính, kéo dài nhiều năm. Xuyên suốt là một quá trình thiếu máu cục bộ, nhiễm khuẩn và hoại tử. Ổ loét có thể tự xuất hiện hoặc sau một chấn thương.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương da do tia xạ là một dạng tổn thương đặc biệt, tổn thương xuất hiện ngay sau xạ trị nhưng lâm sàng chủ yếu gặp ở giai đoạn mạn tính với các đặc trưng: ổ loét thường lan rộng, xung quanh thâm nhiễm, xơ cứng, tổn thương sâu tới cơ, xương và các cơ quan bên trong. Có thể gặp các biến chứng tại chỗ nặng nề như chảy máu, tổn thương màng ngoài tim, màng phổi. Xuyên suốt là một quá trình thiếu máu cục bộ mãn tính kéo dài, tổn thương không tự hồi phục và ngày càng lan rộng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carsten Herskind, Søren M. Bentzen, Jens Overgaard, Marie Overgaard, (1998), "Differentiation state of skin fibroblast cultures versus risk of subcutaneous fibrosis after radiotherapy", *Radiotherapy and Oncology* 47 (1998), 263-269
2. Corinne Doll, Ralph Durand, (1998), "Functional assessment of cutaneous microvasculature after radiation", *Radiotherapy and Oncology* 51. pp 67-70
3. Erica B. Collen and Monique N. Mayer (2001), "Acute effects of radiation treatment: Skin reactions", *The Canadian Veterinary Journal*, 47(9): 931-935.
4. Gillette EL, LaRue SM, Gillette SM. (1995), "Normal tissue tolerance and management of radiation injury". *Semin Vet Med Surg (Small Anim)*;10(3):209-13.
5. Heather Cicero, (2005), "Wound healing perspectives", *National healing corporation*, pp 5-8
6. Krizek TJ, (1979), "Difficult wounds: radiation wounds". *Clin Plast Surg*. 6(4):541-3.
7. Mendelsohn (2002), "Wound care after radiation therapy", *Adv skin wound care* ;15:216,218-24

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT DI CHỨNG

Nguyễn Văn Dũng*, và cộng sự

Ở Việt Nam đã nhiều nghiên cứu về bệnh sinh và bệnh nguyên của bệnh tâm thần phân liệt tuy nhiên chưa có một nghiên cứu hệ thống nào về đặc điểm lâm sàng của thể bệnh tâm thần phân liệt di chứng!

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng Tâm thần phân liệt thể di chứng **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả lâm sàng từng trường hợp có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý hỗ trợ. **Kết quả:** Trong 49 bệnh nhân TTPL thể di chứng. TTPL thể di chứng đa số ở giai đoạn mãn tính với các triệu chứng đặc trưng

TÓM TẮT⁵⁰

* Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
 Email: drdungbm@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 19.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017
 Ngày duyệt bài: 4.4.2017

ở giai đoạn muộn là *chậm chạp lâm lý vận động hay hoạt động kém, cảm xúc cùn mòn rỗ rệt và kém chăm sóc cá nhân và kém hoạt động, xã hội*. Trong khi đó các triệu chứng khác như *bị động và thiếu sáng kiến, ngôn ngữ nghèo nàn về lượng hay nội dung và nghèo nàn trong giao tiếp*. *Rối loạn tư duy* có tỷ lệ (85,7 - 89,8%), các hoang tưởng và rối loạn hình thức tư duy dương tính tỷ lệ (79,6%), cảm xúc nghèo nàn (75,5%). *Rối loạn hoạt động* phổ biến nhất là nhóm triệu chứng lãnh đạm và thiếu ý chí trong đó tính thụ động, thiếu sáng kiến và lười nhác trong lao động và học tập có tỷ lệ cao nhất (95,9%) Các triệu chứng khác cũng thường gặp là mất thích thú và kém hoạt động xã hội với triệu chứng ngại tiếp xúc với bạn bè chiếm 91,8%. Các rối loạn vận động hay gặp là vận động chậm chạp hay hoạt động kém chiếm 44,9% ở mức độ nặng. **Kết Luận:** TTPL thể di chứng gặp khá phổ biến trong số bệnh nhân tâm thần phân liệt và là thể gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho bản thân người bệnh, gia đình họ và cộng đồng. Cần được nhận biết để chẩn đoán và điều trị thỏa đáng

SUMMARY

A DESCRIPTION OF THE CLINICAL CHARACTERISTICS OF SCHIZOPHRENIA DISEASE SEQUELAE

in Vietnam has many research about the causes of disease and disease pathogenesis of schizophrenia but do not yet have a system research on clinical characteristics of schizophrenia disease sequelae. Objective: describe the clinical characteristics of schizophrenia can prove the method: the study cut clinical description of each case of use of a psychological test of support. Results: in 49 patients schizophrenia possible sequelae. schizophrenia possible sequelae in the majority of chronic phase with characteristic symptoms in late stages is sluggish mobility management, forestry or ruined poorly, visibly worn and blunt emotion less personal and less care, social activities. Meanwhile other symptoms such as passive and lacking in initiative, poor language about the amount or content and the poor in the Wattle. The private rate of duv disorders (89.8%), 85.7-the paranoid form of disorders and positive thinking (79.6%) rate, poor feelings (75.5%). The disorder is the most common activity groups of symptoms and the lack of will to ooka in which passive properties, lack of initiative and loafers in labor and study the highest rate (95.9%) Other common symptoms are loss of enjoyment and social activities with concern, symptoms of exposure with friends occupy 91.8%. The common motor disorder is slow or poorly accounted for 44.9% in severe levels. Conclusion: possible sequelae schizophrenia met quite common among patients with schizophrenia and is able to cause more serious consequences for the patients themselves, their families and communities. Need to be aware to adequate treatment and diagnosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt (TTPL) là một bệnh loạn thần nặng tiến triển, có khuynh hướng mạn tính,

căn nguyên hiện nay chưa rõ ràng, làm cho người bệnh dần dần tách ra khỏi cuộc sống bên ngoài, thu dần vào thế giới bên trong. Tỷ lệ mắc bệnh TTPL là khoảng 0,3 - 1% dân số thế giới. Nhiều nghiên cứu cho thấy có tới 90% số bệnh nhân TTPL tiến triển thành mạn tính, 95 - 98% các trường hợp là bị tái phát. Bệnh TTPL có khuynh hướng tiến triển mạn tính và hay tái phát, mất tính thống nhất giữa các mặt hoạt động tâm thần và thường dẫn đến các di chứng tâm thần với các mức độ khác nhau như tư duy trở nên nghèo nàn, giảm ý chí, thu mình, cảm xúc thờ ơ, giảm hoạt động... được gọi là bệnh TTPL thể di chứng.

Theo Bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD-10), TTPL thể di chứng (F20.5) biểu hiện một giai đoạn mạn tính trong tiến triển của bệnh TTPL trong các triệu chứng "âm tính" thể hiện sự tiêu hao, mất mát các khía cạnh của hoạt động tâm thần như: chậm chạp tâm lý vận động, hoạt động kém, cảm xúc cùn mòn, bị động, thiếu sáng kiến, ngôn ngữ nghèo nàn, chăm sóc cá nhân kém và giảm sút các hoạt động xã hội. Tuy nhiên, vấn đề nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bệnh TTPL thể di chứng hầu như chưa có tác giả nào đề cập đến một cách hệ thống, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt thể di chứng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Chúng tôi thu nhận các bệnh nhân (BN) đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán tâm thần phân liệt thể di chứng theo ICD 10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch mai, mã bệnh F20.5, đồng thời tham khảo tiêu chuẩn chẩn đoán trong DSM - IV thời gian từ tháng 10/2012 đến tháng 11/2015

Phương pháp nghiên cứu mô tả, tiến cứu. Chúng tôi có sử dụng các trắc nghiệm để đánh giá mức độ rối loạn tâm thần của người bệnh. Sử dụng thống kê toán học, có sự trợ giúp của phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 20 nam, 29 nữ. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,45. Sự khác biệt về tỷ lệ giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả khi cho rằng ở giai đoạn mãn tính của TTPL không có sự khác biệt giữa hai giới. Về tuổi khởi phát, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy gặp nhiều nhất là khởi phát ở giai đoạn thanh

niên (20 - 44 tuổi), chiếm 83,7%. không gặp điểm này đều phù hợp với y văn nghiên cứu của trước tuổi 20 và không gặp sau tuổi 60. Các đặc nhiều tác giả.

Bảng 1. Biểu hiện chung và tình trạng ý thức.

		Triệu chứng	n	%
Biểu hiện chung	Trang phục	Gọn gàng, sạch sẽ	3	6,1
		Sạch nhưng cầu thả, không gọn gàng	18	36,7
		Bẩn, có mùi khó chịu	21	42,9
		Rất bẩn, mùi rất khó chịu	7	14,3
	Thái độ khi tiếp xúc	Tin tưởng, hợp tác	5	10,2
		Kích thích, chống đối	15	30,6
		Thờ ơ lãnh đạm	22	44,9
	Mải mê suy nghĩ	7	14,3	
Trang thái ý thức	Định hướng đúng, dễ dàng		40	81,7
	Định hướng đúng nhưng khó khăn		9	18,3
	Rối loạn năng lực định hướng		0	0

Nhận xét. Đa số các tác giả đều nhận xét là ở giai đoạn mãn tính, bệnh nhân thường có thái độ thờ ơ, lãnh đạm. Kết quả của chúng tôi (bảng 1) cũng cho thấy số bệnh nhân có biểu hiện này chiếm đa số với 44,9%. về trang phục, số bệnh nhân có cách ăn mặc bẩn, có mùi khó chịu gặp nhiều nhất, chiếm 42,9%.

Bảng 2. Đặc điểm ảo giác ở các bệnh nhân nghiên cứu

		Các triệu chứng	n	%
		Ao tương	0	0
		Ao giác	19	38,8
Loại ảo giác		Ao thanh bình phẩm	5	10,2
		Ao thanh đàm thoại	7	14,3
		Ao thanh ra lệnh	1	2,0
		Ao thanh khác	11	22,4
		Các ảo giác khác	0	0

Nhận xét. Kết quả nghiên cứu (bảng 2) cho thấy số bệnh nhân có ảo giác chiếm 38,8% trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Nội dung ảo giác thường là không rõ ràng và ít có tính chi phối và không có bệnh nhân nào có đáp ứng rõ rệt với ảo giác.

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn tư duy nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Các triệu chứng		Nhẹ và vừa		Nặng	
		n	%	n	%
Nội dung tư duy	Hoang tưởng bị truy hại	26	53,1	0	0
	Hoang tưởng ghen tuông	1	2,0	0	0
	Hoang tưởng tự cao	4	8,2	0	0
	Hoang tưởng về cơ thể	2	4,1	0	0
	Hoang tưởng liên hệ	27	55,1	0	0
	Hoang tưởng bị kiểm tra, bị chi phối	4	8,2	0	0
	Tư duy vang thành tiếng	2	4,1	0	0
	Tư duy bị bộc lộ, bị đánh cắp	1	2,0	0	0
	Hoang tưởng và các rối loạn tư duy khác	0	0	0	0
Hình thức tư duy dương tính	Trả lời bên cạnh	25	51,0	4	8,2
	Nói gián tiếp	26	53,1	2	4,1
	Ngôn ngữ rời rạc, không liên quan	18	36,7	28	57,1
	Tư duy không logic	40	81,6	9	18,4
	Tư duy lai nhai	8	16,3	0	0
	Tư duy dồn dập	12	24,5	0	0
	Tư duy lộn xộn	2	4,1	0	0
	Chơi chữ	7	14,3	0	0
	Tự bịa đặt tiếng nói riêng	3	6,1	0	0
Hình thức tư duy âm tính	Vốn từ nghèo nàn	7	14,3	42	85,7
	Nội dung lời nói nghèo nàn	5	10,2	44	89,8

Tư duy ngắt quãng	32	65,3	16	32,7
Tư duy chậm chạp	19	38,8	30	61,2

Nhận xét. Bảng 3. Kết quả nghiên cứu (bảng 3) cho thấy rối loạn nội dung tư duy ở các bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là các hoang tưởng ở mức độ nhẹ và vừa. Trong đó thường gặp là hoang tưởng liên hệ, chiếm 55,1% và hoang tưởng bị truy hại, chiếm 53,1%

Bảng 4: Đặc điểm rối loạn cảm xúc ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các triệu chứng		Nhẹ và vừa		Nặng	
		n	%	n	%
Cảm xúc cùn mòn	Không thay đổi nét mặt	27	55,1	21	42,9
	Giảm các động lác tự phát	18	36,7	31	63,3
	Cử chỉ biểu lộ cảm xúc nghèo nàn	12	24,5	37	75,5
	Biểu lộ cảm xúc qua ánh mắt nghèo nàn	10	20,4	39	79,6
	Cảm xúc bàng quan	14	28,6	35	71,4
	Cảm xúc không thích hợp	40	81,6	9	18,4
	Lời nói thiếu ngữ điệu	33	67,3	16	32,7
Trạng thái hưng phấn		24	49,0	0	0
Trầm cảm		20	40,8	0	0

Nhận xét. Bảng 4 cho thấy trong các triệu chứng của cảm xúc cùn mòn, ở mức độ nhẹ và vừa, cảm xúc không thích hợp là triệu chứng phổ biến nhất với 40 bệnh nhân, chiếm 81,6%. ít gặp nhất là triệu chứng biểu lộ cảm xúc qua ánh mắt nghèo nàn với 10 bệnh nhân, chiếm 20,4%.

Bảng 5: Rối loạn hoạt động ý chí ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Các triệu chứng		Nhẹ và vừa		Nặng	
		n	%	n	%
Lãnh đạm và thiếu ý chí	Ăn mặc và vệ sinh cá nhân kém	13	26,5	36	73,5
	Lười nhác trong lao động và học tập	2	4,1	47	95,9
	thụ động và thiếu sáng kiến trong lao động và học tập	2	4,1	47	95,9
	Suy nhược cơ thể	26	53,1	0	0
Mất thích thú và kém hoạt động xã hội	Giảm sút ham thích và hoạt động vui chơi giải trí	26	53,1	23	46,9
	Giảm sút ham thích và hoạt động tình dục	12	24,5	25	51,0
	Ngại tiếp xúc trong gia đình và họ hàng	19	38,8	30	61,2
	Ngại tiếp xúc với bạn bè	4	8,2	45	91,8
Các rối loạn vận động	Vận động chậm chạp hay hoạt động kém	26	53,1	22	44,9
	Kích động	24	49,0	0	0
	Căng trương lực	8	16,3	0	0

Nhận xét. Bảng 5 Cho thấy, lười nhác trong lao động, học tập cùng với thụ động và thiếu sáng kiến trong lao động, học tập có ở 2 bệnh nhân, chiếm 4,1% cho mỗi loại. Giảm sút ham thích và hoạt động vui chơi giải trí là triệu chứng gặp, nhiều nhất ở mức độ nhẹ và vừa với 26 bệnh nhân, chiếm 53,1%, ngại tiếp xúc trong gia đình và họ hàng (19 bệnh nhân, chiếm 38,8%), giảm sút ham thích và hoạt động tình dục (12 bệnh nhân, chiếm 24,5%) và ngại tiếp xúc với bạn bè (4 bệnh nhân, chiếm 8,2%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biểu hiện ý thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt di chứng

Đa số các tác giả đều nhận xét là ở giai đoạn mãn tính, bệnh nhân thường có thái độ thờ ơ, lãnh đạm. Kết quả của chúng tôi (bảng 1) cũng cho thấy số bệnh nhân có biểu hiện này chiếm đa số với 44,9%. về trang phục, số bệnh nhân có cách ăn mặc bẩn, có mùi khó chịu gặp nhiều nhất, chiếm 42,9%. Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả là bệnh nhân TTPL thể di chứng nói riêng và bệnh nhân TTPL mãn tính nói chung thường có diện mạo kém gọn gàng với cách ăn mặc trở nên tối thiểu

4.2. Đặc điểm ảo giác ở các bệnh nhân nghiên cứu.

Kết quả nghiên cứu (bảng 2) cho thấy số bệnh nhân có ảo giác chiếm 38,8% trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Trong đó tất cả các trường hợp đều là ảo thanh mà không có loại ảo giác khác như ảo thị, ảo khứu hay ảo vị v.v... Kết quả này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả là ảo thanh gặp nhiều nhất trong TTPL. Ảo giác trong các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là xuất hiện không thường xuyên (trên 1 tuần/lần), chiếm 63,2%. Nội dung ảo giác thường là không rõ ràng và ít có tính chi phối và không có bệnh nhân nào có đáp ứng rõ rệt với ảo giác. [3]

4.3. Đặc điểm rối loạn tư duy ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu (bảng 3) cho thấy rối loạn nội dung tư duy ở các bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là các hoang tưởng ở mức độ nhẹ và vừa nghĩa là các hoang tưởng với nội dung ít rõ ràng, xuất hiện không thường xuyên và ít chi phối tư duy, các quan hệ xã hội và hành vi. Không gặp hoang tưởng có mức độ nặng. Trong đó thường gặp là hoang tưởng liên hệ, chiếm 55,1% và hoang tưởng bị truy hại, chiếm 53,1%. Đây không phải là các hoang tưởng đặc trưng cho TTPL. [2][5] Kết quả này của chúng tôi phù hợp với đa số các tác giả khi cho rằng hoang tưởng ít gặp trong TTPL thể di chứng và nếu gặp thì cũng không rõ rệt và ít chi phối cảm xúc và hành vi của người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn hình thức tư duy âm tính ở mức độ nặng rõ rệt chủ yếu là nội dung lời nói nghèo nàn, chiếm 89,8% và vốn từ nghèo nàn, chiếm 85,7%. Tư duy chậm chạp và tư duy ngắt quãng ít gặp hơn.

4.4. Đặc điểm rối loạn cảm xúc ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu (bảng 4) cho thấy cảm xúc cùn mòn là triệu chứng phổ biến ở các bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này phù hợp với nhận xét của đa số các tác giả là triệu chứng này là một trong những triệu chứng âm tính quan trọng nhất trong chẩn đoán TTPL thể di chứng. Theo nghiên cứu của chúng tôi, trong số các thành phần của triệu chứng cảm xúc cùn mòn thì dấu hiệu biểu lộ cảm xúc qua ánh mắt nghèo nàn gặp nhiều nhất, chiếm 79,6% ở mức độ nặng. Tiếp theo là cử chỉ biểu lộ cảm xúc nghèo nàn, chiếm 75,5% ở mức độ nặng, Trong khi đó cảm xúc không thích hợp chỉ chiếm 18,4% ở mức độ nặng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Adreassen (1979) và 1987) với kết quả khoảng 20% bệnh nhân có rối loạn này.

4.5. Đặc điểm rối loạn hoạt động có ý chí ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Các rối loạn hoạt động có ý chí được chia làm 3 nhóm triệu chứng sau: [4]

* Lãnh đạm và thiếu ý chí: Đây là nhóm triệu chứng âm tính thường gặp trong TTPL thể di chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 5) cho thấy triệu chứng thường gặp nhất trong nhóm này là tính thụ động, thiếu sáng kiến và lười nhác trong lao động và học tập, chiếm 95,9% ở mức độ nặng. Kết quả này phù hợp với nhận xét trên của đa số các tác giả.

*Mất thích thú và kém hoạt động xã hội: Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm triệu chứng này gặp khá nhiều trong nhóm nghiên cứu trong đó

ngại liếp xúc với bạn bè cùng trang lứa là triệu chứng gặp nhiều nhất, chiếm 91,8% ở mức độ nặng. Các triệu chứng khác cũng hay gặp, ít gặp nhất trong nhóm này ở mức độ nặng là triệu chứng giảm sút ham thích và hoạt động vui chơi giải trí (46,9%).

*Các rối loạn vận động không do thuốc: Kết quả nghiên cứu cho thấy vận động chậm chạp hay hoạt động kém là triệu chứng gặp nhiều nhất trong nhóm này, chiếm 53,1% ở mức độ nhẹ, vừa và 44,9% ở mức độ nặng. Trong khi đó kích động và căng trương lực chỉ gặp ở mức độ nhẹ và vừa với các tỷ lệ 49% và 16,3%. Kết quả này phù hợp với nhận xét của nhiều tác giả là triệu chứng vận động chậm chạp và hoạt động kém thường gặp trong TTPL thể di chứng và là một trong các triệu chứng đặc trưng trong chẩn đoán thể bệnh này.

V. KẾT LUẬN

1. Tâm thần phân liệt thể di chứng là một thể lâm sàng độc lập, trong đó các triệu chứng âm tính như cảm xúc cùn mòn, ngôn ngữ nghèo nàn và thiếu ý chí chiếm ưu thế, trong khi các triệu chứng dương tính như hoang tưởng, ảo giác, các rối loạn ngôn ngữ và hành vi mờ nhạt hay không có. [1][2]

2. Các triệu chứng đặc trưng ở giai đoạn muộn là chậm chạp lâm lý vận động hay hoạt động kém, cảm xúc cùn mòn rõ rệt và kém chăm sóc cá nhân và kém hoạt động, xã hội.

Rối loạn tư duy hay gặp là ngôn ngữ nghèo nàn về lượng và nội dung (từ 85,7 - 89,8%), các hoang tưởng và rối loạn hình thức tư duy dương tính là cảm xúc cùn mòn, trong đó biểu lộ cảm xúc qua ánh mắt nghèo nàn gặp nhiều nhất (79,6%), Sau đó là cử chỉ biểu lộ cảm xúc nghèo nàn (75,5%), các triệu chứng khác ít gặp hơn như cảm xúc bàng quan, giảm các động tác tự phát, không thay đổi nét mặt, lời nói thiếu ngữ điệu và cảm xúc không thích hợp. [2][6]

Các triệu chứng khác cũng thường gặp là mất thích thú và kém hoạt động xã hội với triệu chứng ngại tiếp xúc với bạn bè chiếm 91,8%. Các rối loạn vận động hay gặp là vận động chậm chạp hay hoạt động kém chiếm 44,9% ở mức độ nặng. Ngoài ra còn gặp các rối loạn chú ý và trí nhớ với một tỷ lệ nhất định. Không thấy có rối loạn ý thức cũng như rối loạn trí tuệ trong nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Nguyễn Việt Thiêm (1995), Nhận xét về cơ cấu bệnh lý được, ghi chẩn đoán ở mục F2 (ICD-10) trên*

- bệnh nhân nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần. Công trình nghiên cứu khoa học về bảng phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 (ICD- 10). Bộ Y tế, tr. 41-48.
2. **Cancro R., Grebb J.A. (1989)**, "Schizophrenia: Clinical features", *Comprehensive textbook of Psychiatry*, the 4th edition, Williams & Wilkins Press, Sydney, p. 757-777.
 3. **Ilerz M.I., Lamberti J.S., Mintz J. et al. (2000)**, "A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study". *Arch. Gen. Psychiatry* 57, No. 3, p.,277-283.
 4. **Rossi A., Bustini M., Prosperini P. (2000)**, "Neuromorphological abnormalities in schizophrenic patients with good and poor outcome", *Acta Psychiatr. Scand.* 101, No. 2, p. 161-166.
 5. **Siris S.G. (1996)**, "Depression and schizophrenia", *Schizophrenia*, Blackwell Science, p. 128-145.
 6. **Fujita 1. (1999)**, "Effect of risperidone for positive and negative symptoms of treatment-resistant schizophrenic patients, suffering from the side effects by conventional antipsychotic medication". *J. Of New remedies & Clinics* 48, No. 9, p. 58-62.
 7. **Bottlender R., Strauss A., Moller H.J. (2000)**, "Prevalence and background factors of depression in first admitted schizophrenic patients", *Acta Psvchiatr. Scatid.* 101, No. 2, p. 153-160

THỰC TRẠNG VÀ KHÓ KHĂN KHI BÁO CÁO SỰ CỐ Y KHOA CỦA ĐIỀU DƯỠNG, KỸ THUẬT VIÊN BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI NĂM 2015

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

TÓM TẮT⁵¹

Nghiên cứu được thực hiện với 232 điều dưỡng, kỹ thuật viên bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng và khó khăn của điều dưỡng, kỹ thuật viên bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong báo cáo sự cố y khoa. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 27,9. Trình độ của điều dưỡng, kỹ thuật viên ở cả ba cấp đào tạo: trung học (46,1%), đại học và sau đại học (31%), cao đẳng (22,9%). Nhóm điều dưỡng và kỹ thuật viên làm việc tại các khoa điều trị nội trú (52,6%), khoa cận lâm sàng (23,7%), đơn vị khám ngoại trú (23,7%). Có 60,8% điều dưỡng và kỹ thuật viên đã từng báo cáo về sự cố y khoa. Quy trình báo cáo sự cố y khoa thường là báo cáo với lãnh đạo khoa và rút kinh nghiệm nội bộ (76,7%); báo cáo lãnh đạo bệnh viện (25,9%); thông tin với đồng nghiệp (18,1%); không cần báo cáo (2,2%). Có nhiều lý do gây hạn chế báo cáo sự cố của điều dưỡng, và kỹ thuật viên gồm không biết báo cáo bằng cách nào (48,7%); sợ ảnh hưởng đến đồng nghiệp (34,1%); sợ bị buộc tội (27,6%), và 12,1% cho là do bệnh viện chưa quy định phải báo cáo. **Kết luận:** Nhiều điều dưỡng, kỹ thuật viên bệnh viện đã tham gia báo cáo về sự cố y khoa. Tuy nhiên, có ba lý do chính khiến điều dưỡng, kỹ thuật viên không báo cáo sự cố là: Không biết quy trình báo cáo; Sợ làm ảnh hưởng đến đồng nghiệp và thành tích của tập thể; Sợ bị buộc tội, quy trách nhiệm cá nhân.

Từ khóa: Sự cố y khoa, báo cáo sự cố y khoa.

SUMMARY

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Dự
Email: duhuyenhn@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 3.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 13.3.2017
Ngày duyệt bài: 22.3.2017

REAL SITUATION AND DIFFICULTIES OF NURSES AND TECHNICIANS IN REPORTING MEDICAL ADVERSE EVENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL IN YEAR 2015

The study was conducted with 232 nurses and technicians in Hanoi Medical University Hospital in 2015. **Objective:** Describe the real situation and difficulties of nurses and technicians in reporting medical adverse events. **Results:** Mean age of the participants was 27.9. Participants' education background were: Diploma (46.1%), bachelor and postgraduate (31%), and college (22.9%). Nurses and Technicians who work at Inpatient department were 52.6%, 23.7% at paraclinical department, and 23.7% at Outpatient department. 60.8% of nurses and technicians had reported medical adverse events. The procedure of reporting medical adverse events was usually to the head of department for internal learning from experience (76.7%); report to the head of hospital (25.9%); communicate with colleagues (18.1%); no need to report (2.2%). There were a lot of reasons why nurses and technicians do not report medical adverse events, such as they do not know how to report (48.7%); fear of cultivating colleagues' personal influence (34.1%); fear of being accused (27.6%), and 12.1% of them believed that the hospital did not make any rules of reporting medical adverse events. **Conclusion:** There were many nurses and technicians had reported medical adverse events. However, there were three main reasons why nurses and technicians do not report medical adverse events: do not know the reporting process; fear of cultivating colleagues' personal influence and collective achievement; fear of being accused, and placed the blame for individual.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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

Bộ Y Tế đã có quy định các bệnh viện thành lập hệ thống báo cáo về các sự cố y khoa [4], tuy nhiên đến thời điểm hiện tại, hệ thống báo cáo sự cố y khoa ở nhiều bệnh viện hoặc chưa được thiết lập hoặc hoạt động chưa hiệu quả. Để tìm hiểu thực trạng báo cáo sự cố y khoa và những khó khăn trong việc báo cáo của điều dưỡng và kỹ thuật viên bệnh viện, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả thực trạng và khó khăn của điều dưỡng, kỹ thuật viên bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong báo cáo sự cố y khoa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n = 232)	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	27,9 ± 4,05	
Nhóm tuổi	≤ 25 tuổi	31
	26-30 tuổi	44,8
	>30 tuổi	24,2
Giới	Nam	27,6
	Nữ	72,4
Trình độ chuyên môn	Đại học - SDH	31
	Cao đẳng	22,9
	Trung học	46,1
Vị trí làm việc	Khoa điều trị nội trú	52,6
	Khoa cận lâm sàng	23,7
	Khoa khám ngoại trú	23,7
Thời gian làm việc	Hành chính	43,7
	Hành chính + trực 24h	49,8
	Làm ca	6,5

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là 27,9 tuổi, nhóm tuổi từ 26 – 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (44,8%), nhóm tuổi > 30 chiếm tỷ lệ thấp nhất (24,2%). Điều dưỡng, kỹ thuật viên trung học chiếm 46,1%, đại học và SDH chiếm 31%, cao đẳng chiếm 22,9%. Tỷ lệ điều dưỡng và kỹ thuật viên làm việc tại các khoa điều trị nội trú chiếm 52,6%, tại các khoa cận lâm sàng là 23,7% và tại các đơn vị khám ngoại trú là 23,7%. Về thời gian làm việc: nhóm làm hành chính kèm trực 24h chiếm 49,8%, nhóm chỉ làm hành chính là 43,7%.

3.2. Thực hiện báo cáo sự cố y khoa

2.1. Đối tượng: Điều dưỡng, kỹ thuật viên đang làm việc tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

2.3. Chọn mẫu và cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Chọn toàn bộ điều dưỡng kỹ thuật viên hiện đang công tác tại các khoa phòng trung tâm trong bệnh viện (n= 232)

2.4. Công cụ: bộ câu hỏi tự điền

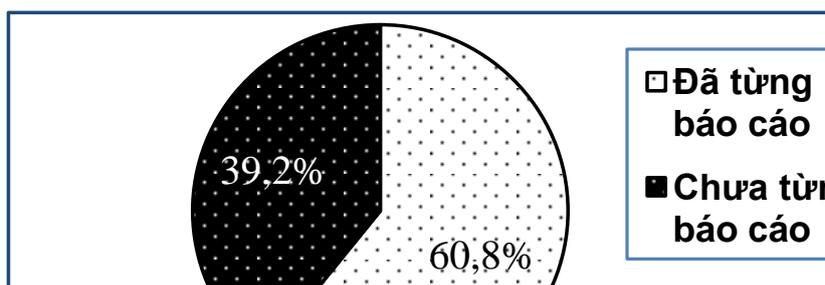
2.5. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm Epidata và Stata

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

III. KẾT QUẢ

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

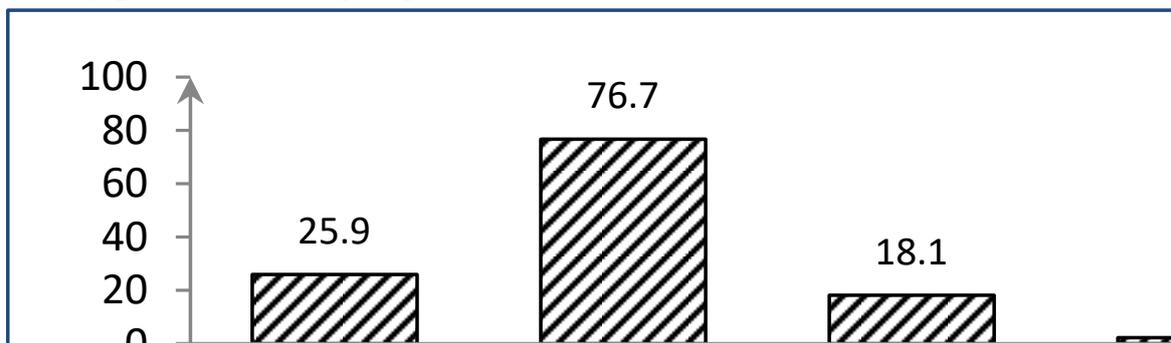
3.1. Đặc điểm chung



Hình 1. Thực hiện báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng, kỹ thuật viên.

Nhận xét: 60,8% điều dưỡng và kỹ thuật viên đã từng báo cáo về sự cố y khoa; còn 39,2% điều dưỡng, kỹ thuật viên chưa bao giờ báo cáo sự cố.

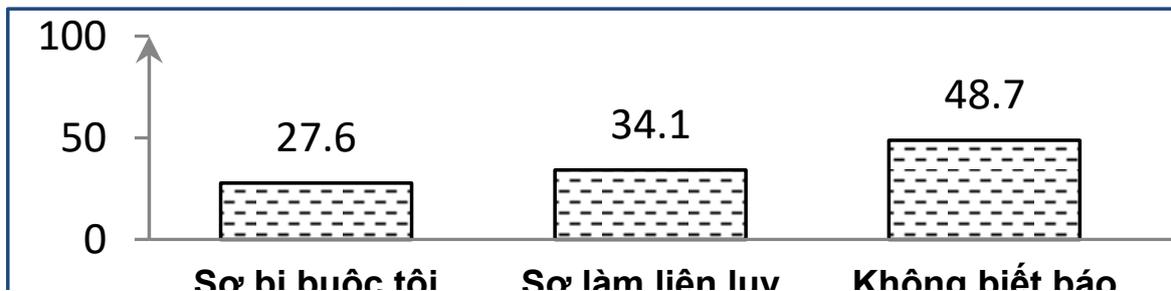
3.3. Quy trình báo cáo sự cố y khoa



Hình 2. Quy trình báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng và kỹ thuật viên

Nhận xét: 76,7% điều dưỡng và kỹ thuật viên cho rằng sự cố cần báo cáo lên lãnh đạo khoa và rút kinh nghiệm nội bộ, 25,9% cho rằng cần báo cáo lãnh đạo bệnh viện, 18,1% cho rằng chỉ cần thông tin với đồng nghiệp, 10,8% có ý kiến khác như tùy vào mức độ nghiêm trọng của sự cố, báo cáo lên cấp trên gần nhất..., 2,2% cho rằng không cần báo cáo sự cố y khoa.

3.4. Khó khăn khi báo cáo sự cố y khoa



Hình 3. Những khó khăn của điều dưỡng, kỹ thuật viên trong báo cáo SCYK.

Nhận xét: 48,7% điều dưỡng, kỹ thuật viên không biết báo cáo bằng hình thức nào, 34,1% sợ làm liên lụy tới người khác, 27,6% sợ bị huộc tội, 12,1% cho là do bệnh viện chưa quy định phải báo cáo.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Tổng số điều dưỡng, kỹ thuật viên tham gia nghiên cứu là 232 trong đó nữ giới chiếm đa số (72,4%). Đặc điểm về độ tuổi trung bình ($27,9 \pm 4,05$) của nhóm đối tượng trong nghiên cứu cho thấy nhóm điều dưỡng, kỹ thuật viên hiện đang công tác tại bệnh viện còn khá trẻ. Đa số điều dưỡng, kỹ thuật viên dưới 30 tuổi (75,8%) do được Bệnh

viện Đại học Y Hà Nội tuyển dụng mới từ năm 2007 đến nay. Ở độ tuổi này họ là những người sung sức về thể lực, có khả năng tiếp thu nhanh kiến thức mới, song đây cũng là độ tuổi chưa thực sự có nhiều kinh nghiệm trong cuộc sống cũng như trong công việc. Trình độ chuyên môn của điều dưỡng, kỹ thuật viên bệnh viện phân bố ở cả ba cấp độ đào tạo là đại học và sau đại học (31%); cao đẳng (22,9%) và trung học (46,1%).

Về vị trí làm việc, nhóm điều dưỡng, kỹ thuật viên đang làm tại các khoa điều trị nội trú là 52,6%. Thời gian làm việc hành chính kèm trực 24 giờ của nhóm điều dưỡng và kỹ thuật viên chiếm tỷ lệ cao nhất (49,8%). Chỉ có 6,5% điều dưỡng làm ca. Điều này phản ánh thực tế thiếu nhân lực điều dưỡng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội cũng giống như các bệnh viện khác. Tại các cơ sở y tế, do thiếu nhân lực nên có nhiều điều dưỡng, kỹ thuật viên phải làm việc liên tục từ 24 đến 28 giờ, và các ngày nghỉ, ngày lễ chỉ có điều dưỡng trực làm việc là hai trong nhiều nguyên nhân gây ra sự cố y khoa.

4.2. Thực hiện báo cáo sự cố y khoa: Hệ thống báo cáo sự cố y khoa tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội đang được hoàn thiện về quy trình. Các nhân viên y tế đều được yêu cầu tham gia báo cáo khi xảy ra sự cố. Đã có 60,8 % điều dưỡng và kỹ thuật viên trong nghiên cứu cho biết họ đã từng báo cáo về sự cố y khoa. Còn 39,2% số điều dưỡng và kỹ thuật viên trả lời rằng họ chưa bao giờ báo cáo về các sự cố y khoa đã xảy ra.

Khuyến khích nhân viên y tế tự báo cáo về sự cố y khoa là một hoạt động quan trọng trong hệ thống báo cáo sự cố tại các bệnh viện. Tuy nhiên, để bác sĩ, điều dưỡng thực sự chủ động tham gia báo cáo sự cố y khoa khi xảy ra với người bệnh thì lại là một vấn đề khó khi mà chưa có được một quy trình rõ ràng và hiệu quả. Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Linh thực hiện tại Bệnh viện đa khoa Cai Lậy với 89 điều dưỡng, và chỉ có 60 sự cố thu nhận được qua tự báo cáo [6].

Để thay đổi văn hóa làm việc tại các cơ sở y tế, tiến tới trung thực đánh giá và báo cáo khi xảy ra sự cố y khoa là cả một chặng đường dài. Tổ chức Y tế Thế giới đã khuyến cáo rằng toàn bộ nhân viên y tế, đặc biệt là các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên có trách nhiệm và nghĩa vụ báo cáo về sự cố xảy ra tại các khoa, phòng [1]. Học tập từ các sự cố đã xảy ra để phòng ngừa tái diễn trong tương lai là một trong 11 chủ đề về An toàn người bệnh được Tổ chức Y tế thế giới khuyến nghị đưa vào chương trình đào tạo và thực hiện tại tất cả các cơ sở đào tạo y khoa, các cơ sở y tế, đồng thời đào tạo liên tục cho toàn bộ nhân viên y tế [6].

4.3. Quy trình báo cáo sự cố y khoa: Kết quả nghiên cứu là minh chứng cho thấy các điều dưỡng và kỹ thuật viên đã sẵn sàng thực hiện báo cáo sự cố theo quy trình tới các nhà quản lý bệnh viện. Nhóm điều dưỡng và kỹ thuật viên đồng ý rằng sự cố cần được báo cáo tới lãnh đạo

bệnh viện (25,9%). Tuy nhiên, khá nhiều điều dưỡng và kỹ thuật viên cho rằng sự cố chỉ cần báo cáo với lãnh đạo khoa và rút kinh nghiệm nội bộ trong khoa, phòng (76,7%), thậm chí chỉ cần nói chuyện với đồng nghiệp (18,1%), hoặc không cần báo cáo (2,2%).

Tỷ lệ điều dưỡng và kỹ thuật viên thực hiện báo cáo sự cố tới nhà quản lý còn khá thấp cho thấy nhiều người còn quan niệm rằng sự cố y khoa là một vấn đề nhạy cảm và nghiêm trọng, do vậy hầu hết nhân viên đều mong muốn xử lý nội bộ tại khoa, và không công bố rộng rãi.

Báo cáo sự cố y khoa theo hệ thống tại các cơ sở y tế là khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới và Bộ Y tế Việt Nam. Quy trình báo cáo sự cố y khoa cần phải được công bố rõ ràng và thuận tiện cho người thực hiện báo cáo. Theo Tổ chức Y tế thế giới, nhân viên y tế có thể báo cáo về sự cố qua nhiều cách như e-mail, fax, internet, thư tín, điện thoại, các mẫu báo cáo được thiết kế sẵn hoặc bản viết tay [1]. Hệ thống tiếp nhận báo cáo sự cố càng thuận tiện thì càng khuyến khích được nhân viên y tế tham gia.

4.4. Khó khăn khi báo cáo sự cố y khoa:

Thói quen quy trách nhiệm cá nhân mỗi khi sự cố xảy ra đã làm giảm tính tích cực của hoạt động tự báo cáo, khi mà mỗi cá nhân báo cáo sẽ có thể bị xem như là người gây ra sự cố. Đã có nhiều điều dưỡng và kỹ thuật viên sợ bị buộc tội khi báo cáo về sự cố y khoa (27,6%) hay sợ sẽ làm ảnh hưởng tới các đồng nghiệp (34,1%). Do đó, chúng ta cần thay đổi phương pháp đánh giá một vấn đề từ cách tiếp cận cá nhân sang cách tiếp cận hệ thống để phân tích chính xác sai sót do những nguyên nhân nào và loại bỏ sự sợ hãi, lo lắng bị chỉ trích, quy chụp lỗi của mỗi cá nhân trong sự cố y khoa.

Quy trình báo cáo chưa hoàn thiện cũng làm giảm khả năng thu thập thông tin về các sự cố y khoa. Điều dưỡng và kỹ thuật viên đã không báo cáo sự cố do họ không biết báo cáo theo hình thức nào (48,7%) hoặc do bệnh viện chưa quy định phải báo cáo (12,1%). Như vậy, để thực sự tạo cơ hội báo cáo và học tập từ sai sót y khoa, bệnh viện cần phát triển đầy đủ hệ thống báo cáo sự cố và hoàn thiện những quy định về khen thưởng hoặc kỷ luật với những cá nhân liên quan đến sự cố y khoa.

Hiểu biết về sự cố y khoa cũng làm một lý do làm hạn chế khả năng tự báo cáo của nhân viên y tế, khi mà có 20,3 % điều dưỡng, kỹ thuật viên không nhận thức được các khái niệm và phân nhóm về sự cố. Do đó, các điều dưỡng và kỹ thuật viên của bệnh viện rất cần được đào tạo

liên tục về An toàn người bệnh và sự cố y khoa để cải thiện kiến thức, thái độ về sự cố và thực hiện báo cáo sự cố theo quy định.

Những khó khăn của điều dưỡng và kỹ thuật viên khi báo cáo về sự cố y khoa đã được Tổ chức Y tế Thế giới cũng như Bộ y tế đã khuyến cáo, bao gồm: 1) Sự bị buộc tội và quy kết trách nhiệm cá nhân; 2) Sự ảnh hưởng tới uy tín cơ sở y tế và thành tích của khoa phòng; 3) Không có quy trình báo cáo và công cụ phục vụ báo cáo; 4) Không nhân diện được sự cố [1];[5];[6] .

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu với 232 điều dưỡng, kỹ thuật viên bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chúng tôi có kết luận như sau: Nhiều điều dưỡng, kỹ thuật viên đã thực hiện báo cáo sự cố y khoa (60,8%), tuy nhiên, còn 39,2% điều dưỡng và kỹ thuật viên chưa từng báo cáo khi xảy ra sự cố. Quy trình báo cáo sự cố y khoa được thực hiện nhiều nhất là báo cáo với lãnh đạo khoa và rút kinh nghiệm nội bộ (76,7%); Ba khó khăn trong báo cáo sự cố của điều dưỡng, và kỹ thuật viên gồm:

không biết cách báo cáo (48,7%); sợ ảnh hưởng đến đồng nghiệp và tập thể (34,1%); sợ bị buộc tội cá nhân (27,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2005)** *Draft Guidelines for Adverse event Reporting and Learning System.*
2. **R. Monica Kleven, Jonathan R. Edwards, Chesley L. Richards (2002).** "Estimating Health Care Associated Infections and deaths in U.S. Hospitals"
3. **11th Annual Public report** Adverse health events in Minnesota February 2015
4. **Bộ Y tế.** Thông tư số 19/2013/TT- BYT hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện.
5. **World Health Organization (2011).** *Patient safety curriculum guide. Multi – professional Edition, 2011, 96-97.*
6. **Nguyễn Thị Mỹ Linh (2010).** Khảo sát về sự cố y khoa không mong muốn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa khu vực Cai Lậy 2008 – 2010. *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh*, 14 (4).
7. **Quốc hội (2009),** Luật khám bệnh, chữa bệnh, 40/2009/QH12, 40 trang

KẾT QUẢ ỨNG DỤNG MÔ HÌNH QUẢN LÝ NGƯỜI BỆNH GLÔCÔM TẠI TỈNH NAM ĐỊNH

Bùi Văn Anh*, Đào Lâm Hường*

TÓM TẮT⁵²

Từ 2008 tới năm 2010, chúng tôi đã đưa vào triển khai hệ thống quản lý và theo dõi bệnh nhân glôcôm tại tuyến y tế ở 6 xã thuộc 2 huyện của tỉnh Nam Định. Việc ứng dụng mô hình quản lý bệnh nhân glôcôm trong thời gian 3 năm đã lập hồ sơ và đưa vào quản lý được 488 mắt của 244 bệnh nhân glôcôm trong thời gian dài. Mô hình đã giúp nâng cao trình độ hiểu biết (tỷ lệ không hiểu biết về bệnh giảm từ 96,1% xuống 2,9%) và nâng cao thái độ thực hành của bệnh nhân glôcôm (tỷ lệ tích cực từ 6,8% tăng lên 80,6%) đối với tình trạng bệnh của mình. Ngoài ra, mô hình còn giúp ổn định tình trạng bệnh glôcôm cho 88,3% trường hợp và giúp tỷ lệ tăng và ổn định thị lực chiếm tới 94,2%.

Từ khóa: glôcôm, quản lý bệnh glôcôm

SUMMARY

**Bệnh viện Mắt Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Văn Anh

Email: buivananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

RESULTS OF APPLYING A MODEL OF GLAUCOMA MANAGEMENT IN NAMDINH PROVINCE

From 2008 to 2010, we have applied a model of Glaucoma managed and followed-up system in 6 villages of 2 districts in Namdinh province. 488 eyes of 244 patients are documented and managed during 3 years of this application. Glaucoma knowledge is raised (number of less knowledge reduce from 96.1% to 2.9%), attitude and activity with glaucoma are more effective (number of good behavior rose from 6.8% to 80.6%). Glaucoma status is stable in 88.3% and AV is stable and increased in 94.2%.

Key words: glaucoma, glaucoma management

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo kết quả điều tra Dân số và nhà ở năm 2009, dân số Việt Nam trên 40 tuổi là 27,6 triệu. Nếu áp dụng tỷ lệ glôcôm tại khu vực Đông nam Á là 2,38% dân số trên 40 tuổi (theo WHO), ước tính chúng ta sẽ có khoảng 665.000 người mắc bệnh glôcôm. Nghiên cứu "Đánh giá tình hình mù loà" của Bệnh viện Mắt TW năm 2003 trên 13.896 người mù cho thấy, tỷ lệ mù loà do glôcôm là 5,7% đứng thứ 3 sau đục thể thủy tinh (71,2%) và bệnh đái tháo đường (11%).

