



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 5 - SỐ 2
2017

TẬP 454

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.tonghoiyyhoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

HIỆU QUẢ GIẢM ÁP LỰC NỘI SỌ SAU PHẪU THUẬT MỞ SỌ GIẢM ÁP Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG

Nguyễn Đình Hưng*, Nguyễn Công Tô**
Vũ Văn Hòe***, Nguyễn Văn Hưng***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng áp lực nội sọ (ALNS) trong chấn thương sọ não (CTSN) nặng gây nên giảm áp lực tưới máu não, giảm cung cấp ô xy cho tổ chức não, là nguyên nhân chính làm tổn thương não thứ phát dẫn đến tử vong hay di chứng nặng. **Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả giảm áp lực nội sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp ở bệnh nhân CTSN nặng. **Đối tượng:** 40 bệnh nhân CTSN nặng được đặt máy đo ALNS và phẫu thuật giải phóng chèn ép não (GPCEN) tại khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện Xanh Pôn từ tháng 4 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Áp lực nội sọ trung bình trước mổ là $48,98 \pm 9,56$ mmHg. Sau mổ màng cứng ALNS giảm xuống còn $16,50 \pm 6,15$ mmHg. Hiệu quả giảm ALNS ngay khi mở màng cứng trong mổ và sau mổ so với ALNS trước mổ được thấy rõ khi so sánh, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. ALNS giảm và được tiếp tục duy trì bằng điều trị nội khoa sau mổ cho đến khi ổn định và rút máy theo dõi ALNS. **Kết luận:** Phẫu thuật mở sọ giảm áp có hiệu quả giảm ALNS ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng. Hiệu quả giảm áp được kiểm soát và duy trì với điều trị nội khoa từ sau mổ đến khi rút máy đo.

Từ khóa: Áp lực nội sọ, chấn thương sọ não, phẫu thuật giải phóng chèn ép não

SUMMARY

EFFECTIVENESS DECOMPRESSION AFTER DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY IN PATIENTS WITH SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY

Background: Increased intracranial pressure in traumatic brain injury (TBI) caused severe cerebral perfusion pressure reduction, reducing the supply of oxygen to the brain and caused secondary brain damage resulting in death or serious complications. Decompressive craniectomy has been shown to reduce intracranial pressure. **Objective:** To assess the effectiveness of decompressive craniectomy in patients with severe traumatic brain injury. **Subjects:** 28 severe TBI patients who underwent decompressive craniectomy and Intracranial Pressure monitoring from April 2010 to January 2014 in the Neurosurgery department of Saint Paul general hospital. **Methodology:** Prospective descriptive study. **Results:** The average intracranial pressure before

surgery was 43.36 ± 7.73 mmHg. After opening the dura mater, intracranial pressure dropped to 19.18 ± 5.76 mmHg. Intracranial pressure was reduced significant statistically after surgery and maintained until the withdrawal of ICP monitoring ($p < 0.001$). **Conclusions:** Decompressive craniectomy was effective in reducing the intracranial pressure in patients with severe traumatic brain injury. After opening the dura mater, intracranial pressure was maintained until the withdrawal of ICP monitoring.

Key words: Decompressive craniectomy, intracranial pressure, traumatic brain injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não được xác định là nặng khi điểm Glasgow ≤ 8 , chiếm 28,3% tổng số chấn thương sọ não, có tỷ lệ tử vong và di chứng nặng là 36,6 - 80% [2]. Theo nghiên cứu của bệnh viện Việt Đức, trong 3 năm (1995-1997) tỉ lệ tử vong do CTSN chiếm 93% trong tổng số tử vong do tai nạn và chiếm 3/4 số tử vong của toàn viện, năm 2005 tỷ lệ tử vong do chấn thương sọ não nặng là 64,3% [3].