Nhận thức được tầm quan trọng của việc phát hiện sớm và duy trì theo dõi bệnh glôcôm suốt đời, ngay từ năm 1932, nhà nhãn khoa Philalov (Nga) đã đề xuất ý tưởng và thành lập tại khoa mắt trường Đại học Odessa, một bộ phận quản lý bệnh nhân glôcôm (Dixpanxe) nhằm mục đích theo dõi, điều trị và chăm sóc tốt hơn cho bệnh nhân. Ở Việt Nam, công tác phát hiện và theo dõi quản lý bệnh nhân glôcôm cũng đã được chú trọng và áp dụng dưới nhiều hình thức như việc bắt đầu giảng dạy công tác theo dõi phát hiện bệnh nhân glôcôm cho các bác sĩ chuyên khoa từ những năm 60 - 70 của thế kỷ trước hoặc lồng ghép trong kế hoạch quốc gia PCML và chăm sóc mắt đã được Bộ trưởng Bộ Y tế phê duyệt chính thức ngày 9/11/2009,... Tuy nhiên, ở nước ta, tất cả các công việc còn chưa được thực hiện một cách đồng bộ và chưa được sắp xếp một cách hoàn chỉnh hợp lý. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả tác động lên ý thức, hành vi của bệnh nhân glôcôm sau khi áp dụng mô hình quản lý bệnh glôcôm tại một số vùng thuộc tỉnh Nam Định; kết quả duy trì bệnh glôcôm và chức năng thị giác của bệnh nhân glôcôm sau can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Địa điểm lựa chọn: Chọn ngẫu nhiên 2 huyện thuộc Nam Định: huyện Mỹ Lộc và Trực Ninh. Chọn ngẫu nhiên ở mỗi huyện 3 xã: Huyện Mỹ Lộc có xã Mỹ Tân, Mỹ Thuận, Mỹ Thịnh. Huyện Trực Ninh có xã Liên Hải, Trực Đạo, Trực Mỹ

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh glôcôm thuộc 6 xã được lựa chọn đã được khám xác định bệnh và đồng ý tham gia vào chương trình theo dõi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không tham gia hai lần phỏng vấn trước và sau can thiệp

Cỡ mẫu: với mức độ tin cậy $\alpha = 0,05$, $\beta = 0,05$ và tỷ lệ bệnh nhân trên 35 tuổi được quản lý là 25%, chúng tôi có được n tối thiểu để đánh giá hiệu quả là 182 bệnh nhân. Trong nghiên cứu, chúng tôi đã theo dõi được 244 bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trong khoảng thời gian từ 2008 tới 2010 dưới dạng mô tả một can thiệp lâm sàng.

- Khám xác định bệnh

Khám sàng lọc bệnh nhân glôcôm và người có nguy cơ cao bị glôcôm tại cộng đồng nghiên cứu: được thực hiện tại trạm y tế xã. Việc khám sàng lọc do các bác sĩ thuộc khoa Glôcôm, Bệnh viện Mắt TW thực hiện với các khám nghiệm tối thiểu như đo thị lực, đo nhãn áp, khám sinh hiển vi, soi góc và soi đáy mắt. Bệnh nhân sau khi được chẩn đoán sẽ được phỏng vấn theo mẫu phiếu điều tra.

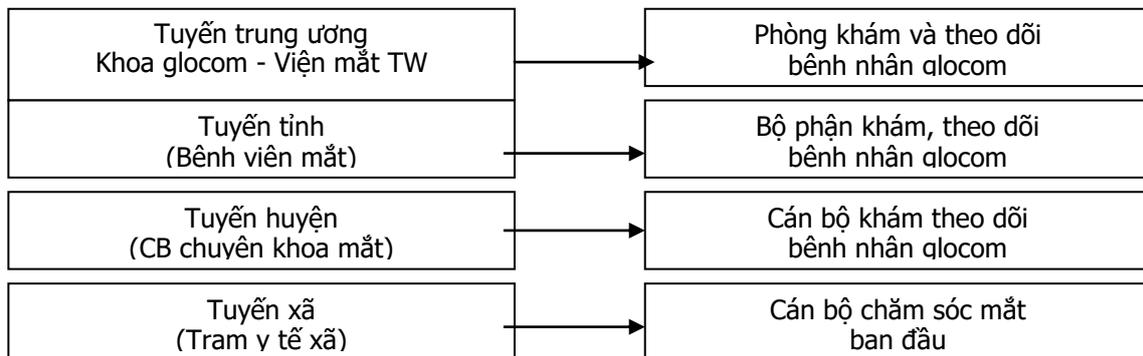
Khám để xác định chẩn đoán giai đoạn bệnh, hướng theo dõi và tiếp tục điều trị: thực hiện tại cơ sở chuyên khoa mắt BV đa khoa huyện, tỉnh hoặc BV Mắt Trung ương. Tại đây, bệnh nhân được đo thị trường, chụp OCT và làm các thử nghiệm để xác định chẩn đoán

Sau can thiệp, bệnh nhân được khám *lâm sàng* (đo thị lực, đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Maclakov (quả cân 10g), đo thị trường, khám sinh hiển vi phần trước nhãn cầu, soi góc tiền phòng, soi đáy mắt đánh giá tình trạng đĩa thị giác) tại trạm y tế xã-khoa mắt Bệnh viện đa khoa huyện, tỉnh, khoa Glôcôm bệnh viện Mắt TƯ.

- Các giải pháp can thiệp (CT):

Xây dựng mô hình hệ thống quản lý bệnh nhân glôcôm

Mô hình lý thuyết hệ thống quản lý bệnh nhân glôcôm tại cộng đồng từ tuyến trung ương đến tuyến cơ sở.



- Đánh giá kết quả can thiệp: Sau 18 tháng tiến hành can thiệp tại Nam Định, chúng tôi điều tra tình trạng mắc bệnh và kiến thức của bệnh nhân glôcôm theo các chỉ số sau:

- Tình trạng mắc bệnh ổn định, tốt lên hay nặng thêm thông qua các chỉ số về thị lực, NA lồi đĩa glôcôm, giai đoạn bệnh.

- Thay đổi về kiến thức, thái độ và hành vi của bệnh nhân.

Tất cả các số liệu thu thập được đã được nhập vào máy vi tính, sử dụng phần mềm Excel SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong số 5920 người dân trên 35 tuổi của 6 xã được lựa chọn đi khám sàng lọc, chúng tôi xác định được 108 bệnh nhân glôcôm và 660 bệnh nhân có nghi ngờ glôcôm. Do trong số 660 người có nghi ngờ bệnh glôcôm chỉ có 52 người đi khám xác định bệnh ở tuyến trên nên sau đợt khám xác định chúng tôi chỉ ghi nhận thêm 22 trường hợp bị glôcôm. Như vậy, sau khám sàng lọc và khám xác định bệnh, chúng tôi đã xác định được 130 bệnh nhân glôcôm. Sau khi khám sàng lọc một loạt các hoạt động được triển khai tại các tuyến cơ sở bao gồm:

- Tổ chức hội nghị các cấp triển khai chương trình can thiệp: 7 buổi (1 buổi ở bệnh viện mắt tỉnh, 6 buổi ở 6 xã).

- Tổ chức truyền thông ở hội nghị, nhóm người dân: 1 buổi/1 xã cho 6 xã.

- Phát thanh trên đài ở bệnh viện huyện, xã: 979 lần phát sóng với 30 bài viết.

- Phát 7150 tờ rơi, dựng 05 pano tuyên truyền, dán tường 150 áp phích.

- Trao đổi, tư vấn với bệnh nhân với 2442 lần. Họp giao ban, báo cáo tháng, kỳ: 168 buổi. Báo cáo hoạt động thường kỳ: 8 đợt.

- Số bệnh nhân và đối tượng có nguy cơ cao được khám, tư vấn tại trạm y tế: 371 lượt người

- Số bệnh nhân và đối tượng nguy cơ cao bị glôcôm được theo dõi của địa phương được quản lý trong sổ "Quản lý bệnh nhân glôcôm": tuyến xã 157 hồ sơ, huyện 232 hồ sơ, tỉnh 82 hồ sơ.

3.1. Tác động lên nhận thức và hành vi của bệnh nhân glôcôm

Mặc dù sau khi khám xác định bệnh, chúng tôi ghi nhận được 130 bệnh nhân glôcôm ở các hình thái nhưng chúng tôi chỉ tiến hành phỏng vấn được 103 bệnh nhân trong số 130 bệnh nhân này cả trước và sau can thiệp.

Các bệnh nhân tham gia phỏng vấn có độ tuổi trên 56 chiếm đa số (76,7%) và nữ giới có tỷ lệ cao hơn nam giới (55%). Đa số các bệnh nhân được phỏng vấn có trình độ thấp (từ không biết chữ đến THCS chiếm tỷ lệ 86,4%). Tỷ lệ này hoàn toàn phù hợp với mức sống của bệnh nhân thuộc nhóm phỏng vấn thường thấp (91,2% ở mức nghèo và trung bình) và tỷ lệ làm nghề nông chiếm 68,9%

Bảng 1. Thay đổi kiến thức về glôcôm ở bệnh nhân

Kiến thức	Địa phương	n (%)		p
		2008	2010	
Chưa tốt (không biết, biết lơ mơ)		99 (96,1%)	3 (2,9%)	<0.0001
Hiểu biết mức TB)		3 (2,9%)	76 (73,8%)	
Khá & tốt		1 (1,0%)	24 (23,3%)	
Tổng		103	103	

Như vậy trước khi can thiệp, hiểu biết của bệnh nhân glôcôm về chính căn bệnh của mình hết sức thấp (96,1% không biết hoặc biết rất lơ mơ về bệnh) và chỉ có 1% có mức hiểu biết tương đối tốt về bệnh glôcôm. Sự thay đổi rõ rệt về nhận thức của bệnh nhân glôcôm sau can thiệp được thể hiện qua tỷ lệ hiểu biết chưa tốt giảm xuống chỉ còn 2,9% và tỷ lệ hiểu biết ở mức khá, tốt đạt được 23,3%. Như vậy, các biện

pháp truyền thông đại chúng như loa đài phát thanh, các buổi nói chuyện, các bàn tư vấn tại trung tâm y tế xã, các đợt tuyên truyền pano, áp phích,... đã có tác động nâng cao nhận thức của người dân về bệnh glôcôm, đặc biệt đối với những người rất ít có điều kiện tiếp xúc được với các phương tiện truyền thông hiện đại như máy tính, internet, tivi, sách báo do đặc điểm về mức sống và trình độ của họ.

Bảng 2. Thay đổi thái độ thực hành của bệnh nhân glôcôm trước-sau can thiệp

Đánh giá hành vi	Thời điểm	n (%)		p
		Trước CT	Sau CT	
Ít quan tâm (10đ)		63 (61,2%)	0	< 0.0001
Trung bình (10 - 12)		33 (32,0%)	20 (19,4%)	
Tích cực (21 - 30)		7 (6,8%)	83 (80,6%)	
Tổng		103 (100%)	103 (100%)	

Trước can thiệp, 61,2% số người được phỏng vấn ít quan tâm tới chính bản thân bệnh của

mình. Nguyên nhân của việc thiếu quan tâm này do không hiểu biết về mức độ trầm trọng của

bệnh, không có điều kiện để có thể tự quan tâm đến bệnh hoặc do nghĩ rằng mình đã được chữa khỏi hẳn bệnh glôcôm,...Việc nâng cao hiểu biết của bệnh nhân, nâng cao ý thức về tự chăm sóc bệnh tật và tạo điều kiện thuận lợi ngay tại địa phương thông qua chương trình quản lý đã nâng cao được ý thức của bệnh nhân glôcôm với chính tình trạng bệnh tật của mình.

3.2. Kết quả đạt được của hệ thống quản lý glôcôm tại các địa phương

Bảng 3. Phân bố số bệnh nhân glôcôm được quản lý năm 2009 - 2010

Địa phương		TYT xã	Huyện	Tỉnh	TW	Số bệnh nhân
Mỹ Lộc	Mỹ Tâm	38	45	19	13	47
	Mỹ Thuận	23	29	12	12	31
	Mỹ Thịnh	30	43	11	11	47
Triệu Ninh	Liêm Hải	29	32	14	11	34
	Trực đạo	22	28	17	10	29
	Trực mỹ	15	55	9	24	56
Tổng		157	232	82	81	244

Rất nhiều bệnh nhân có hồ sơ theo dõi cả ở tuyến huyện, tuyến tỉnh và tuyến trung ương. Số bệnh nhân được theo dõi và quản lý ở tuyến huyện chiếm tỷ lệ lớn nhất trong khi số lượng được quản lý tại tuyến tỉnh và tuyến trung ương chỉ chiếm khoảng 1/3. Việc đi lại khó khăn (do kinh tế, do sức khỏe,...), sự hạn chế về thời gian khiến cho chỉ các trường hợp đặc biệt như tình

Sau thời gian 1 năm can thiệp, từ năm 2009 hệ thống quản lý bệnh nhân glôcôm được hoàn thiện từ tuyến xã tới trung ương tại các địa phương được can thiệp. Từ số 130 bệnh nhân được phát hiện vào năm 2008, tới năm 2009, 2010, tại 6 xã tham gia chương trình đã phát hiện thêm và đưa vào quản lý 244 đối tượng glôcôm và có nguy cơ cao bị bệnh glôcôm.

trạng glôcôm khó điều trị, khó chẩn đoán, bệnh nhân cũ tại tuyến trên,... mới tiếp tục lên theo hệ thống quản lý tại tuyến trên. Mặt khác, tại tuyến xã, các phương tiện khám phát hiện và theo dõi bệnh hầu như không có. Vì vậy, tuyến huyện là nơi gần nhất mà bệnh nhân glôcôm có thể được quản lý đầy đủ nhất và chiếm số lượng hồ sơ theo dõi lớn nhất.

Bảng 4. Đặc điểm bệnh nhân glôcôm được đưa vào quản lý

Đặc điểm		n	%	Đặc điểm		n	%
Giới	Nữ	146	59,8	Địa điểm phát hiện	Trạm Y tế	152	62,1
	Nam	98	40,2		Tuyến huyện	22	9,0
Tuổi	< 40	11	4,5		Tuyến tỉnh	57	23,4
	40 - 54	56	23,0		Tuyến TƯ	6	2,6
	55-70	89	36,4		Y tế tư nhân	7	2,9
	> 70	88	36,1	Không điều trị	2	0,8	
Hình thái	Glôcôm góc mở	36	14,8	Nơi điều trị đầu tiên	Tuyến xã	3	1,2
	Glôcôm góc đóng	115	47,1		Tuyến huyện	62	25,4
	Glôcôm khác	2	0,8		Tuyến tỉnh	109	44,7
	Nghi ngờ glôcôm	91	37,3		Tuyến TƯ	62	25,4
Thời gian theo dõi (tháng)	< 3	13	5,3	Y tế tư nhân	6	2,5	
	3-6	9	3,7	Thời điểm phát hiện bệnh	Trước sàng lọc (2008)	95	38,9
	6-12	11	4,5		Sau sàng lọc 2008	127	52,1
	12-18	19	7,8		Sau sàng lọc 2009	12	4,9
	> 18	192	78,7		Sau sàng lọc 2010	10	4,1
Tổng		244	100	Tổng		244	100

Trong số 224 bệnh nhân glôcôm, 59,8% là nữ (không có sự khác nhau có ý nghĩa giữa nam và nữ). Đa số bệnh nhân có tuổi từ 55 trở lên với hơn 50% trên 70 tuổi. Bệnh nhân có hình thái glôcôm góc đóng chiếm đa số (47,1%). Tỷ lệ glôcôm góc đóng này tương đương với tỷ lệ glôcôm góc đóng tại khu vực Đông Nam Á (theo

ước tính của WHO) là 50,4% [1]. Trước năm 2008, số bệnh nhân biết có bệnh glôcôm chỉ chiếm 38,9% so với tổng số được phát hiện sau này (cuối 2010) và mặc dù bệnh glôcôm là bệnh ảnh hưởng tới cả hai mắt nhưng chỉ có 36,9% trường hợp bệnh nhân được xử trí cả hai mắt trước khi vào nhóm nghiên cứu. Điều này cho thấy hệ

thống y tế điều trị bệnh nhãn khoa vẫn còn nhiều lỗ hổng trong quản lý bệnh nhân glôcôm.

Sau khi hệ thống quản lý glôcôm được thiết lập, việc phát hiện glôcôm đã được triển khai đồng đều tại các tuyến. Các dấu hiệu bệnh đầu tiên được khai thác và phát hiện ngay từ tuyến xã (62,3%). Ngoài 0,8% trường hợp chỉ cần theo dõi không phải can thiệp thì tất cả các trường hợp khác đều đã được xử trí. Tuy nhiên, tuyến tỉnh là cơ sở thường đưa ra được các chỉ định điều trị đầu tiên. Chỉ khoảng 25% bệnh nhân không thể lên được tuyến tỉnh hoặc chỉ cần điều trị nội khoa được điều trị tại tuyến huyện. Ngoài ra, 25% khác do có điều kiện hơn về kinh tế,

phương tiện đi lại, sức khỏe,.. nên đã trực tiếp đến điều trị tại tuyến trung ương. Đa số bệnh nhân đã được theo dõi một cách hệ thống và lâu dài (78,7% theo dõi trên 18 tháng)

Đặc điểm mắt được đưa vào theo dõi:

Trong số 488 mắt của 244 bệnh nhân được lập hồ sơ theo dõi thì đa số ở giai đoạn tiềm tàng (54,5%), rất ít trường hợp ở giai đoạn mù và gần mù (9,8%). Sau 3 năm theo dõi đã có 25 bệnh nhân tự bỏ khỏi chương trình và 3 mắt bị bỏ nhãn cầu không cần theo dõi tiếp. Chính vì vậy, cuối năm 2010, chúng tôi chỉ còn tiếp tục theo dõi và quản lý glôcôm cho 435 mắt.

Bảng 5. Đặc điểm mắt tổn thương

	Đặc điểm	Số mắt	%
Thị lực	Giảm	27	6,2
	Ổn định	391	89,9
	Tăng	17	3,9
Nhãn áp	Không điều chỉnh	0	0
	Bán điều chỉnh	12	2,8
	Điều chỉnh	423	97,2
Lỗm đĩa	Ổn định	393	90,3
	Rộng ra	1	0,2
	Không soi được	41	9,5
Thị trường	Thu hẹp	1	0,2
	Ổn định	349	80,3
	Rộng ra	0	0
	Không làm được	85	19,5
Tình trạng bệnh	Bệnh không ổn định	14	3,2
	Bệnh ổn định	384	88,3
	Không xác định	37	8,5
Tổng		435	100

Như vậy, nhờ có hệ thống theo dõi, tỷ lệ bệnh nhân ổn định bệnh lên tới 88,3%, ngoài ra còn có 8,5% trường hợp khác nhãn áp điều chỉnh nhưng do không đánh giá được đầu thị thần kinh nên chưa được xếp vào nhóm ổn định bệnh. Tỷ lệ 3,2% bệnh không ổn định cho thấy nếu không được theo dõi thường xuyên thì những trường hợp này có rất nhiều nguy cơ dẫn đến mù hoàn toàn. Trong khi chỉ 2,8% trường hợp nhãn áp theo dõi ở mức bán điều chỉnh thì có đến 3,2% trường hợp bệnh không ổn định. Điều này cho thấy việc theo dõi tiến triển bệnh đã có những bước tiến đáng kể khi không còn chỉ dựa hoàn toàn vào mức nhãn áp như trước đây. 100% trường hợp tổn thương thị trường không bị tổn thương thêm. Đây là một tín hiệu rất có ý nghĩa so với 46,3% trường hợp thị trường tổn thương thêm sau 7 năm theo dõi tại nghiên cứu của NH.Thanh (2007) [2]. Nguyên nhân gây thị lực giảm chiếm tỷ lệ cao hơn so với tiến triển của các dấu hiệu khác (6,2%) là do sự không ổn

định của bệnh glôcôm và tiến triển tăng thêm của đục thể thủy tinh.

IV. KẾT LUẬN

Như vậy, mô hình quản lý glôcôm tại tuyến y tế đã hoạt động có hiệu quả tại các cơ sở nghiên cứu. Mô hình giúp nâng cao trình độ hiểu biết về bệnh, nâng cao thái độ thực hành của bệnh nhân, giúp chức năng và bệnh glôcôm ổn định ở đa số trường hợp. Chính vì vậy mô hình có thể được đưa vào để áp dụng rộng rãi hơn tại các địa phương khác giúp giảm tỷ lệ mù lòa do bệnh glôcôm, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người dân ở tuyến các tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Resnikoff S. et al (2004)** Global data on visual impairment in the year 2002. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82:844-851
- 2. Nguyễn Hà Thanh.(2006)** Kết quả lâu dài của phẫu thuật cắt bè cùng giác mạc điều trị bệnh

NGHIÊN CỨU THUẬN NĂNG ĐIỀU TIẾT Ở MẮT CẬN THỊ TRÊN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH KHỎE MẠNH

Đinh Thị Thu², Nguyễn Thị Thu Hiền¹, Lê Đình Tùng²

TÓM TẮT⁵³

Đo thuận năng điều tiết thường được các nhà khúc xạ nhãn khoa áp dụng khi yêu cầu đối tượng nhìn xa và nhìn gần. Thuận năng điều tiết còn là yếu tố quan trọng để hiểu về cận thị. Kết quả đo thuận năng điều tiết phụ thuộc nhiều vào tuổi. Nghiên cứu này thực hiện trên 85 sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội gồm 31 nam và 54 nữ trong độ tuổi từ 18 đến 22, trung bình là (19,12 ± 0,86 tuổi) có mắt cận thị được đo thuận năng điều tiết một mắt và hai mắt sử dụng thanh kính lật ± 2,00 D ở khoảng cách 40 cm với mục tiêu xác định các chỉ số thuận năng điều tiết trên mắt cận thị và so sánh với mắt chính thị ở cùng độ tuổi. Kết quả cho thấy ở mắt cận thị, thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt ở mắt cận thị đo bằng kính lật ± 2,00 D là 5,89 ± 3,97 cpm cao hơn mắt chính thị nhưng thấp hơn thuận năng điều tiết nhìn gần hai mắt chính thị. Thuận năng điều tiết nhìn gần hai mắt đo bằng kính lật ± 2,00 D là 7,80 ± 3,61 cpm. Không có mối liên quan giữa mức độ cận thị và thuận năng điều tiết. Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần một mắt kéo dài hơn thời gian điều tiết dương tính. Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần hai mắt ngắn hơn thời gian điều tiết dương tính. Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần mắt cận thị ngắn hơn chính thị khi đo một mắt và hai mắt. Thời gian điều tiết dương tính nhìn gần mắt cận thị dài hơn so với chính thị khi đo một mắt và hai mắt (p < 0,05).

Từ khóa: mắt chính thị, thuận năng điều tiết, điều tiết, kính lật, cận thị

SUMMARY

STUDY ON ACCOMMODATIVE FACILITY OF MYOPIC EYES IN YOUNG ADULTS

Accommodative facility testing is a common test performed by optometrist to investigate an individual skill at focusing objects at near and at far. Assessing accommodative function at near is a vital component of understanding the myopia profile of subjects. The standard accommodative facility test imposes a variable requirement on subjects of different ages who have a wide range of accommodative amplitudes. In

this study, 85 year-1 students of Hanoi Medical University, 31 males (36.5%) and 54 females (63.5%). The subjects ranged in age from 18 to 22 years (mean age 19.12 ± 0.86 years) were evaluated with a clinical test of monocular and binocular accommodative facility utilizing +2.00/2.00 lenses flipper at a testing distance of 40 cm. Spherical equivalent refractive error (RE) was defined as myopia (≤ -0.50 D). The results indicated that monocular and binocular accommodative facility with the +/-2.00 flipper test for near method were 5.89 ± 3.97 cpm and 7.80 ± 3.61 cpm, in respectively. There was no relationship between the severe of myopia with accommodative facility with lens power +/-2.00 flipper test; for near method, monocular negative accommodative response times was significant greater than positive accommodative response times and reversal in binocular accommodative response times. The monocular and binocular negative accommodative response times in myopic eyes were longer than emmetropic eyes did. The monocular and binocular positive accommodative response times in myopic eyes were vice versa (p < 0.05).

Keywords: accommodation, emmetropic, accommodative facility, flipper rates, myopia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuận năng điều tiết là tốc độ của phản ứng điều tiết hay khả năng làm thay đổi điều tiết nhanh và chính xác [1]. Thuận năng điều tiết được ứng dụng trên lâm sàng để đánh giá chất lượng hoạt động hệ thống điều tiết của mắt và phát hiện các bất thường về điều tiết. Dựa trên đánh giá thuận năng điều tiết, người ta đưa ra các chỉ định luyện tập điều tiết cho các trường hợp tăng điều tiết hoặc giảm điều tiết giúp mắt điều tiết linh hoạt hơn [2]. Đo thuận năng điều tiết bằng thanh kính lật (flippers) lần đầu tiên được Burge.S thực hiện [3] và đến nay đã có nhiều nghiên cứu về thuận năng điều tiết trên mắt cận thị nhưng kết quả thu được là rất khác nhau. Thuận năng điều tiết ở mắt cận thị giảm so với mắt chính thị và viễn thị [4] nhưng nghiên cứu khác lại kết luận thuận năng điều tiết không thay đổi khi so sánh mắt cận thị và chính thị [5] hoặc thuận năng điều tiết ở mắt cận thị tăng so với mắt chính thị khi đo ở khoảng cách gần [6]. Ở Việt Nam, thuận năng điều tiết vẫn còn là một khái niệm mới và chưa có nhiều nghiên cứu cũng như ứng dụng trên lâm sàng. Gần đây, đã có một số nghiên cứu đánh giá các bất thường về

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Tùng

Email: tung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 3.4.2017

điều tiết trên mắt cận thị [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu trên không so sánh thuận năng điều tiết mắt cận thị và chính thị trên cùng một nhóm đối tượng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Xác định các thông số về thuận năng điều tiết ở mắt cận thị và so sánh với mắt chính thị ở cùng độ tuổi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội năm học 2015 – 2016 dựa trên Tiêu chuẩn đánh giá tật khúc xạ của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), mắt cận thị là mắt có độ khúc xạ cầu tương đương từ - 0,5 D trở lên. Người được coi là cận thị khi có một hoặc cả hai mắt cận thị. Nghiên cứu được thực hiện tại Phòng Thăm dò chức năng, Bộ môn Sinh lý học, Trường Đại học Y Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Đối tượng có một hoặc hai mắt cận thị đơn thuần; công suất cận thị từ -0,50D trở lên; thị lực nhìn xa sau khi chỉnh kính một mắt và hai mắt đạt $\geq 8/10$ (sử dụng bảng Landolt). Loại trừ ra khỏi nghiên cứu đối tượng cận thị kèm loạn thị; cận thị kèm theo lác; phối hợp kém hoặc tinh thần không ổn định hoặc mắt có tổn thương thực thể phối hợp.

- **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang xác định giá trị trung bình. 85 đối tượng được lựa chọn dựa vào công thức tính cỡ mẫu so sánh 2 giá trị trung bình với hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% ($Z=10,5$), độ lệch chuẩn 1,5, chênh lệch = 0,6; độ chính xác mong muốn 90%; sai số mong muốn 0,1[4].

- **Xử lý số liệu:** Bằng phần mềm SPSS version 16.0. Các biến liên tục được kiểm định phân phối chuẩn bằng Shapiro Wilk test. So sánh giá trị trung bình các biến liên tục phân phối chuẩn bằng Student t – test và không theo phân phối chuẩn bằng Wilcoxon test. So sánh nhiều giá trị trung bình bằng ANOVA test. Giá trị $p < 0,05$ xem như khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo các quy định về đạo đức nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội. Số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học. Thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích kỹ mục đích và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu: 85 đối tượng cận thị bao gồm 31 nam (36,5%) và 54 nữ (63,5%), tuổi trung bình $19,12 \pm 0,86$ tuổi. Trong số 85 đối tượng cận thị tham gia nghiên cứu, cận thị nhẹ và trung bình chiếm đa số, lần lượt là 47,1% và 50,5%. Cận thị nặng chỉ có 2 đối tượng, tương ứng 2,4%. Độ cận thị trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $-2,79 \pm 1,56$ D; đối tượng có độ cận thấp nhất là -0,50 D, cao nhất là -9,00 D.

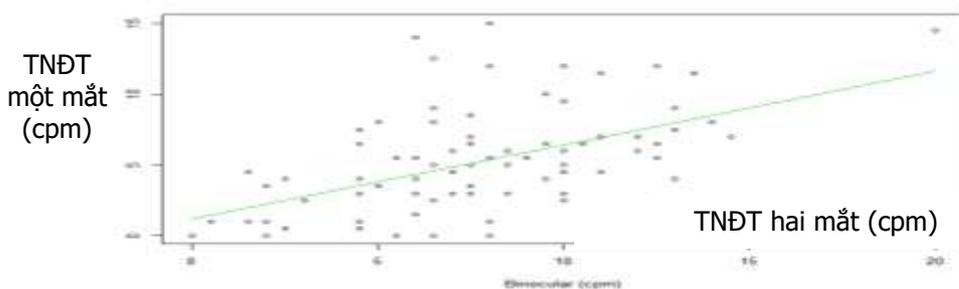
3.2. Kết quả đo thuận năng điều tiết nhìn gần trên mắt cận thị

- *Kết quả đo thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt và hai mắt trên mắt cận thị với kính lặt $\pm 2,00$ D*

Bảng 3.1. So sánh thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt và hai mắt với kính lặt $\pm 2,00$ D ở đối tượng cận thị

	Một mắt n = 170 ($\bar{x} \pm SD$)	Hai mắt n = 85 ($\bar{x} \pm SD$)	P
TNĐT nhìn gần (cpm)	5,89 \pm 3,97	7,80 \pm 3,61	<0,01
Thời gian điều tiết âm tính (giây)	10,92 \pm 14,82	4,70 \pm 6,87	<0,01
Thời gian điều tiết dương tính (giây)	6,41 \pm 10,24	6,06 \pm 9,00	0,627

Do thời gian điều tiết của các đối tượng có giá trị thay đổi trong một phạm vi rộng, phân tích kết quả theo trung vị và tứ phân vị, kết quả cho thấy thời gian điều tiết âm tính một mắt là 5(3-11) và hai mắt là 3 (2,3-4,7), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian điều tiết dương tính một mắt 3,4 (2,7-5) và hai mắt là 3,3 (2,6-5,1), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)



Biểu đồ 3.1. Tương quan thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt và hai mắt trên đôi tượng cận thị với kính lậ ± 2,00 D

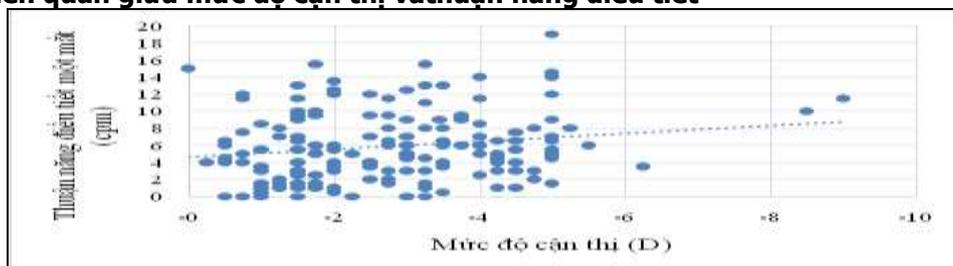
Tương quan đồng biến giữa thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt và hai mắt trên mắt cận thị với $R = 0,518$ ($p < 0,01$), có nghĩa là khi thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt cao thì thuận năng điều tiết nhìn gần hai mắt cũng cao.

Bảng 3.2. Mức độ cận thị và thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt với kính lậ ± 2,00 D

TNĐT gần một mắt (cpm) / Mức độ cận thị (n)	Kính ± 2,00 D ($\bar{x} \pm SD$)	P
Nhẹ (n = 89)	5,33 ± 4,02	0,112
Trung bình (n = 78)	6,43 ± 3,85	
Nặng (n = 3)	8,33 ± 4,25	
Tổng (n = 170)	5,89 ± 3,97	

Trong 170 mắt cận thị, 89 mắt bị cận thị nhẹ có thuận năng điều tiết nhìn gần là $5,33 \pm 4,02$ cpm. 78 mắt cận thị trung bình có thuận năng điều tiết có giá trị trung bình là $6,43 \pm 3,85$ cpm. Nhóm cận thị nặng chỉ có 3 mắt nhưng thuận năng điều tiết là $8,33 \pm 4,25$ cpm. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

-Mối liên quan giữa mức độ cận thị và thuận năng điều tiết



Biểu đồ 3.2. Tương quan giữa mức độ cận thị và thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt với kính lậ ± 2,00 D

Mối tương quan giữa thuận năng điều tiết và mức độ cận thị là khá thấp $R = 0,18$ ($p < 0,01$). Để làm rõ thêm, chúng tôi phân loại thuận năng điều tiết theo mức độ cận thị.

3.4. So sánh thuận năng điều tiết nhìn gần trên mắt chính thị và cận thị với kính lậ ± 2,00D

Khi so sánh về thuận năng điều tiết giữa mắt chính thị và mắt cận thị, chúng tôi xét đến 2 yếu tố: tần số (số chu kỳ/phút) và đáp ứng của mắt với kích thích điều tiết và thư giãn điều tiết.

Bảng 3.3. So sánh thuận năng điều tiết nhìn gần với kính lậ ± 2,00 D giữa cận thị và chính thị

TNĐT (cpm)	Chính thị n = 72 ($\bar{x} \pm SD$)	Cận thị n = 85 ($\bar{x} \pm SD$)	P
Một mắt	5,18 ± 4,39	5,89 ± 3,97	0,055
Hai mắt	7,92 ± 3,90	7,80 ± 3,61	0,847

Không có sự khác biệt về thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt của nhóm chính thị ($5,18 \pm 4,39$ cpm) và cận thị ($5,89 \pm 3,97$ cpm) ($p > 0,05$). Sự khác nhau giữa thuận năng điều tiết nhìn gần hai mắt của mắt chính thị ($7,92 \pm 3,90$ cpm) và mắt cận thị ($7,80 \pm 3,61$ cpm) không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. So sánh thời gian điều tiết nhìn gần với kính lậ ± 2,00 D giữa cận thị và chính thị

TGĐT (giây)	Chính thị n = 72 Trung vị (25% - 75%)	Cận thị n = 85 Trung vị (25% - 75%)	P
-------------	--	--	---

Âm tính một mắt	8,0 (3,7 - 25,7)	5 (3 - 11)	< 0,01
Âm tính hai mắt	4,2 (2,5 - 6,8)	3 (2,3 - 4,7)	0,018
Dương tính một mắt	3 (2,1 - 4,5)	3,4 (2,7 - 5)	0,002
Dương tính hai mắt	3 (2 - 4,3)	3,3 (2,6 - 5,1)	0,092

Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần một mắt của mắt cận thị nhỏ hơn mắt chính thị ($p < 0,01$). Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần hai mắt cũng khác nhau giữa nhóm cận thị và chính thị ($p < 0,05$). Với một mắt, thời gian điều tiết dương tính nhìn gần của mắt chính thị nhỏ hơn mắt cận thị ($p < 0,05$). Với hai mắt, thời gian điều tiết dương tính nhìn gần của mắt chính thị cũng nhỏ hơn mắt cận thị tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả đo thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt trên mắt cận thị với thanh kính lật $\pm 2,00D$ của chúng tôi là $5,89 \pm 3,97$ cpm tương tự với nhiều nghiên cứu khác [4]. Kết quả đo thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt thấp hơn thuận năng điều tiết nhìn gần 2 mắt $7,8 \pm 3,61$ cpm ($p < 0,01$) chứng tỏ khả năng điều tiết hai mắt là tốt hơn khi nhìn bằng một mắt. Cũng như mắt chính thị, ở mắt cận thị cũng có sự tương quan đồng biến giữa thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt và hai mắt ($R = 0,518$). Như vậy, trên thực tế có thể chỉ cần đo thuận năng điều tiết một mắt hoặc hai mắt đã đánh giá sơ bộ được về thuận năng điều tiết của mắt. Đánh giá ảnh hưởng của mức độ cận thị lên thuận năng điều tiết, chúng tôi nhận thấy thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt ở nhóm cận thị nhẹ là nhỏ hơn so với nhóm cận thị trung bình và nhóm cận thị nặng. Tuy nhiên, sự khác nhau về thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt giữa 3 nhóm cận thị không có ý nghĩa có thể do trong 170 mắt cận thị, số mắt cận thị nặng $> - 6,00D$ là quá ít (3 mắt) so với nhóm cận thị nhẹ và trung bình nên chưa thấy được sự liên quan này. So sánh thuận năng điều tiết nhìn gần giữa cận thị và chính thị, chúng tôi thấy thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt ở mắt cận thị lớn hơn mắt chính thị. Kết quả này không giống với nghiên cứu của các tác giả nước ngoài [4] có lẽ do nghiên cứu của các tác giả trên, thuận năng điều tiết được đo bằng hai phương pháp: nhìn xa (6m) với thanh kính lật plano/- 2,00D và nhìn gần (40cm) với thanh kính lật $\pm 2,00 D$. Ở khoảng cách xa, thuận năng điều tiết trên mắt cận thị giảm so với mắt chính thị bởi khả năng thư giãn điều tiết ở mắt cận thị kém hơn mắt chính thị. Còn ở khoảng cách gần, mắt cận thị vẫn điều tiết tốt hay có thể nói, mắt cận thị là mắt nhìn gần nên không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Bên cạnh đó, khi đo thuận năng điều tiết nhìn xa (6m), thanh kính được sử dụng là plano/- 2,00D, chênh lệch giữa hai mắt kính là 2D. Thuận năng điều tiết nhìn gần sử dụng kính lật $\pm 2,00D$, chênh lệch giữa hai mắt

kính là 4D. Kết quả của chúng tôi khi đo thuận năng điều tiết nhìn gần hai mắt ở đối tượng chính thị và cận thị không có sự khác biệt nhau ($p > 0,05$) đồng thời không có sự khác biệt về phân bố các giá trị của thuận năng điều tiết nhìn gần của hai nhóm. Trước đây, một số tác giả khác có kết quả thuận năng điều tiết của nhóm cận thị cao hơn nhóm chính thị. Chúng tôi cho rằng ở cả hai nhóm, làm việc gần đều làm tăng thời gian thư giãn điều tiết, không ảnh hưởng đến kích thích đáp ứng điều tiết. Thời gian điều tiết âm tính dài hơn so với thời gian điều tiết dương tính có thể do đo thuận năng điều tiết bắt đầu với mắt kính +2,00D, có 10 mắt không nhìn rõ được dòng 6/9 nên thời gian điều tiết âm tính kéo dài. Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần của một mắt thấp hơn hai mắt và không có sự khác nhau khi so sánh thời gian điều tiết dương tính giữa một mắt và hai mắt. Trong 170 mắt cận thị, có 10 mắt không nhìn được, còn khi đo bằng hai mắt, chỉ có 1 đối tượng không nhìn được mắt kính -2,00D. Tuy nhiên, nhóm cận thị đã cho thấy thời gian điều tiết âm tính ngắn hơn chính thị khi làm việc ở khoảng cách gần, chứng tỏ khả năng điều tiết nhìn gần của mắt cận thị tốt hơn mắt chính thị. Thuận năng điều tiết nhìn gần đo ở khoảng cách 40cm, tương ứng khoảng cách làm việc gần như đọc sách, viết, sử dụng điện thoại... thời gian điều tiết âm tính nhìn gần bằng một mắt, ở cả nhóm cận thị và chính thị đều kéo dài, chính thị dài hơn cận thị. Như đã nói ở trên, đo chúng tôi luôn bắt đầu đo bằng mắt +2,00D, có những đối tượng không nhìn rõ được dòng 6/9 trên bảng thị lực nhìn gần, thời gian điều tiết âm tính ghi lại là 60 giây. Khi nhìn bằng hai mắt, thời gian điều tiết âm tính thấp hơn so với một mắt nhưng vẫn kéo dài ở cả hai nhóm đối tượng. Thời gian điều tiết dương tính một mắt và hai mắt ở nhóm đối tượng chính thị thấp hơn nhóm cận thị. Có thể ở đối tượng cận thị, mắt luôn luôn phải điều tiết nên thời gian đáp ứng kích thích điều tiết chậm hơn so với chính thị. Kết hợp trong quá trình đo, chúng tôi cũng đưa ra những lời khuyên cho các đối tượng có đáp ứng điều

tiết chậm về cách cho mắt nghỉ ngơi, thư giãn và các bài tập điều tiết.

V. KẾT LUẬN

- Thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt đo bằng kính lật $\pm 2,00D$ là: $5,89 \pm 3,97$ cpm cao hơn thuận năng điều tiết nhìn gần một mắt chính thị nhưng thấp hơn thuận năng điều tiết nhìn gần hai mắt chính thị.

- Thuận năng điều tiết nhìn gần trung bình hai mắt đo bằng kính lật $\pm 2,00D$ là: $7,80 \pm 3,61$ cpm.

- Không có mối liên quan giữa mức độ cận thị và thuận năng điều tiết.

- Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần một mắt kéo dài hơn thời gian điều tiết dương tính. Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần hai mắt ngắn hơn thời gian điều tiết dương tính. Thời gian điều tiết âm tính nhìn gần mắt chính thị kéo dài hơn cận thị khi đo một mắt và hai mắt. Thời gian điều tiết dương tính nhìn gần mắt chính thị ngắn hơn so với cận thị khi đo một mắt và hai mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David B.E (2014).** *Clinical Procedures in Primary Eye Care*, 4th edition, Saunders Elsevier, Philadelphia.
2. **Allen P.M., Charman W.N., and Radhakrishnan H. (2010).** Changes in dynamics of accommodation after accommodative facility training in myopes and emmetropes. *Vision Res*, 50(10), 947–955.
3. **Burge S (1979).** Suppression during binocular accommodation rock. *Optom Mon* 79 867-872.
4. **Pandian A., Sankaridurg P.R., Naduvilath T., et al. (2006).** Accommodative facility in eyes with and without myopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 47(11), 4725–4731.
5. **Jiang B.C. and White J.M. (1999).** Effect of accommodative adaptation on static and dynamic accommodation in emmetropia and late-onset myopia. *Optom Vis Sci Off Publ Am Acad Optom*, 76(5), 295–302.
6. **Azmir Ahmad et al (2015).** Different refractive status demonstrated different accommodative stamina under natural binocular near viewing condition. *Int J Enhanc Res Sci Technol Eng ISSN 2319-7463 Vol 4 Issue 1 January-2015*.
7. **Trần Thị Tuyên (2016).** Đánh giá thuận năng điều tiết trên mắt cận thị. *Luận văn thạc sỹ y học*.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ BIẾN CHỨNG RỐI LOẠN ĐÔNG MÁU, CHẢY MÁU SAU SỬ DỤNG ALTEPLASE NÃO THẤT CHO BỆNH NHÂN DẪN LƯU NÃO THẤT CẤP CỨU

Nguyễn Văn Chi*

TÓM TẮT⁵⁴

Đặt vấn đề: Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết não thất cho bệnh nhân (BN) dẫn lưu não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp được nhiều tác giả đánh giá cao về hiệu quả lâm sàng, tuy vậy, các biến chứng liên quan đến đông máu chảy máu cần được đánh giá. **Mục tiêu:** Nhằm đánh giá các biến chứng rối loạn đông máu chảy máu sau sử dụng Alteplase não thất qua ống thông dẫn lưu não thất để điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp.

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu trên 80 BN chảy máu não thất có giãn não thất cấp chia hai nhóm: Nhóm dẫn lưu não thất ra ngoài (EVD) gồm 45 BN, và nhóm kết hợp dẫn lưu não thất ra ngoài và sử dụng Alteplase não thất (IVF) với liều 1 mg cách nhau 8 giờ, gồm 35 BN. Đánh giá tình trạng chảy máu, đông máu sau 3 ngày ở cả 2 nhóm. **Kết quả:** Các biến chứng chảy máu tái phát (EVD: 11,1%; EVD + IVF: 5,7%; $p > 0,05$), chảy máu xung quanh dẫn lưu (EVD: 2,2%; EVD + IVF: 5,7%; $p > 0,05$), chảy máu tiêu hóa (EVD: 0%; EVD + IVF: 2,9%; $p > 0,05$), các chỉ số đông máu thường quy: PT, APTT, INR không có khác biệt giữa 2 nhóm. **Kết luận:** Các biến chứng về chảy máu và rối loạn đông máu liên quan tới sử dụng Alteplase qua ống thông não thất không có sự khác biệt so với nhóm không sử dụng alteplase.

Từ khóa: Chảy máu não, Chảy máu não thất, Giãn não thất cấp, Dẫn lưu não thất ra ngoài, Tiêu sợi huyết não thất, Alteplase (rt-PA).

SUMMARY

COMPLICATIONS OF COAGULATION AND BLEEDING ASSOCIATED WITH EXTERNAL VENTRICULAR DRAINAGE IN COMBINATION WITH INTRAVENTRICULAR FIBRINOLYSIS BY ALTEPLASE IN THE TREATMENT OF INTRAVENTRICULAR HEMORRHAGE

Study on 80 patients admitted to the Emergency Department of Bach Mai Hospital due to intraventricular hemorrhage with acute hydrocephalus who underwent ventriculostomy to drain CSF externally from 11/2011 to 12/2014 was aimed to evaluate the complications associated with external ventricular drainage (EVD) in combination with intraventricular fibrinolysis (IVF) by Alteplase in the treatment of intraventricular hemorrhage with acute

hydrocephalus. Patients were selected in two groups: EVD without IVF (control, n=45) and EVD with IVF by 1 mg Alteplase every 8 hours (interventional group, n=35). There was no difference in EVD- and/or IVF-associated complication between two groups in intracerebral rebleeding (control: 11,1%; interventional group: 5,7%, $p > 0.05$), catheter induced intracranial hemorrhage (control: 2,2%; interventional group: 5,7%, $p > 0.05$). There was no difference in other complication between two groups: INR, PT, APTT. Our results showed that rate of EVD- and/or IVF-associated complications and other complications were similar between two groups.

Keywords: Intracranial Hemorrhage, Intracerebral Hemorrhage, Intraventricular Hemorrhage, Acute Hydrocephalus, External Ventricular Drainage, Intraventricular Fibrinolysis, Alteplase (rt-PA).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não thất (CMNT) chiếm khoảng 40% các trường hợp chảy máu não, CMNT làm tăng nguy cơ di chứng và tử vong ở bệnh nhân chảy máu não [3],[4],[5]. Đặt dẫn lưu não thất ra ngoài được coi là điều trị chuẩn cho BN chảy máu não thất có biến chứng giãn não thất cấp. Tuy vậy, dẫn lưu não thất ra ngoài đơn thuần cũng có những hạn chế như tắc ống dẫn lưu, không làm tái thông não thất bị tắc nghẽn do máu. Sử dụng thuốc tiêu sợi qua ống thông não thất đã được nghiên cứu như là biện pháp bổ sung cho dẫn lưu não thất ra ngoài đã cho những kết quả khả quan. Tuy vậy, sự an toàn của thuốc tiêu sợi huyết là một vấn đề gây nhiều tranh cãi, nghiên cứu CLEAR II IVH cho thấy biến chứng chảy máu sau dùng Alteplase ở bệnh nhân chảy máu não thất là không nghiêm trọng.

Từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá các biến chứng về chảy máu, đông máu của kỹ thuật kết hợp dẫn lưu não thất và sử dụng Alteplase não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Các bệnh nhân chảy máu não thất được điều trị tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2011 đến tháng 12/2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn sau

- Tuổi từ 18 đến 80.
- Thể tích chảy máu não ≤ 30 ml,

*Khoa Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi
Email: chinvvnn@yahoo.com
Ngày nhận bài: 6.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 22.3.2017
Ngày duyệt bài: 30.3.2017

- Chảy máu não thất III và/hoặc não thất IV có giãn não thất cấp.

- Khởi phát triệu chứng trong vòng 24 giờ.
- Điểm mRS trước khi xảy ra chảy máu não thất là ≤ 1.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có ít nhất một trong số các tiêu chuẩn sau

- Các bất thường mạch não vỡ chưa điều trị, Moyamoya, u não.
- Có rối loạn đông máu hoặc số lượng tiểu cầu < 100.000 hoặc INR > 1,4.
- Phụ nữ có thai.
- Chảy máu não, não thất tiến triển
- Đang có chảy máu chưa kiểm soát được, có can thiệp ngoại khoa.

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, can thiệp, có nhóm đối chứng

- **Phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn, đại diện của BN chấp thuận tham gia nghiên cứu. BN được 2 nhóm nghiên cứu: nhóm dẫn lưu não thất ra ngoài đơn

thuần (EVD); nhóm dẫn lưu não thất ra ngoài phối hợp với sử dụng Alteplase qua ống thông não thất với liều 1 mg cách nhau 8 giờ (EVD + IVF). Tất cả bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá các chỉ số lâm sàng, làm các xét nghiệm sinh hóa huyết học thường quy, các xét nghiệm đông máu cơ bản, được giám sát các biến chứng chảy máu, được điều trị khác theo phác đồ chuẩn chung. Nhóm EVD + IVF, Alteplase được bơm vào não thất qua ống thông não thất với liều 1 mg/lần cách nhau 8 giờ. Dừng điều trị tiêu sợi huyết não thất khi máu trong não thất III và IV tiêu hết hoặc đã đủ 9 liều Alteplase hoặc xuất hiện biến chứng chảy máu hoặc dẫn lưu não thất bị tắc. Phim MSCT sọ não và mạch não được chụp lại ít nhất 6 giờ sau đặt dẫn lưu não thất ra ngoài, phim CT sọ não được chụp lại hàng ngày trong 3 ngày đầu tiên, nhằm đánh giá thể tích chảy máu não, điểm Graeb, các biến chứng chảy máu não mới, vị trí dẫn lưu não thất, tình trạng dẫn lưu não thất, dịch não tủy được theo dõi và ghi nhận hàng ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khi nhập viện

Lâm sàng	EVD (n = 45)	EVD + IVF (n = 35)	p
Điểm Glasgow	7 (4 - 13)	8 (5 - 14)	> 0,05
Mạch	95 (68 - 137)	95 (63 - 140)	> 0,05
Nhiệt độ	36,8 ± 1,0	36,7 ± 0,5	> 0,05
Huyết áp tâm thu (mmHg)	170,7 ± 31,1	167,7 ± 29,3	> 0,05

Nhận xét: Đặc điểm lâm sàng chung thời điểm nhập viện không khác biệt giữa hai nhóm (p > 0,05).

Bảng 2: Các xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm	EVD (n = 45)	EVD + IVF (n = 35)	p
Bạch cầu (G/l)	15,7 ± 5,9	14,9 ± 5,4	> 0,05
Hồng cầu (T/l)	4,81 ± 0,6	4,83 ± 0,5	> 0,05
Hemoglobin (g/l)	143,8 ± 14,7	147,3 ± 15,9	> 0,05
Tiểu cầu (G/l)	247,9 ± 86,2	248,1 ± 59,9	> 0,05
INR	1,05 ± 0,13	1,01 ± 0,1	> 0,05
Ure (mmol/l)	5,9 ± 3,4	5,5 ± 2,0	> 0,05
Creatinin (µmol/l)	82,2 ± 31,7	84,6 ± 33,7	> 0,05
Điểm Graeb	9 (6 - 12)	9 (6 - 12)	> 0,05

Nhận xét: Đặc điểm cận lâm sàng chung thời điểm nhập viện không khác biệt giữa hai nhóm, với (p > 0,05).

Bảng 3. Một số chỉ số đông máu tại thời điểm nhập viện và thời điểm 3 ngày sau sử dụng Alteplase não thất

Chỉ số đông máu	Nhóm EVD (n = 45)		Nhóm EVD + IVF (n = 35)		p	
	SL	X̄ ± SD	SL	X̄ ± SD		
PT	Vào viện	45	94,3 ± 20,8	35	98,1 ± 16,2	>0,05
	3 ngày	34	90,0 ± 14,2	34	93,3 ± 10,1	>0,05
APTT	Vào viện	45	25,4 ± 2,9	35	25,7 ± 2,5	>0,05
	3 ngày	34	25,4 ± 2,1	34	25,6 ± 2,5	>0,05
INR	Vào viện	45	1,05 ± 0,13	35	1,01 ± 0,1	>0,05
	3 ngày	34	1,12 ± 0,12	34	1,1 ± 0,14	>0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình của các chỉ số đông máu tại thời điểm nhập viện và 3 ngày sau sử dụng Alteplase não thất đều trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa hai nhóm, với (p > 0,05).

Bảng 4. Các biến chứng liên quan tới chảy máu ở cả 2 nhóm

Biến chứng	Nhóm EVD (n = 45)		Nhóm EVD+IVF (n=35)		P
	SL	%	SL	%	
Chảy máu tái phát	5	11,1	2	5,7	> 0,05
Chảy máu xung quanh dẫn lưu	1	2,2	2	5,7	> 0,05
Chảy máu tiêu hóa	0	0	1	2,9	> 0,05

Nhận xét: Các biến chứng chảy máu ở cả 2 nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê, với ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ở cả hai nhóm đều có điểm hôn mê Glasgow thấp (≤ 8 điểm), điểm Graeb cao (> 5 điểm) và huyết áp tâm thu cao. Đây là các yếu tố liên quan có ý nghĩa tới tiên lượng xấu ở bệnh nhân chảy máu não có kèm chảy máu não thất. Mặt khác, huyết áp tâm thu cao trong vòng 12 giờ sau chảy máu não có liên quan tới nguy cơ di chứng và tử vong cao. Các bệnh nhân trong nghiên cứu không gặp sốt lúc nhập viện, ở thời điểm nhập viện bệnh nhân chảy máu não thất cũng có thể sốt, nhưng thường ít liên quan đến nhiễm trùng. Triệu chứng sốt cao có thể xuất hiện những ngày sau đó, giai đoạn này thường dễ bị nhầm lẫn giữa sốt do nhiễm trùng và sốt liên quan đến chảy máu não thất.

Nghiên cứu cũng nhận thấy giá trị trung bình một số xét nghiệm huyết học và chức năng thận (bảng 2) đều trong giới hạn bình thường và khác biệt nhau không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Các xét nghiệm đông máu (bảng 3) không khác biệt giữa 2 nhóm. Các nghiên cứu cho thấy, chỉ số INR dưới 2 không liên quan tới nguy cơ chảy máu não, INR từ 2 đến 3 lại có liên quan tới nguy cơ chảy máu và INR lớn hơn hoặc bằng 3,5 là yếu tố nguy cơ cao của chảy máu não. Mặt khác, nghiên cứu của các tác giả khác cũng cho thấy bệnh nhân bị chảy máu não có thể gặp tới 29% bệnh nhân có rối loạn chảy máu và 71% có chảy máu hệ thống xảy ra đồng thời. Trong số 45,2% bệnh nhân chảy máu não tự phát thì giảm tiểu cầu nặng ($< 10.000/mm^3$) chiếm 41% và số lượng tiểu cầu rất thấp ($< 1000/mm^3$) chiếm 3% [17]. Một số tác giả cho rằng thiếu máu và tăng bạch cầu máu có liên quan tới sự lan rộng thể tích chảy máu não, thậm chí thiếu máu còn được coi là yếu tố nguy cơ mở rộng thể tích khối máu tụ.

Một số nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ biến chứng chảy máu mới (chảy máu não tiến triển hoặc chảy máu não thất tái phát) liên quan tới sử dụng rt-PA với liều 3 mg cách nhau 24 giờ chiếm 19%, Tuy nhiên, thử nghiệm CLEAR II IVH lại chỉ thấy tỷ lệ biến chứng chảy máu mới ở nhóm sử dụng rt-PA với liều 1 mg cách nhau 8

giờ là 8% cao hơn không ý nghĩa thống kê so với nhóm giả dược (5%), kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu này (bảng 4).

Các nghiên cứu gần đây đưa ra nhiều bằng chứng cho thấy tỷ lệ dẫn lưu não thất-ổ bụng vì giãn não thất mạn tính trong nhóm bệnh nhân chảy máu não thất được đặt dẫn lưu não thất ra ngoài là (7,8%) nhóm có phối hợp thêm thuốc tiêu sợi huyết não thất là (11,1%), với $p > 0,05$ và các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu này. Một số tác giả đã chứng minh rằng chảy máu tái phát là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng gây giãn não thất mạn tính. Do vậy, trong các nghiên cứu trước đây, tỷ lệ chảy máu não tái phát cao hơn (19%) có thể có liên quan tới tỷ lệ giãn não thất mạn tính cao hơn.

Bảng 4, kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có một bệnh nhân chảy máu tiêu hóa (2,9%) ở nhóm tiêu sợi huyết. Các yếu tố nguy cơ quan trọng của chảy máu tiêu hóa là loét dạ dày tiến triển, rối loạn đông máu và thông khí nhân tạo. Tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu trong bảng 2 và 3 thì không có bệnh nhân nào có rối loạn đông máu trước và sau khi sử dụng Alteplase. Hơn nữa, việc sử dụng rt-PA trong não thất không làm ảnh hưởng tới tình trạng đông máu hệ thống hoặc không làm tăng tác dụng với thuốc chống đông toàn thân trong dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ các biến chứng liên quan tới dẫn lưu não thất ra ngoài và sử dụng Alteplase qua ống thông não thất là tương đương giữa hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu: chảy máu tái phát (EVD: 11,1%; EVD + IVF: 5,7%; $p > 0,05$), chảy máu xung quanh dẫn lưu (EVD: 2,2%; EVD + IVF: 5,7%; $p > 0,05$), chảy máu tiêu hóa (EVD: 0%; EVD + IVF: 2,9%; $p > 0,05$).

- Không có sự khác biệt về biến chứng chảy máu và rối loạn đông máu ở 2 nhóm, với ($p > 0,05$),

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sterne J. A., Egger M. and Smith G. D. (2001). Systematic reviews in health care: Investigating and dealing with publication and other biases in meta-analysis. *BMJ*, 323 (7304), 101-105.
2. Lê Văn Thịnh, Trần Việt Lực, Nguyễn Thị Xuyên và cộng sự. (2011). Tình hình và thực trạng chăm sóc tai biến mạch máu não trong các bệnh viện đa khoa từ tuyến tỉnh trở lên ở Việt Nam: số chuyên đề hội nghị khoa học bệnh viện Bạch Mai lần thứ 28. *Y học Lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai*, 1, 248-252.
3. Sterne J. A. and Egger M. (2001). Funnel plots for detecting bias in meta-analysis: guidelines on choice of axis. *J Clin Epidemiol*, 54 (10), 1046-1055.
4. Egger M., Davey Smith G., Schneider M. et al. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ*, 315 (7109), 629-634.
5. Nguyễn Anh Tuấn và Nguyễn Đạt Anh. (2010). Nghiên cứu kết quả theo dõi áp lực nội sọ ở các bệnh nhân được dẫn lưu não thất ra ngoài tại Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 373 (1), 19-23.
6. Coplin W. M., Vinas F. C., Agris J. M. et al. (1998). A cohort study of the safety and feasibility of intraventricular urokinase for nonaneurysmal spontaneous intraventricular hemorrhage. *Stroke*, 29 (8), 1573-1579.
7. Nieuwkamp D. J., de Gans K., Rinkel G. J. et al. (2000). Treatment and outcome of severe intraventricular extension in patients with subarachnoid or intracerebral hemorrhage: a systematic review of the literature. *J Neuro*, 247 (2), 117-121.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG HẠ KALI MÁU Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG

Đặng Thị Việt Hà¹, Nguyễn Văn Thanh², Đỗ Gia Tuyền¹

TÓM TẮT⁵⁵

Mục tiêu: Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hạ kali máu ở bệnh nhân lọc màng bụng (LMB). **Đôi tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 72 bệnh nhân LMB điều trị nội trú. **Kết quả:** Hạ kali máu chiếm 62,5%; mức độ nhẹ (51,08%); mức độ vừa (30,95%) và nặng (17,97%), không hạ kali máu: 37,5%. Viêm phúc mạc: 62,5%. Buồn nôn, nôn: 44,44%, trướng bụng: 40,28%, chuột rút: 48,6%, tê bì: 29,2%, yếu cơ/liệt cơ: 16,7%, đau cơ: 12,5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ viêm phúc mạc và các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm có và không có hạ kali máu ($p > 0,05$). Kali máu tương quan thuận với ure và phospho ($p < 0,05$). Không tìm thấy mối liên quan giữa kali máu với chế độ ăn, thuốc lợi tiểu hay thuốc hạ huyết áp và các yếu tố sinh hóa khác. **Kết luận:** Bệnh nhân LMB điều trị nội trú có tỉ lệ hạ kali máu cao (62,5%). Cần phát hiện các yếu tố liên quan để điều trị tốt hạ kali máu, ngăn ngừa biến chứng nặng ở các bệnh nhân này.

Từ khóa: hạ kali máu, lọc màng bụng.

SUMMARY

SERVEY HYPOKALEMIA IN DIALYSIS PERITONEAL PATIENTS

Objective: Description of clinical and preclinical and learn some related factors with hypokalemia in dialysis peritoneal patients (CAPD). **Subjects and**

Methods: Cross-sectional descriptive study on 72 CAPD patients inpatients. **Results:** 62.5% with hypokalemia: mild (51.08%); moderate (30.95%) and severe (17.97%), without hypokalemia: 37.5%. Peritonitis: 62.5%. Nausea, vomiting: 44.44%, bloating: 40.28%, cramps: 48.6%, numbness: 29.2%, muscle weakness/paralysis: 16.7%, myalgia: 12, 5%. No differences were statistically significant in the rate of peritonitis and the clinical symptoms of the two groups with and without hypokalemia ($p > 0.05$). Blood potassium correlated with urea and phosphorus ($p < 0.05$). No relationship between serum potassium diet, diuretics or antihypertensive drugs and other biochemical factors have been found. **Conclusion:** CAPD patients inpatient have a high rate of hypokalemia (62.5%). Need detect factors related to good treatment of hypokalemia, prevent serious complications in these patients.

Keywords: hypokalemia, dialysis peritoneal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi bệnh nhân mắc bệnh thận mạn ở giai đoạn cuối (mức lọc cầu thận dưới 15 ml/phút) thì cần phải được áp dụng các phương pháp điều trị thay thế thận. Năm 2013, trên thế giới có khoảng 11% bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối được điều trị lọc màng bụng [1]. Thống kê năm 2014 cho thấy ở Việt Nam chỉ có khoảng 10 - 12% số người mắc bệnh thận giai đoạn cuối được chạy thận nhân tạo và lọc màng bụng. Số người bệnh được ghép thận còn hạn chế do nhiều lý do khác nhau. Đây không chỉ là gánh nặng bệnh tật của riêng gia đình người bệnh mà còn là gánh nặng của toàn xã hội. Tuy được lọc màng bụng (LMB) bệnh nhân vẫn còn có nhiều biến chứng trong đó có biến chứng rối loạn điện

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: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

giải, mà thường gặp là hạ kali máu, gây ảnh hưởng tới chất lượng sống của người bệnh. Hạ kali máu có thể không có triệu chứng lâm sàng hoặc triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu nên thường được phát hiện muộn hoặc khi đã có xét nghiệm sinh hóa máu. Triệu chứng của hạ kali máu có thể biểu hiện ở một số cơ quan như rối loạn tiêu hóa, rối loạn thần kinh cơ, nguy hiểm hơn là các rối loạn nhịp tim có thể dẫn tới tử vong nếu không được theo dõi, phát hiện sớm để có thể xử trí và điều trị kịp thời [2]. Tuy nhiên, ở Việt Nam các nghiên cứu về vấn đề này còn rất hạn chế. Để góp phần phát hiện, chẩn đoán sớm cũng như phòng ngừa biến chứng hạ kali máu khi theo dõi và điều trị bệnh nhân LMB chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hạ kali máu 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: Bệnh nhân được lọc màng bụng điều trị nội trú tại khoa Thận Tiết niệu – Bệnh viện Bạch Mai.

-Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân LMB điều trị nội trú không làm xét nghiệm điện giải đồ khi vào viện.

- Tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu: Hạ kali máu khi $[K^+] < 3,5$ mmol/L. Đánh giá hạ kali máu

gồm 3 mức độ: Nhẹ: $3,0 \leq [K^+] < 3,5$ mmol/L. Vừa: $2,5 \leq [K^+] < 3,0$ mmol/L. Nặng: $[K^+] < 2,5$ mmol/L.

Dịch dư: thể tích dịch sau khi tháo ra khỏi ổ bụng – thể tích dịch đưa vào ổ bụng sau 4 lần lọc/24h.

+ Phân độ tăng huyết áp theo tiêu chuẩn của JNC VII (2012).

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Các bước tiến hành: Khám lâm sàng phát hiện phù, thiếu máu, tăng huyết áp, triệu chứng liên quan đến hạ kali máu: Buồn nôn, nôn, táo bón, trướng bụng, liệt ruột, yếu cơ/liệt cơ, đau cơ, chuột rút, tê bì, tiêu chảy. Tìm hiểu chế độ ăn uống, tình trạng dinh dưỡng.

Xét nghiệm tế bào máu ngoại vi, ure, creatinin, điện giải đồ, protein toàn phần, albumin, triglycerid, cholesterol TP, LDL-C, HDL-C, calci toàn phần, phospho, sắt, transferrin, ferritin, PTH, beta-2-Microglobulin, GPT, GOT, acid uric. Điện tâm đồ.

3. Xử lý số liệu: theo các thuật toán thống kê và phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành trên 72 bệnh nhân LMB điều trị nội trú: 45 BN có hạ kali máu (62,5%), 37 BN không hạ kali máu (37,5%). Tuổi trung bình $43,81 \pm 12,3$. Nhóm tuổi từ 40 - 59 chiếm tỷ lệ lớn nhất (47,2%). Bệnh nhân trong độ tuổi < 60 chiếm tỷ lệ 86,1%. Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,18.

Bảng 1: Biến chứng khi vào viện

Biến chứng khi vào viện	Không hạ kali		Hạ kali máu		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Không viêm phúc mạc	11	40,7	16	35,6	27	35,5	0,66
Viêm phúc mạc	16	59,3	29	64,4	45	62,5	
Tổng	27	100	45	100	72	100	

Nhận xét: Có 62,5% bệnh nhân LMB vào viện có biến chứng viêm phúc mạc. Tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng giữa hai nhóm BN có và không có hạ kali máu ($p > 0,05$).

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Không hạ kali (n = 27)		Hạ kali máu (n = 45)		Tổng (n = 72)		p
	n	%	N	%	n	%	
Buồn nôn	10	37,04	22	48,89	32	44,44	$>0,05$
Nôn	10	37,04	22	48,89	32	44,44	$>0,05$
Trướng bụng	11	40,74	18	40	29	40,28	$>0,05$
Táo bón	1	3,7	1	2,2	2	2,8	$>0,05$
Chuột rút	13	48,1	22	48,9	35	48,6	$>0,05$
Tê bì	8	29,6	13	28,9	21	29,2	$>0,05$
Yếu cơ/Liệt cơ	6	22,2	6	13,3	12	16,7	$>0,05$
Đau cơ	4	14,8	5	11,1	9	12,5	$>0,05$

Nhận xét: Buồn nôn, nôn hay gặp nhất (44,44%), trướng bụng (40,28%), chuột rút (48,6%), tê bì (29,2%), yếu cơ/liệt cơ (16,7%), đau cơ (12,5%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ các dấu hiệu trên ở hai nhóm BN có và không có hạ kali máu ($p > 0,05$).



Hình 1: Tỷ lệ hạ kali máu ở nhóm BN hạ kali

Nhận xét: Hạ kali máu ở mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất 51,08%, sau đó đến hạ kali mức độ vừa (30,95%) và mức độ nặng (17,97%).

2. Một số yếu tố liên quan với tình trạng hạ kali máu

Bảng 3: Hướng dẫn chế độ ăn tăng rau, hoa quả

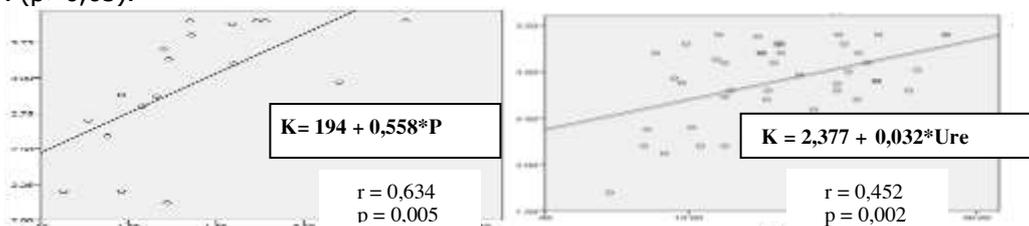
Hướng dẫn chế độ ăn	Không hạ kali n = 27		Hạ kali máu n = 45		Tổng n = 72		p
	n	%	n	%	n	%	
Tăng lượng rau, hoa quả	14	51,9	16	35,6	30	41,7	0,175
Không tăng lượng rau, hoa quả	13	47,1	29	64,4	42	58,3	
Tổng	27	100	45	100	72	100	

Nhận xét: Có 41,7% lượt bệnh nhân được hướng dẫn chế độ ăn nhiều rau và hoa quả trong bữa ăn. Bệnh nhân có hạ kali máu được hướng dẫn chế độ ăn tăng rau - hoa quả (tỷ lệ 35,6%) thấp so với nhóm không hạ kali máu (tỷ lệ 51,9%) nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4: Liên quan giữa một số thuốc điều trị với tình trạng hạ kali máu

Loại thuốc	Không hạ kali (n = 27)		Hạ kali máu (n = 45)		Tổng (n = 72)		p
	n	%	n	%	n	%	
ACEI/ARB	4	14,8	10	22,2	14	19,4	0,442
Lợi tiểu giữ kali	6	22,2	14	31,1	20	27,8	0,415
Lợi tiểu mất kali	5	18,5	4	8,9	9	12,5	
Chẹn β giao cảm	3	11,1	10	22,2	13	18,1	
Insulin	1	3,7	4	8,9	5	6,9	

Nhận xét: Số BN được điều trị với nhóm thuốc lợi tiểu giữ kali chiếm tỷ lệ cao nhất (27,8%). Có 12,5% lượt BN dùng thuốc lợi tiểu mất kali. Không có sự khác biệt về việc sử dụng thuốc giữa 2 nhóm BN ($p > 0,05$).



Hình 2 và 3: Tương quan thuận giữa kali với phospho và kali với ure

IV. BÀN LUẬN

Trong số 72 bệnh nhân LMB điều trị nội trú có 45 bệnh nhân bị hạ kali máu, chiếm tỷ lệ 62,5%. Tỷ lệ này cho thấy tính chất thường gặp của biến chứng hạ kali máu ở đối tượng bệnh nhân LMB.

Kết quả của chúng tôi tương tự kết quả nghiên cứu của Jain A.K [1]. Kết quả từ bảng 1 cho thấy có 62,5% bệnh nhân LMB vào viện có biến chứng viêm phúc mạc. Điều này cho thấy cùng với biến chứng hạ kali máu (tỷ lệ 62,5%) thì viêm phúc mạc cũng là một biến chứng thường

gặp nhất ở những bệnh nhân LMB trong số các biến chứng bao gồm cả biến chứng nhiễm trùng và biến chứng không nhiễm trùng. Tuy nhiên không có sự khác biệt về tỷ lệ có biến chứng hạ kali máu giữa 2 nhóm có và không có viêm phúc mạc ($p > 0,05$). Những bệnh nhân LMB thường có nguy cơ bị biến chứng nhiễm khuẩn, đặc biệt là biến chứng viêm phúc mạc do nhiều nguyên nhân khác nhau như không tuân thủ đúng quy trình vô khuẩn trong lúc thay dịch, liên quan đến catheter, nhiễm trùng đường tiêu hóa, đường tiết niệu [4].

Các triệu chứng tiêu hóa ở bệnh nhân LMB thì buồn nôn, nôn là triệu chứng hay gặp nhất (chiếm tỷ lệ 44,44%); sau đó là triệu chứng trướng bụng (tỷ lệ là 40,28%). Chỉ có 1 BN có biểu hiện táo bón ở nhóm không hạ kali máu và không có bệnh nhân nào có biểu hiện liệt ruột trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy rằng không có sự khác biệt về các triệu chứng tiêu hóa ở hai nhóm bệnh nhân có và không có hạ kali máu ($p > 0,05$) (bảng 2). Những triệu chứng tiêu hóa như buồn nôn, nôn, trướng bụng ở những bệnh nhân LMB có thể là triệu chứng của hạ kali máu nhưng cũng có thể là những triệu chứng của các biến chứng khác như tình trạng viêm phúc mạc hoặc do vẫn còn hội chứng ure máu cao khi bệnh nhân không được lọc đầy đủ vì vậy việc chẩn đoán hạ kali máu ở những BN lọc màng bụng không nên chỉ dựa vào những triệu chứng tiêu hóa gợi ý hạ kali máu mà cần làm xét nghiệm điện giải đồ máu. Các triệu chứng thần kinh cơ thì triệu chứng co rút, chuột rút chiếm tỉ lệ cao nhất (tỷ lệ là 48,6%), sau đó là triệu chứng tê bì (tỷ lệ là 29,2%), yếu cơ/liệt cơ (tỷ lệ là 16,7%), đau cơ (tỷ lệ là 12,5%) (bảng 2). Kết quả cũng cho thấy không có sự khác biệt về triệu chứng thần kinh cơ ở hai nhóm bệnh nhân có và không có hạ kali ($p > 0,05$). Như vậy các triệu chứng thần kinh cơ trên BN bệnh thận mạn nói chung và LMB nói riêng thường không đặc hiệu, ngoài do hạ kali máu nặng gây ra còn có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra như tình trạng hạ calci máu chưa được điều trị đúng mức, do biến chứng viêm dây thần kinh ngoại vi, cường cận giáp và như nhận định bởi tác giả Kim H. J [4].

Biến chứng hạ kali máu ở những bệnh nhân LMB có thể gặp ở các mức độ khác nhau. Số BN có hạ kali máu ở mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ cao nhất (51,08%); sau đó đến hạ kali mức độ vừa chiếm tỷ lệ 30,95% và hạ kali máu mức độ nặng (nồng độ $< 2,5$ mmol/L) với tỷ lệ là 17,97% (hình 1). Tỷ lệ BN có hạ kali máu của chúng tôi

cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Tziviskou E [6]. Hạ kali cũng được nhận định là yếu tố nguy cơ và gia tăng tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân LMB [7]. Có thể do những BN trong các nghiên cứu khác nhau nên có những chế độ ăn uống, sinh hoạt cũng như điều trị khác nhau [6]. Việc phát hiện và điều trị kịp thời hạ kali máu giúp giảm thiểu biến chứng và tử vong ở các bệnh nhân này.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3) cho thấy có 41,7% lượt bệnh nhân được hướng dẫn chế độ ăn nhiều rau và hoa quả. Tỷ lệ này còn chưa được cao so với tỷ lệ hạ kali máu 62,5% (biểu đồ 3.1). Tỷ lệ lượt BN được hướng dẫn chế độ tăng rau – hoa quả ở nhóm bệnh nhân có hạ kali máu là 35,6% thấp hơn so với nhóm BN không có hạ kali máu (tỷ lệ này là 51,9%). Tuy nhiên, chúng tôi cũng thấy rằng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê có thể vì hướng dẫn chế độ ăn phụ thuộc vào từng BN, tình trạng bệnh, bệnh kèm theo, các triệu chứng tiêu hóa, những thuốc bệnh nhân sử dụng. Creatinin huyết thanh có nguồn gốc từ chuyển hóa của cơ vân, sự tiêu cơ tức là sự sản xuất ra creatinin có phụ thuộc vào khối lượng cơ và mức độ chuyển hóa, hoạt động của toàn khối cơ trong cơ thể. Creatinin được lọc qua cầu thận, không được tái hấp thu nhưng có bài tiết thêm một phần nhỏ tại ống thận. Bệnh nhân có chức năng thận tồn dư tốt hơn có tiền lượng sống lâu dài tốt hơn. Kết quả nghiên cứu của tác giả Kim H.W [5]. Số bệnh nhân trong nghiên cứu được điều trị với nhóm thuốc lợi tiểu giữ kali chiếm tỷ lệ cao nhất (chiếm 29,3%), sau đó là nhóm thuốc lợi tiểu mất kali có tỷ lệ là 12,5% (bảng 3). Ngoài ra, insulin cũng có thể gây hạ kali máu do kích thích vận chuyển kali vào trong tế bào thông qua cơ chế hoạt hóa bơm Na^+/K^+ ATPase. Tỷ lệ hạ kali máu ở nhóm BN có sử dụng insulin là 8,9% cao hơn nhóm không có hạ kali máu (3,7%). Tuy nhiên chúng tôi cũng không thấy mối liên quan giữa biến chứng hạ kali máu với việc sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm, thuốc lợi tiểu giữ kali, thuốc ức chế enzym vận chuyển và ức chế thụ thể angiotensin II và cũng không thấy sự khác biệt về tỷ lệ biến chứng hạ kali máu với việc sử dụng các thuốc trên có thể do giới hạn về thời gian nghiên cứu và cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn. Chúng tôi thấy có mối tương quan thuận giữa kai máu với ure và phospho máu (hình 2 và 3), chứng tỏ ure và phospho máu có thể ảnh hưởng đến tình trạng kali máu, tuy nhiên cần có các phân tích sâu hơn để khẳng định nhận định này.

V. KẾT LUẬN

- Hạ kali máu chiếm 62,5%, trong đó chủ yếu là mức độ nhẹ (51,08%); mức độ vừa là 30,95% và nặng là 17,97%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ viêm phúc mạc và các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm có và không có hạ kali máu.

- Kali máu tương quan thuận với ure và phosphor máu. Không tìm thấy mối liên quan giữa kali máu với các yếu tố sinh hóa khác hay chế độ ăn và thuốc lợi tiểu hay thuốc hạ huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jain A.K., Blake P., Cordy P. và cộng sự. (2012). Global Trends in Rates of Peritoneal Dialysis. *J Am Soc Nephrol*, 23(3), 533–544.
2. Đỗ Gia Tuyền (2012). Bệnh thận mạn và suy thận mạn tính. *Bệnh học nội khoa tập I*. Nhà xuất bản Y học, 398–411.
3. Khan A.N., Bernardini J., Johnston và cộng sự. (1996). Hypokalemia in peritoneal dialysis patients. *Perit Dial Int*, 16(6), 652–652.
4. Kim H. J. (2006). Pathogenesis and treatment of dyskalemia in maintenance hemodialysis and CAPD. *Electrolyte Blood Press E BP*, 4(1), 47–52.
5. Kim H.W., Chang J.H., Park S.Y. và cộng sự. (2007). Factors associated with Hypokalemia in Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis Patients. *Electrolyte Blood Press E BP*, 5(2), 102–110.
6. Tziviskou E., Musso C., Bellizzi V. và cộng sự. (2003). Prevalence and pathogenesis of hypokalemia in patients on chronic peritoneal dialysis: One center's experience and review of the literature. *Int Urol Nephrol*, 35(3), 429–434.
7. Xu Q., Xu F., Fan L. và cộng sự. (2014). Serum potassium levels and its variability in incident peritoneal dialysis patients: associations with mortality. *PLoS One*, 9(1), e86750.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA VẬT LIỆU TỔ HỢP NANOCHITOSAN/PLA MANG THUỐC NIFEDIPIN LÊN CHỨC NĂNG HÔ HẤP TRÊN CHUỘT CỒNG

Cần Văn Mão*, Nguyễn Minh Núi**

TÓM TẮT⁵⁶

Nghiên cứu của chúng tôi với mục đích đánh giá ảnh của phức hợp nanochitosan/PLA mang nifedipin (viết tắt là nifedipine-PLA) đối với chức năng hô hấp. Đối tượng phương pháp: thực hiện trên 3 nhóm chuột cống: nhóm chứng: uống nước muối sinh lý; nhóm nifedipin: uống nifedipine với liều 3mg/kg và nhóm nifedipine-PLA: uống phức hợp nifedipine-PLA với liều 3mg/kg, trước và sau dùng thuốc chuột được đo hô hấp bằng sử dụng hệ thống powerlab. Kết quả cho thấy: trên nhóm chuột uống nifedipine và phức hợp nifedipine-PLA, có giảm tần số thở và có xu hướng làm tăng thông khí phút và thể tích khí phế nang, tuy không đạt được ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Hơn nữa, kết quả cũng cho thấy phức hợp nifedipin-PLA có xu hướng kéo dài sự giảm tần số thở và tăng thông khí phút và thể tích phế nang, so với nifedipine.

Từ khóa: nifedipine-PLA, chức năng hô hấp, chuột cống

SUMMARY

STUDY OF EFFECTS OF NIFEDIPINE-NANOCHITOSAN/PLA TO THE RESPIRATORY SYSTEM IN RATS

*Bộ môn Sinh lý học, Học Viện Quân Y

**Khoa Khớp, Nội tiết, Viện 103

Chịu trách nhiệm chính: Cần Văn Mão

Email: canvanmao@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Our aim is to evaluate effects of the nifedipine embedded nanochitosan/PLA complex (or nifedipine-PLA) to the respiratory system in three groups of rats: a control group: administered with saline 9%; a nifedipine group: treated with nifedipine 3mg/Kg and a nifedipine-PLA group: treated with nifedipine-PLA 3mg/Kg. Results indicated that there are the differences in respiratory rates, tidal volumes (TV) and ventilation values between experimental groups as well as between before and after drug treatments. Furthermore, results also showed that nifedipine-PLA extended a decrease in respiratory rates and an increase in tidal volumes (TV) and ventilation values, in compared to nifedipine. These results indicated that nanochitosan/PLA is useful for controlling effects of nifedipine to the respiratory system.

Keywords: nifedipine-PLA, the respiratory system, rats.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nifedipine, là thuốc chẹn kênh canxi, được sử dụng rộng rãi trong điều trị các rối loạn tim mạch bao gồm: cao huyết áp, bệnh động mạch vành. Nó cũng được sử dụng để điều trị thực quản dưới như: co thắt cơ hô hấp, bệnh Raynaud ... Nifedipine cũng đã được chứng minh là một giãn cơ trơn trên chó và khí quản của con người [1,2] và làm tăng tác dụng giãn phế quản của các thuốc cường giao cảm [3].

Nifedipin bình thường khó tan trong nước và có thời gian bán thải ngắn để đạt được tác dụng trong ngày các thuốc này cần uống ít nhất 2 đến 3 lần. Hạt nano gắn nifedipin có thể khắc phục tình trạng này giúp điều khiển được sự giải

phóng của thuốc nifedipin theo thời gian. Từ đó làm giảm sự dao động nồng độ nifedipin trong huyết tương và hạn chế được các tác dụng không mong muốn của thuốc nifedipin theo đường dùng thông thường [4].

Dựa cơ sở này, chúng tôi đã tổng hợp thành công một loại nano tên là nanochitosan/PLA, sau đó gắn với nifedipine tạo thành phức nanochitosan /PLA mang nifedipin. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *Đánh giá tác dụng của tổ hợp nanochitosan/PLA mang thuốc nifedipin lên chức năng của cơ quan hô hấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng 45 chuột cống trắng khỏe mạnh (cân nặng 150-250g) được cung cấp từ trung tâm động vật Học viện Quân y. Chuột được chia đều ngẫu nhiên thành 3 nhóm: nhóm chứng (n=15): Chuột được uống dung dịch NaCl 0,9%; nhóm Nifedipin (n=15): Chuột được uống thuốc Nifedipin (liều 3mg/kg); Nhóm Chitosan/PLA (n=15): Chuột được uống tổ hợp composit chitosan/PLA mang Nifedipin (liều 3mg/kg). Động vật được chăm sóc với điều kiện sáng tối 12/12h, nhiệt độ phòng duy trì khoảng 24-26°C, nước uống và thức ăn được cung cấp thoải mái.

2.2. Phương tiện và hóa chất nghiên cứu

Hệ thống Powerlab, phần mềm LabChart với module đo chức năng hô hấp (spirometry); Phụ kiện đo hô hấp dùng cho chuột cống (ML1L): đầu đo, ống dẫn khí, hộp khuếch đại, hộp ghi...

Hóa chất: dung dịch NaCl 0,9%; thuốc nifedipin và tổ hợp composit chitosan/PLA mang Nifedipin được sản xuất bởi viện Kỹ Thuật Nhiệt Đới, Viện Khoa học Việt Nam.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp dùng thuốc: Thuốc Nifedipin và tổ hợp composit chitosan/PLA mang Nifedipin được hòa trong dung dịch NaCl 0,9% theo tỷ lệ 0,6 mg/ml. Sau đó, chuột được cho uống dung dịch NaCl 0,9%, Nifedipin và tổ hợp composit chitosan/PLA mang Nifedipin với thể tích là 0,5ml/100g cân nặng.

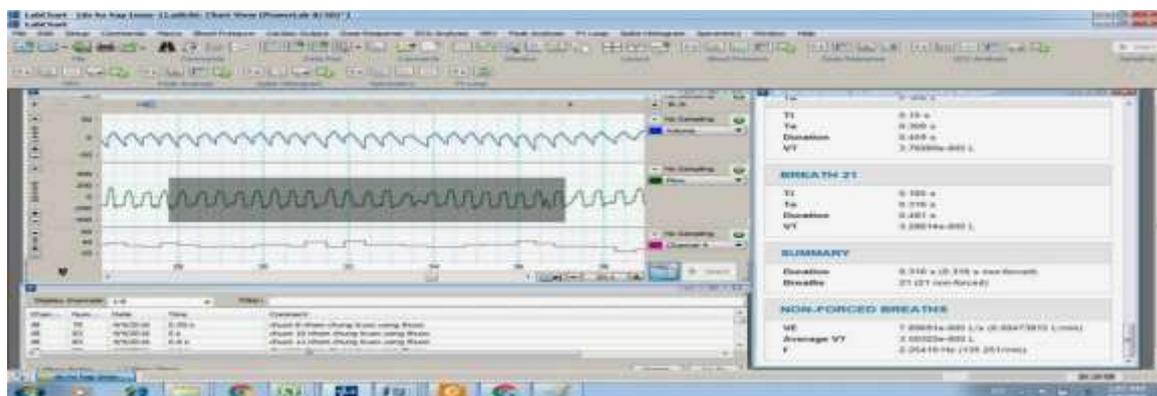
2.2.2. Phương pháp đo hô hấp trên chuột: Chuột được đưa chuột vào buồng đo chức năng hô hấp (có thể tích 300ml), làm quen trong buồng đo 5 phút. Sau đó, kết nối đầu đo hô hấp với đầu hở của buồng đo. Tiếp đó, nối đầu đo với hộp khuếch đại bằng ống dẫn khí, kết nối dây tín hiệu từ đầu hộp khuếch đại với đầu ghi của hệ thống Powerlab. Ghi và phân tích kết quả phần mềm LabChart Pro v8 với module spirometry. Chức năng hô hấp ở các thời điểm: trước uống thuốc (trước), sau uống thuốc 30 phút (sau 30P), 1 giờ (sau 1h), 2 giờ (sau 2h) và 4 giờ (sau 4h)

2.2.3. Các thông số nghiên cứu: Chúng tôi đánh giá ảnh hưởng của thuốc trên các chỉ số hô hấp sau: Nhịp thở: là số lần chuột thở trong một phút; VE: thông khí phút (là thể tích chuột thở trong thời gian một phút) và TV: thể tích khí lưu thông (là thể tích khí đạt được trong 1 lần thở)

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Các chỉ số hô hấp được phân tích bằng phương pháp repeated two way ANOVA với hai yếu tố là nhóm và thời gian nghiên cứu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được xác định với giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các chỉ số hô hấp trên chuột cống được ghi và phân tích bằng phần phần mềm Labchart Pro version 7.2 trên hệ thống Powerlab. Hình 2 là một ví dụ về đo chức năng hô hấp trên phần mềm Labchart pro.



Hình 2. Kết quả đo chức năng hô hấp trên phần mềm Labchart pro

3.1. Sự biến đổi nhịp thở: Kết quả nghiên cứu trên bảng 1 cho thấy: Không có sự khác biệt về số nhịp thở trong một phút của chuột thuộc nhóm chứng ở tất cả các thời điểm trước và sau khi uống thuốc. Ở chuột thuộc nhóm Nifedipin, thông số này giảm khác biệt so với trước uống thuốc ở thời điểm sau uống thuốc 30 phút và 2 giờ ($p < 0,05$) và thấp nhất ở thời điểm sau uống

thuốc 1 giờ ($p < 0,01$). Sau uống thuốc 4 giờ giá trị này hầu như trở lại bình thường so với thời điểm trước uống thuốc. So sánh giữa các nhóm ở các thời điểm trước và sau uống thuốc nhận thấy: số nhịp thở trong một phút của chuột thuộc nhóm Nifedipin (sau uống thuốc 1 giờ và 2 giờ) và Chitosan/PLA (thời điểm sau uống thuốc 1 giờ) thấp hơn rõ rệt so với chuột ở nhóm chứng ($p > 0,05$).

Bảng 1. Biến đổi nhịp thở (lần/phút) của chuột ở các thời điểm

Thời điểm \ Nhóm	Chứng (a)	Nifedipin (b)	Chitosan/PLA (c)	P
Trước (1)	157.56 ± 13.40	160.37 ± 12.49	162.23 ± 19.70	>0,05
Sau 30 P (2)	163.24 ± 18.57	148.35 ± 15.46	151.49 ± 18.14	>0,05
Sau 1h (3)	153.51 ± 21.77	128.93 ± 16.56	143.53 ± 13.39	$p_{a,b} < 0,05$
Sau 2h (4)	149.18 ± 14.12	138.91 ± 14.19	138.38 ± 13.00	$p_{a,b}, p_{a,c} < 0,05$
Sau 4h (5)	157.13 ± 9.63	156.55 ± 38.32	149.60 ± 17.29	>0,05
p	>0,05	$p_{1,2}, p_{1,3}, p_{1,4} < 0,05$	$p_{1,3}, p_{1,4} < 0,05$	

3.2. Sự biến đổi thông khí phút: Kết quả nghiên cứu trên bảng 2 cho thấy: Không có sự khác biệt về thông khí phút của chuột giữa trước và sau uống thuốc và nước muối ở cả 3 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Khi so sánh giữa các nhóm ở mỗi thời điểm nghiên cứu, kết quả cho thấy: thông khí phút của chuột thuộc nhóm Nifedipin (thời điểm sau uống thuốc 2 giờ) và Chitosan/PLA (thời điểm sau uống thuốc 4 giờ) có xu hướng cao hơn so với chuột ở nhóm chứng tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2. Biến đổi thông khí phút (ml) của chuột ở các thời điểm

Thời điểm \ Nhóm	Chứng	Nifedipin	Chitosan/PLA	P
Trước	29.95 ± 10.41	29.00 ± 8.34	31.30 ± 7.98	>0,05
Sau 30 P	31.85 ± 22.26	30.08 ± 20.19	30.27 ± 8.68	>0,05
Sau 1h	29.19 ± 19.32	31.84 ± 9.41	31.55 ± 18.18	>0,05
Sau 2h	28.02 ± 10.28	33.02 ± 10.09	31.99 ± 6.77	>0,05
Sau 4h	31.67 ± 14.00	29.42 ± 10.83	33.29 ± 13.69	>0,05
p	>0,05	>0,05	>0,05	

3.3. Sự biến đổi thể tích khí lưu thông

Bảng 3. Biến đổi thể tích khí lưu thông (ml) của chuột ở các thời điểm

Thời điểm \ Nhóm	Chứng	Nifedipin	Chitosan/PLA	p
Trước	0.19 ± 0.07	0.21 ± 0.06	0.19 ± 0.05	>0,05
Sau 30 P	0.19 ± 0.12	0.22 ± 0.16	0.21 ± 0.08	>0,05
Sau 1h	0.19 ± 0.11	0.25 ± 0.07	0.22 ± 0.13	>0,05
Sau 2h	0.18 ± 0.06	0.21 ± 0.06	0.23 ± 0.05	>0,05
Sau 4h	0.20 ± 0.09	0.19 ± 0.05	0.22 ± 0.08	>0,05
p	>0,05	>0,05	>0,05	

Kết quả nghiên cứu trên bảng 3 cho thấy: Không có sự khác biệt về thể tích khí lưu thông của chuột giữa trước và sau uống thuốc và nước muối ở cả 3 nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$). Khi so sánh giữa các nhóm từng thời điểm nghiên cứu nhận thấy: thể tích khí lưu thông của chuột thuộc nhóm Nifedipin (thời điểm sau uống thuốc 1 giờ) và Chitosan/PLA (thời điểm sau uống thuốc 2 giờ) có xu hướng cao hơn so với chuột ở nhóm chứng tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nifedipin là thuốc có tác dụng chẹn kênh canxi mà ảnh hưởng lên cả lưu lượng ion Canxi qua màng và nồng độ trong tế bào của nhiều loại tế bào trên rất nhiều hệ thống cơ quan như: hệ tim mạch, hệ thần kinh trung ương, tế bào cơ trơn, hệ hô hấp...[2,4,5]

Trên hô hấp Nifedipin đã được chứng minh là có ảnh hưởng lên cơ trơn của khí, phế quản: làm giãn cơ trơn, tăng tác dụng của các thuốc cường giao cảm, làm giảm các triệu chứng trên bệnh

nhân hen, giảm tác dụng của các tác nhân có hại lên đường hô hấp...[1,3,6]

Trong nghiên cứu này, chúng tôi phân tích chức năng hô hấp của chuột được cho uống nifedipin và kết quả cho thấy: thông khí phút (sau uống thuốc 2h) của chuột ở nhóm uống nifedipin có xu hướng lớn hơn so với trước uống thuốc. Đặc biệt tần số thở của chuột (sau uống thuốc 30 phút đến 2h) thấp hơn rõ rệt và hầu như trở lại bình thường sau uống thuốc 4h. So sánh với nhóm chứng ở các thời điểm trước và sau uống thuốc nhận thấy: thông khí phút (sau uống thuốc 4h), thể tích khí lưu thông (sau uống thuốc 2h) có xu hướng cao hơn và tần số thở (sau uống thuốc 1 giờ và 2 giờ) thấp hơn ($p>0,05$). Kết quả này có thể là do tác dụng của nifedipin làm giãn các cơ trơn phế quản, giảm các kích thích gây co thắt phế quản ...[5,6,7], . Từ đó làm kéo dài thời gian hít vào và thở ra gây tăng thể tích khí lưu thông trong mỗi lần thở. Thông khí phút từ đó cũng được tăng lên và khi nồng độ O₂ máu tăng, CO₂ giảm sẽ làm giảm tần số thở.