Tăng ALNS trong CTSN nặng gây nên giảm áp lực tưới máu não, giảm cung cấp ô xy cho tổ chức não là nguyên nhân chính làm tổn thương não thứ phát dẫn đến tử vong hay di chứng nặng [7]. Điều trị chấn thương sọ não nặng với mục đích làm giảm ALNS để duy trì áp lực tưới máu não, giúp cho tổ chức não được cung cấp đủ ô xy, giảm tử vong và di chứng. Điều trị nội khoa được thực hiện ngay từ khi bệnh nhân bị chấn thương nhưng không phải trường hợp nào cũng đưa được ALNS về giá trị bình thường. Phẫu thuật GPCEN đã được nhiều tác giả thực hiện khi mổ loại bỏ khối choán chỗ hay điều trị hồi sức tích cực không kiểm soát được tăng ALNS [7]. Vai trò theo dõi ALNS trong CTSN nặng đã được nhiều tác giả nghiên cứu và khẳng định.

Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu hệ thống nào đánh giá về ALNS trước và sau phẫu thuật GPCEN ở bệnh nhân CTSN nặng nên chúng tôi làm nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả giảm ALNS sau phẫu thuật mở sọ giảm áp ở bệnh nhân CTSN nặng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu 40 trường hợp CTSN nặng được phẫu thuật GPCEN tại khoa phẫu thuật thần kinh bệnh viện đa khoa

*Bệnh viện Xanh pôn, Hà nội

** Trường Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện Quân Y, Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hưng

Email: ndhung71@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2017

Ngày duyệt bài: 22.3.2017

Xanh Pôn từ tháng 4 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015. Loại trừ các trường hợp trên 70 tuổi, phẫu thuật GPCEN ở nơi khác chuyển đến Bệnh viện, phẫu thuật GPCEN trong các bệnh lý sọ não khác, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu mô tả tiến cứu. Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, loại trừ các trường

hợp không đủ tiêu chuẩn ra khỏi nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu luôn tuân thủ theo bệnh án nghiên cứu. Theo dõi bệnh nhân trước, sau phẫu thuật và tái khám được ghi chép rõ ràng vào bệnh án nghiên cứu.

Các thông số được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS, sử dụng các kiểm định Student T-test, kiểm định χ^2

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
< 20	4	12,5	2	25,0	6	15,0
20 – 39	22	68,8	1	12,5	23	57,5
40 – 59	4	12,5	4	50,0	8	20,2
≥ 60	2	6,2	1	12,5	3	7,5
Tổng	32	100	8	100	40	100

Nhận xét: Tuổi trung bình là $32,30 \pm 13,32$; thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 63 tuổi. Độ tuổi lao động từ 20 đến 59 tuổi chiếm số đông với tỷ lệ 77,5%. Nam gấp 4 lần nữ.

3.2. Áp lực nội sọ trước mổ

Bảng 3.2. Đặc điểm áp lực nội sọ trước mổ của các nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	ALNS trước mổ (mmHg)	p
GCS 4-5 (N= 8)	$55,88 \pm 8,44$	0,02
GCS 6-8 (N= 32)	$47,25 \pm 9,14$	
Mất phản xạ đồng tử 1 hoặc 2 bên (N=28)	$49,82 \pm 9,51$	>0,05
Còn phản xạ đồng tử 2 bên (N=12)	$47,00 \pm 9,79$	
Lệch đường giữa ≥ 10 mm (N= 29)	$50,41 \pm 9,54$	>0,05
Lệch đường giữa < 10 mm (N=11)	$45,18 \pm 8,94$	
Bể đáy xóa (N=16)	$52,94 \pm 10,03$	0,03
Bể đáy chưa xóa (N= 24)	$46,33 \pm 8,44$	

Nhận xét: Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ALNS ở 2 nhóm bệnh nhân mất phản xạ ánh sáng đồng tử 1 hoặc 2 bên và nhóm còn phản xạ ánh sáng đồng tử 2 bên cũng như giữa 2 nhóm bệnh nhân có di lệch đường giữa ≥ 10 mm và < 10mm trên phim CLVT sọ não. Tuy nhiên, ALNS trước mổ của nhóm bệnh nhân điểm GCS 4-5 cao hơn nhóm bệnh nhân có GCS là 6-8 có ý nghĩa thống kê với $p=0,02$ và ALNS trước mổ của nhóm bệnh nhân có xóa bể đáy cao hơn nhóm chưa có xóa bể đáy trên phim cắt lớp vi tính sọ não là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,03$.