Kết quả nghiên cứu trên chuột được cho uống tổ hợp Chitosan/PLA mang nifedipin cũng cho thấy kết quả gần tương tự tuy nhiên có sự khác biệt về thời gian: thông khí phút (sau uống thuốc 4 h) có xu hướng lớn hơn so với trước uống thuốc. Tần số thở (sau uống thuốc 1h và 2h) thấp hơn rõ rệt so với trước uống thuốc và chưa trở lại bình thường sau uống thuốc 4h. So sánh giữa các nhóm ở các thời điểm trước và sau uống thuốc nhận thấy: số nhịp thở trong một phút của chuột thuộc nhóm Nifedipin (sau uống thuốc 1 giờ và 2 giờ) và Chitosan/PLA (thời điểm sau uống thuốc 1giờ) thấp hơn rõ rệt so với chuột ở nhóm chứng ($p<0,05$). Kết quả này có thể là do tổ hợp Chitosan/PLA mang nifedipin đã làm chậm lại quá trình giải nifedipin khi được hấp thụ vào máu do đó giúp cho nồng độ nifedipin được ổn định hơn và duy trì trong thời gian dài hơn. Điều này cũng tương tự như các

nghiên cứu trước trước khi đánh giá tác dụng của các hạt nano mang nifedipin [4].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đánh giá tác dụng của Nifedipin và tổ hợp nanochitosan/PLA mang thuốc nifedipin lên chức năng của cơ quan hô hấp chúng tôi thấy: Nifedipin có xu hướng làm tăng thông khí phút (sau uống thuốc 2h) và làm giảm rõ rệt tần số thở của chuột (sau uống thuốc 30 phút đến 2h, trở lại bình thường sau 4h). Tổ hợp nanochitosan/PLA mang thuốc nifedipin cũng cho kết quả gần tương tự như Nifedipin tuy nhiên chậm hơn và kéo dài hơn: tăng thời gian hít vào, thông khí phút (sau uống thuốc 4h) và làm giảm rõ rệt tần số thở của chuột (sau uống thuốc 1h đến 2h, kéo dài đến sau 4h)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Peter J Barnes, Nicola M Wilson, Morris J Brown (1981)**. A calcium antagonist, nifedipine, modifies exercise-induced asthma. *Thorax* 36:726-730.
2. **T Firoz, LA Magee, K MacDonell, BA Payne, R Gordon, M Vidler, P von Dadelszen (2014)**. Oral antihypertensive therapy for severe hypertension in pregnancy and postpartum: a systematic review. *BJOG*. 121(10): 1210–1218.
3. **Ann Twiss M, Harman E, Chesrown S, Hendeles L (2002)**. Efficacy of calcium channel blockers as maintenance therapy for asthma. *Br J Clin Pharmacol*. 53(3):243-9.
4. **Young Il Kim, Laurence Fluckiger, Maurice Homan (1997)**. The antihypertensive effect of orally administered nifedipine loaded nanoparticles in spontaneously hypertensive rats. *British Journal of Pharmacology* 120: 399 - 404.
5. **R. Narang, J. S. Guleria, J. N. Pande (1998)**. Acute effects of sublingual nifedipine on pulmonary ventilation and gas exchange in patients with chronic obstructive airways disease. *The National Medical Journal of India* 1: 6-11.
6. **Nicki Nair, M.D., F.C.C.P., Robert G. Townley, M.D., Agandra Bewtra, M.D., Chandra K. Nair, M.D., F.C.C.P (1984)**. Safety of Nifedipine in Subjects with Bronchial Asthma and COPD. *Chest* 86:515–518.
7. **Cattaneo EA, Rinaldi GJ, Gende OA, Venosa RA, Cingolani HE (1986)**. Increased sensitivity to nifedipine of smooth muscle from hypertensive rats. *J Cardiovasc Pharmacol*. 8(5): 915-20.

NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG CỦA CẮT NỘI SOI QUA NIỆU ĐẠO ĐIỀU TRỊ PHÌ ĐẠI LÀNH TÍNH LÊN TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG

Nguyễn Quang*

TÓM TẮT⁵⁷

*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang
Email: quangvietduc@yahoo.com

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo điều trị bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt lên tình trạng rối loạn cương dương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bao gồm 93 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 nghiên cứu. Đánh giá Tỷ lệ RLCD chung trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu sau phẫu thuật 3 tháng, mức độ RLCD chung trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu trước và sau phẫu thuật 3 tháng, mối liên quan giữa tỷ lệ RLCD và kết quả phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **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%. Sau phẫu thuật 3 tháng, tỷ lệ RLCD tăng từ 73,1% lên 78,5%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,18 > 0,05$. Mức độ RLCD nặng cũng tăng từ 46,2% lên 59,1%; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,067 > 0,05$. Tuy nhiên, điểm trung bình IIEF-5 giảm đáng kể từ $11,22 \pm 10,18$ trước phẫu thuật xuống còn $9,08 \pm 9,64$ sau phẫu thuật; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ rối loạn cương dương ở bệnh nhân sau phẫu thuật phì đại lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua đường niệu đạo tăng so với trước phẫu thuật, nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, điểm IIEF-5 có cải thiện có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Rối loạn cương dương, Phì đại lành tính tuyến tiền liệt.

SUMMARY

EFFECT OF TRANSURETHRAL RESECTION OF THE PROSTATE ON ERECTILE DYSFUNCTION

Purpose: To evaluate the effect of transurethral resection of the prostate (TURP) on erectile dysfunction (ED) in patients with benign prostatic hyperplasia (BPH). **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. The rate and severity of ED in patients with BPH before and 3 months after TURP as well as the comparison between ED severity and operative result of TURP were analyzed. A significance level set at or below 5%. **Results:** The rate of ED in patients with surgically operated BPH was 73.1%, higher than that of common population. This rate increased to 78.5% three months post-operatively but insignificantly ($p=0.18$). The rate of severe ED increased from 46.2% pre-operatively to 59.1% post-operatively but insignificantly ($p=0.067$). However, the mean of IIEF-5 decreased significantly from 11.22 ± 10.18 pre-operatively to 9.08 ± 9.64 post-operatively. **Conclusion:** BPH has an effect on ED and TURP also affects patient's erectile function in some parameters.

Ngày nhận bài: 22.12.2016

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2017

Ngày duyệt bài: 20.3.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay mối liên quan giữa RLCD với PĐLT TTL vẫn chưa được biết đến một cách rõ ràng. Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu khác nhau nhưng vẫn chưa đưa ra được một tiếng nói chung về mối liên quan của hai vấn đề này. Tuổi cao là một yếu tố rất thường gặp làm gia tăng tỷ lệ trầm trọng của RLCD và tỷ lệ mắc của PĐLT TTL [1].

Các thuốc ức chế PDE5 dùng để điều trị RLCD cũng được sử dụng để điều trị TC ĐTD do PĐLTTL. Cắt NS TTL qua đường niệu đạo cũng giải quyết triệu chứng đường tiểu dưới do PĐLTTL nhưng cũng có ảnh hưởng nhất định lên tình trạng cương của bệnh nhân. Các nghiên cứu về ảnh hưởng này hiện nay không nhiều. Chúng tôi làm nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt nội soi qua niệu đạo điều trị bệnh phì đại lành tính tuyến tiền liệt lên tình trạng rối loạn cương dương.*

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 có can thiệp. Chọn cỡ mẫu thuận tiện không xác suất. Sử dụng mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

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

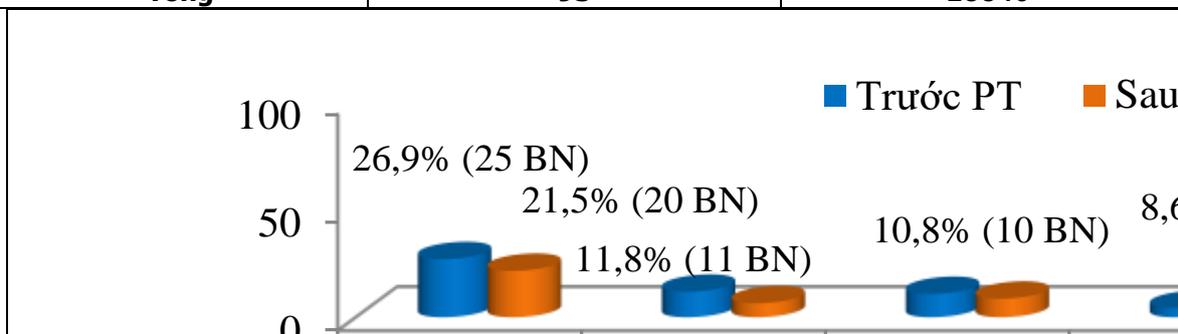
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 9 năm 2015 đến hết tháng 8 năm 2016 chúng tôi chọn được 93 bệnh nhân PĐLT TTL được điều trị Phẫu thuật nội soi tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu Bệnh

viện Việt Đức đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn 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%.

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Số bệnh nhân (n = 93)	Tỷ lệ %
Tốt	79	84,9%
Trung bình	8	8,6%
Kém	6	6,5%
Tổng	93	100%



Biểu đồ 1. Mức độ RLCD trước và sau phẫu thuật

Nhận xét: Điểm IIEF-5 trung bình cũng giảm từ $11,22 \pm 10,18$ trước phẫu thuật xuống còn $9,08 \pm 9,64$ sau phẫu thuật ($p = 0,000 < 0,05$). Tỷ lệ không RLCD trước phẫu thuật là 26,9% (25 BN) giảm xuống còn 21,5% (20 BN) sau phẫu thuật và tỷ lệ RLCD trước phẫu thuật là 73,1% (68 BN) tăng lên thành 78,5% (73 BN) sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật, tỷ lệ RLCD nhẹ giảm từ 11,8% xuống còn 6,5%, RLCD nhẹ đến trung bình giảm từ 10,8% xuống còn 8,6%, RLCD nặng tăng từ 46,2% lên 59,1%.

Bảng 2. Sự thay đổi tỷ lệ RLCD trước và sau phẫu thuật.

RLCD trước phẫu thuật	RLCD sau phẫu thuật	
	Không RLCD	RLCD
Không RLCD	18 (72%)	7 (28%)
RLCD	2 (2,9%)	66 (97,1%)

Trong những người không RLCD trước phẫu thuật có 28% trở thành RLCD sau phẫu thuật. Trong những người RLCD trước phẫu thuật chỉ có 2,9% trở thành không RLCD sau phẫu thuật. Sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,18 > 0,05$.

Bảng 3. Sự thay đổi mức độ RLCD trước và sau phẫu thuật

RLCD trước phẫu thuật	RLCD sau phẫu thuật				
	Không RLCD	RLCD nhẹ	RLCD nhẹ đến trung bình	RLCD trung bình	RLCD nặng
Không RLCD	18 (72%)	2 (8%)	0 (0%)	2 (8%)	3 (12%)
RLCD nhẹ	1 (9,1%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	1 (9,1%)	5 (45,5%)
RLCD nhẹ đến trung bình	1 (10%)	0 (0%)	7 (70%)	1 (10%)	1 (10%)
RLCD trung bình	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (75%)
RLCD nặng	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	43 (100%)

Trong số bệnh nhân không RLCD trước phẫu thuật có 8% số bệnh nhân chuyển thành RLCD nhẹ, 8% chuyển thành RLCD trung bình và 12% chuyển thành RLCD nặng sau phẫu thuật. Trong

số bệnh nhân RLCD nhẹ trước phẫu thuật có 9,1% chuyển thành không RLCD, 9,1% chuyển thành RLCD nhẹ đến trung bình, 9,1% bệnh nhân chuyển thành RLCD trung bình và 45,5%

chuyển thành RLCD nặng sau phẫu thuật. Trong số bệnh nhân RLCD nhẹ đến trung bình trước phẫu thuật có 10% chuyển thành không RLCD, 10% chuyển thành RLCD trung bình và 10% chuyển thành RLCD nặng sau phẫu thuật. Trong số bệnh nhân RLCD trung bình trước phẫu thuật có 25% chuyển thành RLCD nhẹ, 75% chuyển thành RLCD nặng sau phẫu thuật. Toàn bộ số bệnh nhân RLCD nặng trước phẫu thuật không có cải thiện sau phẫu thuật. Tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,067 > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

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.

Trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả phẫu thuật tốt sau mổ là 84,9%, kết quả trung bình là 8,6% và kết quả kém là 6,5%. Kết quả phẫu thuật tốt của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Lý Văn Quảng và CS năm 2012 [3] là 86,5%. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả tốt sau phẫu thuật của Nguyễn Công Bình và CS năm 2012 [4] là 91,67%. Tuy nhiên kết quả phẫu thuật kém của chúng tôi lại cao hơn kết quả phẫu thuật kém của các tác giả nêu trên (kết quả phẫu thuật kém của các tác giả nêu trên đều là 0%).

Tình trạng RLCD sau phẫu thuật ở nhóm nghiên cứu: Sau phẫu thuật 3 tháng tỷ lệ RLCD là 78,5%, không RLCD là 21,5%, với điểm IIEF-5 trung bình là $9,08 \pm 9,64$. Mức độ RLCD nhẹ sau phẫu thuật là 6,5%, RLCD nhẹ đến trung bình là 8,6%, RLCD trung bình là 4,3% và RLCD nặng là 59,1% (biểu đồ 1). So với nghiên cứu của Pavone C và CS năm 2015 [57] thì tỷ lệ RLCD là 60,9% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể do sự khác nhau về việc lựa chọn bộ câu hỏi IIEF-5 hay IIEF.

So sánh tình trạng RLCD trước và sau phẫu thuật: Sau phẫu thuật điểm IIEF-5 trung bình giảm đáng kể từ $11,22 \pm 10,18$ điểm xuống $9,08 \pm 9,64$ điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$. Tỷ lệ RLCD cũng tăng từ 73,1% lên 78,5%, tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ RLCD trước và sau phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,18 > 0,05$. Trong khi tỷ lệ rối loạn cương dương sau mổ tăng có 2 bệnh nhân từ RLCD trước mổ chuyển thành không

RLCD sau mổ, 2 bệnh nhân này có tuổi thấp là 62 tuổi và 64 tuổi, phải chăng những trường hợp cải thiện tình trạng RLCD tốt sau mổ có liên quan đến tuổi. Mức độ nặng của RLCD cũng tăng lên đáng kể từ 46,2% trước phẫu thuật lên 59,1% sau phẫu thuật, các mức độ RLCD khác có xu hướng giảm nhẹ. Sự khác biệt mức độ RLCD trước và sau phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,067 > 0,05$.

Nghiên cứu của Friedhelm B và CS [5] trên 123 bệnh nhân được phẫu thuật cắt nội soi TTL qua đường niệu đạo được đánh giá qua thang điểm IIEF cũng cho kết quả tương tự như chúng tôi, kết quả cho thấy điểm IIEF trung bình giảm đáng kể từ 30,52 trước phẫu thuật xuống 26,24 sau phẫu thuật với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Giorgio IR và CS [6] khi theo dõi và đánh giá 178 bệnh nhân không RLCD trước phẫu thuật nội soi TTL qua niệu đạo thì sau phẫu thuật có 20,9% bệnh nhân báo cáo bị RLCD ở các mức độ khác nhau, điểm IIEF-5 trung bình cũng giảm từ 23,5 xuống 19,2 và 18,7 với mỗi 6 tháng và 12 tháng tương ứng sau phẫu thuật ($p < 0,001$). Theo Pavone C và CS [7] tỷ lệ RLCD sau phẫu thuật cắt nội soi TTL qua niệu đạo tăng từ 58,7% trước phẫu thuật lên 60,9% sau phẫu thuật. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng giống như các tác giả nêu trên. Sự giảm điểm IIEF-5 trung bình sau phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê. Trong khi tỷ lệ RLCD sau phẫu thuật tăng so với trước phẫu thuật là không có ý nghĩa thống kê.

Liên quan của RLCD sau phẫu thuật và kết quả phẫu thuật: Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phẫu thuật tốt cao đến 84,95%, tuy nhiên tỷ lệ RLCD sau phẫu thuật lại tăng lên đến 78,5%. Cụ thể trong số bệnh nhân có kết quả phẫu thuật tốt có đến 75,9% bị RLCD, trong số bệnh nhân có kết quả phẫu thuật trung bình có 87,5% bệnh nhân bị RLCD, trong số bệnh nhân có kết quả phẫu thuật kém thì 100% bị RLCD (biểu đồ 2). Tuy nhiên các phân tích cho thấy sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,312 > 0,05$.

Hiện tại các tìm kiếm của chúng tôi chưa tìm thấy y văn nào thể hiện có mối quan hệ giữa RLCD sau phẫu thuật với kết quả phẫu thuật.

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%.

Sau phẫu thuật 3 tháng, tỷ lệ Rối loạn cương dương tăng từ 73,1% lên 78,5% là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,18 > 0,05$. Mức độ Rối loạn cương dương nặng cũng tăng từ 46,2% lên 59,1% là không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,067 > 0,05$. Tuy nhiên, điểm trung bình IIEF-5 giảm đáng kể từ $11,22 \pm 10,18$ trước phẫu thuật xuống còn $9,08 \pm 9,64$ sau phẫu thuật là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$.

Như vậy tỷ lệ Rối loạn cương dương ở bệnh nhân sau phẫu thuật Phì đại lành tính tuyến tiền liệt nội soi qua đường niệu đạo tăng so với trước phẫu thuật, nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chyng-Wen Fwu et al (2006)**. Cross-sectional and longitudinal associations of sexual function with lower urinary tract symptoms in men with benign prostatic hyperplasia. *The journal of urology*. vol 193, 231 – 238.

2. **Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Kỳ, Nguyễn Phương Hồng và cộng sự (1996)**. Kết quả điều trị u phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng cắt nội soi trong 15 năm (6/1981-6/1996) tại bệnh viện Việt Đức *Y học Việt Nam* số 4, 5, 6, 5-11.

3. **Lý Văn Quảng và CS (2012)**. Đánh giá kết quả điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt ở người lớn tuổi bằng phẫu thuật cắt đốt nội soi tại Bệnh viện Thống Nhất. *Y học TP Hồ Chí Minh* 2012, tập 16, số 4.

4. **Nguyễn Công Bình và CS (2012)**. Kết quả điều trị u Phì đại lành tính tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi qua niệu đạo tại bệnh viện Việt Tiệp - Hải Phòng. *Y học TP Hồ Chí Minh* 2012, tập 16, phụ bản số 3.

5. **Friedhelm B, Berner L, Dechet C, Presson A, Pycha A (2013)**. Does the surgeon have an influence on clinical voiding parameters and postoperative sexual function after TURP?. *Aktuelle Urol*. 2013 Sep;44(5):370-4.

6. **Giorgio IR et al (2013)**. Predictive factors of erectile dysfunction after TURP in potents patients. [http://www.jurology.com/article/S0022-5347\(13\)02864-4/abstract](http://www.jurology.com/article/S0022-5347(13)02864-4/abstract).

7. **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.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA GHÉP TẾ BÀO GỐC MỠ MỠ TỰ THÂN LÊN BIẾN ĐỔI LÂM SÀNG TẠI CHỖ VẾT THƯƠNG MẠN TÍNH

Nguyễn Tiến Dũng*, Đinh Văn Hân*, Quân Hoàng Lâm**

TÓM TẮT⁵⁸

Mục tiêu: Nghiên cứu vai trò của ghép tế bào gốc mỡ tự thân (TBGM) lên biến đổi lâm sàng tại chỗ vết thương mạn tính (VTMT). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 30 bệnh nhân (BN) bị VTMT, điều trị nội trú tại khoa Liền vết thương, Viện Bỏng Quốc Gia từ tháng 2-2015 đến tháng 6-2016. Tuổi trung bình là $53,53 \pm 18,14$. Tỷ lệ nam/ nữ là 2,3. Tất cả BN được ghép tế bào gốc mỡ tự thân (TBGM) lên bề mặt vết thương mỗi 3÷5 ngày. BN được xác định một số đặc điểm lâm sàng tại chỗ vết thương trước và sau ghép TBGM. **Kết quả:** Ghép tế bào gốc mỡ giúp cải thiện tình trạng bờ mép vết thương mạn tính: Kích thích quá trình biểu mô hóa bờ mép vết thương mạn tính. Các biểu hiện bờ mép xơ chai, bờ mép tăng sản, bờ mép ẩm ướt hoặc khô hơn vùng da xung quanh và tỷ lệ vết thương có nhiệt độ

bờ mép thấp hơn da lành giảm dần sau ghép tế bào gốc mỡ tự thân. Ghép tế bào gốc mỡ tự thân có tác dụng kích thích tạo mô hạt đỏ đẹp, làm giảm tỷ lệ vết thương tiết dịch nhiều. Diện tích vết thương mạn tính giảm dần sau ghép tế bào gốc mỡ tự thân. **Kết luận:** TBGM có tác dụng kích thích quá trình liền VTMT nhờ làm cải thiện tình trạng bờ mép và nền VTMT.

Từ khóa: Vết thương mạn tính; tế bào gốc mô mỡ; biểu mô hóa; mô hạt; dịch tiết.

SUMMARY

STUDYING THE EFFECTIVENESS OF AUTOLOGOUS TRANSPLANTATION OF ADIPOSE-DERIVED STEM CELLS ON TOPICAL CHANGES OF CHRONIC WOUND

Objective: Evaluating the effectiveness of autologous transplantation of adipose-derived stem cells (ADSCs) on topical changes of chronic wound.

Subjects and methods: We studied 30 patients with chronic wound, who hospitalized at Department of Wound Healing, National Institute of Burns from February, 2015 to June, 2016. The mean age was 53.53 ± 18.14 , male/female ratio was 2.3. All patients were been grafted the autologous ADSCs once every 3÷5 days and monitored the topical changes of chronic wound before and after transplantation of ADSCs. **Results:** ADSCs helped to improve the chronic

*Khoa Liền Vết Thương- Viện bỏng Quốc gia

**Bộ môn Mô phôi-Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: nztung_0350@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.12.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2017

Ngày duyệt bài: 14.3.2017

wound edge: ADSCs promoted the epithelialization at the wound local. After transplantation of ADSCs, ratio of fibrotic/hyper-keratotic, macerated wound edge was decreased through the study periods. The abnormal temperature of wound edge (lower or higher than the skin temperature) became normal (like such as the the skin temperature). ADSCs strongly stimulated proliferation of good granulation tissue, helped to reduce exudate. Wound size also decreased significantly through study periods. **Conclusion:** Autologous ADSCs promoted the wound healing process by improvement of chronic wound local.

Key words: Chronic wound; Adipose-derived stem cells; epithelialization; granulation tissue; exudate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vết thương mạn tính là thách thức đối với các chuyên gia chăm sóc vết thương và đòi hỏi một nguồn lực y tế lớn trong chăm sóc và điều trị. Bệnh kết hợp thường là nguyên nhân làm cho quá trình liền vết thương không thực hiện được và cũng chính bệnh kết hợp làm cho vết thương mạn tính cũng có đặc điểm hết sức phong phú và tạo ra nhiều loại vết thương mạn tính khác nhau. Do đó việc điều trị vết thương mạn tính cũng gặp nhiều khó khăn [6].

Hiện nay tại các trung tâm liền vết thương ở các nước phát triển trị liệu tế bào nhằm khắc phục những khiếm khuyết mô tại chỗ vết thương đang được ứng dụng rất rộng rãi, trong đó có trị liệu tế bào gốc mô mỡ. Tại Viện Bông Quốc Gia (VBQG), năm 2013, đề tài "Nghiên cứu quy trình tách tế bào gốc trung mô từ mô mỡ và thử nghiệm chế tạo sinh phẩm dùng trong điều trị vết thương, vết bỏng" được nghiệm thu trong chương trình đề tài tiềm năng KC-10 của Bộ khoa học và công nghệ. Kết quả của đề tài đã mở ra một hướng đi mới trong việc điều trị các vết thương, vết bỏng tại VBQG. Bên cạnh đó việc ghép tự thân các chế phẩm tế bào thường mang lại kết quả cao do không gặp phản ứng thải ghép. Xuất phát từ những yếu tố trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu đánh giá tác dụng của ghép tế bào gốc mô mỡ tự thân lên biến đổi lâm sàng tại chỗ vết thương mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.2. Biến đổi lâm sàng tại chỗ VTMT sau ghép TBGM

3.2.1 Biến đổi vùng bờ mép VTMT sau ghép TBGM

Bảng 1: Tình trạng xơ chai, tăng sản, độ ẩm và nhiệt độ bờ mép sau ghép TBGM.

Đặc điểm	Thời điểm							
	T1 (n=38)		T2 (n=38)		T3 (n=35)		T4 (n=28)	
	VT	%	VT	%	VT	%	VT	%
Xơ chai bờ mép VTMT								

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 30 BN bị VTMT do các nguyên nhân khác nhau, vào điều trị nội trú tại khoa Liền Vết Thương -VBQG từ tháng 2 năm 2015 đến tháng 6 năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn BN: BN bị VTMT, theo định nghĩa của tác giả Gerald S và cộng sự năm 1994 [2]. BN có tuổi đời lớn hơn hoặc bằng 16 tuổi, tình nguyện viết đơn tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắc viêm gan B, viêm gan C, HIV. BN bị vết loét do ung thư, xạ trị ung thư. Phụ nữ mang thai, cho con bú.

2.2. Trang thiết bị, vật tư nghiên cứu: Tăm tế bào gốc mô mỡ tự thân (TBGM) do Khoa Labo - Viện Bông Quốc gia cung cấp. Nhiệt kế điện tử Microlife FR1DZ1 do Thụy Sĩ sản xuất (ảnh 1). Phần mềm đo kích thước Image Pro Plus 4.5 của Mỹ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân nghiên cứu khi vào viện đều được thu thập các thông tin liên quan tới tuổi, giới tính, nguyên nhân gây nên VTMT, vị trí vết thương và những bệnh lý kết hợp.

2.4. Xử lý số liệu: Các kết quả nghiên cứu thu được trước và sau ghép TBGM sẽ được so sánh để xác định hiệu quả của biện pháp điều trị. Số liệu thu được được xử lý bằng phần mềm Stata 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu: 30 BN nghiên cứu có tuổi trung bình $53,53 \pm 18,14$. Tỷ lệ Nam/nữ là 2,3. 29/30 bệnh nhân chiếm 96,67% tổng số bệnh nhân có bệnh lý kết hợp. 38 VTMT của 30 BN có thời gian tồn tại trung bình là $4 \pm 2,68$ tháng. Nguyên nhân gây nên VTMT gặp nhiều nhất là do nhiễm khuẩn (39,47%), thứ hai là tỳ đờ (31,58%), thứ ba là đái tháo đường (10,53%). Phần lớn vết thương được ghép TBGM có tổn thương độ III, chỉ có 1 vết thương (2,63%) có tổn thương kết hợp giữa độ II và III. VTMT được ghép TBGM ở vùng chi dưới chiếm tỷ lệ cao nhất 60,53%. Thứ hai là vết thương ở vùng cẳng cụt với 31,58%. Vết thương vùng đầu, mặt, cổ chiếm 5,26% và có một vết thương vùng thân sau chiếm 2,63%.

- Có	23	60,53	13	34,21	5	14,29	3	10,71
- Không	15	39,47	25	65,79	30	85,71	25	89,29
Tăng sản bờ mép VTMT								
- Có	19	50	14	36,84	6	17,14	2	7,14
- Không	19	50	24	63,16	29	82,86	26	92,86
Độ ẩm bờ mép VTMT								
- Bình thường	19	50	33	86,84	34	97,14	28	100
- Ẩm ướt hơn	8	21,05	2	5,26	-	-	-	-
- Khô hơn	11	28,95	3	7,89	1	2,86	-	-
ΔT^o								
- Bằng nhau	13	34,21	27	71,05	34	97,14	28	100
- Thấp hơn	19	50,00	9	23,68	1	2,86	-	-
- Cao hơn	6	15,79	2	5,26	-	-	-	-

Nhận xét: Sau ghép TBGM tỷ lệ VTMT có bờ mép xơ chai, tăng sản, ẩm ướt/khô hơn vùng da lành giảm dần theo thời gian. Tại thời điểm T1, có 50% số VTMT có nhiệt độ bờ mép thấp hơn vùng da lành. Sau ghép TBGM tỷ lệ VTMT có nhiệt độ bờ mép thấp hơn và cao hơn nhiệt độ da lành giảm dần theo thời gian, ở thời điểm T2 chỉ còn 23,68% và 5,26%, đến thời điểm T4 100% VTMT có nhiệt độ bờ mép vết thương trở về mức bình thường.

Bảng 2: Tình trạng biểu mô hóa vùng bờ mép vết thương sau ghép TBGM.

Đặc điểm	Thời điểm							
	T1 (n=38)		T2 (n=38)		T3 (n=35)		T4 (n=28)	
	VT	%	VT	%	VT	%	VT	%
Có biểu mô hóa	6	15,79	28	73,68	29	82,86	26	92,85
- Xung quanh mép VT	2	5,26	14	36,84	21	60	23	82,14
- Một phần mép VT	4	10,53	14	36,84	8	22,86	3	10,71
Không có biểu mô hóa	32	84,21	10	26,32	6	17,14	2	7,14
- Bờ mép VT bám đáy	19	50,00	5	13,16	6	17,14	2	7,14
- Mép VT không bám đáy	1	2,56	1	2,63	-	-	-	-
- Bờ mép VT bị cuộn mép	8	21,05	4	10,53	-	-	-	-
- Bờ mép VT có hàm ếch	2	5,26	-	-	-	-	-	-
- Kết hợp	2	5,26	-	-	-	-	-	-

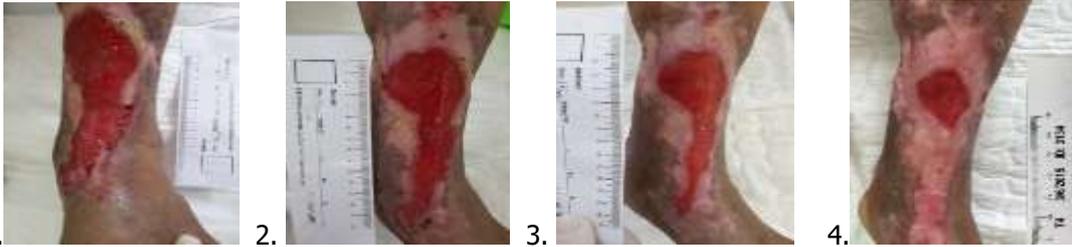
Nhận xét: Tại thời điểm T1 vẫn còn tỷ lệ lớn VTMT không có biểu mô hóa (84,21%). Sau khi ghép TBGM tỷ lệ vết thương có biểu mô hóa tăng lên, ở thời điểm T2 là 73,68%. Sang thời điểm T3 tỷ lệ này là 82,86%, vẫn còn 17,14% vết thương có bờ mép bám đáy nhưng không có dấu hiệu biểu mô hóa. Ở thời điểm T4, tỷ lệ vết thương có biểu mô hóa là 92,85%, chỉ còn 7,14% vết thương bờ mép bám đáy nhưng không có biểu mô hóa.

3.2.2. Biến đổi nền VTMT sau ghép TBGM

Bảng 3: Biến đổi mô và dịch tiết tại chỗ VTMT sau ghép TBGM.

Đặc điểm	Thời điểm							
	T1 (n=38)		T2 (n=38)		T3 (n=35)		T4 (n=28)	
	VT	%	VT	%	VT	%	VT	%
Mô tại chỗ vết thương								
- Mô hạt đỏ đẹp	-	-	12	31,58	25	71,43	25	89,29
- Mô hạt viêm - phù nề	22	57,89	24	63,16	7	20	3	10,71
- Lộ phần mềm dưới da	13	34,21	-	-	-	-	-	-
- Kết hợp	3	7,89	2	5,26	3	8,57	-	-
Số lượng dịch tiết								
- Nhiều	12	31,58	6	15,79	-	-	-	-
- Vừa	21	55,26	10	26,32	4	11,43	1	3,57
- Ít	5	13,16	22	57,89	31	88,57	27	96,43
Diện tích vết thương (cm²)								
($\bar{X} \pm SD$)	(1)		(2)		(3)		(4)	
(Min-Max)	23,72 \pm 19,85 (2,86 - 88,96)		17,69 \pm 15,31 (1 - 65,4)		12,8 \pm 11,56 (1 - 47,42)		7,44 \pm 7,68 (0,45-33,53)	
P	P ₁₋₂ < 0,001; P ₂₋₃ < 0,001; P ₃₋₄ < 0,001							

Nhận xét: Tại thời điểm T1, tỷ lệ vết thương có mô hạt phủ nề vẫn chiếm tỷ lệ cao 57,89% và vẫn còn 34,21% vết thương chưa có mô hạt. Sau ghép TBGM, tỷ lệ vết thương có mô hạt đỏ đẹp tăng theo thời gian. Ở thời điểm T2 tỷ lệ mô hạt đỏ đẹp là 31,58%, sang thời điểm T3 là 71,43% và tăng lên 89,29% ở thời điểm T4. Sau ghép TBGM dịch tiết tại chỗ vết thương giảm dần theo thời gian, ở thời điểm T3 và T4 không còn vết thương nào tiết dịch nhiều. Kích thước VTMT sau ghép TBGM cũng giảm rõ rệt, giữa các thời điểm nghiên cứu sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



1. Vết thương cẳng chân trái do nhiễm khuẩn. Thấy so với thời điểm trước ghép T1 (1), ở thời điểm sau ghép TBGM T2 (2), T3 (3) và T4 (4) vết thương liền nhờ quá trình biểu mô xung quanh mép vết thương. Bệnh nhân Nguyễn Thị D (Số BA:3134)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Biến đổi bờ mép VTMT sau ghép TBGM: Độ ẩm vùng bờ mép VTMT chịu tác động của tình trạng tưới máu và dịch tiết tại chỗ vết thương. Theo hội liên vết thương thế giới và tác giả Romanelli M và cs (2010) [6]. Trong trường hợp da lành xung quanh vết thương khô với biểu hiện có vẩy, teo hoặc sừng thường gặp trong tình trạng vết thương thiếu máu. Lúc này vết thương có thể không có dịch tiết, băng dính chặt vào bề mặt vết thương. Trường hợp vùng xung quanh vết thương ẩm ướt thường gặp trong trường hợp tình trạng vết thương tiết dịch quá nhiều, trong khi đó băng lại không thể thấm hút hết được. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sau ghép TBGM nhận thấy số lượng dịch tiết tại chỗ VTMT giảm theo thời gian dẫn tới tình trạng bất thường về độ ẩm ở bờ mép VTMT cũng được cải thiện rõ rệt. Trong nghiên cứu của tác giả Allison Nauta và cs (2013), khi tiến hành ghép TBGM lên bề mặt vết thương trên chuột, sau 14 ngày tiến hành sinh thiết mô, làm hóa mô miễn dịch với marker CD31. Nhóm tác giả nhận thấy TBGM kích thích tăng sinh mạch tân tạo ở cả vùng nền và vùng bờ mép vết thương nhờ tiết ra VEGF [1]. Tình trạng ẩm ướt vùng bờ mép VTMT được cải thiện, kết hợp với tình trạng tăng tưới máu nhờ tăng sinh mạch tân tạo vùng bờ mép VTMT sau ghép TBGM có thể làm nhiệt độ vùng bờ mép VTMT trở về bình thường. Kết quả thu được về

3.2.3. Kết quả điều trị khi ghép TBGM:

Trong số 38 vết thương có 23 vết thương (60,53%) được ghép TBGM đến khi vết thương liền hoàn toàn. 13/13 VTMT (đạt 100%) sau khi ghép TBGM được phẫu thuật ghép da hoặc chuyển vạt che phủ vết thương đã liền ngay sau lần phẫu thuật đầu tiên. 2 BN (có 2 vết thương được ghép TBGM theo dõi sau thời điểm T4) đã xin ra viện trong quá trình điều trị để điều trị những bệnh lý kết hợp. Thời gian điều trị trung bình là $58,47 \pm 19,48$ ngày.

sự biến đổi nhiệt độ vùng bờ mép vết thương sau ghép TBGM của chúng tôi thể hiện rõ nhận định này (bảng 1).

4.2. Biến đổi nền VTMT sau ghép TBGM

và kết quả điều trị: Theo quá trình liền vết thương, đối với các vết thương không thể làm liền một thì mà phải làm liền hai hoặc ba thì như VTMT, thì việc chăm sóc vết thương để nền vết thương có mô hạt đỏ đẹp là một trong những mục tiêu quan trọng. Trong nghiên cứu của tác giả Won-Serk Kim và cs (2007), khi tiến hành đánh giá tác dụng của TBGM lên nguyên bào sợi trên Invitro. Nhóm tác giả nhận thấy TBGM kích thích tăng sinh nguyên bào sợi không chỉ bằng cơ chế tiếp xúc trực tiếp tế bào-tế bào mà còn do tác động của cơ chế paracrine từ các yếu tố do TBGM tiết ra. Thông qua việc tác động lên các mRNA, TBGM kích thích nguyên bào sợi chế tiết ra các thành phần của chất nền ngoại bào như: Collagen týp I, III, fibronectin và làm giảm tiết enzyme phân hủy protein MMP-1 [7]. Cùng với việc kích thích nguyên bào sợi tổng hợp chất nền ngoại bào một thành phần quan trọng trong hình thành mô hạt đỏ đẹp, TBGM còn tham gia kích thích tăng sinh ra mạch máu tân tạo thông qua việc chế tiết ra các yếu tố tăng trưởng tăng sinh mạch như VEGF [2] và biệt hóa thành các tế bào nội mô mạch máu [4]. Kết quả là mô hạt đỏ đẹp được tạo ra sau ghép TBGM.

Biến đổi dịch tiết tại chỗ VTMT sau ghép TBGM: Sau ghép TBGM tỷ lệ VTMT tiết dịch nhiều giảm dần theo thời gian. Về vai trò của TBGM lên những biến đổi này, khi ghép TBGM chúng tôi đã duy trì liên tục tấm TBGM che phủ kín bề mặt vết thương. Việc duy trì liên tục tấm TBGM có tác dụng làm giảm những sang chấn, ô nhiễm do băng, gạc cũng như ảnh hưởng của quá trình di chuyển khi bệnh nhân đi lại. Đây có thể là một yếu tố tích cực góp phần làm giảm tỷ lệ vết thương tiết dịch nhiều. Bên cạnh đó TBGM được cho giúp cải thiện tình trạng mô tại chỗ vết thương như tạo chất nền ngoại bào do khả năng kích thích tăng sinh mạch, tăng sinh nguyên bào sợi, collagen... Cùng với các yếu tố toàn thân ảnh hưởng tới tình trạng tiết dịch được đảm bảo thì dịch tiết tại chỗ VTMT cũng sẽ giảm. Tuy nhiên trên một khía cạnh khác, cũng cần loại trừ tình trạng tiết dịch ít do thiếu máu cục bộ hoặc tình trạng mất nước hệ thống. Trong thực tế lâm sàng tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều được kiểm soát và điều trị tích cực các bệnh kết hợp theo đơn chuyên khoa, làm xét nghiệm định kỳ để điều chỉnh phác đồ điều trị. Không có trường hợp nào có biểu hiện như hai tình huống trên làm ảnh hưởng tới số lượng dịch tiết tại chỗ VTMT.

Sự thay đổi diện tích VTMT sau ghép TBGM: Sau ghép TBGM diện tích vết thương giảm rõ rệt tại các thời điểm nghiên cứu với $p < 0,001$. Kết quả này cũng phù hợp với nhận định của tác giả Won-Serk Kim và cs (2007), khi sử dụng TBGM và collagen ở dạng gel để đắp lên bề mặt vết thương trên chuột. Nhóm tác giả nhận thấy TBGM làm tăng tốc độ liền vết thương sau 7 ngày điều trị. So với nhóm đối chứng, TBGM có tác dụng làm thu hẹp kích thước vết thương, tốc độ biểu mô hóa từ bờ mép vết thương vào trung tâm vết thương nhanh hơn. Tác động tới việc thu hẹp kích thước vết thương không chỉ đơn thuần là nhờ quá trình biểu mô hóa mà còn nhờ quá trình co kéo. Trong mỗi giai đoạn khác nhau khó phân biệt rạch ròi là vết thương chỉ liền nhờ biểu mô hóa mà không có co kéo và ngược lại.

Kết quả điều trị: Các bệnh nhân được phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi, đều được ghép TBGM tự thân tối thiểu 15 ngày trước khi tiến hành phẫu thuật. 34,21% số VTMT được phẫu thuật chuyển vathoặc ghép da. 100% bệnh nhân vết thương liền ngay sau lần phẫu thuật đầu tiên. Theo tác giả Zografou A và cs (2013)

về vai trò của ghép TBGM đối với kết quả phẫu thuật. Nhóm tác giả thực hiện nghiên cứu vết thương trên chuột đái tháo đường được tiêm TBGM tự thân vào vết thương tổn thương toàn bộ lớp da, so với nhóm được đắp vết thương bằng dung dịch Phosphate buffered saline. Sau 1 tuần ghép TBGM, vết thương được ghép da. Nhóm tác giả nhận thấy ở nhóm vết thương được ghép TBGM tự thân tỷ lệ da ghép bị hoại tử thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không được ghép TBGM.

V. KẾT LUẬN

- Ghép tế bào gốc mô mỡ giúp cải thiện tình trạng bờ mép vết thương mạn tính: Kích thích quá trình biểu mô hóa bờ mép vết thương mạn tính. Các biểu hiện bờ mép xơ chai, bờ mép tăng sản, bờ mép ẩm ướt/khô hơn và nhiệt độ bờ mép thấp hơn/cao hơn so vùng da lành giảm dần và trở về bình thường sau ghép tế bào gốc mô mỡ tự thân.

- Ghép tế bào gốc mô mỡ tự thân có tác dụng kích thích tạo mô hạt đỏ đẹp, làm giảm tỷ lệ vết thương tiết dịch nhiều. Diện tích vết thương mạn tính giảm dần sau ghép tế bào gốc mô mỡ tự thân.

- 100% vết thương mạn tính sau ghép tế bào gốc mô mỡ tự thân được phẫu thuật liền ngay sau lần phẫu thuật đầu tiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Allison Nauta, Catharina Seidel, Lorenzo Devera et al.** Adipose –derived stromal cells overexpressing vascular endothelial growth factor accelerate mouse excisional wound healing. *Molecular Therapy*.2013, 21(2), pp.445-55.
2. **Gerald S. Lazarus, Diane M. Cooper, David R.Knighton et al.** Definition and guideline for assessment of wounds and evaluation of healing. *Wound repair and reneration*. 1994, 2(3), pp.165-170.
3. **Kyoung Mi Moon, Ye-Hyoung Park, Jea Seol Lee et al.** The effect of secretory factors of Adipose –derived stem cells on Human keratinocytes. *Int.J Mol. Sci*. 2012, 13, pp.1239-57.
4. **Nie C, Yang D, Xu J, Si Z et al.** Locally administered adipose-derived stem cells accelerate wound healing through differentiation and vasculogenesis. *Cell Transplant*.2011, 20(2), pp.205-16.
5. **Robert G. Frykberg, Jaminelli Banks.** Challenges in the treatment of chronic wounds. *Advances in wound care*. 2015, 4(9), pp.560-582.
6. **Romanelli M, K Vowden, D Weir.** Exudate Management Made Easy. *Wounds International*. 2010, 2: Available at <http://www.woundsinternational.com>.
7. **Wendy L. Havran Julie M. Jameson.** Epidermal T Cells and Wound Healing. *J Immunol*.2010, 184(10), pp.5423-28.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM CHỈ SỐ ĐÀN HỒI THẤT TRÁI CUỐI TÂM THU VÀ CÁC CHỈ SỐ ĐÁNH GIÁ CHỨC NĂNG TÂM TRƯỞNG THẤT TRÁI Ở NGƯỜI CAO TUỔI KHÔNG CÓ BỆNH TIM MẠCH

Lương Công Thức*, Nguyễn Thị Vân Anh*

TÓM TẮT⁵⁹

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm chỉ số độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu (End systolic elastance - Ees) và một số chỉ số đánh giá chức năng tâm trương thất trái ở đối tượng người cao tuổi không mắc bệnh tim mạch. **Đối tượng và phương pháp:** 88 người không có bệnh tim mạch, chia làm 2 nhóm: 46 đối tượng trung niên (tuổi từ 40 đến 59) và 42 đối tượng cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên), tham gia nghiên cứu. Tiến hành đo các chỉ số đánh giá chức năng tâm trương thất trái và độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu trên siêu âm tim. **Kết quả:** Độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu ở nhóm người cao tuổi cao hơn so với nhóm trung niên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Vận tốc đỉnh sóng E ở nhóm người cao tuổi thấp hơn nhóm trung niên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Vận tốc đỉnh sóng A ở nhóm người cao tuổi lớn hơn nhóm trung niên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tỷ lệ E/A ở nhóm người cao tuổi thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trung niên ($p < 0,01$). Thời gian giảm tốc DT ở nhóm người cao tuổi cũng cao hơn so với nhóm trung niên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu có tương quan thuận theo tuổi ở đối tượng nghiên cứu ($r = 0,35, p < 0,05$). **Kết luận:** Độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu ở nhóm người cao tuổi cao hơn ở nhóm người trung niên. Ở nhóm người cao tuổi vận tốc sóng E và tỷ lệ E/A giảm hơn trong khi vận tốc sóng A và thời gian DT tăng hơn ở nhóm trung niên.

Từ khóa: độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu, chức năng tâm trương thất trái, người cao tuổi.

SUMMARY

INVESTIGATING LEFT VENTRICULAR END SYSTOLIC ELASTANCE AND DIASTOLIC FUNCTIONAL CHARACTERISTICS IN THE ELDERLY WITHOUT CARDIOVASCULAR DISEASES

Objectives: To investigate the left ventricular end systolic elastance (Ees) and diastolic functional indexes by echocardiography in the elderly without cardiovascular diseases. **Subjects and methods:** 88 adults without cardiovascular diseases were enrolled. Subjects were divided into two groups, middle-age group (aged 40-59, $n = 46$) and elderly group (aged ≥ 60 , $n = 42$). Ees and diastolic functional indexes were calculated using echocardiography. **Results:** Left ventricular end systolic elastance in the elderly group

was significantly higher than in middle age group. Peak E was significantly lower in the elderly group than middle age group, peak A was significantly higher in elderly compared to middle aged people. Thus E/A ratio was significantly lower in elderly than adults. Ees was linearly corrected with age ($r = 0,35, p < 0,05$). **Conclusions:** Ees was higher in the elderly than in the middle aged people. In the elderly group E wave velocity and E/A were lower while A wave velocity and DT were higher than in the middle age group.

Keywords: left ventricular end systolic elastance; diastolic dysfunction, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu được định nghĩa là sự thay đổi của áp lực theo sự thay đổi về thể tích của thất trái. Đây là một thông số quan trọng đánh giá chức năng của tim. Việc đánh giá thông số này trước đây được thực hiện bằng phương pháp thông tim, vì thế ít được áp dụng trong thực hành lâm sàng. Một phương pháp không xâm nhập, đơn giản hơn để xác định độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu (Left ventricular end systolic elastance - Ees) dựa trên siêu âm tim bằng phương pháp đơn nhíp được Chen C.H. và cộng sự đưa ra năm 2001[2]. Phương pháp này đã được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh độ đàn hồi thất trái (Ees) tăng dần theo tuổi [1]. Tuổi tăng đi cùng với tình trạng mất tế bào cơ tim, tăng độ dày thành tim và tăng lắng đọng collagen trong cơ tim, do đó tăng độ cứng của thất trái. Đi cùng với các biến đổi này là rối loạn chức năng tâm trương thất trái. Theo de Santis và cộng sự (2005) biến đổi chức năng tim mạch ở người cao tuổi cũng tương tự như quá trình rối loạn chức năng tâm trương thất trái ở người tăng huyết áp [6]. Cơ chế của quá trình này có thể do tăng độ cứng của động mạch kéo theo tăng độ cứng của thất [5]. Rối loạn độ đàn hồi thất trái và chức năng tâm trương được coi là nguy cơ của suy tim. Tuy vậy, vấn đề này ở người cao tuổi chưa được nghiên cứu nhiều tại Việt Nam. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát đặc điểm chỉ số độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu (Ees) và chức năng tâm trương ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Bệnh viện quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Thức
Email: lcthuc@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017
Ngày duyệt bài: 30.3.2017

2.1. Đối tượng: Gồm 88 người trưởng thành không có biểu hiện bệnh lý tim mạch khám sức khỏe tại Học viện Quân Y. Đối tượng được chia thành 2 nhóm: nhóm trung niên (từ 40 đến 59 tuổi) gồm 46 người, và nhóm người cao tuổi (từ 60 tuổi trở lên) gồm 42 người.

Loại trừ các đối tượng có bệnh tim (bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ), tăng huyết áp, bệnh mạch máu não, bệnh động mạch ngoại vi, bệnh động mạch phổi, huyết khối tĩnh mạch sâu, đái tháo đường, bệnh phổi mạn tính, bất thường về chức năng gan hoặc thận, béo phì (BMI > 25) hoặc có bất thường trên điện tâm đồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả. Đối tượng được khám lâm sàng phát hiện triệu chứng cơ năng, thực thể, làm các xét nghiệm cận lâm sàng thường quy, điện tim, siêu âm tim để loại trừ bệnh tim mạch và các bệnh lý kể trên.

- Đánh giá chỉ số độ đàn hồi của thất trái theo phương pháp đơn nhịp sửa đổi của Chen và cộng sự [2]. Cụ thể như sau:

Ees được tính theo công thức:

$$E_{es(sb)} = (P_d - (End(est) \times P_s \times 0.9)) / End(est) \times SV$$

$$End(est) = 0.0275 - 0.165 \times EF + 0.3656 \times (P_d/P_s \times 0.9) + 0.515 \times End(avg)$$

End (avg) được tính theo công thức:

$$End(avg) = 0.35695 - 7.2266 \times t_{Nd} + 74.249 \times t_{Nd}^2 - 307.39 \times t_{Nd}^3 + 684.54 \times t_{Nd}^4 - 856.92 \times t_{Nd}^5 + 571.95 \times t_{Nd}^6 - 159.1 \times t_{Nd}^7$$

Trong đó giá trị t_{Nd} được xác định bởi tỷ lệ giữa thời gian tiền tổng máu (từ đỉnh sóng R trên điện tim đến thời điểm bắt đầu tổng máu) và tổng thời gian tổng máu (từ đỉnh sóng R trên điện tim đến thời điểm kết thúc tổng máu), với thời điểm bắt đầu và kết thúc tổng máu được xác định trên phổ Doppler của động mạch chủ.

Trong đó: P_{es} : áp lực động mạch chủ cuối tâm thu ước tính bằng công thức $P_{es} = P_s \times 0,9$ với P_s là huyết áp động mạch đo ở cánh tay; SV là thể tích nhát bóp của thất trái, đo bằng phương pháp siêu âm tim.

- **Xử lý số liệu:** Số liệu được trình bày dưới dạng số trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc tỷ lệ phần trăm. So sánh các giá trị trung bình giữa các nhóm bằng Student t- test. Khảo sát tương quan giữa hai biến liên tục bằng cách tính hệ số tương quan Pearson. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê. Xử lý số liệu bằng phần mềm JMP 10 (SAS Inc, USA).

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm trung niên (n = 46)	Nhóm người cao tuổi (n = 42)	P
Tuổi (năm)	51,30 \pm 4,36	67,41 \pm 4,33	-
Giới nam	28 (42,42%)	11 (50%)	> 0,05
BMI (kg/m ²)	22,52 \pm 1,92	21,96 \pm 2,04	> 0,05
Nhịp tim (ck/phút)	72,89 \pm 9,50	76,14 \pm 10,52	> 0,05
MLCT (ml/ph/1,73m ²)	86,17 \pm 13,27	67,66 \pm 18,10	< 0,05
Cholesterol (mmol/l)	5,59 \pm 1,15	5,66 \pm 1,26	> 0,05
Triglycerid (mmol/l)	2,28 \pm 2,24	2,55 \pm 2,01	> 0,05
HDL - C (mmol/l)	1,27 \pm 0,32	1,10 \pm 0,23	< 0,05
LDL - C (mmol/l)	3,54 \pm 0,89	3,70 \pm 0,94	> 0,05
GOT (U/l)	26,83 \pm 10,64	28,77 \pm 9,81	> 0,05
GPT (U/l)	25,86 \pm 12,31	30,82 \pm 18,84	> 0,05
Glucose (mmol/l)	4,85 \pm 0,76	5,11 \pm 1,45	> 0,05

MLCT: Mức lọc cầu thận, BMI: body mass index - chỉ số khối lượng cơ thể.

Đối tượng nghiên cứu ở cả hai nhóm có các đặc điểm BMI, nhịp tim và các chỉ số sinh hóa thường quy khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Mức lọc cầu thận ở nhóm người cao tuổi thấp hơn nhóm trung niên ($p < 0,05$).

Bảng 2: Đặc điểm các chỉ số siêu âm tim ở hai nhóm nghiên cứu.

Chỉ số	Nhóm trung niên (n = 46)	Nhóm người cao tuổi (n = 42)	p
LAD (mm)	33,14 \pm 3,68	32,50 \pm 3,34	> 0,05

LVEDD (mm)	44,50 ± 4,41	42,69 ± 4,21	> 0,05
LVESD (mm)	26,30 ± 3,66	24,97 ± 2,97	> 0,05
LVM (g)	136,56 ± 36,34	132,23 ± 33,70	> 0,05
E (cm/s)	73,03 ± 14,96	60,22 ± 13,49	< 0,05
A (cm/s)	71,80 ± 12,06	79,11 ± 13,93	< 0,05
E/A	1,04 ± 0,28	0,77 ± 0,15	< 0,01
DT (ms)	150,27 ± 40,20	175,91 ± 54,64	< 0,05
E' (cm/s)	8,06 ± 1,86	7,24 ± 2,16	> 0,05
E/E'	9,37 ± 2,35	8,68 ± 1,85	> 0,05

LVEDD: đường kính thất trái cuối tâm trương, LVESD: đường kính thất trái cuối tâm thu.

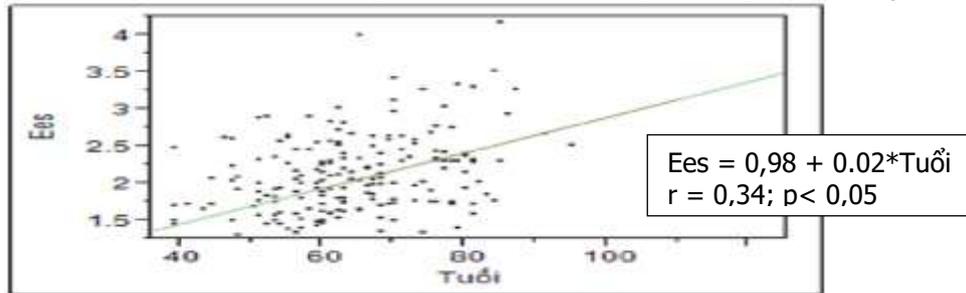
Đường kính thất trái cuối tâm thu, cuối tâm trương và khối lượng cơ thất trái không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Vận tốc đỉnh sóng E ở nhóm người cao tuổi thấp hơn nhóm trung niên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Vận tốc đỉnh sóng A ở nhóm người cao tuổi lớn hơn nhóm trung niên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), làm cho tỷ lệ E/A ở nhóm người cao tuổi thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm trung niên. Thời gian giảm tốc DT ở nhóm người cao tuổi cũng cao hơn so với nhóm trung niên, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3: Đặc điểm chỉ số độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu (Ees) và các đại lượng thành phần ở hai nhóm nghiên cứu.

Chỉ số	Nhóm trung niên (n = 46)	Nhóm người cao tuổi (n = 42)	p
HATT(mmHg)	119,47 ± 7,80	121,73 ± 9,02	> 0,05
HATTr (mmHg)	74,32 ± 6,73	75,23 ± 6,81	> 0,05
SV (ml)	61,04 ± 9,66	54,48 ± 9,80	< 0,05
EDV (ml)	92,01 ± 20,66	82,58 ± 18,99	> 0,05
EF %	67,48 ± 7,73	68,27 ± 7,74	> 0,05
Ees (mmHg/ml)	2,21 ± 0,53	2,57 ± 0,74	< 0,05

HATT: Huyết áp tâm thu, HATTr: Huyết áp tâm trương.

Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương khác nhau không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm đối tượng ($p > 0,05$). Thể tích tổng máu SV ở nhóm người cao tuổi thấp hơn so với nhóm trung niên, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Thể tích thất trái cuối tâm trương và phân suất tổng máu không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Những tương quan này dẫn tới chỉ số độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu cao hơn ở nhóm người cao tuổi so với nhóm trung niên, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1: Tương quan giữa chỉ số độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu (Ees) và tuổi ở đối tượng nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Từ những kết quả siêu âm tim thu được ở đối tượng nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy chỉ số độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu cao hơn ở nhóm người cao tuổi so với nhóm trung niên (bảng 3). Độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu cũng có tương quan thuận với tuổi của đối tượng nghiên cứu (biểu đồ 1). Độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu ảnh hưởng nhiều đến khả năng co

bóp tổng máu trong thì tâm thu và khả năng thư giãn trong thì tâm trương của thất trái. Thuật ngữ "độ đàn hồi" (elastance) được định nghĩa là "sự thay đổi của áp lực theo một thay đổi về thể tích" thực chất phản ánh "độ cứng" (stiffness) của thất trái. Quá trình tái cấu trúc cơ tim, tăng cấu trúc xơ, biến đổi cấu trúc collagen của cơ tim theo tuổi có ảnh hưởng lớn đến độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu [5]. Độ đàn hồi của thất

trái cuối tâm thu cũng bị ảnh hưởng nhiều bởi sự thay đổi độ cứng động mạch theo tuổi [4]. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của các tác giả khác với phương pháp đo chỉ số độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu bằng phương pháp siêu âm tim [1], [3].

Các chỉ số đánh giá chức năng tâm trương thất trái: vận tốc đỉnh sóng E, vận tốc đỉnh sóng A, thời gian giảm tốc DT và tỷ lệ E/A có sự khác biệt ở nhóm người cao tuổi so với nhóm trung niên (bảng 2). Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của một số tác giả khác [5,7]. Những thay đổi về mặt huyết động này liên quan đến sự thay đổi về thành thái và chức năng cơ tim ở người cao tuổi (tăng kích thước tế bào cơ tim, biến đổi cấu trúc collagen cơ tim,..).

Độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu và chức năng tâm trương thất trái đều có sự khác biệt ở người cao tuổi so với nhóm trung niên. Giải thích điều này, nhiều tác giả cho rằng sự thay đổi độ cứng của động mạch, thay đổi áp lực mạch đập ở người cao tuổi so với nhóm người trẻ, dẫn đến sự thay đổi của vòng áp lực – thể tích, là một trong những nguyên nhân dẫn đến sự tăng của độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu. Chức năng tâm trương thất trái giảm dần theo tuổi dường như kéo theo tăng độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu. Hơn nữa, vòng áp lực – thể tích ở người cao tuổi có sự biến đổi tương tự như quan sát thấy ở bệnh nhân suy tim có phần suất tổng máu bảo tồn. Do vậy, ở người cao tuổi dù không có bệnh tim mạch nhưng có lẽ nhu cầu tiêu thụ oxy cơ

tim và những biến cố tim mạch có lẽ cũng tương tự như ở bệnh nhân suy tim [6].

V. KẾT LUẬN

Độ đàn hồi của thất trái cuối tâm thu ở nhóm người cao tuổi cao hơn ở nhóm người trung niên. Độ đàn hồi thất trái cuối tâm thu tương quan thuận với tuổi. Ở nhóm người cao tuổi vận tốc sóng E và tỷ lệ E/A giảm hơn trong khi vận tốc sóng A và thời gian DT tăng hơn ở nhóm trung niên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. P. D. Chantler và E. G. Lakatta (2012), "Arterial-ventricular coupling with aging and disease", *Front Physiol.* 3, tr. 90.
2. C. H. Chen và các cộng sự. (2001), "Noninvasive single-beat determination of left ventricular end-systolic elastance in humans", *J Am Coll Cardiol.* 38(7), tr. 2028-34.
3. M. M. Redfield và các cộng sự. (2005), "Age- and gender-related ventricular-vascular stiffening: a community-based study", *Circulation.* 112(15), tr. 2254-62.
4. F. Antonini-Canterin và các cộng sự. (2009), "Arterial stiffness and ventricular stiffness: a couple of diseases or a coupling disease? A review from the cardiologist's point of view", *Eur J Echocardiogr.* 10(1), tr. 36-43.
5. C. H. Chen và các cộng sự. (1998), "Coupled systolic-ventricular and vascular stiffening with age: implications for pressure regulation and cardiac reserve in the elderly", *J Am Coll Cardiol.* 32(5), tr. 1221-7.
6. D. de Santis và các cộng sự. (2005), "Echocardiographic evaluation of left ventricular end-systolic elastance in the elderly", *Eur J Heart Fail.* 7(5), tr. 829-33.
7. D. W. Kitzman (2000), "Diastolic dysfunction in the elderly. Genesis and diagnostic and therapeutic implications", *Cardiol Clin.* 18(3), tr. 597-617, x.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CỦA THỤ TINH TRONG ỒNG NGHIỆM – MANG THAI HỘ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Hợi* và Cộng sự

TÓM TẮT⁶⁰

Mục tiêu: nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu của thụ tinh trong ống nghiệm – mang thai hộ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả 51 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm - mang thai hộ đầu tiên được thực

hiện trên 51 cặp vợ chồng vô sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương. **Kết quả:** nghiên cứu về người nhờ mang thai hộ cho thấy phác đồ kích thích chủ yếu là phác đồ antagonist (51%) và phác đồ ngắn (41,2%), liều FSH ban đầu trung bình là $249,51 \pm 104,70$ IU/ngày, số ngày dùng FSH trung bình là $9,80 \pm 0,90$ ngày, tổng liều FSH trung bình là $2495,59 \pm 930,63$ IU. Số noãn thu được trung bình thu được là $11,24 \pm 6,67$ noãn. Tỷ lệ quá kích buồng trứng là 13,72%. Kết quả về người nhờ mang thai hộ cho thấy liều E2 trung bình là $6,16 \pm 0,54$ mg, số ngày dùng E2 trước khi đặt progesterone trung bình là $13,49 \pm 1,44$ ngày. Độ dày niêm mạc tử cung trung bình là $9,18 \pm 1,44$ mm. Tỷ lệ noãn thụ tinh trung bình là $77,89 \pm 20,59\%$, số phôi thu được trung bình là $3,10 \pm 0,96$. Tỷ lệ làm tổ là

*TT hỗ trợ sinh sản Quốc Gia - Bệnh viện Phụ sản TW
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi
 Email: phamlroi7975@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 15.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 24.3.2017
 Ngày duyệt bài: 4.4.2017

25,64%, tỷ lệ có thai lâm sàng là 52,94%, tỷ lệ đa thai là 40,74%. **Kết luận:** Mang thai hộ là một phương pháp mới với tỷ lệ thành công cao và được sử dụng cho một số chỉ định cụ thể cho các cặp vợ chồng vô sinh.

Từ khóa: thụ tinh trong ống nghiệm, mang thai hộ

SUMMARY

FIRST RESULTS OF SURROGACY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: to assess the first results of surrogacy at the national Hospital of Obstetrics and Gynecology.

Methods: A retrospective study included 51 infertile couples undergoing IVF-surrogacy. **Results:** antagonist protocol for ovarian stimulation was 51% and short protocol was 42,1%, mean initial dose of FSH was 249.51 ± 104.70 IU/day, mean duration of FSH was 9.80 ± 0.90 days, mean total dose was 2495.59 ± 930.63 IU. Mean number of oocytes retrieved was 11.24 ± 6.67 . OHSS rate was 13.72%. For the gestational carrier, mean E2 was 6.16 ± 0.54 mg, mean duration of E2 prior progesterone was 13.49 ± 1.44 days. Mean endometrial thickness was 9.18 ± 1.44 mm. Mean fertilization rate was $77.89 \pm 20.59\%$, mean number embryos was 3.10 ± 0.96 . Implantation rate was 25.64%, clinical pregnancy rate was 52.94%, multiple pregnancy rate was 40.74%.

Conclusions: Surrogacy is a new approach with the high success rate. It has been used for some specific indications of infertility couples.

Key words: IVF; Surrogacy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự ra đời của thụ tinh trong ống nghiệm mang thai hộ đã thỏa mãn được mong ước làm mẹ của hàng triệu bà mẹ không thể mang thai bằng chính tử cung của mình. Các nguyên nhân dẫn đến tình trạng không thể có thai bằng chính tử cung của mình bao gồm không có tử cung do bẩm sinh (hội chứng rokintasky) hoặc không có tử cung do bị cắt tử cung vì băng huyết sau sinh ở lần sinh trước hoặc do u xơ tử cung, lạc nội mạc tử cung trong cơ tử cung, nguyên nhân do thụ tinh trong ống nghiệm thất bại nhiều lần, dính buồng tử cung, bệnh của mẹ không thể mang thai như bệnh tim mạch, tuyến giáp, u xơ tử cung quá to hoặc đa nhân xơ, sảy thai liên tiếp [3,4,5]. Trên thế giới tình hình mang thai hộ rất phức tạp. Ở các nước Pháp, Đức, Italia, Bồ Đào Nha, Bulgaria mang thai hộ bị cấm. Ở Anh, Đan Mạch, Bỉ, Ireland cho phép mang thai hộ vì mục đích nhân đạo. Ở Nga, Ucraina, Ấn Độ cho phép mang thai hộ thương mại [6,7].

Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về thụ tinh trong ống nghiệm - mang thai hộ vì vấn đề này mới đang thực hiện tại Việt Nam. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu:

Đánh giá kết quả bước đầu thụ tinh trong ống nghiệm - mang thai hộ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn đối với người nhờ mang thai hộ: Tuổi 20 – 45. Phụ nữ độc thân hoặc đã có gia đình nhưng chưa từng có con chung với chồng hiện tại. Có chỉ định mang thai hộ.

Tiêu chuẩn lựa chọn đối với người mang thai hộ: Siêu âm và chụp tử cung - vòi trứng đánh giá tử cung mang thai được. Không có các bệnh lý nội khoa, truyền nhiễm, bệnh lây truyền qua đường tình dục, HIV/AIDS.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng không đủ một trong các tiêu chuẩn lựa chọn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2015 đến tháng 3/2016 và theo dõi tình trạng thai nghén đến hết tháng 9/2016.

Các tiêu chuẩn của nghiên cứu

- Xác định tỷ lệ làm tổ = tổng số túi ối/ tổng số phôi chuyển vào buồng tử cung.

- Xác định có thai sinh hóa

- Định lượng β hCG trong máu 2 tuần sau chuyển phôi. Nếu β hCG dưới 5 IU/l là không có thai. Thai sinh hóa là khi có thai xác định bằng β hCG ≥ 5 IU nhưng không phát triển thành thai lâm sàng.

- Thai lâm sàng được xác định khi có hình ảnh túi ối trên siêu âm đường âm đạo sau chuyển phôi 4 tuần.

- Thai ngoài tử cung là các trường hợp xét nghiệm β hCG có thai, siêu âm không có thai trong buồng tử cung và xác định thai ngoài tử cung.

- Sảy thai được xác định khi thai bị đẩy ra khỏi tử cung < 22 tuần tuổi thai.

- Thai lưu là tất cả các trường hợp thai bị chết mà còn lưu lại trong tử cung trên 48 giờ.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều tự nguyện, đồng ý tham gia nghiên cứu. Danh sách và thông tin bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 51 trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm-mang thai hộ đầu tiên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Chỉ định mang thai hộ chủ yếu là do không có tử cung (35,3%) và thụ tinh trong ống nghiệm thất bại nhiều lần (31,37%),

-Dính buồng tử cung (11,76%),

-Tử cung nhi hóa (5,88%),

- U xơ tử cung và lạc nội mạc tử cung (3,92%),
-Tiền sử thai nghén nặng nề (3,92%).
-Bệnh của mẹ do tuyến giáp (7,84%),

3.1. Kết quả kích thích buồng trứng và thụ tinh ở người nhờ mang thai hộ

Bảng 3.1. Kết quả kích thích buồng trứng ở người nhờ mang thai hộ

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)	Trung bình ± SD (min - max)
Số nang noãn ≥ 14mm - < 5 - 5 - 10 - > 10	14 23 14	27,5 45,0 27,5	8,75 ± 4,50 (1-22)
Nồng độ E2 ngày hCG - < 1000 pg/ml - 1000 - 3000 pg/ml - > 3000 pg/ml	2 15 34	3,9 29,4 66,7	4928,50 ± 3576,54 (626-21500)
Số noãn thu được - < 5 - 5 - 10 - > 10	8 18 25	15,7 35,3 49,0	11,24 ± 6,67(1-38)
Quá kích buồng trứng - Có + Nhẹ + Vừa + Nặng - Không	7 5 1 1 44	13,72 9,80 1,96 1,96 86,27	

Kết quả cho thấy: số nang noãn trưởng thành vào ngày cho hCG trung bình là 8,75 ± 4,50. Nồng độ E2 ngày hCG trung bình là 4928,5 ± 3576,5 pg/ml. Số noãn chọc hút được trung bình là 11,24 ± 6,67 noãn trong đó chu kỳ thu được ít nhất là 1 noãn và nhiều nhất là 38 noãn.

Bảng 3.2. Kết quả chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm- mang thai hộ

Kết quả	N	Tỷ lệ%	Trung bình ± SD (min - max)
Số noãn thụ tinh - < 5 - 5 - 10 - > 10	14 22 15	27,5 43,1 29,4	8,94± 5,91(1 - 33)
Tỷ lệ thụ tinh - < 60% - 60 - 80% -> 80%	10 14 27	19,6 27,5 52,9	77,89± 20,59 (33,33 - 100)
Số phôi thu được - ≤ 5 - 6 - 10 - > 10	20 17 14	39,2 33,3 27,5	7,96 ± 5,72 (1 - 33)
Loại phôi chuyển -Phôi tươi -Phôi đông lạnh	31 20	60,8 39,2	
Tỷ lệ có phôi trữ lạnh	25/51	49%	
Số phôi chuyển - < 3 - ≥ 3	12 39	23,5 76,5	3,10 ± 0,96 (1 - 5)
Chất lượng phôi chuyển - ≥ 1 phôi độ III-IV - Không có phôi độ III-IV	47 4	92,2 7,8	

- Số noãn thụ tinh trung bình trong nghiên cứu là 8,94 ± 5,91 noãn (1-33) trong đó số noãn thụ tinh từ 5-10 có tỷ lệ cao nhất là 43,1%. Tỷ lệ thụ tinh cho toàn nghiên cứu là 77,89± 20,59%. Số phôi trung bình thu được là 7,96± 5,72 phôi. Chất lượng phôi chuyển chủ yếu là nhóm phôi chuyển có ít nhất một phôi độ III-IV với tỷ lệ 92,2%.

3.2. Kết quả chuẩn bị niêm mạc tử cung ở người mang thai hộ

Bảng 3.3. Kết quả chuẩn bị niêm mạc tử cung ở người mang thai hộ

Kết quả	N	Tỷ lệ%	Trung bình ± SD (min - max)
---------	---	--------	-----------------------------

Độ dày NMTC			
- < 8 mm	4	7,8	9,18± 1,44 (6,7 - 12,8)
- 8 - 10 mm	36	70,6	
- > 10 mm	11	21,6	
Tổng	51	100	

Độ dày niêm mạc tử cung trung bình trong nghiên cứu là 9,18± 1,44 mm trong đó độ dày niêm mạc tử cung nhỏ nhất là 6,7 mm và lớn nhất là 12,8mm.

3.3. Kết quả có thai của thụ tinh trong ống nghiệm-mang thai hộ

Bảng 3.4. Kết quả có thai trong chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm-mang thai hộ

Kết quả	N	Tỷ lệ (%)
Tỷ lệ làm tổ	40/156	25,64
Tỷ lệ có βhCG (+)	30/51	58,82
Tỷ lệ thai sinh hóa	3/51	5,88
Tỷ lệ thai lâm sàng	27/51	52,94
Đa thai (≥ 2 thai)	11/27	40,74
Thai ngoài tử cung	0/25	0

Kết quả 51 chu kỳ thụ tinh trong ống nghiệm-mang thai hộ cho thấy: Tỷ lệ thai làm tổ trong nghiên cứu là 25,64% (40/156). Tỷ lệ thai lâm sàng của nghiên cứu là 52,94% (27/51). Tỷ lệ đa thai (≥2) là 40,74% (11/27). Tỷ lệ thai ngoài tử cung là 0%.

Bảng 3.5. Tình trạng thai nghén của người mang thai hộ

Kết quả	n	Tỷ lệ (%)
Số ca sinh	14/27	
- Sinh mổ	10/13	
- Sinh thường	04/13	
- Song thai	8/13	
- Một thai	6/13	
- Tuổi thai trung bình	36,92 ± 2,02 (32-39)	48,1
• 1 thai	38,5 ± 0,5 (38-39)	
• Song thai	35,9 ± 1,9 (32-38)	
- Trọng lượng trung bình	2547 ± 458 (1600-3600)	
• 1 thai	3150	
• Song thai	2375 và 2487	
- Đẻ đủ tháng (≥37 tuần)	8/14	
- Đẻ non (<37 tuần)	6/14	
Số ca chưa sinh		
Tuổi thai (28-35 tuần)	3/27	11,1
Thai lưu	6/27	22,2
Thai sảy	3/27	11,1
Thai dị tật (bỏ thai)		
- Tuổi thai 13 tuần (Hygroma kystique)	1/27	3,70

Tổng số trường hợp có thai lâm sàng trong nghiên cứu là 27 ca. Theo dõi tình trạng thai nghén đến tháng 9/2016 thì có 14 trường hợp đã sinh chiếm 48,1%, 4 trường hợp thai từ 28 - 35 tuần chiếm 11,1%, 6 trường hợp thai lưu chiếm 22,2%, 3 trường hợp thai sảy chiếm 11,1% và 1 trường hợp bỏ thai vì bị dị tật bẩm sinh chiếm 3,70%.

IV. BÀN LUẬN

Số noãn trung bình chọc hút được là 11,24 ± 6,67 noãn trong đó ít nhất là 1 noãn và nhiều nhất là 38 noãn, chu kỳ thu được trên 10 noãn chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,0%. Số noãn thu được trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi và thấp hơn nghiên cứu của Vũ Minh Ngọc[4] (2013) với số noãn thu được trung bình là 13,6 ± 8,3 noãn. Số trường hợp bị quá kích buồng trứng là 7/51 chiếm 13,72%, trong đó có 5 trường hợp đáp ứng nhẹ chiếm đa số với 9,80%, 1 trường hợp quá kích buồng trứng mức độ vừa

chiếm 1,96% và 1 trường hợp quá kích buồng trứng mức độ nặng chiếm 1,96%. Số phôi thu được trung bình của nghiên cứu là 7,96 ± 5,72 phôi trong đó số phôi thấp nhất là 1 và cao nhất là 33 phôi, số phôi ≤ 5 chiếm đa số với 39,2%. Số phôi chuyển trung bình trong nghiên cứu là 3,10 ± 0,96 phôi (1 - 5).

Tổng cộng 51 chu kỳ TTON-Mang thai hộ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ làm tổ là 25,64% (40/156), tỷ lệ có thai là 58,82% (30/51), tỷ lệ thai lâm sàng là 52,94% (27/51).

Tỷ lệ thai sinh hoá trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ thai sinh hóa là 5,88% (3/51).

Tỷ lệ sảy thai trong nghiên cứu của chúng tôi là 3/27 chiếm 11,1% cao hơn tỷ lệ sảy thai trong nghiên cứu của Soderstrom-Anttila V và cộng sự (2002) là 9,1% (1/11) [5]. Thai lưu là tất cả các trường hợp thai bị chết mà còn lưu lại trong tử cung trên 48 giờ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thai lưu khá cao với tỷ lệ 22,2% (6/27). Kết quả cho thấy có 27 chu kỳ có thai trong đó có 14 ca đã sinh, 3 ca có tuổi thai từ 28-35 tuần, 6 ca thai lưu, 3 ca sảy thai, 1 trường hợp thai bị dị tật (hygroma skytique) chiếm 4,5%. Nghiên cứu phương pháp sinh cho thấy trong 14 trường hợp đã sinh thì số trường hợp sinh mổ chiếm đa số với tỷ lệ là 71,4% (10/14). Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh mổ trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao so với các nghiên cứu về IVF (37%) thường.

Sinh sớm cũng là một biến chứng đáng lo ngại khi mang thai, làm ảnh hưởng đến tỷ lệ trẻ sinh sống, làm tăng tỷ lệ trẻ nhẹ cân khi sinh và tăng tỷ lệ trẻ chết chu sinh. Sinh sớm được xác định khi tuổi thai < 37 tuần. Tuổi thai trung bình khi sinh của nghiên cứu là $36,92 \pm 2,02$ tuần (32-39), sinh sớm < 37 tuần chiếm 42,9% (6/14) trong đó tuổi thai sinh sớm nhất là trường hợp song thai 32 tuần. Tuổi thai trung bình khi sinh của nhóm một thai là $38,5 \pm 0,5$ tuần (38-39) và tuổi thai trung bình khi sinh của song thai là $35,9 \pm 1,9$ tuần (32-38), tỷ lệ thai sinh sớm 100% ở nhóm song thai. Trọng lượng thai trung bình của nghiên cứu là 2547 ± 458 gram (1600-3600) trong đó tỷ lệ nhẹ cân chiếm 40,9% (9/22), chủ yếu ở nhóm song thai (88,9%).

Về thai dị tật bẩm sinh trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp phát hiện hội chứng hygroma skytique lúc tuổi thai 13 tuần chiếm 4,5%, kết quả này cao hơn so với các báo cáo của SART từ 1995 trở đi đều chỉ ra rằng tỷ lệ thai bị dị tật thấp hơn từ 0-2,9% [7], tỷ lệ này

tương đương với tỷ lệ thai bị dị tật bẩm sinh trong IVF (1,1-2,9%).

V. KẾT LUẬN

- Phác đồ kích thích buồng trứng chủ yếu là phác đồ antagonist (51%) và phác đồ ngắn (41,2%). Số noãn thu được trung bình thu được là $11,24 \pm 6,67$ noãn. Tỷ lệ quá kích buồng trứng là 13,72%.

- Số noãn thụ tinh trung bình là $8,94 \pm 5,91$, tỷ lệ noãn thụ tinh trung bình là $77,89 \pm 20,59\%$, số phôi thu được trung bình là $3,10 \pm 0,96$. Tỷ lệ làm tổ là 25,64%, tỷ lệ có β hCG (+) là 58,82%, tỷ lệ có thai lâm sàng là 52,94%, tỷ lệ đa thai là 40,74%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nghị định số 10/2015/NĐ-CP** của Chính phủ, Quy định về sinh con bằng kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm và điều kiện mang thai hộ vì mục đích nhân đạo.
2. **Anchan RM, Missmer SA, Correia KF, Ginsburg ES** (2013). A viable alternative for women with medical contraindications to pregnancy. *Open J Obstet Gynecol*;3(5B):24-31.
3. **Stafford-Bell, M. A. and Copeland, C. M. (2001)**. "Surrogacy in Australia: implantation rates have implications for embryo quality and uterine receptivity", *Reproduction, Fertility and Development*. 13(1), pp. 99-104.
4. **Vũ Minh Ngọc, Nguyễn Việt Tiên. (2013)** Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả có thai của thụ tinh ống nghiệm cho nhận noãn tại Bệnh viện phụ sản Trung ương. *Tạp chí Y học thực hành số 7*, 63-65
5. **Soderstrom-Anttila V, Blomqvist T, Foudila T, and et al** (2002). Experiences in vitro fertilization surrogacy in Finland. *Acta Obstet Gynecol Scand* ; 81:747-752
6. **Corson S.L., Kelly M., Braverman, and et al** (1998). Gestational carrier pregnancy. *Fertil. Steril.*, 69, 670-674.
7. **Assisted reproductive technology in the United States and Canada** (1998): 1995 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertil Steril*; 69:389-398.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG BỆNH LÝ TỬ RĂNG HÀM SỮA

Lê Thị Thùy Linh*, Lương Minh Hằng*,
Trần Thị Mỹ Hạnh*, Hà Ngọc Chiêu*

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 35 trẻ từ 3-8 tuổi với 72 răng hàm sữa có bệnh lý tủy với **mục tiêu:** Mô tả một số đặc

TÓM TẮT⁶¹

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội.
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Linh
Email: vietlinhgd@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2017
Ngày duyệt bài: 4.4.2017

điểm lâm sàng, X-quang bệnh lý tủy răng hàm sữa. **Kết quả:** trẻ em 6-8 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn, trẻ nam mắc bệnh nhiều hơn trẻ nữ. Lý do đến khám do đau là cao nhất. Vị trí răng tổn thương hay gặp nhất là răng hàm sữa thứ hai hàm dưới (55%). Bệnh lý hay gặp nhất là tủy hoại tử có biến chứng quanh chóp răng (56,94%). Vị trí sâu răng hay gặp nhất là sâu mặt bên (75%). **Bàn luận:** Trẻ đến khám với lý do đau khi các triệu chứng cơ năng và thực thể đã rõ. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu sẽ giúp bác sỹ nha khoa hiểu rõ thêm về đặc điểm bệnh lý tủy răng sữa để đưa ra phương pháp chẩn đoán và điều trị điều trị hiệu quả.

Từ khóa: Điều trị tủy, răng hàm sữa

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, X-RAY DENTAL HOSPITAL TUBERCULOSIS

The cross-sectional descriptive study was carried out with the sample of 35 children from 3 to 8 years old with 72 primary molars having pulp disease with **the objectives of** describing clinical and radiographic features of pulp disease of primary molars. **Results:** higher prevalence rates have been found among children from 6-8 years old, boys' prevalence rates are higher than. Reasons to visit dentists due to swelling and pain are highest, the most likely tooth to be affected by pulp disease is reported to be the primary lower second molar (55%). It's shown that the most common disease is pulp necrosis with apical complication. Approximal surfaces of all teeth demonstrate the highest caries rates. (75%). **Discussion:** Children usually visit dentists when their teeth have been significantly swelling and painful and the disease has reached the late stages. **Conclusion:** The result of the study will help doctors/dentists understand more comprehensively about the characteristics of pulp disease of primary molars in order to diagnose accurately and treat the disease effectively.

Keywords: Endodontic treatment, primary molars.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng hàm sữa có vai trò rất quan trọng trong ăn nhai, giữ chỗ, định hướng cho răng vĩnh viễn mọc, đồng thời kích thích sự phát triển của xương hàm. Trẻ mất răng sữa sớm chủ yếu là do sâu. Theo nghiên cứu của Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt năm 2010 điều tra tại 5 tỉnh thành trong cả nước cho thấy tỷ lệ sâu răng sữa của trẻ 4-8 tuổi là 81,6% [1]. Sâu răng sữa nếu không được điều trị sẽ dẫn đến các bệnh lý tủy, các biến chứng của bệnh lý tủy sẽ làm ảnh hưởng đến mầm răng vĩnh viễn, mất răng sữa sớm và có thể gây ra những ảnh hưởng đến sức khỏe toàn thân. Tuy nhiên việc chẩn đoán các bệnh lý tủy răng sữa ở trẻ thường gặp khó khăn do tính chính xác trong khai thác bệnh sử từ trẻ

và bố mẹ, các phản ứng của trẻ khi thăm khám cũng không phản ứng đúng tình trạng bệnh lý, các phương pháp thử nghiệm tủy ở trẻ lại không hoàn toàn đáng tin cậy. Vì vậy, để hiểu rõ hơn vấn đề này và giúp ích cho việc chẩn đoán chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Một số đặc điểm lâm sàng, X-quang của bệnh lý tủy răng hàm sữa*" để giúp bác sỹ hiểu thêm về đặc điểm bệnh lý tủy răng sữa và đưa ra những biện pháp điều trị nội nha hiệu quả ở trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhi từ 3-8 tuổi đến khám và điều trị tủy toàn bộ các răng hàm sữa tại trung tâm kỹ thuật cao - nhà A7-Viện đào tạo Răng hàm mặt từ năm 7/2015 đến tháng 7/2016

• **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhi có răng hàm sữa được chẩn đoán xác định là bệnh lý tủy có chỉ định điều trị nội nha. Răng hàm sữa ở trong giai đoạn sinh lý I và II, tiêu chân răng < 1/2 chiều dài chân răng.

• **Tiêu chuẩn loại trừ khỏi mẫu nghiên cứu**
- Bệnh nhi có răng hàm sữa đã tiêu chân răng > 1/2 chiều dài chân răng.

- Bệnh nhi có răng là nguyên nhân của các bệnh toàn thân (như viêm nội tâm mạc, viêm cầu thận, các bệnh về khớp, tim...) và tại chỗ (như viêm mô tế bào, viêm tủy xương hàm...).

- Bệnh nhi đang có bệnh toàn thân cấp tính (sốt phát ban, cúm, sởi...).

- Cha mẹ bệnh nhi và bệnh nhi không có tinh thần tự nguyện, hợp tác trong quá trình điều trị và theo dõi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Phương pháp chọn mẫu.**

Cỡ mẫu: nghiên cứu sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho xác định một tỷ lệ trong quần thể

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

n: Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết

p: Tỷ lệ điều trị nội nha răng hàm sữa, p=0,857 (Theo Gupta.S và Das.G, 2011) [2], d: sai số cho phép, chọn d=0,1. Thay vào công thức ta có n= 47,08 răng. Trên thực tế chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 72 răng bệnh của 35 trẻ đến điều trị.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước và sau khi nhập bằng phần mềm Epi DATA. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS.16

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Mọi thông

tin thu thập được đảm bảo bí mật cho đối tượng lựa chọn, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý và phê duyệt của hội đồng và các cấp lãnh đạo có liên quan tới đề tài nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- **Tuổi:** bệnh nhi từ 6-8 tuổi có 19/35 trẻ (chiếm 45,71%) ít hơn số bệnh nhi ở nhóm 3-5 tuổi (54,29%).

- **Giới:** số lượng bệnh nhi nam là 18 người, chiếm 51,43% tổng số bệnh nhi cao hơn tỷ lệ nữ (48,57%).

Có sự phân bố khá đều giữa các nhóm tuổi và giới. Sự khác biệt về giới và tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 1: Phân bố lý do bệnh nhân đến khám theo nhóm tuổi

Lý do đến khám	Nhóm tuổi		Tổng số	
	3-5	6-8	3-5	6-8
Sưng, đau	9 (47,37)	7 (43,75)	16	47,71
Lở rò	5 (26,32)	4 (25)	9	25,71
Mẻ, vỡ thân răng	3 (15,79)	2 (12,5)	5	14,29
Tình cờ phát hiện	2 (10,52)	3 (18,75)	5	14,29
Tổng số	19	16	35	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi đến khám vì lý do sưng, đau là cao nhất ở cả hai nhóm, chiếm 47,71%. Tỷ lệ bệnh nhi đến khám vì mẻ, vỡ thân răng và tình cờ phát hiện là thấp nhất (đều chiếm 14,29%). Tỷ lệ bệnh nhi đến khám vì lở rò là 25,71%. Sự khác biệt giữa các lý do đến khám có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong số bệnh nhi đến khám vì lý do sưng, đau, bệnh nhi nhóm 3-5 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn (47,37%) nhóm 6-8 tuổi (43,75%). Sự khác biệt giữa hai nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2: Phân bố tiền sử sưng, đau theo loại bệnh lý của răng

Loại bệnh lý	Tiền sử	Có tiền sử sưng đau		Không có tiền sử sưng đau		Tổng số	
		n	%	n	%	N	%
Viêm tủy không hồi phục		4 (10,53)	16 (40,06)	20	27,78		
Tủy hoại tử		5 (13,16)	6 (17,65)	11	15,28		
THTBC		29 (76,31)	12 (35,29)	41	56,94		
Tổng số		38	100	34	100	72	100

Nhận xét: Tỷ lệ răng có tiền sử sưng, đau cao hơn so với tỷ lệ răng không có tiền sử sưng, đau (38/72 răng). Trong nhóm có tiền sử sưng đau chủ yếu gặp hoại tử có biến chứng quanh chóp chiếm 76,31%. Nhóm viêm tủy không hồi phục có tiền sử sưng đau thấp nhất 10,53%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Ngược lại nhóm không có tiền sử sưng đau chủ yếu gặp trong viêm tủy không hồi phục chiếm 40,06%. Tỷ lệ răng có tiền sử sưng, đau và không có tiền sử sưng, đau trong nhóm tủy hoại tử xấp xỉ nhau (13,16% và 17,65%).

Bảng 3: Phân bố bệnh lý của răng theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Bệnh lý	Viêm tủy không hồi phục		Tủy hoại tử		Tủy hoại tử biến chứng quanh chóp		Tổng số	
		n	%	n	%	N	%	N	%
3-5		11 (26,19)	3 (7,14)	28 (66,67)	42	100			
6-8		9 (30)	8 (26,67)	13 (43,33)	30	100			
Tổng số		20	27,78	11	15,28	41	56,94	72	100

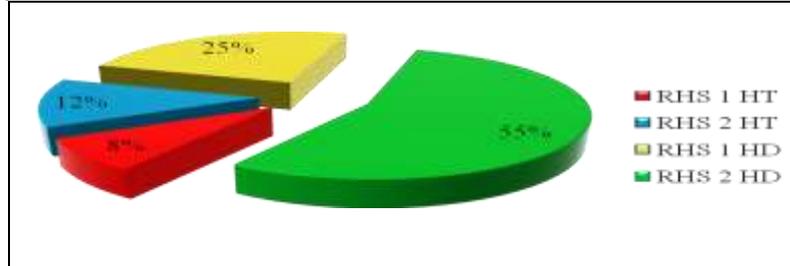
Nhận xét: Trong số 72 răng điều trị tủy toàn bộ, nhóm 3-5 tuổi gặp nhiều hơn nhóm 6-8 tuổi. Trong đó nhóm 3-5 tuổi tủy hoại có biến chứng gặp nhiều hơn hai nhóm còn lại 66,67% so với 26,19% và 7,14%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nhóm 6-8 tuổi tỉ lệ trẻ có viêm tủy không hồi phục và hoại tử tủy và hoại tử tủy có biến chứng quanh chóp là 30%, 26,67% và 43,33%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4: Phân bố vị trí tổn thương theo nhóm tuổi

Vị trí sâu	Nhóm tuổi		Tổng số			
	3-5	6-8	3-5	6-8		
	n	%	n	%	N	%

Lỗ sâu loại I	10	23,81	8	26,67	18	25
Lỗ sâu loại II	32	76,19	22	73,33	54	75
Lỗ sâu loại V	0	0	0	0	0	0
Tổng số	42	100	30	100	72	100

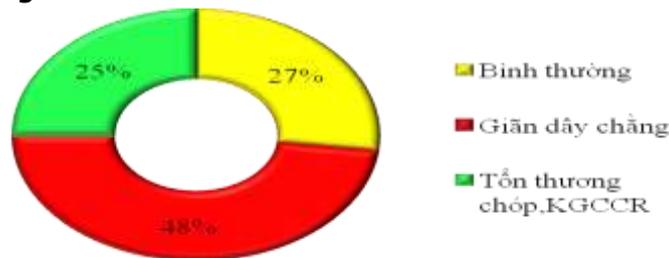
Nhận xét: Trên lâm sàng chúng tôi nhận thấy tỷ lệ lỗ sâu loại II gây bệnh lý tủy là cao nhất, chiếm 75%, sau đó là lỗ sâu loại I (25%), không có lỗ sâu loại V (0,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1: Sự phân bố tổn thương theo nhóm răng

Nhận xét: Trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi các răng bị tổn thương hay gặp nhất đó là răng hàm sữa thứ hai hàm dưới (55,0%) và răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới (25,0%). Răng hàm sữa hàm trên ít gặp hơn (răng hàm sữa thứ nhất hàm trên 8,0% và răng hàm sữa thứ hai hàm trên 12,0%). Có sự khác biệt tổn thương giữa các nhóm răng với $p < 0,05$.