3.3. Hiệu quả giảm áp lực nội sọ sau mổ

Bảng 3.3. Hiệu quả giảm áp lực nội sọ sau mổ so với trước mổ

Thời điểm	ALNS (mmHg)	Mức thay đổi ALNS so với trước mổ (mmHg)	Tỷ lệ % ALNS giảm so với trước mổ	p
Trước mổ (1)	$48,98 \pm 9,56$			
Sau mổ màng cứng (2)	$16,50 \pm 6,15$	$32,47 \pm 9,62$	65,51%	$p^{1-2} < 0,001$
Sau mổ 1 h (3)	$19,25 \pm 7,66$	$29,72 \pm 9,04$	60,24%	$p^{1-3} < 0,001$
Sau mổ 12h (4)	$21,40 \pm 7,68$	$27,57 \pm 10,51$	55,07%	$p^{1-4} < 0,001$
Sau mổ 24h (5)	$19,70 \pm 7,58$	$28,73 \pm 10,20$	58,32%	$p^{1-5} < 0,001$
Khi rút (6)	$15,90 \pm 10,25$	$33,07 \pm 11,19$	67,51%	$p^{1-6} < 0,001$

p^{1-2} : So sánh ghép cặp ALNS sau mổ màng cứng với trước mổ

p^{1-3} : So sánh ghép cặp ALNS sau mổ 1h với trước mổ

p^{1-4} : So sánh ghép cặp ALNS sau mổ 12h với trước mổ

p^{1-5} : So sánh ghép cặp ALNS sau mổ 24h với trước mổ

p^{1-6} : So sánh ghép cặp ALNS khi rút với trước mổ

Nhận xét: Hiệu quả giảm ALNS ngay khi mổ màng cứng trong mổ và sau mổ so với áp lực nội sọ trước mổ được thấy rõ khi so sánh với sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

ALNS trung bình ở các thời điểm sau mổ 1h, 12h, 24h có xu hướng tăng cao hơn áp lực nội sọ tại thời điểm mở màng cứng nhưng mức tăng không

hiều, cao nhất ở thời điểm 12h là $21,40 \pm 7,68\text{mmHg}$.

3.4. Sự thay đổi ALNS tại các thời điểm sau mổ với ALNS tại thời điểm sau mổ 1h

Bảng 3.4. So sánh sự thay đổi ALNS tại các thời điểm sau mổ với ALNS sau mổ 1h

Thời điểm	ALNS (mmHg)	Mức thay đổi ALNS so với sau mổ 1h (mmHg)	Tỉ lệ % ALNS giảm so với trước mổ	p
Sau mổ 1 h (3)	$19,25 \pm 7,66$			
Sau mổ 12h (4)	$21,40 \pm 7,68$	$2,15 \pm 4,49$	18,50%	$p^{3-4} = 0,004$
Sau mổ 24h (5)	$19,70 \pm 7,58$	$1,18 \pm 6,05$	16,69%	$p^{3-5} = 0,077$
Khi rút (6)	$15,90 \pm 10,25$	$3,35 \pm 5,15$	19,11%	$p^{3-6} = 0,001$

p^{3-4} : So sánh ghép cặp ALNS sau mổ 1h với sau mổ 12h

p^{3-5} : So sánh ghép cặp ALNS sau mổ 1h với sau mổ 24h

p^{3-6} : So sánh ghép cặp ALNS sau mổ 1h với khi rút máy đo

Nhận xét: Hiệu quả giảm ALNS sau mổ được duy trì tại các thời điểm khác nhau sau mổ. Tuy nhiên, ALNS tại các thời điểm khác nhau sau mổ sau 12h tăng cao hơn ở thời điểm sau mổ 1h có ý nghĩa thống kê với $p=0,004$. Chỉ số này ở thời điểm rút máy đo giảm hơn có ý nghĩa thống kê khi so sánh với thời điểm sau mổ 1h với $p=0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Điểm GCS phản ánh tình trạng, mức độ nặng của bệnh nhân CTSN nặng. Nguyên nhân gây ra tình trạng tri giác xấu với điểm GCS thấp trong CTSN thường là do tăng ALNS. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2), ALNS ở nhóm bệnh nhân có điểm GCS 4-5 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân có điểm GCS 6-8. Do vậy, trong điều trị CTSN nặng cần phải kiểm soát, điều trị tăng ALNS tích cực bằng các phương pháp nội khoa và ngoại khoa để có thể cứu sống bệnh nhân, giảm di chứng nặng.