3. Đặc điểm X-quang



Biểu đồ 2: Sự phân bố tổn thương trên phim X-quang

Nhận xét: Đánh giá hình ảnh tổn thương trên phim X-quang cho thấy: chúng tôi gặp hình ảnh thấu quanh hình liềm ở khoảng chẽ giữa chân răng, tổn thương quanh chóp răng là 25,0%. Tiếp theo là hình ảnh vùng chóp chân răng bình thường với tỷ lệ 27,0%. Hình ảnh giãn dây chằng vùng chóp hay gặp nhất chiếm 48,0% tổng số răng. Sự khác biệt giữa các loại tổn thương trên phim X-quang có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 72 răng hàm sữa được điều trị tủy toàn bộ ở 35 trẻ trong đó trẻ nam là 18 và nữ là 17 với độ tuổi từ 3-8 chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhi đến khám vì lý do sưng, đau là cao nhất ở cả hai nhóm, chiếm 47,71% và thấp nhất là mẹ, vỡ thân răng hoặc tình cờ phát hiện (đều chiếm 14,29%). Điều này cho thấy triệu chứng nghèu nản của bệnh lý tủy ở trẻ em, trẻ thường có những cơn đau không rõ ràng khiến bố mẹ trẻ dễ bỏ qua, chỉ khi xuất hiện triệu chứng sưng, đau, trẻ quấy khóc không ăn, không ngủ được, dùng kháng sinh không giảm thì bố mẹ mới đưa đến viện, khi đó bệnh đã ở giai đoạn muộn và phần lớn đã ở giai đoạn tủy hoại tử có biến chứng quanh chóp. Điều này

được thể hiện rất rõ ở bảng 2. Tỷ lệ răng có tiền sử sưng, đau ở nhóm tủy hoại tử có biến chứng là 76,31% cao hơn rất nhiều nhóm viêm tủy không hồi phục và tủy hoại tử là 10,53% và 13,16%. Trong số các răng có chỉ định điều trị tủy toàn bộ có 56,64% được chẩn đoán là tủy hoại tử có biến chứng quanh chóp. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Vũ Thị Mỹ Anh (52,0%) [3], Trần Thanh Bình (64,0%) [4] và Võ Trương Như Ngọc (2004) là 47,2% [5]. Ghi nhận trên lâm sàng cho thấy bố mẹ bệnh nhi chưa có thói quen đưa các cháu đi chữa răng từ sớm, răng sữa đáp ứng tốt với thuốc giảm đau nên khi họ nhận thấy cần thiết phải đưa các cháu đi điều trị thì tình trạng bệnh lý đã rất trầm trọng. Đây là một trong những vấn đề chúng ta cần quan tâm

đến và nên thay đổi nó bởi vì đến khi đó thì việc điều trị và bảo tồn răng sữa là hết sức khó khăn.

Trong răng hàm sữa cần điều trị tủy toàn bộ chúng tôi thấy lỗ hàn loại II gây tổn thương tủy cao nhất 75% trong khi lỗ hàn loại V hiếm khi vào tủy (0%). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Vũ Thị Mỹ Anh (60,0%). Điều này liên quan tới giải phẫu răng sữa với cấu trúc men, ngà răng mỏng, sừng tủy lại lên cao ở phía gần nên sâu răng mặt bên nhanh chóng tiến triển tới bệnh lý tủy, ngoài ra do thức ăn hay dặt ở kẽ giữa hai răng, trẻ không tự lấy ra mà bố mẹ trẻ khó phát hiện [6]. Vì vậy răng hàm sữa đặc biệt là răng hàm sữa thứ hai hàm dưới gặp bệnh lý tủy nhiều nhất chiếm 55%, tiếp theo là răng hàm sữa thứ nhất hàm dưới (25,0%). Răng hàm sữa hàm trên ít gặp hơn (răng hàm sữa thứ nhất hàm trên 8,0% và răng hàm sữa thứ hai hàm trên 12,0%). Răng hàm sữa thứ nhất mọc sớm hơn nhưng tỷ lệ tổn thương lại ít hơn răng hàm sữa hai nguyên nhân có thể là do cấu trúc hố rãnh mặt nhai răng hàm sữa hai phức tạp hơn (nhiều múi, gờ, rãnh sâu), hay lỏng động thức ăn hơn [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với đặc điểm bệnh lý chung của trẻ em và kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới về sự phân bố tổn thương giai đoạn hàm răng.

Trên phim Xquang chúng tôi gặp hình ảnh thấu quanh hình liềm ở khoảng chẽ giữa chân răng, tổn thương quanh chóp răng là 25,0%, đó có thể là hình ảnh một ổ áp-xe hay hình ảnh tiêu xương bệnh lý do viêm nhiễm lâu ngày. Điều này được giải thích bởi sự phong phú của các ống tủy phụ ở sàn buồng tủy, khi có ổ áp-xe trong buồng tủy, mù và vi khuẩn sẽ nhanh chóng ra ngoài qua các ống tủy phụ [6]. Ngoài ra do hệ thống ống tủy phụ không chứa mạch máu, khi viêm tủy thường dẫn tới hoại tử, không hồi phục được. Do vậy hay gặp ổ áp-xe ngay dưới đường viền lợi. Vùng chóp răng sữa cách mầm răng vĩnh viễn một lớp xương mỏng, ít khi gặp u hạt ở vùng chóp răng sữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh giãn dây chằng vùng chóp răng có số lượng lớn nhất chiếm 48,0% tổng số răng, hình ảnh này xuất hiện cả ở những răng

viêm tủy không hồi phục (9/20 răng), đây là một đặc điểm khác so với viêm tủy không hồi phục ở răng vĩnh viễn.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi: Nhóm tuổi 3-5 chiếm 45,71%, nhóm 6-8 (54,29 %).
- Giới: Tỷ lệ bệnh nhi nam cao hơn bệnh nhi nữ (51,43% so với 48,57 %).
- Lý do đến khám chủ yếu là sưng, đau chiếm 38/72 răng.
- Loại bệnh lý hay gặp là tủy hoại tử có biến chứng quanh chóp (56,94%).
- Tỷ lệ răng tủy hoại tử biến chứng vùng chóp có tiền sử sưng đau cao (76,31%).
- Vị trí răng hay gặp là răng hàm sữa thứ hai hàm dưới, chiếm 55%.
- Vị trí sâu răng hay gặp nhất là mặt bên (lỗ sâu loại II) (75%).
- Hình ảnh giãn dây chằng vùng chóp trên xquang hay gặp nhất chiếm 48,0% tổng số răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Mạnh Dũng, Vũ Mạnh Tuấn (2011).** "Thực trạng bệnh răng miệng và một số yếu tố liên quan ở trẻ 4-8 tuổi tại 5 tỉnh thành của Việt Nam năm 2010", *tạp chí y học thực hành (số 12/2011)*, trang 56-59.
2. **Gupta. S and Das. G (2011).** "Clinical and radiographic evaluation of zinc oxide eugenol and metapex in root canal treatment of primary teeth", *Journal Indian Soc Pedod Prev Dent (Vol 29)*, p 222-228.
3. **Vũ Thị Mỹ Anh (2000).** *Góp phần chẩn đoán và điều trị viêm tủy răng sữa cho học sinh mẫu giáo và tiểu học*, luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội, trang 61.
4. **Trần Thanh Bình (2002).** *Đánh giá kết quả điều trị tủy răng hàm sữa trẻ em từ 3-8 tuổi*, luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội, trang 57.
5. **Võ Trương Như Ngọc (2004).** *Nhận xét hiệu quả sử dụng chụp thép tạm thời trong phục hồi răng hàm sữa trẻ em*, luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội, trang 16.
6. **Angus. C Cameron and Richard. P Widmer (2008).** *Handbook of Pediatric Dentistry 3rded*, Mosby, p 9-37, 39-52, 95-113.
7. **McDonald R. E, Avery D. R (1983).** *Dentistry for the child and adolescent, 4thed*, Mosby, p 1-24, 41-19, 105-132, 134-207.

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRẦM CẢM TẠI KHOA TÂM THẦN BỆNH VIỆN TW THÁI NGUYÊN VÀ BV TÂM THẦN THÁI NGUYÊN

Đàm Thị Bảo Hoa*, Đặng Hoàng Anh**

TÓM TẮT⁶²

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rối loạn trầm cảm tại Khoa Tâm thần BVĐKTƯTN và BV Tâm thần tỉnh Thái Nguyên; Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị rối loạn trầm cảm. **Phương pháp:** mô tả, tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị. **Đối tượng:** 46 bệnh nhân trầm cảm, điều trị tại Khoa Tâm thần BVTƯTN và BV Tâm thần tỉnh Thái Nguyên từ tháng 1 - 10/2016. **Kết quả:** Đa số các bệnh nhân được sử dụng thuốc chống trầm cảm mới (mirtazapin, sertraline) với liều trung bình; 97,8% bệnh nhân được sử dụng kết hợp với thuốc bình thần, an thần kinh, hoặc cả hai. Sau 2 - 3 tuần điều trị, đa số bệnh nhân đạt được tình trạng thuyên giảm rõ rệt; 70% bệnh nhân (có điểm Beck giảm từ 5 điểm trở lên so với lúc vào viện; Không còn bệnh nhân có điểm Beck ở mức độ nặng (>15 điểm) khi ra viện. Một số yếu tố như giới tính là nam, tái phát bệnh, có stress tâm lý và tiền sử gia đình về trầm cảm là những yếu tố có ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị.

Từ khóa: Trầm cảm, chống trầm cảm, Beck,

SUMMARY

SOME FACTORS AFFECTING THE RESULTS OF TREATED TREATMENT AT THAI NGUYEN HOSPITAL DISEASE CENTER AND THAI NGUYEN MINING CENTER

Object: To find out the depression treatment outcome in the Psychiatry Department of Thai Nguyen Central Hospital and Thai Nguyen Psychiatric, To identify the factors affecting to the depression treatment outcome. **Method:** Description prospective, comparing before and after treatment. **Subject:** 46 diagnosed depression in-patients. They were hospitalized from 1- 10/2016. **Results:** The majority of patients were used new antidepressants (mirtazapine, sertraline) with average doses. The most of them (97.8%) is used in combination with tranquilisants, neuroleptics, or both; After 2-3 weeks of treatment, the vast majority of patients significantly achieve remission; 70% patients has decreased 5 points or more of Beck points after treatment. No patients with severe Beck points (> 15 point) at discharge. Some factors that had a negative impact on treatment outcome such as male gender, relapse, stress and family history of depression.

Key words: depression, antidepressants, Beck

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một bệnh lý rối loạn cảm xúc phổ biến chiếm khoảng 5% dân số. Biểu hiện

lâm sàng nổi bật là một trạng thái cảm xúc buồn rầu, chán nản, u uất đi kèm với sự ức chế tất cả các mặt hoạt động tâm thần. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất ở tuổi từ 18-45, tỷ lệ mắc bệnh ở nữ nhiều hơn nam (2/1). Trầm cảm nếu không được phát hiện và can thiệp kịp thời có thể ảnh hưởng đến lao động, học tập, sinh hoạt, mắc thêm các rối loạn phối hợp như nghiện chất... và nguy cơ tự sát [5],[7]. Trầm cảm có thể điều trị khỏi hoàn toàn và không làm biến đổi nhân cách. Trầm cảm nặng cần được theo dõi nội trú tại bệnh viện. Kết quả điều trị phụ thuộc vào nhiều yếu tố trong đó việc điều trị bằng thuốc đóng vai trò quan trọng trong việc hồi phục bệnh [1],[4]. Đa số bệnh nhân trầm cảm đáp ứng tốt với thuốc chống trầm cảm. Tuy nhiên lựa chọn thuốc và liều thuốc chống trầm cảm phù hợp với bệnh nhân cũng như việc lựa chọn các thuốc hướng thần khác kết hợp trong điều trị đóng vai trò rất quan trọng. Một số bệnh nhân đáp ứng kém với điều trị và cần được xem xét tăng liều hoặc thay đổi thuốc. Sau giai đoạn điều trị nội trú, bệnh nhân cần được tiếp tục duy trì điều trị ngoại trú trong khoảng 2 năm để tránh tái phát. Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Đánh giá kết quả điều trị rối loạn trầm cảm tại Khoa Tâm thần BVĐKTƯTN và BV Tâm thần tỉnh Thái Nguyên.*
2. *Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị rối loạn trầm cảm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng:** Gồm 46 bệnh nhân được chẩn đoán trầm cảm, điều trị tại Khoa Tâm thần BVTƯTN và BV Tâm thần tỉnh Thái Nguyên từ tháng 1 - 10/ 2016

- **Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định trầm cảm theo tiêu chí của ICD10

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tổn thương thực thể tại não, bệnh nhân không tuân thủ điều trị, bệnh nhân mà bản thân hoặc gia đình từ chối tham gia.

***Địa điểm:** Khoa Tâm thần BV Trung ương Thái Nguyên và BV Tâm thần Thái Nguyên.

***Phương pháp:** Mô tả, tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị.

***Chỉ số nghiên cứu:**

- Chỉ số về đặc điểm chung nhóm nghiên cứu: tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn,...

- Chỉ số về kết quả điều trị trầm cảm, sự thay đổi kết quả test Beck trước và sau điều trị.

- Chỉ số về các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị (tuổi, thời gian mắc bệnh, mức độ bệnh,

*Trường ĐHYD, ĐH Thái Nguyên

**Công đoàn Giáo dục Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Hoàng Anh

Email: dhanh@moet.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

yếu tố gia đình về bệnh, yếu tố stress, loại thuốc và liều thuốc sử dụng.

***Kỹ thuật thu thập số liệu:**

- Lập bệnh án nghiên cứu đáp ứng đầy đủ các mục tiêu nghiên cứu

- Thu thập số liệu lâm sàng, khám, hỏi bệnh theo phương pháp khám tâm thần thông thường và làm test Beck tại thời điểm lúc vào viện và trước khi ra viện.

***Phương pháp xử lý số liệu:** phương pháp thống kê y học trên phần mềm STATA 10.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

Tuổi \ Giới	Nam		Nữ		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
16 - 40	3	17,6	14	82,4	17	37,0
41 - 60	5	23,8	16	76,2	21	45,6
> 60	1	12,5	7	87,5	8	17,4
Tổng	9	19,6	37	80,4	46	100,0

Nhận xét: Lứa tuổi gặp chủ yếu từ 16 – 60 tuổi chiếm 82,5%. Nữ giới chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu (37 bệnh nhân chiếm 80,4%).

Bảng 2. Trình độ học vấn của nhóm nghiên cứu

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tiểu học	3	6,5
Trung học cơ sở	23	50,0
Trung học phổ thông	12	26,1
Cao đẳng, Đại học, trung học nghề	8	17,4
Tổng	46	100,0

Nhận xét: Các bệnh nhân có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%). Tiếp đó là đến trình độ học vấn trung học phổ thông. Mới học hết tiểu học chỉ gặp ở 3 bệnh nhân (6,5%).

3.2. Kết quả điều trị trầm cảm

Bảng 3. Thời gian theo dõi điều trị của nhóm nghiên cứu

Thời gian theo dõi điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
2 tuần	30	65,2
3 tuần	13	28,3
4 tuần	3	6,5
Tổng	46	100,0

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân được điều trị 2 tuần (65,2%). Chỉ có 3 bệnh nhân được theo dõi điều trị hết tuần thứ 4 (6,5%).

Bảng 4. Đặc điểm dùng thuốc chống trầm cảm của nhóm bệnh nhân

Loại thuốc	Liều dùng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Amitriptylin	200mg/ngày	2	4,3%
Mirtazapin	15 mg/ ngày	2	4,3%
	30 mg/ ngày	19	41,3%
	60 mg/ ngày	5	10,9%
Sertralin	50mg/ngày	2	4,3%
	100mg/ngày	12	26,1%
	200mg/ngày	4	8,7%
Tổng		46	100

Nhận xét: Các bệnh nhân được điều trị bằng Mirtazapin 30mg/ngày cao nhất (41,3%). Tiếp đó là sertralin 100mg/ngày (26,1%). Các thuốc và liều lượng khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 5. Đặc điểm kết hợp các thuốc hướng thần khác với thuốc chống trầm cảm trong nhóm nghiên cứu

Loại thuốc kết hợp	Tên thuốc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Thuốc bình thần	Seduxen	43	93,5%
	Dogmatil	3	6,5%
	Olanzapin	7	15,2%
	Sizodon	1	2,2%
	Haloperidol	2	4,3%

	Sizopin + Olanzapin	1	2,2%
	Cả bình thần và an thần kinh	12	26,1
	Không kết hợp	1	2,2%

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân được điều trị kết hợp với thuốc bình thần (43 bệnh nhân chiếm 93,5%). Tiếp đó là kết hợp với an thần kinh; 26,1% bệnh nhân được sử dụng kết hợp cả 3 loại chống trầm cảm, bình thần và an thần kinh; 2,2% bệnh nhân được dùng chống trầm cảm đơn trị liệu.

Bảng 6. Kết quả test trầm cảm Beck tại thời điểm vào viện và sau điều trị

Thời điểm	Vào viện		Ra viện	
	SL	%	SL	%
Điểm Beck < 4 điểm	0	0	3	6,5
4 – 7 điểm	5	10,9	21	45,6
8 – 15 điểm	21	45,6	22	47,9
> 15	20	43,5	0	0
Tổng	46	100,0	46	100,0

Nhận xét: Có sự thay đổi rõ rệt kết quả test trầm cảm Beck khi ra viện so với lúc vào. Khi vào viện, đa số bệnh nhân có điểm Beck ở mức độ trầm cảm vừa và nặng (89,1%). Tại thời điểm ra viện, không còn bệnh nhân có điểm Beck mức độ nặng, số có điểm Beck mức độ nhẹ và vừa (93,5%).

Bảng 7. Sự thay đổi kết quả test trầm cảm Beck sau điều trị so với trước điều trị

Sự thay đổi kết quả test Beck	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giảm < 5 điểm Beck (TG ít)	14	30,4
Giảm từ 5 đến < 10 điểm (TG)	21	45,7
Giảm từ 10 điểm trở lên (TG nhiều)	11	23,9
Tổng	46	100,0

Nhận xét: 100% bệnh nhân có điểm test Beck giảm tại thời điểm ra viện so với lúc vào. Trong đó, giảm mức độ vừa (giảm từ 5 - 9 điểm Beck) gặp ở 21 bệnh nhân chiếm 45,7%. Số bệnh nhân giảm ít (< 5 điểm) và giảm nhiều (≥ 10 điểm) chiếm tỷ lệ tương đương nhau.

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị trầm cảm

Bảng 8. Ảnh hưởng của các yếu tố tuổi, giới và trình độ học vấn đến kết quả điều trị

KQ điều trị	Yếu tố	Thuyên giảm tốt (n=11)		Thuyên giảm (n=21)		It thuyên giảm (n=14)		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Nhóm tuổi	16 - 40	5	29,4	9	52,9	3	17,6	p>0,05
	41 - 60	5	23,8	7	33,3	9	42,9	
	> 60	1	12,5	5	62,5	2	25,0	
Giới	Nam	0	0	3	33,3	6	66,7	p<0,05
	Nữ	11	29,7	18	48,6	8	21,6	
Trình độ học vấn	Tiểu học	1	33,3	2	66,7	0	0	p>0,05
	THCS	5	21,7	10	43,5	8	34,8	
	THPT	3	25,0	7	58,3	2	16,7	
	CD, ĐH	2	25,0	2	25,0	4	50,0	

Nhận xét: Bệnh nhân nữ có kết quả thuyên giảm tốt và thuyên giảm cao hơn bệnh nhân nam (p<0,05). Không có sự khác biệt về kết quả điều trị trầm cảm theo nhóm tuổi và trình độ học vấn.

Bảng 9. Ảnh hưởng của mức độ trầm cảm và tiền sử đã điều trị trầm cảm đến kết quả điều trị

KQ điều trị	Yếu tố	Thuyên giảm tốt (n=11)		Thuyên giảm (n=21)		It thuyên giảm (n=14)		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Mức độ trầm cảm	Nhẹ	0	0	0	0	5	100,0	P<0,01
	Vừa	0	0	12	57,1	9	42,9	
	Nặng	11	55,0	9	45,0	0	0	
Tiền sử	Đã ĐT	3	15,8	6	31,6	10	52,6	P<0,05
	Chưa ĐT	8	29,6	15	55,6	4	14,8	

Nhận xét: Có sự khác biệt về kết quả điều trị trầm cảm giữa các mức độ bệnh tại thời điểm vào viện. Bệnh nhân mức độ nặng có chuyển biến rõ so với lúc vào viện cao hơn hẳn so với mức độ nhẹ

và vừa ($p < 0,01$). Bệnh nhân mắc bệnh lần đầu có kết quả điều trị tốt hơn so với bệnh nhân tái bệnh ($p < 0,05$).

Bảng 10. Ảnh hưởng của stress tâm lý và yếu tố gia đình về trầm cảm đến kết quả điều trị

Yếu tố \ KQ điều trị		Thuyên giảm tốt (n=11)		Thuyên giảm (n=21)		Ít thuyên giảm (n=14)		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Stress	Có Stress	3	18,8	4	25,0	9	56,3	$P < 0,05$
	Không	8	26,7	17	56,7	5	16,7	
Tiền sử GD	Có TS	3	23,1	2	15,4	8	61,5	$P < 0,01$
	Không	8	24,2	19	57,6	6	18,2	

Nhận xét: Nhóm không có stress tâm lý hay tiền sử gia đình về trầm cảm có kết quả điều trị tốt hơn rõ rệt so với nhóm có các yếu tố này ($p < 0,05$).

Bảng 11. Ảnh hưởng của loại thuốc điều trị đến KQ

Yếu tố \ KQ điều trị		Thuyên giảm tốt (n=11)		Thuyên giảm (n=20)		Ít thuyên giảm (n=13)		P
		SL	%	SL	%	SL	%	
Thuốc CTC	Mirtazapine	8	30,8	11	42,3	7	26,9	$p > 0,05$
	Sertralin	3	16,7	9	50,0	6	33,3	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về kết quả điều trị giữa nhóm dùng Mirtazapine và Sertralin.

IV. BÀN LUẬN

Về thời gian theo dõi điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, bảng 3 cho thấy đa số các bệnh nhân được điều trị 2 tuần (65,2%). Chủ yếu nhóm này được điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Chỉ có 3 bệnh nhân được theo dõi điều trị hết tuần thứ 4 (6,5%). Nhìn chung thời gian điều trị này ngắn hơn so với thời gian điều trị khuyến cáo vì thông thường sau khoảng 10 ngày thuốc chống trầm cảm mới có tác dụng đầy đủ. Tuy nhiên đa số bệnh nhân đáp ứng điều trị tốt nên khi thuốc chống trầm cảm có tác dụng thì các triệu chứng trầm cảm thuyên giảm và hết.

Trong nhóm nghiên cứu, đa số bệnh nhân được sử dụng thuốc chống trầm cảm mới (mirtazapin, sertralin) với liều trung bình và được sử dụng kết hợp với thuốc bình thần, an thần kinh, hoặc cả hai loại này. Các thuốc an thần kinh kết hợp chủ yếu là các an thần kinh mới (Bảng 4,5). Đây cũng là sự kết hợp được các tác giả khuyến cáo để nhanh chóng làm thuyên giảm triệu chứng, nâng cao hiệu quả điều trị [4].

Nhận xét kết quả điều trị bệnh dựa vào sự thay đổi về kết quả test Beck sau điều trị so với trước điều trị (Bảng 6, bảng 7), chúng tôi nhận thấy, sau 2 - 3 tuần điều trị, đại đa số bệnh nhân đạt được tình trạng thuyên giảm rõ rệt các triệu chứng. Đa số bệnh nhân (70%) có điểm Beck giảm từ 5 điểm trở lên so với lúc vào viện. Không còn bệnh nhân có điểm Beck ở mức độ nặng khi ra viện (> 15 điểm). Như vậy, dù thời gian điều trị ngắn, nhưng phải chăng việc sử dụng các thuốc

chống trầm cảm mới, kết hợp một cách linh hoạt với các thuốc hướng thần khác đã mang lại kết quả điều trị tích cực trên bệnh nhân [7].

Nghiên cứu một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị nhận thấy, các yếu tố như tuổi của bệnh nhân hay trình độ học vấn vẫn không có sự khác biệt về kết quả điều trị. Tuy nhiên, bệnh nhân nữ có kết quả thuyên giảm tốt và thuyên giảm cao hơn so với bệnh nhân nam ($p < 0,05$) (bảng 8). Bệnh nhân mắc bệnh lần đầu cũng có kết quả điều trị tốt hơn so với bệnh nhân tái bệnh ($p < 0,05$) (bảng 9). Một số yếu tố khác lại ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị là những trường hợp có stress tâm lý và tiền sử gia đình về trầm cảm (bảng 10). Như vậy, ngoài việc sử dụng thuốc điều trị phù hợp, một số yếu tố thuộc về người bệnh cũng có ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước [1], [4].

Kết quả ở bảng 9 cũng cho thấy có sự khác biệt về kết quả điều trị trầm cảm giữa các mức độ bệnh trầm cảm đánh giá tại thời điểm lúc vào viện. So với mức độ nhẹ và vừa, bệnh nhân mức độ nặng có chuyển biến rõ rệt hơn ($p < 0,01$). Theo chúng tôi, kết quả này có thể do còn hạn chế về số lượng bệnh nhân và thời gian theo dõi điều trị. Bên cạnh đó, có thể ở nhóm mức độ nặng, các thay đổi về triệu chứng dễ nhận thấy hơn so với các nhóm kia.

V. KẾT LUẬN

- Đa số các bệnh nhân được sử dụng thuốc chống trầm cảm mới (mirtazapin, sertraline) với liều trung bình. Đa số bệnh nhân (97,8%) được sử dụng kết hợp với thuốc bình thần, an thần kinh, hoặc cả hai.

- Sau 2 – 3 tuần điều trị, đa số bệnh nhân đạt được tình trạng thuyên giảm rõ rệt. Đa số bệnh nhân (~70%) có điểm Beck giảm từ 5 điểm trở lên so với lúc vào viện. Không còn bệnh nhân có điểm Beck ở mức độ nặng khi ra viện (> 15 điểm).

- Một số yếu tố như giới tính là nam, tái phát bệnh, có stress tâm lý và tiền sử gia đình về trầm cảm là những yếu tố có ảnh hưởng không tốt đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Hà An, Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Khoa Diệu Vân (2016)**, *Bước đầu nhận xét hiệu quả điều trị trầm cảm ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 bằng thuốc chống trầm cảm*, Tạp chí Y học Lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai, Số 95 (8/2016), tr: 62 – 69.
2. **Nguyễn Thị Phương Loan, Lương Phương Liên, Đàm T. Bảo Hoa (2012)**, *"Nghiên cứu áp dụng Test CES-DC sàng lọc trầm cảm trẻ em tại BVĐKTUTN"*, Tạp chí Khoa học và công nghệ - Đại học Thái Nguyên, Tập 89, Số (01)/2, 2012.
3. **Đặng Hoàng Minh (2008)**, *Cận thiệp sức khỏe tinh thần tại một số nước Châu Á và phương tây*, Kỷ yếu hội thảo khoa học "chăm sóc sức khỏe tinh thần", Hội khoa học Tâm lý – Giáo dục Việt Nam Tr: 393 – 400.
4. **Nguyễn Văn Phi, Nguyễn Kim Việt, Nguyễn Văn Tuấn (2016)**, *Hiệu quả điều trị trầm cảm bằng thuốc kết hợp với kích thích từ xuyên sọ tại vị trí vỏ não trước trán lưng bên trái thực hiện tại Viện sức khỏe tâm thần*, Tạp chí Y học Lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai, Số 95 (8/2016), tr: 90 – 96.
5. **Lương Thông (2003)**, *"Tư sát và trầm cảm"*, Thông tin chuyên ngành, Bệnh viện Tâm thần Biên Hòa, Số 39 Quý I – 2003, Tr 30 -33.
6. **Bùi Thị Út, Nguyễn Song Hà, Nguyễn Thanh Mai, Bùi Đức Trình (1999)**, *"Khảo sát tình hình rối loạn trầm cảm ở sinh viên miền núi"*, Nội san Khoa học công nghệ Y- Dược học Miền núi, Thái nguyên, tr:72 –80.
7. **American Psychiatric Association (2006)**, *Text book of Mood Disorder*, Panther Publishers Privater Limited, India.

NGHIÊN CỨU XÁC ĐỊNH TỶ LỆ CHUYỂN ĐỔI GIỮA NỒNG ĐỘ CỒN TRONG MÁU VÀ TRONG HUYẾT THANH CỦA BỆNH NHÂN BỊ TAI NẠN GIAO THÔNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2012

Lương Mai Anh*, Lê Linh Chi*

TÓM TẮT⁶³

Nghiên cứu sử dụng thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích, sử dụng biểu mẫu ghi chép thông tin của bệnh nhân tai nạn giao thông và thực hiện xét nghiệm nồng độ cồn trong huyết thanh và trong máu của 200 trường hợp tai nạn giao thông được chẩn đoán có uống đồ uống có cồn trong vòng 6h trước khi đến khám cấp cứu và nhập viện bệnh viện Việt Đức để xác định tỷ lệ chuyển đổi giữa nồng độ cồn trong máu và trong huyết thanh. Kết quả nghiên cứu cho thấy: nồng độ cồn trong máu ở nhóm trên 50 mg/dl chiếm 84,5%, thấp hơn 4,5% so với phương pháp xét nghiệm nồng độ cồn trong huyết thanh. Đối tượng bị tai nạn và uống rượu bia chủ yếu là nam giới và tuổi từ 19-29 (51,5%). Nạn nhân uống rượu bị tai nạn giao thông bị chấn thương sọ não khá cao, chiếm tới 55,5%, sau là chấn thương chi và đa chấn thương chiếm 43,5% và 38,5%. Số nam giới có nồng độ cồn trong máu cao hơn 50 mg/dl chiếm tới 99,4% so với tổng số trường hợp bị tai nạn giao thông. Nhóm tuổi từ 19-29 uống nhiều rượu và có nồng độ cồn trong máu cao trên 50 mg/dl chiếm 51,5%, sau là đến nhóm tuổi 30-39 (chiếm 24,5%). Nghiên cứu cho kết quả trung bình tỉ lệ quy đổi Nồng độ cồn trong huyết thanh (SAC) và Nồng độ cồn trong máu toàn phần (BAC) là 1,2, trong khoảng từ 0,91 – 3,16 với độ lệch chuẩn là 0,2. Hầu hết bệnh nhân tai nạn giao thông được xét nghiệm trong khoảng thời gian từ 4 – 6 tiếng (có 73 trường hợp chiếm 36,5%), trên 6 tiếng có 60 trường hợp chiếm 31,2%. Tỷ lệ quy đổi nằm trong khoảng từ 1.0 – 2,0 có tới 71 trường hợp nằm trong khoảng từ 4-6 tiếng có tỉ lệ cao nhất, chiếm 37% so với các khoảng thời gian khác. Đây là cơ sở để đề xuất những khuyến nghị, chính sách nhằm góp phần tăng hiệu quả của chương trình giảm thiểu sử dụng rượu bia khi tham gia giao thông.

Từ khóa: nồng độ cồn trong máu, nồng độ cồn trong huyết thanh, tai nạn giao thông, an toàn giao thông

SUMMARY

RESEARCH ON DETERMINING THE RATE OF SERUM ALCOHOL CONCENTRATION AND BLOOD ALCOHOL CONCENTRATION IN PATIENTS WITH TRAFFIC ACCIDENTS IN VIET DUC HOSPITAL IN 2012

In this cross-sectional research including analyzing, the researchers used the Form of traffic accidents as well as the tests of Serum alcohol concentration (SAC) and Blood alcohol concentration (BAC) in 200 patients aged above 15 with traffic accidents in Viet Duc Hospital who used alcohol before accidents to determine the rate of SAC/BAC. The results showed that BAC of above 50 mg/dl was 84,5%, (4,5% lower than SAC). A majority of the patients was male (95,5%) and at age of 19-29 (51,5%). The percentage of head injury was the highest at 55,5%, followed by limb injury (43,5%) and multiple injury (38,5%). The percentage of male whose BAC above 50 mg/dl chiếm tới 99,4% in comparison to the total of the cases. The age group of 19-29 whose BAC above 50 mg/dl accounted for 51,5%, followed by the age group of 30-39 (24,5%). The rate of SAC/BAC was 1,2 [CI(95%)= 0.91-3.16; SD±0.2]. Most of patients were tested within 4 – 6 hours after using alcohol (73 cases and 36,5%), those were tested after 6 after using alcohol accounted for 60 cases and 31,2%. The rate of SAC/BAC of rage of 1-2 experiences 71 patients being tested within 4-6 hours, was the highest percentage of 37%. These results might provide recommendations, policies to contribute to the efficiency of the program of reducing alcohol drive.

Key words: Serum alcohol concentration (SAC), Blood alcohol concentration (BAC), alcohol drink, traffic accident, traffic safety.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Việt Nam, theo số liệu của Cục Quản lý môi trường y tế, trong năm tháng (từ tháng 11/2010 đến tháng 3/2011) tại 5 bệnh viện ở Hà Nam, Ninh Bình, Bắc Giang cho thấy trong 1453 trường hợp tai nạn thương tích, tai nạn giao thông chiếm 60%, trong đó, số trường hợp bị tai nạn giao thông có sử dụng chất uống có cồn chiếm 45% [5].

Luật giao thông đường bộ 2009 nêu rõ: đối với người điều khiển xe mô tô, xe gắn máy thì nồng độ cồn trong máu hoặc trong hơi thở không được "vượt quá 50 miligam/100 mililit máu hoặc 0,25 miligam/1 lít khí thở" [1], về phía ngành y tế, Bộ Y tế đã ban hành Quyết định 1356/QĐ-BYT ngày 18/4/2008 về ghi chép biểu mẫu tình hình tai nạn giao thông tại bệnh viện và Quyết định 933/QĐ-BYT ngày 23/3/2010 về quy định hướng dẫn đo nồng độ cồn trong máu của bệnh nhân TNGT tại bệnh viện để xác định nồng độ cồn (Ethanol) trong máu phục vụ cho việc chẩn đoán xác định tai nạn giao thông có sử dụng rượu, bia. Kết quả này sẽ là cơ sở pháp lý

*Cục Quản lý môi trường y tế, Bộ Y tế
 Chịu trách nhiệm chính: Lương Mai Anh
 Email: lmanh@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 13.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017
 Ngày duyệt bài: 4.4.2017

để xét bảo hiểm y tế cho các bệnh nhân bị tai nạn giao thông (với những trường hợp không vi phạm luật An toàn giao thông). Mặt khác, quy trình này giúp cảnh sát xử lý các vấn đề khác liên quan đến tai nạn giao thông. Tuy nhiên, hướng dẫn này lại cho ra kết quả nồng độ cồn trong huyết thanh, không phải nồng độ cồn trong máu theo yêu cầu của luật an toàn giao thông. Do đó, kết quả đo nồng độ cồn trong huyết thanh sẽ không phản ánh chính xác nồng độ cồn trong máu. Vì vậy, việc xác định tỷ lệ chuyển đổi từ nồng độ cồn trong huyết thanh sang nồng độ cồn trong máu là cần thiết. Kết quả này sẽ giúp cán bộ y tế chuyển đổi được giá trị nồng độ cồn trong máu sang nồng độ cồn trong huyết thanh và ngược lại. Tuy nhiên tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào đưa ra tỷ lệ chuyển đổi này. Do đó, để xác định chính xác nồng độ cồn trong máu của bệnh nhân bị tai nạn giao thông, nghiên cứu về nồng độ cồn trong máu và nồng độ cồn trong huyết thanh là cần thiết. Với mục đích trên, nghiên cứu "Xác định tỷ lệ chuyển đổi giữa nồng độ cồn trong máu và trong huyết thanh của bệnh nhân bị tai nạn giao thông đến khám và nhập viện tại bệnh viện Việt Đức" đã được xây dựng và thực hiện năm 2012.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- 1. Địa điểm khảo sát:** Tại bệnh viện Việt Đức.
- 2. Thời gian thực hiện:** tháng 8/2012

III. KẾT QUẢ

3.1. Phân bố tuổi và giới của bệnh nhân tai nạn giao thông

Bảng 1: Phân bố tuổi và giới của bệnh nhân tai nạn giao thông

Tuổi	Giới tính				Tổng	
	Nam		Nữ		n	%
	n	%	n	%		
15-18	9	4,5	0	0	9	4,5
19-29	103	51,8	0	0	103	51,5
30-39	48	24,1	1	100,0	49	24,5
40-49	22	11,1	0	0	22	11,0
>=50	17	8,5	0	0	17	8,5
Tổng	199	100,0	1	100,0	200	100,0

Bệnh nhân tai nạn giao thông có cồn trong máu chủ yếu tập trung ở nam giới và nhóm tuổi từ 19-29, chiếm 51,8% so với các nhóm tuổi khác, đứng thứ hai là nhóm tuổi từ 30-39 chiếm 24,1%.

Bảng 2: Khoảng cách thời gian từ lúc uống rượu đến khi được cấp cứu

Thời gian từ lúc uống rượu đến khi được cấp cứu	Tần suất	
	n	%
< 2 tiếng	11	5,5
2-4 tiếng	52	26,0
4-6 tiếng	73	36,5
> 6 tiếng	64	32,0
Tổng	200	100,0

3. Đối tượng giám sát điều tra: Các trường hợp tai nạn giao thông trên 15 tuổi vào cấp cứu và nhập viện tại Bệnh viện Việt Đức được chẩn đoán có uống đồ uống có cồn trong vòng 6h trước khi đến khám cấp cứu và nhập viện.

4. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp phân tích.

5. Cỡ mẫu và cách chọn: Sử dụng phần mềm SSize của Tổ chức y tế thế giới để tính cỡ mẫu xác định 1 tỷ lệ quy đổi giữa SAC và BAC:

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

Trong đó:

+ n: số trường hợp TNGT cần nghiên cứu

+ $z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% = 1,96

+ p: tỉ lệ dự đoán quy đổi giữa SAC và BAC.

Theo nghiên cứu của Canada, tỉ lệ quy đổi giữa SAC và BAC có tỉ lệ chênh là 0,14.

+ d: sai số chấp nhận = 5%

6. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập trên EpiData và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

7. Đạo đức nghiên cứu: Việc tham gia điều tra là hoàn toàn tự nguyện. Các thông tin nhạy cảm sẽ đều được giữ bí mật và được mã hoá trên máy vi tính. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng nghiên cứu được giữ kín. Các số liệu, thông tin thu thập được chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, không phục vụ cho mục đích nào khác.

Thời gian từ lúc uống cho đến khi được cấp cứu và xét nghiệm hầu hết trong khoảng thời gian từ 4 – 6 tiếng, có 36,5% trường hợp bệnh nhân tai nạn giao thông có nồng độ cồn trong máu được xét nghiệm trong khoảng thời gian này. 32% trường hợp được xét nghiệm sau khi uống rượu trên 6 tiếng.

Bảng 3: Phương tiện sử dụng khi bị tai nạn của bệnh nhân tai nạn giao thông

Phương tiện sử dụng khi bị tai nạn	n	%
Xe ô tô	2	1,0
Xe máy	192	96,0
Đi bộ	6	3,0
Tổng	200	100,0

Theo như bảng 6 về Phương tiện sử dụng khi bị tai nạn của bệnh nhân tai nạn giao thông, hầu hết là những người đi xe máy, có 192 trường hợp chiếm 96%, còn lại là 3% đi bộ và 1% đi xe ô tô.

Bảng 4: Chấn thương sọ não, chấn thương cổ và chấn thương khác ở bệnh nhân tai nạn giao thông

Chấn thương ở bệnh nhân tai nạn giao thông	n	%
Chấn thương sọ não	111	55,5
Chấn thương cổ	39	19,5
Chấn thương hàm mặt	29	14,5
Chấn thương chi	87	43,5
Chấn thương ngực, bụng	7	3,5
Đa chấn thương	77	38,5

Tỉ lệ bệnh nhân tai nạn giao thông bị chấn thương sọ não cao nhất với 111 trường hợp chiếm 55,5%, sau đến chấn thương chi và đa chấn thương chiếm 43,5% và 38,5%.

Bảng 5: Điểm Glasgow của bệnh nhân tai nạn giao thông

Điểm Glasgow	n	%
GSC ≤ 8	12	6,0
9 < GSC < 12	49	24,5
GSC ≥ 13	139	69,5
Tổng	200	100,0

Theo phân loại điểm Glasgow, có 69,5% trường hợp với mức độ hôn mê nhẹ, 24,5% trường hợp mức độ trung bình và có 6% ở mức độ nặng.

Bảng 6: Phân bố nồng độ cồn trong máu và nồng độ cồn trong huyết thanh của bệnh nhân tai nạn giao thông

Nồng độ cồn	Nồng độ cồn trong máu (BAC)		Nồng độ cồn trong huyết thanh (SAC)	
	n	%	n	%
< 50 mg/dl	31	15,5	22	11,0
≥ 50 mg/dl	169	84,5	178	89,0
Tổng	200	100,0	200	100,0

Hầu hết bệnh nhân tai nạn giao thông có nồng độ cồn trong máu cao vượt mức cho phép (trên 50 mg/dl), có 169 trường hợp chiếm 84,5%. Trong khi đó, bệnh nhân được xét nghiệm nồng độ cồn trong huyết thanh trên 50 mg/dl có 178 trường hợp chiếm 89%, nhiều hơn kết quả xét nghiệm nồng độ cồn trong máu.

Bảng 7: Phân bố nồng độ cồn trong máu của bệnh nhân tai nạn giao thông theo phương tiện giao thông sử dụng khi bị tai nạn

Phương tiện giao thông sử dụng	Nồng độ cồn trong máu				Tổng	
	< 50 mg/dl		≥ 50 mg/dl			
	n	%	n	%	n	%
Ô tô	0	0	2	1,2	2	1,0
Xe máy	29	93,5	163	96,4	192	96,0
Đi bộ	2	6,5	4	2,4	6	3,0
Tổng	31	100,0	169	100,0	200	100,0

Hầu hết bệnh nhân tai nạn giao thông là những người đi xe máy với 192 bệnh nhân chiếm 96% so với các phương tiện giao thông khác, trong đó có tới 163 bệnh nhân có nồng độ cồn trong máu trên 50 mg/dl chiếm 96,4%.

Bảng 8: Phân bố nồng độ cồn trong máu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nồng độ cồn trong máu				Tổng	
	< 50 mg/dl		≥ 50 mg/dl			
	n	%	n	%	n	%
15-18	1	3,2	8	4,7	9	4,5
19-29	18	58,1	85	50,3	103	51,5
30-39	4	12,9	45	26,6	49	24,5

40-49	5	16,1	17	10,1	22	11,0
>=50	3	9,7	14	8,3	17	8,5
Tổng	31	100,0	169	100,0	200	100,0

Phân bố nồng độ cồn trong máu theo nhóm tuổi, tỉ lệ có nồng độ cồn trong máu cao trên 50 mg/dl chiếm đa số ở nhóm tuổi 19-29 với 51,5%, sau là đến nhóm 30-39 chiếm 24,5%, ít nhất là nhóm dưới 18 tuổi với 4,5%.

Bảng 9: Nồng độ cồn trong máu và chấn thương sọ não

Chấn thương sọ não	Nồng độ cồn trong máu				Tổng	
	< 50 mg/dl		>=50 mg/dl		n	%
	n	%	n	%		
Có	8	25,8	103	60,9	111	55,5
Không	23	74,2	66	39,1	89	44,5
Tổng	31	100,0	169	100,0	200	100,0

Tìm hiểu mối liên quan cho thấy người sử dụng nhiều rượu bia có nguy cơ bị chấn thương sọ não gấp 0,24 lần so với người uống ít rượu bia hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$ ($\chi^2 = 11,881^a$, $p < 0,001$).

Bảng 10: Mối liên quan giữa tỉ lệ quy đổi SAC/BAC với thời gian bệnh nhân tai nạn giao thông được xét nghiệm

Thời gian bệnh nhân tai nạn giao thông vào cấp cứu được xét nghiệm	Tỉ lệ quy đổi SAC/BAC						Tổng	
	0,91-1		1-2		2-3,16		n	%
	n	%	n	%	n	%		
< 2 tiếng	1	20	9	4,7	1	33,3	11	5,5
2-4 tiếng	0	0	52	27,1	0	0	52	26
4-6 tiếng	0	0	71	37	2	66,7	73	36,5
> 6 tiếng	4	80	60	31,2	0	0	64	32
Tổng	5	100	192	100	3	100	200	100

Việc xét nghiệm nồng độ cồn trong máu và nồng độ cồn trong huyết thanh được xem xét độ chính xác thông qua thời gian bệnh nhân được cấp cứu và được xét nghiệm nồng độ cồn trong máu. Tìm hiểu mối liên quan giữa thời gian với tỉ lệ quy đổi SAC/BAC cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với $\chi^2 = 15,713^a$, $p < 0,01$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi và giới của bệnh nhân tai nạn giao thông tập trung ở nam giới và nhóm tuổi từ 19-29 (chiếm 51,5%) so với các nhóm tuổi khác, đứng thứ hai là nhóm tuổi từ 30-39 (chiếm 24,1%). Theo Báo cáo toàn cầu về thương tích giao thông đường bộ, trên thế giới, trong năm 2002, tử vong do giao thông đường bộ trong độ tuổi 15-44 chiếm hơn một nửa số tử vong toàn cầu [2]. Còn ở Việt Nam, độ tuổi bị TNGT cao nhất là từ 15-49 tuổi (chiếm 73,7%) theo nghiên cứu Tình hình tai nạn giao thông tại 3 tỉnh Yên Bái, Đà Nẵng, và Bình Dương của Trường Đại học Y tế công cộng [6]. Kết quả của Cục Quản lý môi trường y tế thống kê tử vong do tai nạn giao thông trong cả nước năm 2005-2006 cũng cho kết quả tử vong do TNGT trong độ tuổi 20-59 là cao nhất so với các nhóm tuổi khác, chiếm 74,27% [3]. Nạn nhân uống rượu tai nạn giao thông có số lượng bị chấn thương sọ não khá

cao, chiếm tới 55,5%, sau là chấn thương chi và đa chấn thương chiếm 43,5% và 38,5%. Năm 2009, số liệu được ghi chép từ 84 bệnh viện cấp cứu từ tháng 1/2009 đến 12/2009, có tới 36.412 trường hợp bị chấn thương sọ não do TNGT chiếm 25,3%, trong đó 74,2% là nam giới [4].

Nghiên cứu thực hiện phương pháp xét nghiệm trên 200 đối tượng có sử dụng rượu bia bị tai nạn giao thông trên 15 tuổi, nồng độ cồn trong máu ở nhóm trên 50 mg/dl chiếm 84,5% trong khi đó nồng độ cồn trong huyết thanh ở nhóm trên 50 mg/dl chiếm 89%. Như vậy, với phương pháp xét nghiệm nồng độ cồn trong máu, số lượng người sử dụng rượu bia vượt mức cho phép của Luật giao thông đường bộ thấp hơn 4,5% so với phương pháp xét nghiệm nồng độ cồn trong huyết thanh.

Nghiên cứu cho kết quả trung bình tỉ lệ quy đổi SAC và BAC là 1,2, trong khoảng từ 0,91 – 3,16 với độ lệch chuẩn là 0,2. Nghiên cứu của R.C.Charlebois ở Canada xét nghiệm trên 235 bệnh nhân tai nạn giao thông, cho thấy tỉ lệ này được quy đổi SAC/BAC nằm trong khoảng 1,04 đến 1,26, trung bình là 1,14, và phân phối chuẩn là 0,014. Một nghiên cứu khác của Matthew T. Barnhill thực hiện trên 212 đối tượng cho kết quả tỉ lệ quy đổi trong khoảng 1,12 đến 1,18. Như vậy, tỉ lệ quy đổi nồng độ cồn trong máu với

nồng độ cồn trong huyết thanh theo nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức cho kết quả tương đương với kết quả nghiên cứu trên thế giới.

IV. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

- Trường hợp uống rượu bia bị tai nạn giao thông chủ yếu là nam giới (99,5%) và tuổi từ 19-29 (51,8%).

- Phương tiện vận chuyển chủ yếu là xe taxi, ô tô chiếm 56%, xe cứu thương chiếm 25,5%. Hầu hết những người bị tai nạn giao thông là những người đi xe máy (chiếm tới 96%).

- 36,5% bệnh nhân tai nạn giao thông được xét nghiệm máu sau khi uống rượu bia trong khoảng thời gian từ 4 – 6 tiếng, 32% bệnh nhân được xét nghiệm máu trong khoảng thời gian sau 6 tiếng.

- Nạn nhân uống rượu bia tai nạn giao thông có số lượng bị chấn thương sọ não khá cao, chiếm tới 55,5%, sau là chấn thương chi và đa chấn thương chiếm 43,5% và 38,5%.

- Hầu hết nam giới uống nhiều rượu bia và có nồng độ cồn trong máu cao hơn 50 mg/dl chiếm tới 99,4% so với tổng số trường hợp bị tai nạn giao thông, nhóm tuổi 19-29 uống nhiều rượu và có nồng độ cồn trong máu cao vượt mức cho phép (trên 50 mg/dl) chiếm 51,5%.

- Chấn thương sọ não ở bệnh nhân tai nạn giao thông tập trung nhiều ở những đối tượng có nồng độ cồn trong máu cao, chiếm tới 60,9%. Và

người uống rượu bia nhiều bị chấn thương sọ não cao gấp 0,24 lần so với người uống rượu bia ít.

- Kết quả trung bình tỉ lệ quy đổi SAC và BAC là 1,2, trong khoảng từ 0,91 – 3,16 với độ lệch chuẩn là 0,2.

- Với những mẫu máu được xét nghiệm trong khoảng thời gian từ 4-6 tiếng hầu như kết quả quy đổi nằm trong khoảng từ 1,0-2,0, và có một số trường hợp có tỉ lệ quy đổi cao hơn từ 2 – 3,16. Mỗi liên quan này là có ý nghĩa với $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Giao thông vận tải (2008), Luật giao thông đường bộ số 23/2008/QH12, tr. 44.
2. Bộ Y tế (2004), Báo cáo toàn cầu về phòng chống thương tích do giao thông đường bộ - Bản tóm tắt, Nhà xuất bản Y học, 95.
3. Cục Quản lý môi trường y tế (2008), Tình hình tử vong do tai nạn giao thông trên toàn quốc 2005-2006, Hà Nội, truy cập ngày 13/6/2011, tại trang web <http://203.20.210/homebyt/vn/portal/InfoDetail.jsp?area=222&...cat=1911>.
4. Cục Quản lý môi trường y tế (2009), Tình hình tai nạn thương tích năm 2009, truy cập ngày 13/6/2011, tại trang web <http://203.162.20.210/homebyt/vn/portal/InfoList.jsp?area=222&...cat=1911>.
5. Cục Quản lý môi trường y tế (2011), Thông báo tình hình tai nạn thương tích năm 2010 số 256/TB-MT ngày 27/4/2011.
6. Trường Đại học Y tế công cộng (2008), Báo cáo nghiên cứu tình hình tai nạn giao thông tại 3 tỉnh Yên Bái, Đà Nẵng và Bình Dương.
7. Margie Peden et al. (2004), World report on road traffic injury prevention, World Health Organization Geneva, 217.

UNG THƯ BÓNG VATER DI CĂN LÁCH: BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP

Phan Minh Trí*

TÓM TẮT⁶⁴

U thứ phát ở lách do di căn rất hiếm gặp. Chưa có báo cáo nào về ung thư bóng Vater di căn lách. Chúng tôi mô tả 1 trường hợp ung thư bóng Vater di căn lách tại bệnh viện Chợ Rẫy. Bệnh nhân Nữ, 65 tuổi được phẫu thuật cắt khối tá tụy kèm cắt lách. Các kết quả hình ảnh học trước mổ chẩn đoán u bóng Vater kèm theo khối u ở lách nghi ngờ do di căn. Giải phẫu bệnh sau mổ cho kết quả carcinoma bóng Vater di căn lách. Thời gian phẫu thuật là 7 giờ, nằm viện sau mổ là 7 ngày, không có bất cứ biến chứng gì sau mổ. Đây là báo cáo đầu tiên về ung thư bóng Vater di căn lách. Phương

pháp phẫu thuật cắt khối tá tụy và cắt lách là lựa chọn phù hợp. Bệnh nhân sẽ được hoá trị hỗ trợ sau mổ.

Từ khóa: ung thư bóng Vater, cắt khối tá tụy, di căn lách, di căn xa tối thiểu

SUMMARY

METASTASIS OF AMPULLARY CARCINOMA TO THE SPLEEN: CASE REPORT

Secondary metastatic tumors of the spleen are rare. There have been no reports of ampullary cancer metastasizing to the spleen. We describe a case of ampullary cancer metastasizing to the spleen at Cho Ray Hospital. The patient was a 65 year – old woman who had been performed a pancreatoduodenectomy and splenectomy. The preoperative imaging revealed a tumor of ampullary and a suspicious splenic mass related malignancy. The post-operative anapathology revealed the ampullary carcinoma metastasizing to the spleen. The operating time was 7 hours, postoperative hospital stay was 7 days, there was no any

*Bộ môn Ngoại – ĐHY Dược Tp.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trí

Email: drphanminhtri.md@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 30.3.2017

complication. This is the first report about a metastasis of ampullary carcinoma to the spleen. The surgery of pancreatoduodenectomy and splenectomy is a suitable approach. The patient will be received supported chemotherapy after that.

Keywords: ampullary cancer, pancreatoduodenectomy, splenic metastasis, oligometastasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thứ phát tại lách do di căn chiếm khoảng 7% trong tất cả các khối u tại lách [6]. Các ung thư nguyên phát từ vú, phổi, da thường cho di căn tới lách [6]. Theo tác giả Morgenstern [3] thì bất cứ ung thư từ cơ quan nào cũng có thể di căn lách. Theo tìm hiểu của chúng tôi, chưa thấy có báo cáo nào về ung thư bóng Vater di căn lách được công bố trước đây. Chúng tôi mô tả ở đây một trường hợp ung thư bóng Vater di căn đến lách. Thật khó để kết luận trước mổ là khối u tại lách là một u nguyên phát hay di căn. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ đã giúp chẩn đoán là carcinoma bóng Vater di căn đến lách.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, vào viện vì vàng da kèm đau bụng vùng trên rốn. Lúc nhập viện, bệnh nhân nặng 48 kg, cao 1,55m (BMI: 19), thể trạng gầy. Bệnh nhân có tiền căn có bệnh lý tăng huyết áp, lao phổi cách 6 năm, chưa từng mổ ở vùng bụng. Khi khám ghi nhận có vàng da, ấn đau vùng hạ sườn trái.

Xét nghiệm sinh hoá cho thấy Bilirubin tăng 5.09 mg/dl, chủ yếu là thành phần trực tiếp (4.71mg/dl), AST tăng 75 U/L, ALT tăng 84 U/L, CA 19.9 tăng 71.06 IU/ml, CEA tăng 1325 ng/ml, Albumin, Prealbumin, Amylase máu trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân được chụp CT scan bụng phát hiện giãn đường mật trong và ngoài gan, ống Wirsung dẫn 5 mm (hình 2), tổn thương giảm đậm độ trong lách kích thước khoảng 3 cm (hình 3). Không có dấu hiệu xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên hay tĩnh mạch cửa. Nội soi tá tràng ghi nhận u vùng bóng Vater (hình 1), có loét bề mặt, kết quả sinh thiết u trước mổ ghi nhận carcinoma tuyến bóng Vater biệt hoá trung bình. X quang ngực thẳng không ghi nhận di căn phổi (hình 4).



Hình 1: U bóng Vater qua nội soi tá tràng (Bệnh nhân Trần Thị Đ., 65 tuổi)



Hình 2: Giãn ống mật chủ và ống tụy chính



Hình 3: U tại lách nghi di căn



Hình 4: Không ghi nhận di căn phổi

Bệnh nhân được chẩn đoán K bóng Vater di căn lách vào ngày 09 tháng 12 năm 2016, chúng tôi tiến hành cắt khối tá tụy kèm cắt lách cho bệnh nhân. Tổn thương trong mổ ghi nhận khối u vùng bóng Vater khoảng 2 cm, chưa thấy có dấu hiệu xâm lấn tĩnh mạch mạc treo tràng trên và tĩnh mạch cửa, 1 u kích thước khoảng 3cm khu trú trong lách, mật độ chắc. Không ghi nhận di căn phúc mạc. Phẫu thuật kéo dài 7 giờ, lượng máu mất khoảng 200 ml, được truyền 700 ml máu trong mổ, bệnh nhân không phải truyền máu sau mổ.

Ngày hậu phẫu thứ 1 bệnh nhân đã có thể ngồi dậy, trung tiện được, các ống thông mũi dạ dày, ống thông tiểu được rút, đau vết mổ không

đáng kể. Ngày thứ 2 bệnh nhân đã trung tiện được, dẫn lưu ống tụy ra khoảng 100 ml dịch tụy, các ống dẫn lưu bụng ra ít dịch hồng, bệnh nhân được cho uống nước, ăn soup loãng. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ 7 sau mổ, không có bất cứ biến chứng gì trong suốt quá trình hậu phẫu.

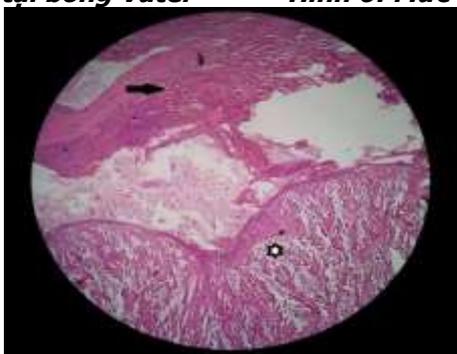
Giải phẫu bệnh (đã thực hiện nhuộm hóa mô miễn dịch bệnh phẩm u Vater và u di căn tại lách) sau mổ ghi nhận là carcinoma tuyến biệt hoá trung bình ở bóng Vater (hình 5), mức độ biệt hoá trung bình (hình 6), xâm lấn tá tràng và tụy, di căn hạch rốn gan và hạch dọc động mạch mạc treo tràng trên, di căn lách (hình 7), các diện cắt không có tế bào ung thư.



Hình 5: Carcinoma tuyến tại bóng Vater



Hình 6: Mức độ biệt hoá trung bình



Hình 7: Mô lách bình thường (vùng mũi tên đen), Carcinoma di căn lách (vùng hoa thị)

III. BÀN LUẬN

Ung thư bóng Vater chỉ chiếm khoảng 0,2% trong tổng số các u ác tính đường tiêu hóa nhưng phổ biến thứ hai trong các ung thư vùng quanh bóng Vater. Hơn một nửa số bệnh nhân ung thư bóng Vater có di căn hạch bạch huyết. Các hạch bạch huyết xung quanh bóng Vater thường là những hạch đầu tiên bị di căn. Tiếp đến là các hạch dọc động mạch mạc treo tràng trên, dạ dày, hạch rốn gan, hạch rốn lách ... Ngoài ra còn cho di căn đến dây thần kinh và mạch máu. Di căn xa phổ biến nhất là gan (66%), di căn phổi (22%) [5], [4]. Đã có trường hợp ghi nhận di căn xương và não [2]. Chưa có báo cáo nào trước đây ghi nhận di căn lách.

Đây là trường hợp đầu tiên được báo cáo là ung thư bóng Vater di căn đến lách. Mặc dù đã có các báo cáo về ung thư vú, ung thư phổi, ung thư da và đại tràng di căn tới lách [1], cơ chế di căn xa vẫn còn chưa rõ vì quá hiếm. Ở bệnh nhân này, dựa trên các xét nghiệm và hình ảnh học trước mổ, kết hợp với giải phẫu bệnh sau mổ, có thể kết luận là ung thư nguyên phát từ bóng Vater cho di căn đến lách. Di căn thể này có thể do lan tràn tế bào ung thư theo đường phúc mạc hoặc đường máu.

Ung thư biểu mô tuyến là dạng giải phẫu bệnh thường gặp nhất trong ung thư bóng Vater (theo SEER). Trong đó Adenocarcinoma chiếm 65% tổng số trường hợp, carcinoma chiếm 8,1%, các dạng khác như ung thư tuyến nhú (papillary adenocarcinoma) chiếm 5,6%, ung thư tuyến nhầy (mucinous adenocarcinoma) 4,7%, ung thư biểu mô tế bào vòng nhẫn (signet ring cell carcinoma) 2% [1,4].

Các tổn thương ác tính tại lách đã được mô tả thường nằm trong bệnh cảnh Lymphomas Hodgkin, Lymphomas non-Hodgkin, bệnh ung thư máu dòng bạch cầu cấp, ung thư máu dòng bạch cầu mạn và ung thư di căn tới lách. Trong đó ung thư di căn lách chiếm 7% trong số các tổn thương ác tính tại lách [2],[6]. Bệnh nhân này có kết quả giải phẫu bệnh tại lách là carcinoma, phù hợp với giải phẫu bệnh tại vùng bóng Vater.

Độ biệt hoá u: biệt hóa cao khi còn hình ảnh ống tuyến rõ, biệt hoá trung bình (các ống tuyến dính với nhau, nhưng còn cấu trúc ống rõ ràng), biệt hoá kém (không rõ hình dạng cấu trúc ống tuyến). Hình 6 cho thấy mức độ biệt hóa u ở đây ở mức trung bình.

Tác giả Hellman năm 1995 đã đưa ra khái niệm về di căn xa tối thiểu – oligometastasis – là tình trạng trung gian (≤ 5 di căn) giữa một ung thư nguyên phát và ung thư di căn nhiều nơi. Ý nghĩa lâm sàng của khái niệm này cho rằng nếu khối u nguyên phát được cắt bỏ, và khối u di căn cũng được kiểm soát bằng phẫu trị hoặc xạ trị, sẽ kéo dài thêm thời gian sống còn không u cho người bệnh và thậm chí điều trị khỏi. Trên bệnh nhân của chúng tôi, cắt lách giúp giảm khối tế bào ung thư là một chọn lựa hợp lý vì đây cũng là một trường hợp di căn xa tối thiểu.

IV. KẾT LUẬN

Carcinoma bóng Vater có thể di căn đến lách. Việc xác định trước mổ là khối u nguyên phát hay di căn tại lách tương đối khó khăn, giải phẫu bệnh sau mổ là tiêu chuẩn giúp chẩn đoán di căn lách. Cơ chế di căn và đánh giá giai đoạn ung thư còn chưa rõ ràng. Cần có nhiều báo cáo hơn để xác định tính chất quan trọng của dạng di căn hiếm gặp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Albores S., Schwartz AM et al. (2009).** Cancers of the ampulla of Vater: demographics, morphology, and survival based on 5625 cases from the SEER program. *J Surg Oncol.* 100(7): 598 – 605
2. **Ioannis A., Stergios D. (2009).** Bone and brain metastases from ampullary adenocarcinoma. *World J Gastroenterol,* 15(21): 2665 -2668.
3. **Morgenstern L., Rosenberg J., Geller S.(1985).** Tumors of the spleen. *World J Surg,* (9):468–476.
4. **Morini S., Perrone G. et al. (2013).** Carcinoma of the ampulla of Vater: morphological and immunophenotypical classification predicts overall survival. *Pancreas,* 42 (1): 60 -6
5. **Nafisa K Kuwajerwal et al.(2015).** Carcinoma of the Ampulla of Vater. *Medscape.*
6. **Shelton J., Michael D.(2012).** The spleen. *Sabiston. Elsevier,(19):1548-1562*
7. **Weichselbaum R., Hellman S. (2011).** a review of the literature. *Int J Surg Case Rep,* (12): 108-11
7. **Weichselbaum R., Hellman S. (2011).** Oligometastases revisited. *Nat Rev Clin Oncol,(8): 378-382.*

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA BẢNG ĐIỂM CURB-65 TRONG VIỆC PHÂN TẦNG MỨC ĐỘ NẶNG CHO BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHỀN MẠN TÍNH

TÓM TẮT⁶⁵

Đặt vấn đề: Bệnh nhân COPD vào viện vì đợt cấp chiếm tỷ lệ cao trong số các bệnh nhân cấp cứu, sớm phân tầng nguy cơ của các bệnh nhân đợt cấp COPD để có biện pháp xử trí kịp thời là rất quan trọng. **Mục tiêu:** Đánh giá giá trị của bảng điểm CURB-65 trong việc phân tầng nguy cơ ở những bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD). **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 419 bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện vào cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2014. **Kết quả:** Có 183 bệnh nhân (43,7%) phải thông khí nhân tạo không xâm nhập (TKKXN), AUROC của CURB-65 cho TKKXN trên bệnh nhân đợt cấp COPD là 0,57 với 95% CI là 0,52-0,62. Điểm cắt > 1 có độ nhạy là 0,612; độ đặc hiệu là 0,572; giá trị dự đoán dương tính là 0,526; giá trị dự đoán âm tính: 0,656. Có 41 bệnh nhân (9,8%) phải thông khí nhân tạo xâm nhập (TKXN), AUROC của CURB-65 cho TKXN trên bệnh nhân đợt cấp COPD là 0,90 với 95% CI là 0,87-0,93. Điểm cắt > 2 có độ nhạy là 0,781; độ đặc hiệu là 0,929; giá trị dự đoán dương tính là 0,542; giá trị dự đoán âm tính: 0,975. **Kết luận:** CURB-65 có thể là công cụ hữu ích giúp cho sự phân tầng nguy cơ thở máy xâm nhập ban đầu trên bệnh nhân đợt cấp COPD.

Key words: CURB-65, đợt cấp COPD, thông khí nhân tạo.

SUMMARY

STUDY ON THE PREDICTION VALUE OF CURB-65 ON MECHANICAL VENTILATION FOR PATIENTS WITH THE EXACERBATION OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASES

Objectives: to evaluate the prediction value of CURB-65 on mechanical ventilation for patients with the exacerbation of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD). **Study design:** retrospective study. **Subjects and methods:** 419 patient clinical files have been reviewed on the ICD10 code of the exacerbation of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) who were admitted to the Emergency Department of Bach Mai Hospital from January 2013 to June 2014. **Results:** 183 patients (43.7%) were on non-invasive mechanical ventilation (NIV), AUROC of CURB-65 for NIV on the exacerbation of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD) was 0.57 (CI 95% 0.52-0.62). With the cut-off >1, sensitivity was 0.612; and specificity was 0.572; positive prediction value (PPV) was 0.526; and negative prediction value (NPV) was: 0.656. 41 patients (9.8%) were on invasive mechanical ventilation (IMV), AUROC of CURB-65 for IMV was 0.90 (CI95% 0.87-0.93). With

the cut-off > 2, sensitivity was 0.781; specificity was 0.929; PPV and NPV were 0.542 and 0.975, respectively. **Conclusions:** CURB-65 was shown to be a good tool for the risk stratification of invasive mechanical ventilation on the patients with the exacerbation of chronic obstructive pulmonary diseases (COPD).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD – Chronic Obstructive Pulmonary Disease) là bệnh lý đường hô hấp hay gặp ở nhiều nước trên thế giới đây là vấn đề mang tính sức khỏe cộng đồng với chiều hướng gia tăng nhanh chóng cả về tỷ lệ mắc và số tử vong. Tỷ lệ bệnh nhân COPD vào viện vì đợt cấp rất cao trong số các bệnh nhân cấp cứu. Trong đó có đến hơn một nửa số bệnh nhân COPD nhập viện vì suy hô hấp cấp phải thông khí nhân tạo (TKNT). Việc dự đoán mức độ nặng là rất quan trọng tại các khoa cấp cứu để kịp thời xử trí cấp cứu cho bệnh nhân, do vậy sẽ cần phải có hệ thống điểm phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân đợt cấp COPD.

Bảng điểm CURB-65 được xây dựng bởi Lim và cộng sự [3]. Đây là bảng điểm đã có nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước sử dụng để phân tầng nguy cơ cho các bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng vào các nhóm xử trí khác nhau. Với 5 chỉ số: C (Thay đổi ý thức). U (Ure máu > 7mmol/l). R (Nhịp thở \geq 30 lần/phút). B (HA tâm thu < 90mmHg hoặc HA tâm trương \leq 60mmHg). 65 (Tuổi \geq 65), vậy bảng điểm CURB-65 có ý nghĩa phân tầng bệnh nhân đợt cấp COPD không?. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về bảng điểm CURB-65 giúp cho đánh giá phân tầng nguy cơ trên bệnh nhân đợt cấp COPD, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu sau: *Đánh giá giá trị phân tầng nguy cơ của điểm CURB-65 trên những bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

2.1.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Gồm bệnh án của 419 bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện vào Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2014. Tiêu chuẩn chẩn đoán đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính theo tiêu chuẩn của GOLD 2011 [4]

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tuổi < 40 tuổi

* Khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi

Email: chinvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2017

Ngày duyệt bài: 29.3.2017

- Đã thở máy ở tuyến trước
- COPD mắc các bệnh lý nặng kèm theo: Nhồi máu cơ tim, đột quỵ não cấp, suy tim, suy thận, bệnh lý thần kinh, tràn khí màng phổi, sốc.
- Các bệnh nhân không đủ thông số để tính điểm CURB-65

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang

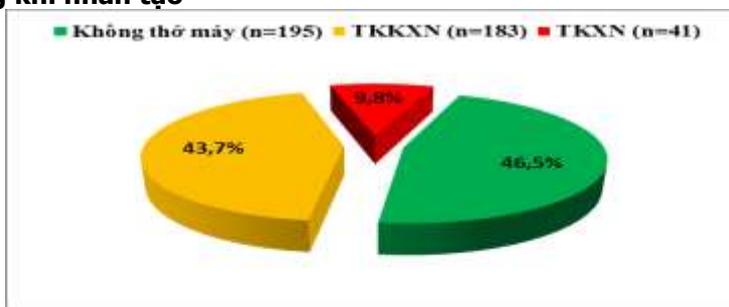
2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: mẫu thuận tiện

2.2.3. Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Các bệnh án đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được tiến hành ghi chép lại số liệu một cách hệ thống theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Các

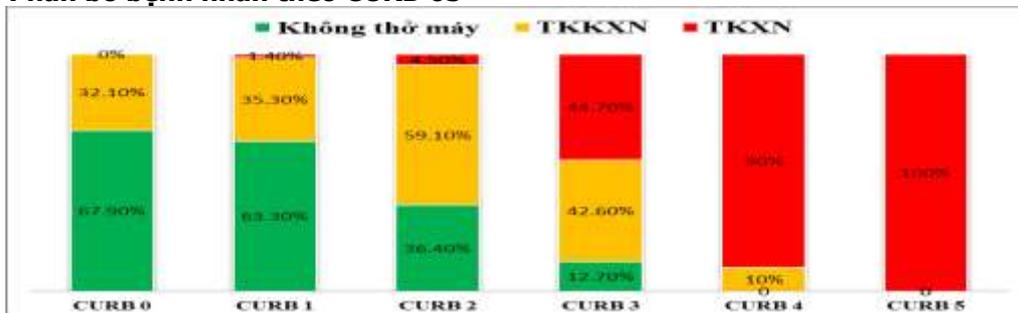
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ thông khí nhân tạo



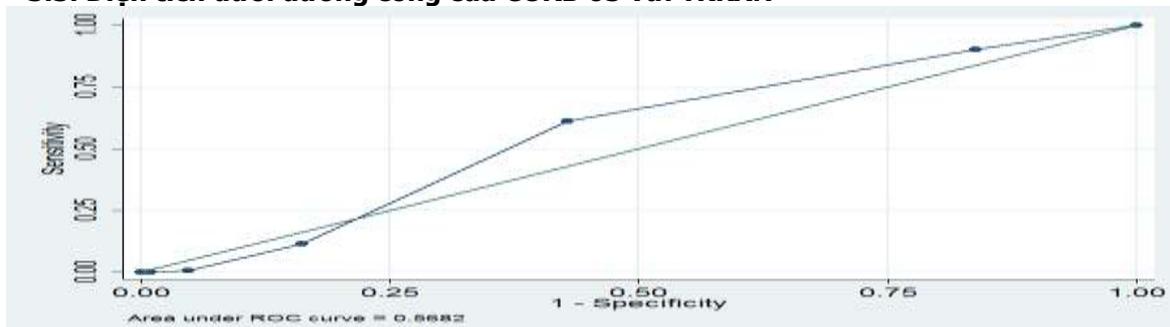
Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân phải TKNT (n=419)

3.2. Phân bố bệnh nhân theo CURB 65



Biểu đồ 2. Tỷ lệ bệnh nhân xếp theo điểm CURB-65

3.3. Diện tích dưới đường cong của CURB 65 với TKKXN



Biểu đồ 3. Diện tích dưới đường cong của CURB-65 đối với TKKXN

thông số của điểm CURB-65 được lấy tại thời điểm ngay lúc nhập khoa Cấp cứu.

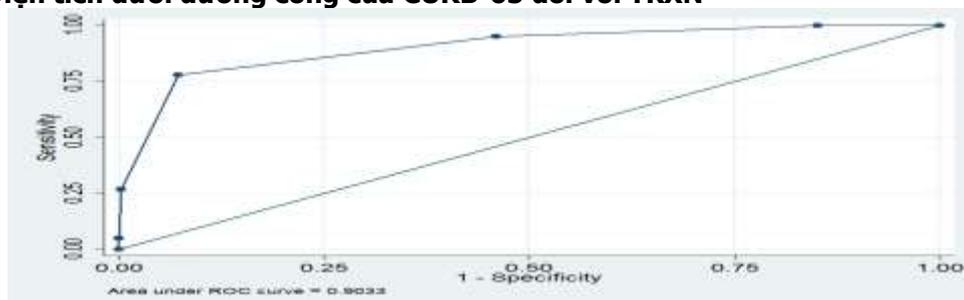
Bước 2: Dựa vào các thông số nghiên cứu, sắp xếp các đối tượng nghiên cứu theo thang điểm CURB-65. Có 5 mục chia điểm cho thang điểm CURB-65 dựa vào các thông tin bệnh nhân lúc vào viện theo bảng điểm CURB-65, (Thấp nhất 0 điểm, cao nhất 5 điểm).

Bước 3: Đánh giá giá trị dự đoán mức độ nặng cần thở máy của bảng điểm CURB-65.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: theo chương trình SPSS 16.0

(AUROC của CURB-65 là 0,57 với 95% CI: 0,52-0,62. Điểm cắt >1, độ nhạy là 0,612; độ đặc hiệu là 0,572; giá trị dự đoán dương tính là 0,526; giá trị dự đoán âm tính: 0,656).

3.4. Diện tích dưới đường cong của CURB-65 đối với TKXN



Biểu đồ 4. Diện tích dưới đường cong của CURB-65 đối với TKXN

(AUROC của CURB-65 là 0,90 với 95% CI: 0,87-0,93. Điểm cắt > 2, độ nhạy là 0,781; độ đặc hiệu là 0,929; giá trị dự đoán dương tính là 0,542; giá trị dự đoán âm tính: 0,975)

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ bệnh nhân phải TKNT: Trong 419 bệnh án của các đối tượng nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả như sau: có 195/419 bệnh nhân (46,5%) đáp ứng với điều trị nội khoa không thở máy, 183/419 (43,7%) bệnh nhân phải TKXN, đặc biệt có 41/419 (9,8%) bệnh nhân phải TKXN trong quá trình nằm viện tại khoa cấp cứu. Trong 41 bệnh nhân phải TKXN trong thời gian nằm tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai, có 32 bệnh nhân phải TKXN sớm trong 48 giờ đầu. Có 9 bệnh nhân TKXN trong 48 giờ đầu không đáp ứng được đặt nội khí quản TKXN. Vậy vấn đề đặt ra là trong 9 bệnh nhân này, liệu có phương pháp hay công cụ nào hỗ trợ giúp cho các bác sỹ có thể tiên lượng TKXN sớm hơn không, để rút ngắn thời gian điều trị, cũng như tránh được các biến chứng không mong muốn do TKXN gây nên. Đây cũng là điều mà chúng tôi đang muốn giải quyết.

2. Tỷ lệ bệnh nhân thở máy theo thang điểm CURB-65: Khi xếp 419 đối tượng nghiên cứu theo từng điểm CURB-65 chúng tôi thấy rằng:

- Số bệnh nhân phải thông khí nhân tạo không xâm nhập gặp ở nhóm bệnh nhân có điểm CURB-65 từ 0 điểm đến 4 điểm, trong đó nhóm bệnh nhân có 0 điểm CURB-65 có 18 bệnh nhân (32,1%), nhóm có 1 điểm CURB-65 là 53 bệnh nhân (35,3%), nhóm có 2 điểm CURB-65 là 91 bệnh nhân (59,1%), nhóm có 3 điểm CURB-65 là 20 bệnh nhân (42,6%), nhóm có 4 điểm CURB-65 là 1 bệnh nhân (10%).

- Số bệnh nhân phải thông khí nhân tạo xâm nhập gặp ở nhóm bệnh nhân có điểm CURB-65 từ 1 điểm đến 5 điểm, trong đó nhóm bệnh nhân có 1 điểm CURB-65 chỉ có 2 bệnh nhân

(1,4%), nhóm có 2 điểm CURB-65 là 7 bệnh nhân (4,5%), nhóm có 3 điểm CURB-65 là 21 bệnh nhân (44,7%), nhóm có 4 điểm CURB-65 là 9 bệnh nhân (90%), đặc biệt là 100% bệnh nhân có 5 điểm CURB-65 phải TKXN.

3. Giá trị dự đoán của CURB-65 cho TKXN trên bệnh nhân đợt cấp COPD

Biểu đồ 3 cho thấy: vùng diện tích dưới đường cong của CURB-65 cho thông khí nhân tạo không xâm nhập trên bệnh nhân đợt cấp COPD là 0,57 với 95% CI là 0,52-0,62. Điểm cắt > 1 có độ nhạy là 0,612; độ đặc hiệu là 0,572; giá trị dự đoán dương tính là 0,526; giá trị dự đoán âm tính: 0,656. Như vậy giá trị dự đoán sự cần thiết thở máy không xâm nhập của CURB-65 là không cao.

4. Giá trị dự đoán của CURB-65 cho TKXN trên bệnh nhân đợt cấp COPD

Biểu đồ 4 cho thấy: vùng diện tích dưới đường cong của CURB-65 cho thông khí nhân tạo xâm nhập trên bệnh nhân đợt cấp COPD là 0,90 với 95% CI là 0,87-0,93. Điểm cắt > 2 có độ nhạy là 0,781; độ đặc hiệu là 0,929; giá trị dự đoán dương tính là 0,542; giá trị dự đoán âm tính: 0,975. Như vậy giá trị dự đoán sự cần thiết phải thở máy xâm nhập của bảng điểm CURB-65 là rất cao.

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát cắt ngang 419 bệnh án của các bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện vào khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2014, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- 46,5% bệnh nhân không thở máy.

- 43,7% bệnh nhân phải TKKN, AUROC của CURB-65 cho TKKN trên bệnh nhân đợt cấp COPD là 0,57 với 95% CI là 0,52-0,62. Điểm cắt > 1 có độ nhạy là 0,612; độ đặc hiệu là 0,572; giá trị dự đoán dương tính là 0,526; giá trị dự đoán âm tính: 0,656.

- 9,8% bệnh nhân phải TKKN, AUROC của CURB-65 cho TKKN trên bệnh nhân đợt cấp COPD là 0,90 với 95% CI là 0,87-0,93. Điểm cắt > 2 có độ nhạy là 0,781; độ đặc hiệu là 0,929; giá trị dự đoán dương tính là 0,542; giá trị dự đoán âm tính: 0,975.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shorr AF, Sun X, Johannes RS, et al (2011). Validation of a Novel Risk Score for Severity of

Illness in Acute Exacerbations of COPD. *Chest*,140,1177-83

- 2. Shorr AF, Sun X, Johannes RS, et al (2012).** Predicting the need for Mechanical Ventilation in Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Comparing the CURB-65 and BAP-65 score. *Journal of Critical Care*,27,564-570.
- 3. Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, et al (2003).** Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. *Thorax*, 58(5):377-82.
- 4. GOLD (2011).** Global Strategy for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD. *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD)*. Update 2011. Available from: goldcopd.org. Accessed December 25, 2013.

NGHIÊN CỨU BƯỚC ĐẦU ÁP DỤNG KỸ THUẬT QF-PCR TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC KIỂU MẤT ĐOẠN NHỎ VÙNG AZFc TRÊN NHIỄM SẮC THỂ Y Ở NAM GIỚI VÔ SINH

Cao Thị Tài Nguyên¹, Nguyễn Trung Kiên¹,
Vũ Thị Nhuận¹, Nguyễn Chung Viêng², Trịnh Thị Bích Liên²

TÓM TẮT⁶⁶

Mục tiêu: bước đầu xác định khả năng áp dụng kỹ thuật QF-PCR trong chẩn đoán mất đoạn nhỏ vùng AZFc ở nam giới vô sinh có mật độ tinh trùng (MĐTT) $\leq 5 \times 10^6$ /mL và xác định các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc bằng kỹ thuật QF-PCR ở nam giới vô sinh có MĐTT $\leq 5 \times 10^6$ /mL. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành trên 48 mẫu (gồm có 3 nhóm: nhóm chứng 1 có 8 mẫu nam giới vô sinh bị mất hoàn toàn vùng AZFc (Bộ môn Y Sinh học Di truyền - Đại học Y Hà Nội), nhóm chứng 2 là 10 nam giới có khả năng sinh sản bình thường và nhóm nghiên cứu gồm 30 nam giới vô sinh có MĐTT $\leq 5 \times 10^6$ /mL tinh dịch) sử dụng kỹ thuật QF-PCR tại bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ năm 2016-2017. **Kết quả:** áp dụng được quy trình chẩn đoán mất đoạn nhỏ vùng AZFc trên NST Y bằng kỹ thuật QF-PCR với 5 dấu phân tử sY254, sY255, sY1191, sY1192, sY1291 với độ chính xác 100% so với kỹ thuật multiplex-PCR. Đây là công trình đầu tiên ở Việt Nam sử dụng kỹ thuật QF-PCR trong chẩn đoán các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc ở nam giới vô sinh. Tỷ lệ mất đoạn vùng AZFc là 6/30, trong đó có 2 trường hợp mất đoạn kiểu b2/b4, 3 trường hợp mất đoạn kiểu gr/gr và 1 trường hợp mất đoạn kiểu b2/b3. **Kết luận:** kỹ thuật QF-PCR có những ưu điểm nổi bật, độ chính xác cao, trả kết quả xét nghiệm nhanh và khả năng áp dụng rộng trên quy mô lớn. Chính vì vậy, cần triển khai kết hợp kỹ thuật này trong chẩn đoán trước sinh và chẩn đoán vô sinh nam cho nhóm nam giới có MĐTT $\leq 5 \times 10^6$ /mL tinh dịch.

Từ khóa: AZFc; mật độ tinh trùng $\leq 5 \times 10^6$ /mL; QF-PCR.

SUMMARY

DETECTION OF AZFc MICRODELETIONS ON Y CHROMOSOME IN MALE INFERTILITY BY QF-PCR ASSAY

Objective: Applying and adjusting QF-PCR assay in diagnosis of AZFc microdeletions on Y chromosome in men with severe oligozoospermia (≤ 5 million sperm/mL ejaculate fluid) and azoospermia; evaluating the detection power and accuracy of this approach. **Subject and method:** The quantitative

fluorescent - PCR (QF-PCR) tests were performed on a total of 48 samples (8 samples of known AZFc microdeletion results, 30 blood samples of spermatozoal deficiency (severe oligozoospermia and azoospermia) and 10 fertile males). **Result:** This is the first QF-PCR test for the diagnosis of AZFc microdeletions on Y chromosome in spermatozoal deficiency in Vietnam, having used successfully 5 STSs (sY254, sY255, sY1191, sY1192 and sY1291). There were 6 out of 30 samples having AZFc microdeletions (two kinds of b2/b4, three kinds of gr/gr and one kind of b2/b3). **Conclusion:** Due to simple technique and data analysis, as well as easy implementation within routine clinical services, this method is of great clinical application value and could be widely applied.

Keywords: AZFc; severe oligozoospermia and azoospermia; QF-PCR

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất đoạn nhỏ vùng AZF (AZF – Azoospermia factor) trên nhiễm sắc thể (NST) Y là một trong những nguyên nhân di truyền thường gặp gây vô sinh nam ở nam giới có MĐTT $\leq 5 \times 10^6$ /mL tinh dịch [1,6]. Ba vùng AZF trên NST Y liên quan đến quá trình sinh tinh ở nam giới là AZFa, AZFb và AZFc. Mất đoạn nhỏ vùng AZFc có 2 loại là mất hoàn toàn vùng AZFc (b2/b4) hoặc mất một phần vùng AZFc (mất đoạn gr/gr, b1/b3 và b2/b3). Tỷ lệ mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc ở Việt Nam khoảng 5-10% [5,6]. Mất đoạn gr/gr là loại thường gặp nhất trong mất đoạn một phần vùng AZFc. Việt Nam là nước có tỷ lệ mất đoạn gr/gr cao, chiếm 15%; thấp hơn là Tunisia (7,1%), Ấn Độ (6,7%), Ba Lan (2,5%) và Mỹ (2,1%) [7]. Hiện nay tại các phòng xét nghiệm ở Việt Nam, người ta sử dụng kỹ thuật di truyền tế bào để xác định karyotype và Multiplex PCR để tìm mất đoạn hoàn toàn các vùng AZF ở nam vô sinh có karyotype là 46,XY. Theo khuyến cáo của Viện Hàn Lâm Nam học Châu Âu/Mạng lưới kiểm định chất lượng Di truyền phân tử Châu Âu (EAA/EMQN – European Academy of Andrology/ European Molecular Genetics Quality Network) (2014), mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc được phát hiện bằng 2 dấu phân tử sY254 và sY255. Để phát hiện mất đoạn một phần vùng AZFc cần phải sử dụng thêm 4 dấu phân tử sY1189, sY1191, sY1192 và sY1291. Mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc sẽ không xuất hiện các đỉnh hình

¹Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Phụ sản thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Tài Nguyên

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

quang (peak) của 6 dấu phân tử [7]. Mất đoạn một phần kiểu gr/gr sẽ không có peak của sY1291 [2]. Mất đoạn b2/b3 sẽ không có peak tại sY1191 và sY1192; mất đoạn kiểu b1/b3 sẽ không có peak của dấu phân tử sY1191 và sY1291 [4]. Kỹ thuật QF-PCR có nhiều ưu điểm như giá thành rẻ, độ chính xác cao, trả kết quả nhanh... tuy nhiên, nó mới chỉ được sử dụng trong chẩn đoán trước sinh ở Việt Nam. Từ thực tế đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với 2 mục tiêu:

- *Bước đầu xác định khả năng áp dụng kỹ thuật QF-PCR trong chẩn đoán mất đoạn nhỏ vùng AZFc ở nam giới vô sinh có mật độ tinh trùng $\leq 5 \times 10^6$ /mL.*

- *Xác định các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc bằng kỹ thuật QF-PCR ở nam giới vô sinh có mật độ tinh trùng $\leq 5 \times 10^6$ /mL.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm có 3 nhóm: nhóm nghiên cứu là nam giới tuổi từ 18-49 đến khám vô sinh tại Khoa Hiếm muộn có kết quả MĐTT $\leq 5 \times 10^6$ /mL - Bệnh viện phụ sản Thành phố Cần Thơ từ tháng 08/2016-12/2016; nhóm chứng 1: 8 mẫu ADN của nam giới vô sinh bị mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc đã được bộ môn Y Sinh học Di truyền - Đại học Y Hà Nội xác định bằng kỹ thuật

Multiplex-PCR và nhóm chứng 2 là 10 mẫu nam giới có khả năng sinh sản bình thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

- Nội dung nghiên cứu: bước đầu áp dụng quy trình kỹ thuật QF-PCR sau khi đã chuẩn hóa để xác định các kiểu đột biến mất đoạn nhỏ vùng AZFc trên NST Y ở nam giới vô sinh bằng 6 dấu phân tử sY254, sY255, sY1189, sY1191, sY1192 và sY1291.

- Phương pháp nghiên cứu:

Bước 1: Tách chiết ADN từ máu của 40 nam giới bằng kit của Geneall (Hàn Quốc) và lưu trữ 48 mẫu ADN ở -20°C .

Bước 2: Trình tự 6 cặp mỗi (mỗi xuôi đánh dấu huỳnh quang) với kích thước sản phẩm PCR tối đa là 600bp (sử dụng thang chuẩn LIZ) (Bảng 1). Sáu cặp mỗi đồng khô hàm lượng 10.000pmole do Lifetech sản xuất.

Bước 3: thực hiện phản ứng QF-PCR cho 6 cặp mỗi. Thành phần phản ứng của kỹ thuật QF-PCR với tổng thể tích cho 1 phản ứng là 25 μL : trong đó mastermix PCR với nồng độ cuối cùng là 2X, thể tích cho 1 mẫu là 5 μL ; mỗi mỗi với nồng độ cuối cùng là 5pmole, thể tích cho 1 mẫu là 0,5 μL (12 mỗi); nước cất khử ion 2 lần 13,5 μL và ADN mẫu là 0,5 μL .

Chu trình nhiệt QF-PCR: 95°C : 1 phút; 30 chu kỳ (95°C : 20 giây – 56°C : 1 phút – 68°C : 1 phút 30 giây); 68°C : 5 phút; 4°C : ∞ .

Bảng 1. Trình tự mỗi của 6 cặp dấu phân tử dùng để phát hiện vùng AZFc ở nam giới

Marker	Vị trí NST	Trình tự mỗi (5'–3')	Màu huỳnh quang	Kênh màu	Kích thước gen (bp)	Nguồn tham khảo
sY254-F	AZFc	GGGTGTTACCAGAAGGCAAA	FAM		380	Krausz (2014)
sY254-R		GAACCGTATCTACCAAAGCAGC				
sY255-F	AZFc	GTTACAGGATTCGGCGTGAT	FAM		123	Krausz (2014)
sY255-R		CTCGTCATGTGCAGCCAC				
sY1189-F	AZFc	TGGGCGAGGACTTTATGACT	FAM		564	
sY1189-R		AGTCTCACTCTGTCGCCC				
sY1191-F	AZFc	CCAGACGTTCTACCCTTTTCG	VIC		385	Rozen (2012)
sY1191-R		GAGCCGAGATCCAGTTACCA				
sY1192-F	AZFc	ACTACCATTTCTGGAAGCCGG	NED		255	Rozen (2012)
sY1192-R		CTCCCTTGGTTCATGCCATT				
sY1291-F	AZFc	TAAAAGGCAGAACTGCCAGG	VIC		527	
sY1291-R		GGGAGAAAAGTTCTGCAACGT				

Bước 4: Điện di mao quản sản phẩm QF-PCR trên máy phân tích trình tự ABI3500. Cho 4 μL Liz600 và 200 μL Hi-Di Formamide vào tuyp 1,5mL. Vortex và spin down 800 vòng/phút trong 5 giây. Cho 15 μL hỗn hợp trên vào plate 96 giếng. Thêm vào 0,5 μL sản phẩm QF-PCR

Đặt vào máy phân tích di truyền ABI 3500 với điều kiện điện di như sau: application type fragment, cap 50cm, polymer Pop7, dyeset G5, over temp 60s, run 1300s, run voltages 19,5Kvol, prerun time 180s, voltage 15Kvol, injection time 15s, injection voltage 3s, data delay 1s.

Bước 5: phân tích bằng phần mềm Genemarker V2.6.3.

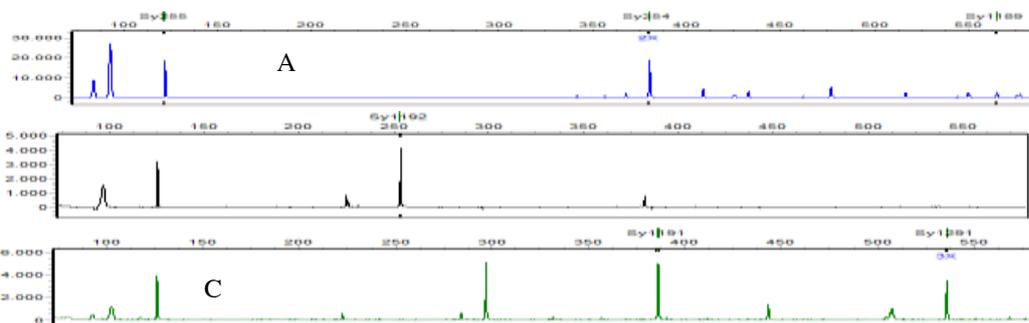
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá khả năng áp dụng kỹ thuật QF-PCR

3.1.1. Kết quả nhóm chứng 1 và nhóm chứng 2 phát hiện bằng kỹ thuật QF-PCR

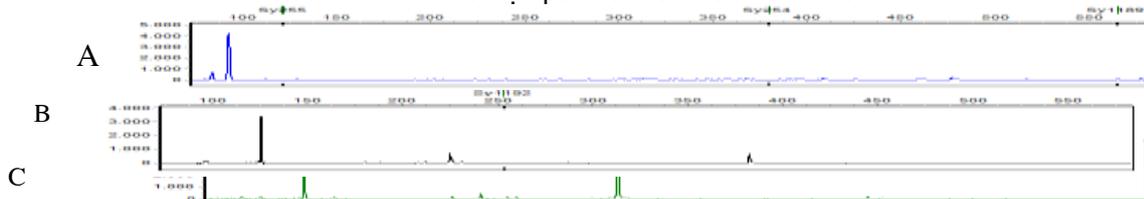
Với 4 cặp dấu phân tử tham khảo trình tự mỗi của các tác giả, kết quả QF-PCR cho thấy vị trí các peak sY254, sY255, sY1191, sY1192 xuất hiện đúng kích thước ở nam giới có khả năng

sinh sản bình thường (sY255: 123bp, sY1192: 255bp, sY254: 380bp, sY1191: 385bp) (Hình 1A,B,C). Trình tự mỗi ngược của sY1291, chúng tôi thiết kế dài hơn 1 nucleotid so với của Rozen et al. (2012) để nhiệt độ phản ứng PCR có thể sử dụng chung chu trình nhiệt là 56°C, kết quả ghi nhận tại vị trí 536bp có xuất hiện peak (dài hơn 9 Nu so với trình tự tham khảo của Rozen). Như vậy, ở nhóm chứng 1, nam giới bị mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc không xuất hiện các peak của các dấu phân tử tại các vị trí trên (Hình 2A,B,C).



Hình 1. Nam giới có khả năng sinh sản bình thường.

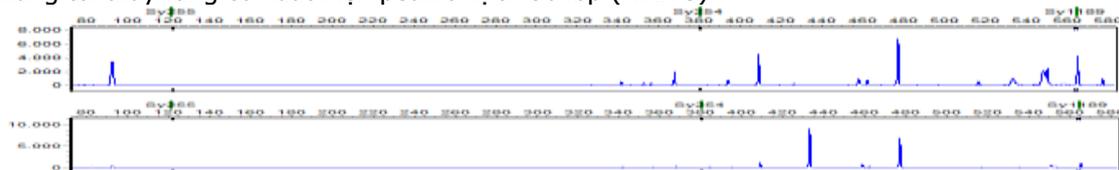
A. Xuất hiện peak của sY254, sY255 và sY1189. B. Xuất hiện peak của sY1192 (màu đen). C. Xuất hiện peak của sY1191 và sY1291.



Hình 2. Nam giới bị mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc.

A. Không xuất hiện peak của sY254, sY255. B. Không xuất hiện peak của sY1192. C. Không xuất hiện peak của sY1191 và sY1291.

Trình tự mỗi sY1189 thiết kế để khuếch đại đoạn gen có kích thước 564bp vì thang chuẩn LIZ chỉ phát hiện được đoạn gen có kích thước tối đa là 600bp (Trình tự mỗi sY1189 của Rozen khuếch đại đoạn gen có kích thước 755bp). Bằng kỹ thuật QF-PCR, cặp mỗi sY1189 xuất hiện peak ở nhiều vị trí, trong đó peak ở vị trí 564bp là của vùng AZFc (GRch38.p7). Mỗi xuôi sY1189 được đánh dấu bằng màu FAM nên cho peak màu xanh giống sY254 và sY255. Nhóm nam giới có khả năng sinh sản bình thường sẽ xuất hiện peak ở vị trí 564bp, nam giới bị mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc sẽ không xuất hiện peak tại vị trí này. Tuy nhiên, ở cả nam giới có khả năng sinh sản bình thường và ở nhóm chứng 1, chúng tôi thấy rằng có xuất hiện peak ở vị trí 564bp (Hình 3).



Hình 3. Vị trí peak 564bp của sY1189 ở nhóm chứng 1.

Từ đó, thấy rằng kỹ thuật QF-PCR cho kết quả chính xác 100% giống với kỹ thuật Multiplex-PCR đang được sử dụng trong chẩn đoán đột biến mất đoạn nhỏ vùng AZFc ở nam giới vô sinh tại Việt Nam.

3.2. Xác định các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc của đối tượng nghiên cứu**Bảng 3. Tỷ lệ đột biến mất đoạn nhỏ vùng AZFc**

Vùng AZFc	n=30	%
Có đột biến mất đoạn nhỏ	6	20
Không có đột biến mất đoạn nhỏ	24	80
Tổng	30	100

Kết quả QF-PCR cho thấy có 6/30 nam giới bị mất đoạn nhỏ vùng AZFc, chiếm 20%.

Bảng 4. Tỷ lệ các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc của đối tượng nghiên cứu

Các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc	n=6	%
b2/b4	2	33,3
gr/gr	3	50
b2/b3	1	16,7
b1/b3	0	0
Tổng	6	100

Có 2 kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc là mất hoàn toàn vùng AZFc (b2/b4) chiếm 33,3% và mất một phần vùng AZFc chiếm 66,7%, trong đó gr/gr chiếm 50%, b2/b3 chiếm 16,7%.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đánh giá khả năng áp dụng kỹ thuật**

QF-PCR: Với trình tự mỗi của sY254, sY255, sY1191, sY1192 đã khuếch đại được đoạn gen với kích thước sản phẩm tương ứng đã được trình bày ở bảng 1. sY1291 xuất hiện peak tại vị trí 536bp, dài hơn 9 nucleotide so với kích thước đoạn gen mong muốn khuếch đại. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Alechine *et al.* (2016), nghiên cứu thấy rằng sY1291 xuất hiện ở vị trí 538bp ở nhóm nam giới có nhóm gen (haplogroup) R1b1a2 với lặp T 39 lần [1]. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả cũng ghi nhận sY1291 còn xuất hiện ở vị trí 517bp ở nam giới có nhóm gen Q1a3a1 do lặp nucleotid T 16 lần. Như vậy, kích thước đoạn gen khuếch đại có thể khác nhau ở từng nhóm người.

Cặp mỗi sY1189 tự thiết kế, kết quả điện di mao quản xuất hiện peak ở vị trí 564bp và nhiều peak ở vị trí khác (không thuộc vùng AZFc) ở nam giới có khả năng sinh sản bình thường và nam giới bị mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc. Kiểm tra lại trình tự mỗi của 6 cặp dấu phân tử trên NCBI (GRch38.p7) cho thấy vùng AZFc được khuếch đại bắt đầu từ vị trí 22.726.650bp đến 24.853.400bp. Cặp mỗi sY1189 khuếch đại đoạn gen với kích thước 564bp ở 2 vị trí là 23.359.041-23.359.568bp và 26.311.031-26.311.594. Như vậy, chỉ có vị trí 23.359.041-23.359.568bp là nằm trong vùng AZFc nghiên cứu. Có lẽ đây là nguyên nhân tại sao cặp mỗi sY1189 xuất hiện ở cả nam giới bình thường và nam giới bị mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc. Theo nghiên cứu của Alimardanian *et al.* (2016), nam giới không có peak của sY1291 được xác định là mất đoạn gr/gr [2]. Mất đoạn b1/b3 khi kết quả điện di không thấy xuất hiện peak của

sY1191 và sY1291 [4]. Qua đó thấy rằng, nhiều tác giả không sử dụng sY1189 để xác định các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc.

4.2. Xác định các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc của đối tượng nghiên cứu:

Mất đoạn nhỏ vùng AZFc có 2 loại là mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc và mất đoạn một phần vùng AZFc. Mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc còn gọi là b2/b4. Mất đoạn một phần vùng AZFc có 3 kiểu là gr/gr, b2/b3 và b1/b3. Mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc sẽ không xuất hiện các đỉnh huỳnh quang (peak) của 6 dấu phân tử [7]. Tuy nhiên, sY1189 không đặc hiệu trong vùng AZF nên nam giới không xuất hiện peak ở 5 vị trí của các dấu phân tử sY254, sY255, sY1191, sY1192 và sY1291 là nam giới bị mất đoạn b2/b4. Mất đoạn một phần kiểu gr/gr sẽ không có peak của sY1291 [2]. Mất đoạn b2/b3 sẽ không có peak tại vị trí của sY1191 và sY1192; mất đoạn kiểu b1/b3 sẽ không có peak của 2 dấu phân tử sY1191, sY1292 [4]. Tỷ lệ mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc (b2/b4) là 33,3%, thấp hơn nghiên cứu của Phan Thị Hoan (2013) là 45% và cao hơn của Nguyễn Đức Nhựt (2015) là 26,33% và Rozen *et al.* (2012) không phát hiện được trường hợp nào bị mất đoạn b2/b4 trên 107 mẫu nam giới thu thập ở Hà Nội và Huế [5,6,7]. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ mất đoạn nhỏ vùng AZFc trên thế giới cho thấy có sự khác nhau tùy theo vùng và dân tộc [3]. Mất đoạn gr/gr là 50% thấp hơn so với nghiên cứu của Rozen *et al.* (2012) là 94,1% [7]. Sự khác biệt có lẽ do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn so với tác giả. Chúng tôi cũng ghi nhận có 1 trường hợp nam giới bị mất đoạn kiểu b2/b3 và chưa ghi nhận được trường hợp nào bị mất đoạn kiểu b1/b3. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Rozen *et al.* (2012) tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

- Từ kết quả trên, kỹ thuật QF-PCR có độ chính xác 100% giống với kỹ thuật Multiplex-PCR. Có thể sử dụng kỹ thuật này trong chẩn đoán các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc ở nam giới vô sinh với 5 cặp dấu phân tử sY254, sY255, sY1191, sY1192 và sY1291.

- Tỷ lệ có đột biến vùng AZFc là 6/30, trong đó có 2 trường hợp mất đoạn hoàn toàn vùng AZFc (b2/b4), 4 trường hợp mất đoạn một phần vùng AZFc (3 trường hợp mất đoạn kiểu gr/gr và 1 trường hợp mất đoạn kiểu b2/b3).

KIẾN NGHỊ

Thực hiện trên cỡ mẫu lớn hơn để xác định tỷ lệ các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFc bằng kỹ thuật QF-PCR ở nam giới vô sinh có mật độ tinh trùng $\leq 5 \times 10^6$ /mL.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Sở Khoa học Công nghệ Thành phố Cần Thơ đã tài trợ tài chính, Bộ môn Y Sinh học – Di truyền Đại học Y Hà Nội, Ban Giám đốc và tập thể cán bộ Khoa Hiếm muộn - Khoa Xét nghiệm Di truyền học Bệnh viện phụ sản Thành phố Cần Thơ đã hỗ trợ chúng tôi hoàn thành nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alechine, E., W. Schempp, D. Corach. 2016. Characterization of the AZF region of the Y

chromosome in Native American haplogroup Q. Master Thesis Dissertation for the degree of Master of Science International Master Program in Biomedical Sciences.

- Alimardanian, L., K. Saliminejad, S. Razi & A. Ahani. 2016. Analysis of partial azoospermia factor c deletion and DAZ copy number in azoospermia and severe oligozoospermia. *Andrologia*, xx, 1–5
- Carolina, G., M. Cunha, E. Rocha, S. Fernandes, J. Silva, L. Ferraz, C. Oliveira, A. Barros, M. Sousa. 2016. Y-chromosome microdeletions in nonobstructive azoospermia and severe oligozoospermia. *Asian Journal of Andrology*, 18:1–8.
- Choi, D.K., I.H. Gong, J.H. Hwang, J.J. Oh, J.Y. Hong, 2012. Detection of Y chromosome microdeletions is valuable in the treatment of patients with nonobstructive azoospermia and oligoasthenoteratozoospermia: sperm retrieval rate and birth rate. *Korean J Urol*, 54: 111-116.
- Phan Thị Hoan, Trần Đức Phấn, Lương Thị Lan Anh và cộng sự, 2013. Phát hiện mất đoạn nhỏ trên nhiễm sắc thể Y ở các bệnh nhân vô sinh nam không có tinh trùng hoặc ít tinh trùng. *Y học Việt Nam* tháng 3 – Số đặc biệt/2013, 623-629.
- Nguyễn Đức Nhựt, 2015. Nghiên cứu bất thường nhiễm sắc thể và phát hiện mất đoạn AZFabc ở những nam giới vô tinh và thiếu tinh nặng. Luận án Tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Rozen SG, Marszalek JD, Irenze K, Skaletsky H, Brown LG, Oates RD, Silber SJ, Ardlie K, Page DC., 2012. AZFc deletions and spermatogenic failure: A population-based survey of 20,000 Y chromosomes. *Amer J Hum Genet*, 91:890-896.

NGHIÊN CỨU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG ĐI LẠI DỰA TRÊN CHỈ SỐ WISCI CỦA BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG TỦY SỐNG

Nguyễn Thị Kim Liên*

TÓM TẮT⁶⁷

36 bệnh nhân chấn thương tủy sống điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2015- 6/2015 nhằm đánh giá khả năng phục hồi chức năng đi lại của bệnh nhân chấn thương tủy sống. **Phương pháp:** Tiến cứu, mô tả, can thiệp tự đối chứng. **Kết quả:** Có sự cải thiện đáng kể khả năng đi lại theo chỉ số đi lại của bệnh nhân tổn thương tủy sống WISCI (walking index of spinal cord injury) ($p < 0,01$) và mức độ tổn thương tủy theo ASIA ($p < 0,01$) sau phục hồi chức năng 1 tháng trên bệnh nhân tổn thương tủy sống. **Kết luận:** Tập phục hồi chức năng có ý nghĩa tích cực trong việc cải thiện khả năng đi lại

theo điểm WISCI và cải thiện mức độ tổn thương tủy sống theo ASIA của bệnh nhân tổn thương tủy sống.

Từ khóa: chấn thương tủy sống, đi lại, WISCI, ASIA.

SUMMARY

STUDY IN WALKING REHABILITATION OF SPINAL CORD INJURY PATIENTS BASED ON WALKING INDEX OF SPINAL CORD INJURY (WISCI)

36 spinal cord injury patients, who had been treated in Rehabilitation Centre, Bach Mai hospital from January to Jun 2015 to determine walking rehabilitation ability of spinal cord injury patients. **Methods:** Descriptive, prospective study with with controlled intervention. **Results:** The walking ability based on Walking index of spinal cord injury (WISCI) and the ASIA level of the patients were improved after one month of rehabilitation when compared to before convention ($p < 0.01$). **Conclusions:** Rehabilitation has positive implications for improving WISCI score and ASIA grade in patients with spinal cord injury.

Key words: spinal cord injury, walking, WISCI, ASIA.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Liên

Email: lienrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 22.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 27.3.2017

Ngày duyệt bài: 4.4.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống có liệt tủy là một thương tổn nặng nề, có thể gây tử vong cho nạn nhân hoặc nếu qua khỏi cũng để lại rất nhiều di chứng tàn tật gây nhiều khó khăn cho bệnh nhân về nhiều mặt ngay cả việc thực hiện các nhu cầu thiết yếu của bản thân. Phục hồi chức năng vận động là một trong những mục tiêu cơ bản và quan trọng giúp người bệnh có thể tái hội nhập xã hội.

Hiện ở Việt Nam có rất ít đề tài đánh giá kết quả phục hồi chức năng đi lại của bệnh nhân liệt tủy do chấn thương cột sống. Để góp phần vào công tác điều trị và đúc rút kinh nghiệm về sau, nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định khả năng phục hồi chức năng đi lại theo thang chỉ số WISCI của bệnh nhân tổn thương tủy sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 36 bệnh nhân chấn thương tủy sống điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2015- 6/2015.

- *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.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Bệnh nhân có tổn thương phối hợp như chấn thương sọ não, gãy xương chi.

2. Phương pháp nghiên cứu

-*Phương pháp nghiên cứu:* Phương pháp nghiên

cứ mô tả, tiến cứu kết hợp can thiệp tập luyện.

- Phương pháp chọn mẫu: mẫu thuận tiện.

- Các chỉ số nghiên cứu:

+ Xác định tuổi, giới, nghề nghiệp hiện tại, thời gian bị bệnh.

+ Xác định nguyên nhân chấn thương, xác định biện pháp đã can thiệp sau chấn thương: phẫu thuật hoặc không phẫu thuật.

+ Xác định vị trí tổn thương tủy (thuộc tủy cổ, tủy ngực, tủy thắt lưng).

+ Xác định mức độ tổn thương theo bảng phân loại ASIA của hiệp hội tổn thương tủy sống Hoa Kỳ [1].

+ Đánh giá khả năng đi lại của bệnh nhân dựa theo thang chỉ số đi lại WISCI (Walking Index for Spinal Cord Injury)

+ Sự cải thiện mức độ tổn thương theo bảng phân loại ASIA về cảm giác và vận động.

- **Tiến hành can thiệp:** Hướng dẫn và luyện tập

+Thời gian và cường độ: Bệnh nhân được hướng dẫn và theo dõi tập luyện 1 giờ/lần, 5 lần/tuần. Thời gian còn lại, bệnh nhân tự tập hàng ngày dưới sự theo dõi và hỗ trợ của người nhà bệnh nhân.

+ Cách thực hiện: Bệnh nhân được tập các bài tập theo tầm vận động khớp, tập chủ động có kháng trở, tập đi lại với dụng cụ trợ giúp hoặc không có dụng cụ trợ giúp.

- **Quy trình đánh giá:**

*Đánh giá khả năng đi lại của bệnh nhân dựa theo thang điểm WISCI (Walking Index for Spinal Cord Injury) từ mức 0 đến 20 [2]:

Cấp độ	Thiết bị hỗ trợ	Nẹp	Người hỗ trợ	Khoảng cách di chuyển
0				Không thể di chuyển
1	Thanh song song	Có	2 người	<10m
2	Thanh song song	Có	2 người	10m
3	Thanh song song	Có	1 người	10m
4	Thanh song song	Không	1 người	10m
5	Thanh song song	Có	0 người	10m
6	Khung tập đi	Có	1 người	10m
7	2 nạng	Có	1 người	10m
8	Khung tập đi	Không	1 người	10m
9	Khung tập đi	Có	0 người	10m
10	1 gậy, 1 nạng	Có	1 người	10m
11	2 nạng	Không	1 người	10m
12	2 nạng	Có	0 người	10m
13	Khung tập đi	Không	0 người	10m
14	1 gậy, 1 nạng	Không	1 người	10m
15	1 gậy, 1 nạng	Có	0 người	10m
16	2 nạng	Không	0 người	10m
17	Không	Không	1 người	10m
18	Không	Có	0 người	10m
19	1 gậy, 1 nạng	Không	0 người	10m

20	Không	Không	0 người	10m
----	-------	-------	---------	-----

- Thời điểm đánh giá:
+ Lần thứ 1: Đánh giá khả năng thực hiện đi lại trước can thiệp.

+ Lần thứ 2: Đánh giá khả năng thực hiện đi lại sau can thiệp.

*Đánh giá mức độ tổn thương nặng, vừa, nhẹ: Mức độ nặng tương ứng với mức độ ASIA A; Mức độ tổn thương vừa tương ứng với mức độ ASIA B, C; Mức độ tổn thương nhẹ tương ứng với mức độ ASIA D; Đánh giá tiến triển theo bảng phân loại ASIA và điểm WISCI.

3.2. Kết quả sau 1 tháng can thiệp phục hồi chức năng:

Bảng 3.1. Điểm WISCI trung bình trước và sau phục hồi chức năng

WISCI	Trung bình	Độ lệch	T	p
Trước	1,3	3,8	3,7	< 0,001
Sau	4,3	6,2		
Chênh lệch	-3,0	5,0		

Sau phục hồi chức năng 1 tháng, mức điểm WISCI trung bình có cải thiện rõ rệt, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê so với trước phục hồi ($p < 0,001$).

3.3. Đánh giá mức độ tổn thương tùy theo ASIA:

Bảng 3.2. Sự cải thiện ASIA trước và sau phục hồi chức năng

ASIA	Trung bình	Độ lệch	T	p
Trước	3,1	1,1	5,24	<0,001
Sau	2,5	1,1		
Chênh lệch	0,68	0,78		

Sau phục hồi chức năng mức độ tổn thương ASIA có cải thiện so với trước phục hồi chức năng ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Sự cải thiện khả năng đi lại sau một tháng phục hồi chức năng: Có sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) về điểm WISCI của bệnh nhân sau 1 tháng can thiệp tập phục hồi chức năng. Thực vậy, các biện pháp phục hồi là có hiệu quả cải thiện khả năng đi lại của bệnh nhân tổn thương tủy sống.

Tỷ lệ bệnh nhân bắt đầu có thể sử dụng các dụng cụ như thanh song song, gậy, khung tập đi, dưới sự trợ giúp của 1-2 người... tăng lên ở nhóm sau phục hồi chức năng là điều dễ hiểu do bệnh nhân được phục hồi chức năng và các thương tổn cũng đang trong giai đoạn hồi phục nên đã cải thiện mức đi lại một cách đáng kể chỉ sau 1 tháng PHCN.

Bệnh nhân không có sự cải thiện chức năng đi lại theo WISCI phần lớn ở nhóm không thể đi lại được (13/14 bệnh nhân, không sử dụng được dụng cụ trợ giúp). Điều này cho thấy khả năng sử dụng được dụng cụ trợ giúp ngay khi bắt đầu phục hồi chức năng cũng góp phần tiên lượng khả năng cải thiện mức độ đi lại cho bệnh nhân tổn thương tủy sống.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Trong số 36 bệnh nhân nghiên cứu có 29 bệnh nhân nam, chiếm 80,6% và 7 bệnh nhân nữ chiếm 19,4%. Tỷ lệ nam gấp 4,2 lần nữ. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $39,1 \pm 12,3$, từ 18-60 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân liệt 2 chân chiếm 83,3%. Liệt tứ chi chỉ chiếm 16,7%.

Mặt khác, không có bệnh nhân không cải thiện ở nhóm đã bắt đầu hồi phục, tuy nhiên ở nhóm bệnh nhân này cho thấy sự cải thiện không rõ, với cấp độ WISCI từ 5 trở lên sự cải thiện cao nhất là 4 bậc WISCI. Điều này có lẽ là do cỡ mẫu nghiên cứu của tôi nhỏ, không đủ bao trùm lên các cấp độ của WISCI để đưa ra một kết luận chính xác cho vấn đề này. Điều này không có nghĩa là thiết bị hỗ trợ không có tác dụng mà có thể là do các dụng cụ trợ giúp chưa đầy đủ, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng các dụng cụ trợ giúp còn ít, chưa được thường xuyên sử dụng, hướng dẫn cho bệnh nhân sử dụng và tập luyện với dụng cụ trợ giúp chưa đến nơi đến chốn dẫn đến việc cải thiện với dụng cụ trợ giúp chưa đạt hiệu quả như mong muốn.

Trong nhóm WISCI 0 lúc mới vào viện có 30 bệnh nhân, cho đến sau PHCN 1 tháng thì có 15 bệnh nhân (chiếm 50%) cải thiện ở các mức từ 1 đến 6, và 2 bệnh nhân đã hồi phục gần như hoàn toàn với đánh giá WISCI ở cấp độ 19 và 20. Điều này là có lẽ do số bệnh nhân tham gia nghiên cứu còn ít và thời gian quan sát còn ngắn ngủi, trong đó có hầu hết là bệnh nhân đã qua giai đoạn choáng tủy, cột sống được cố định

vững, bệnh nhân bắt đầu được học cách cải thiện chức năng đi lại của bản thân bằng những khả năng còn lại của mình.

4.2. Đánh giá sự cải thiện tổn thương tủy theo ASIA: Về mức độ tổn thương tủy trước và sau phục hồi chức năng cho thấy, mức độ liệt tủy theo ASIA sau phục hồi chức năng giảm so với trước phục hồi chức năng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê chứng tỏ phục hồi chức năng có hiệu quả trong phục hồi tổn thương tủy.

Về sự cải thiện mức độ tổn thương tủy: Sự cải thiện ASIA sau 1 tháng là 54,1%, có sự khác biệt so với một số nghiên cứu khác, như: Đỗ Đào Vũ tỷ lệ cải thiện là 38,9% [3], Waters là 57% [4]. Tùy theo mức độ mà có sự cải thiện khác nhau và trong nghiên cứu của chúng tôi, trong số bệnh nhân có cải thiện, đa số bệnh nhân chỉ cải thiện được một bậc (0,68).

V. KẾT LUẬN

+ Khả năng đi lại sau 1 tháng phục hồi chức năng trên bệnh nhân liệt tủy được cải thiện có ý nghĩa thống kê theo thang điểm WISCI.

+ Mức độ tổn thương tủy theo ASIA có sự thay đổi đáng kể sau 1 tháng phục hồi chức năng trên bệnh nhân tổn thương tủy sống.

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, 65-66.
- 2. Ditunno JF, Ditunno PL, et al (2013).** The Walking Index for Spinal Cord Injury (WISCI/WISCI II): nature, metric properties, use and misuse. *Spinal Cord*, 51, 346-355.
- 3. Đỗ Đào Vũ (2006),** Bước đầu đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng bệnh nhân liệt tứ chi sau chấn thương cột sống cổ. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội.
- 4. Water R.L. et al (1993).** Motor and sensory recovery following complete tetraplegia. *Arch Phys Med Rehabil*, 74, 242-7.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 453 - THÁNG 4 - SỐ 2 - 2017 VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - APRIL - 2017

- 1 **Đ**ánh giá hiệu quả gây dính màng phổi bằng iodopovidone điều trị tràn khí màng phổi tự phát tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam 1
Evaluated of effective ofusing iodopovidoneto pleural fibrogenesis for treatment spontanouspneumothorax in general Hospital of Hanam province
Lê Quang Minh
- 2 **K**ết quả sử dụng nguyên âm đơn luyện thanh cho ca sĩ viêm thanh quản mạn tính 5
Effective after vocal training method by single vowels in singer had been chronical laryngitis
Phạm Thị Bích Đào, Trần Ngọc Lan
- 3 **N**ghiên cứu hiệu quả điều trị lộ tuyến viêm cổ tử cung bằng phương pháp dao cao tần 8
Research on treatment effectiveness of ectropion cervicitis by high-frequency knife method
Lê Thanh Tùng
- 4 **T**ác dụng chống viêm của viên regimune ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp 12
The antiphlogistic effect of regimune capsules in patients with rheumatoid arthritis
Thái Thị Hoàng Oanh
- 5 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng ảo giác, hoang tưởng ở bệnh nhân loạn thần do rượu 16
Research clinical characteristics hallucinations, delusions in patients with alcohol-induced psychosis
**Nguyễn Hữu Thắng, Bùi Quang Huy,
Nguyễn Sinh Phúc, Cao Tiến Đức**
- 6 **K**hảo sát một số đặc điểm giải phẫu mạch máu – cơ sở thiết kế vạt da cân thượng đòn 19
Anatomical feature of supraclavicular artery and using for havesting flap
Trần Văn Anh
- 7 **M**ột số đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh ung thư biểu mô da và bước đầu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật 23
Some clinicopathological features of skin carcinoma and preliminary assessment of results of surgical treatment
Trịnh Hùng Mạnh, Nguyễn Tài Sơn
- 8 **M**ối liên quan của chỉ số ABI với tổn thương cơ quan đích ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 27
Investigation of lower limb artery lesion by ABI in type 2 diabetic patients
Nguyễn Minh Núi, Cấn Văn Mão
- 9 **Đ**ánh giá tỷ lệ sống thêm 5 năm theo đặc điểm vi thể khối u của bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ Folfox4 30
Review the association between 5-year survival rate with histopathological characteristics of colon cancer patients was surgical and treatment by combined chemical folfox4 regimen
Lê Quang Minh
- 10 **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật plombage điều trị ho ra máu do u nấm phổi aspergillus 34
Evaluate results of plombage technique for treat hemoptysic caused by pulmonary aspergilloma
Lê Tiến Dũng, Nguyễn Văn Nam
- 11 **Đ**ánh giá kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống cổ thấp có liệt tủy qua đường cổ trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2014 38
Evaluate surgical results of complete spinal cord injuries of low cervical spine through front neckline at Viet Duc Hospital in 2014
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến

- 12 **Nghiên cứu một số thay đổi của giác mạc sau phẫu thuật Lasik điều trị cận thị** 42
Research on some changes of the retina due to the Lasik surgery for myopia treatment
Nguyễn Quốc Đạt
- 13 **Đánh giá mức độ hài lòng của phẫu thuật viên sử dụng phương pháp PCS bằng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng** 45
Surgeon satisfaction assessment using PCS by midazolam and propofol in dental surgery
Nguyễn Quang Bình, Ngô Thanh Nam
- 14 **Nhu cầu điều trị quanh răng ở các bệnh nhân đái tháo đường typ 2 được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai** 49
Periodontal treatment needs in outpatients with type 2 diabetes at Bachmai Hospital
Nguyễn Xuân Thực, Từ Mạnh Sơn
- 15 **Tật khúc xạ ở bệnh nhân bị bệnh võng mạc trẻ đẻ non đã điều trị bằng tiêm Bevacizumab nội nhãn** 53
Refractive error in premature babies with rop treated by intravitreal Bevacizumab injection
Nguyễn Xuân Tịnh, Nguyễn Xuân Hiệp
- 16 **Hiệu quả khử khuẩn không khí phòng mổ của dung dịch anios special djp sf** 56
Effectiveness of disinfection of anios special djp sf solution for air in operating room
Đinh Vạn Trung
- 17 **Nuôi cấy tăng sinh và biệt hoá tế bào thần kinh tiết Dopamin từ tế bào gốc biểu mô ống thần kinh phôi người** 59
Culture and differentiation of human neuroepithelial stem cells into Dopaminergic neurons
Nguyễn Mạnh Hà
- 18 **Một số yếu tố liên quan đến xử trí song thai đủ tháng chuyển dạ đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2014-2015** 63
Factors related to the management of full term twins birth in Hanoi obstetrics and gynecology Hospital between 2014 and 2015
Nguyễn Duy Ánh, Phùng Đức Nhật Nam, Vũ Văn Du
- 19 **Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bắc cầu động mạch vành cấp cứu tại khoa Phẫu thuật Tim mạch Bệnh viện 108** 66
Evaluative early results of emergency coronary artery bypass grafting at 108 military central Hospital
Nguyễn Quốc Hưng, Trần Trọng Kiểm
- 20 **Nghiên cứu điều trị tăng sinh lành tính tuyến tiền liệt bằng phương pháp nút động mạch: Báo kết quả trung hạn trên 110 bệnh nhân** 70
Study treatment benign prostatic hyperplasia patient by prostatic arterialembolization: The intermediate - term result on 110 patients
Nguyễn Xuân Hiền, Phan Hoàng Giang
- 21 **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan nhiễm khuẩn vết mổ tại khoa ngoại tiết niệu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2015** 73
Study on some factors related surgical site infectoin in faculty urologic surgery of general Hospital Thai Binh province, 2015
Vũ Sơn
- 22 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng bàng quang thần kinh tăng hoạt ở bệnh nhân chấn thương tủy sống tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2015-2016** 78
A study on clinical characteristics of overactive bladder in spinal cord injured patients at Bach Mai during 2015-2016

Đỗ Đào Vũ, Cao Minh Châu

- 23 **Nghiên cứu tỉ lệ và các yếu tố liên quan đến bệnh tăng huyết áp ở người cao tuổi tại Thành phố Mỹ Tho tỉnh Tiền Giang năm 2013** 82
Ratio and factors related to hypertension in the elderly in my Tho City, Tien Giang province, 2013
Tạ Văn Trâm, Phạm Thế Hiền
- 24 **Một số yếu tố ảnh hưởng đến giấc ngủ của bệnh nhân sau mổ trượt đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Việt Đức năm 2015** 85
The factors affecting the sleep of patients postoperative lumbar spondylolisthesis in Vietnam - germany Hospital in 2015
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiên
- 25 **Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh nhân bị rắn cạp nia (Bungarus candidus hoặc B.multicinctus) cắn tại trung tâm chống độc Bệnh viện Bạch Mai** 89
Study effective treatment of patients with bungarus candidus or b.multicinctus bite for poison control center at the Bach Mai Hospital
Phạm Duệ, Ngô Đức Ngọc
- 26 **Đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật Glôcôm thứ phát do thể thủy tinh** 93
clinical characteristics and treatment results of lens induced secondary
Nguyễn Quốc Đạt
- 27 **Đánh giá ảnh hưởng trên hô hấp và tuần hoàn của phương pháp PCS sử dụng midazolam và propofol trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới** 97
Assessment the impact of respiratory and circulatory to PCS method using midazolam and propofol in lower wisdom teeth surgery
Nguyễn Quang Bình, Ngô Thanh Nam
- 28 **Một số nhận xét về kiểm soát nhiễm khuẩn trong phẫu thuật thay khớp nhân tạo tại Bệnh viện TW Quân đội 108** 100
Some comments on infection control in artificial joint replacement surgery at 108 military central Hospital
Đinh Vạn Trung
- 29 **Khảo sát tình trạng quanh răng ở bệnh nhân đái tháo đường tít 2 được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai** 103
Survey periodontal status of outpatients with type 2 diabetes mellitus in Bachmai Hospital
Nguyễn Xuân Thực, Từ Mạnh Sơn
- 30 **Kết quả điều trị tắc lệ đạo bẩm sinh bằng day ấn vùng túi lệ** 108
Treatment results of congenital lacrimal duct obstruction by massage on lacrimal sac region
Nguyễn Xuân Tịnh, Phạm Thị Thu Thủy, Nguyễn Xuân Hiệp
- 31 **Đánh giá một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả của thụ tinh nhân tạo trên những mẫu tinh dịch bất thường** 111
Evaluation of some factors for success with intrauterine insemination in abnormal sperm semen
Nguyễn Mạnh Hà, Nguyễn Xuân Hợi
- 32 **Nghiên cứu kết quả ban đầu nút mạch u cơ trơn tử cung bằng hạt vi cầu Embozene** 115
Research on the initial effect of fibroid embolization procedure by Embozene microspheres
Lê Văn Khánh, Nguyễn Xuân Hiền
- 33 **Thực trạng an toàn môi trường lao động tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố và Bệnh viện Đa khoa Quỳnh phụ tỉnh Thái Bình năm 2015** 119
Environmental safety situation of labor at City Hospital and Quỳnh phu Hospital in Thai Binh province, 2015
Vũ Sơn, Đào Văn Truyền

- 34 **Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay van hai lá bằng van cơ học ATS** 123
Evaluate early results of ATS mechanical valve replacement at 108 hospital
Nguyễn Quốc Hưng, Trần Trọng Kiểm
- 35 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và phương pháp xử trí u xơ tử cung trên sản phụ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương** 127
Study on clinical characteristics and management of uterine fibrosis among pregnant women at national Hospital of obstetrics and gynecology
Vũ Văn Du và cộng sự
- 36 **Trào ngược bàng quang niệu quản giai đoạn sớm ở bệnh nhân tổn thương tủy sống** 130
vesicoureteral reflux in the early stage of spinal cord injury patients
Đỗ Đào Vũ, Nguyễn Hoàng Long
- 37 **Đặc điểm thương tổn trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm Tiền Giang** 134
Characteristics of injury in blunt abdominal traumatic at Tien Giang general Hospital
Trần Hoàng Ân, Phạm Thế Hiền
- 38 **Đặc điểm giấc ngủ của các bệnh nhân sau mổ trượt đốt sống thắt lưng tại Bệnh viện Việt Đức năm 2015** 137
The characteristics of sleep of the patients after lumbar spondylolisthesis surgery in Vietnam - Germany Hospital in 2015
Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn, Võ Văn Thanh
- 39 **Tác dụng không mong muốn của D-Penicillamine trong điều trị ngộ độc chì ở trẻ em** 140
The adverse drug reaction of D-Penicillamine in lead poisoning children treatment
Ngô Đức Ngọc, Phạm Duệ, Nguyễn Anh Tuấn
- 40 **Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến Bệnh Tâm thần phân liệt ở lứa tuổi vị thành niên** 143
Clinical features and some factors related to illness schizophrenia adolescent age
Nguyễn Văn Dũng và cộng sự
- 41 **Nhu cầu đào tạo về kỹ năng giao tiếp của điều dưỡng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội** 147
Training needs for nursers' communication skills in hanoi medical university hospital
Lê Thu Hòa
- 42 **Mối liên quan giữa một số yếu tố hành vi và bệnh Glôcôm góc mở nguyên phát** 151
Behavior factors and primary open-angle glaucoma
Nguyễn Thị Bích Ngọc, Bùi Thị Vân Anh, Lê Thị Kim Ánh, Nguyễn Xuân Hiệp
- 43 **Thị giác lập thể và ảnh hưởng của tật khúc xạ tới thị giác lập thể ở người trưởng thành khỏe mạnh** 155
Stereopsis in normal adults and impact of refractive errors on stereopsis
Đặng Thị Hồng Ánh, Nguyễn Thu Hiền, Lê Đình Tùng
- 44 **Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi chức năng thận tồn dư ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú** 159
Evaluate some factors related to the change of residual renal function of patients with continous ambulatory peritoneal dialysis
Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Thị Hải, Đỗ Gia Tuyền, Mai Thị Hiền
- 45 **Nghiên cứu độc tính cấp tính, bán trường diễn của nọc ong trên động vật thực nghiệm** 162
Study on acute and subchronic toxicity of beevernom in experimental animals
Cán Văn Mão, Nguyễn Minh Núi

- 46 **Nghiên cứu liên quan giữa tình trạng rối loạn cương dương và triệu chứng đường tiểu dưới ở bệnh nhân phì đại lành tính tuyến tiền liệt** 166
Correlation between erectile dysfunction and lower urinary tract symptoms in patients with benign prostatic hyperplasia
Nguyễn Quang, Lê Đình Hợp
- 47 **So sánh giá trị của cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ trong chẩn đoán u tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ đánh giá định tính và định lượng** 169
Comparison of ct and mri for finding thymoma in myasthenia gravis patients. qualitative and quantitative assessments
Phùng Anh Tuấn, Bùi Văn Giang, Mai Văn Viện
- 48 **Nhận xét mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học u tuyến ức** 174
Review the relationship between some clinical characteristics and pathological classification of thymoma
Nguyễn Trường Giang, Nguyễn Ngọc Trung, Nguyễn Văn Nam
- 49 **Đặc điểm lâm sàng tổn thương da ở bệnh nhân điều trị loét sau xạ trị** 178
Clinical characteristics of cutaneous injuries in cancer patients after radiotherapy
Hoàng Thanh Tuấn, Vũ Quang Vinh, Trịnh Tuấn Dũng
- 50 **Mô tả một số đặc điểm lâm sàng bệnh tâm thần phân liệt di chứng** 181
A description of the clinical characteristics of schizophrenia disease sequelae
Nguyễn Văn Dũng, và cộng sự
- 51 **Thực trạng và khó khăn khi báo cáo sự cố y khoa của điều dưỡng, kỹ thuật viên Bệnh viện Đại học Y Hà nội năm 2015** 186
Real situation and difficulties of nurses and technicians in reporting medical adverse events at Hanoi medical university Hospital in year 2015
Nguyễn Hữu Dự, Lê Thu Hòa, Nguyễn Thị Bạch Yến
- 52 **Kết quả ứng dụng mô hình quản lý người bệnh Glôcôm tại Tỉnh Nam Định** 190
Results of applying a model of glaucoma management in namdinh province
Bùi Thị Vân Anh, Đào Lâm Hương
- 53 **Nghiên cứu thuận năng điều tiết ở mắt cận thị trên người trưởng thành khỏe mạnh** 194
Study on accommodative facility of myopic eyes in young adults
Đinh Thị Thu, Nguyễn Thị Thu Hiền, Lê Đình Tùng
- 54 **Nghiên cứu một số biến chứng rối loạn đông máu, chảy máu sau sử dụng alteplase não thất cho bệnh nhân dẫn lưu não thất cấp cứu** 199
Complications of coagulation and bleeding associated with external ventricular drainage in combination with intraventricular fibrinolysis by alteplase in the treatment of intraventricular hemorrhage
Nguyễn Văn Chi
- 55 **Khảo sát tình trạng hạ kali máu ở bệnh nhân lọc màng bụng** 202
Servey hypokaliemia in dialysis peritoneal patients
Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Văn Thanh, Đỗ Gia Tuyển
- 56 **Nghiên cứu tác dụng của vật liệu tổ hợp NANOCHITOSAN/PLA mang thuốc nifedipin lên chức năng hô hấp trên chuột cống** 206
Study of effects of nifedipine-NANOCHITOSAN/PLA to the respiratory system in rats
Cần Văn Mão, Nguyễn Minh Núi
- 57 **Nghiên cứu ảnh hưởng của cắt nội soi qua niệu đạo điều trị phì đại lành tính tuyến tiền liệt** 209
Effect of transurethral resection of the prostate on erectile dysfunction
Nguyễn Quang

- 58 **Nghiên cứu tác dụng của ghép tế bào gốc mô mỡ tự thân lên biến đổi lâm sàng tại chỗ vết thương mạn tính** 213
Studying the effectiveness of autologous transplantation of adipose-derived stem cells on topical changes of chronic wound
Nguyễn Tiến Dũng, Đinh Văn Hân, Quán Hoàng Lâm
- 59 **Nghiên cứu đặc điểm chỉ số đàn hồi thất trái cuối tâm thu và các chỉ số đánh giá chức năng tâm trương thất trái ở người cao tuổi không có bệnh tim mạch** 217
Investigating left ventricular end systolic elastance and diastolic functional characteristics in the elderly without cardiovascular diseases
Lương Công Thức, Nguyễn Thị Vân Anh
- 60 **Kết quả bước đầu của thụ tinh trong ống nghiệm – mang thai hộ tại Bệnh viện Phụ sản TW** 221
First results of surrogacy at the National Hospital of obstetrics and gynecology
Nguyễn Xuân Hợi và Cộng sự
- 61 **Đặc điểm lâm sàng, X-quang bệnh lý tủy răng hàm sữa** 225
Clinical characteristics, X-ray dental hospital tuberculosis
Lê Thị Thùy Linh, Lương Minh Hằng, Trần Thị Mỹ Hạnh, Hà Ngọc Chiêu
- 62 **Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị trầm cảm tại Khoa tâm thần Bệnh viện TW Thái Nguyên và Bệnh viện Tâm thần Thái Nguyên** 229
Some factors affecting the results of treated treatment at Thai Nguyen Hospital disease center and Thai Nguyen mining center
Đàm Thị Bảo Hoa, Đặng Hoàng Anh
- 63 **Nghiên cứu xác định tỷ lệ chuyển đổi giữa nồng độ cồn trong máu và trong huyết thanh của bệnh nhân bị tai nạn giao thông tại Bệnh viện Việt Đức năm 2012** 234
Research on determining the rate of serum alcohol concentration and blood alcohol concentration in patients with traffic accidents in Viet Duc Hospital in 2012
Lương Mai Anh, Lê Linh Chi
- 64 **Ung thư bóng vater di căn lách: Báo cáo 1 trường hợp** 238
Metastasis of ampullary carcinoma to the spleen: Case report
Phan Minh Trí
- 65 **Nghiên cứu giá trị của bảng điểm CURB-65 trong việc phân tầng mức độ nặng cho bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính** 241
Study on the prediction value of CURB-65 on mechanical ventilation for patients with the exacerbation of chronic obstructive pulmonary diseases
Nguyễn Văn Chi
- 66 **Nghiên cứu bước đầu áp dụng kỹ thuật QF-PCR trong chẩn đoán các kiểu mất đoạn nhỏ vùng AZFC trên nhiễm sắc thể y ở nam giới vô sinh** 245
Detection of AZFC microdeletions on y chromosome in male infertility by QF-PCR assay
Cao Thị Tài Nguyên, Nguyễn Trung Kiên, Vũ Thị Nhuận, Nguyễn Chung Viêng, Trịnh Thị Bích Liên
- 67 **Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh võng mạc đái tháo đường bằng laser quang đông** 250
Research on the effectiveness of photocoagulation treatment for diabetic retinopathy
Nguyễn Quốc Đạt
- 68 **Nghiên cứu phục hồi chức năng đi lại dựa trên chỉ số WISCI của bệnh nhân chấn thương tuỷ sống** 254
Study in walking rehabilitation of spinal cord injury patients based on walking index of spinal cord injury (WISCI)
Nguyễn Thị Kim Liên
- 69 **Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cầu nối mạch máu trong điều trị tắc động mạch chậu đùi do xơ vữa** 256
Outcome of surgical treatment atherosclerosis stenosis iliac femoral by arterial bypass
Nguyễn Văn Khôi