Tăng ALNS ở bệnh nhân CTSN nặng có thể do phù não, khối choán chỗ nội sọ hay rối loạn vận mạch. Xóa bể đáy là hình ảnh thường gặp trong CTSN nặng, phản ánh tình trạng phù não nhiều và tăng ALNS ở bệnh nhân. Vì vậy xóa bể đáy là một trong các dấu hiệu có giá trị tiên lượng nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2), ALNS ở nhóm bệnh nhân có xóa bể đáy cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có hình ảnh xóa bể đáy với $p=0,03$.

Hiệu quả giảm ALNS sau mổ GPCEN đã được nhiều nghiên cứu chứng minh [1]. Chấn thương sọ não nặng tăng ALNS không kiểm soát được bằng điều trị hồi sức nội khoa tích cực, phẫu thuật GPCEN đã giúp nhanh chóng giảm ALNS, tăng ALTMN, tăng nồng độ ôxy tổ chức não giúp hạn chế thiếu máu não [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.3), ALNS trung bình trước mổ là $48,98 \pm 9,56\text{mmHg}$ sau mổ màng cứng ALNS giảm trung bình 65,51% so với trước mổ xuống còn $16,50 \pm 6,15\text{mmHg}$, mức giảm ALNS trung bình là 32,47

$\pm 9,62\text{mmHg}$ rất có ý nghĩa thống kê khi so sánh theo cặp với $p < 0,001$.

Như vậy sau khi mở xương hộp sọ đủ rộng, ALNS có giảm nhiều nhưng vẫn còn cao hơn giá trị bình thường. Nếu chỉ dừng lại ở bước này, hiệu quả giảm ALNS của phẫu thuật giải phóng chèn ép não là chưa đủ, ALNS vẫn cao. Màng cứng phải được mở rộng tối đa, xử trí các thương tổn dưới màng cứng và trong não, vá chùng màng cứng để tạo thể tích tăng thêm, giảm ALNS. Các nghiên cứu đều khẳng định việc mở rộng màng cứng là cần thiết để có thể giảm ALNS tối đa sau mổ.

Hiệu quả giảm ALNS của phẫu thuật GPCEN đã được công bố trong nhiều nghiên cứu. ALNS giảm thấp nhất ngay sau phẫu thuật, sau đó tăng dần trong ngày 1 và 2 sau mổ, và giữ ổn định trong những ngày tiếp theo. Mặt khác, phẫu thuật GPCEN thất bại trong việc điều chỉnh ALNS ở 8–20% các trường hợp và đây là những trường hợp nặng, có kết quả không tốt. Theo kết quả bảng 3.4 thì ALNS sau mổ thường được kiểm soát tương đối ổn định và tuy nhiên vẫn thấy có sự biến đổi ALNS ở các thời điểm khác sau mổ, khi so sánh ALNS ở thời điểm 12h sau mổ tăng thêm 18,8% so với thời điểm sau mổ 1h là có ý nghĩa thống kê với $p=0,004$. Do vậy, theo dõi sát ALNS sau mổ là cần thiết, đặc biệt trong 48 giờ đầu tiên, để kịp thời có chỉ định điều trị phù hợp như sử dụng dung dịch ưu trương như mannitol 20%, dung dịch muối ưu trương 3%, 10%, hoặc tăng thông khí để chống phù não, nhằm kiểm soát ALNS. Bên cạnh đó, cần kết hợp giữa theo dõi ALNS và các triệu chứng lâm sàng khác như tình trạng tri giác, tính chất vùng khuyết sọ, dấu

hiệu đồng tử cũng như các dấu hiệu thần kinh khu trú khác để kịp thời phát hiện nguyên nhân gây tăng ALNS, phân biệt nguyên nhân do phù não và do biến chứng chảy máu sau mổ là rất cần thiết. ALNS giảm sau mổ đã giúp cho tăng áp lực tưới máu não để duy trì tốt lưu lượng máu não đồng thời giúp tăng nồng độ ô xy tại tổ chức não [4], [5]. Do đó, giúp hạn chế thương tổn thứ phát không hồi phục, giảm tử vong và di chứng sau phẫu thuật, giúp cho điều chỉnh những chỉ số bất thường của chuyển hoá trong trường hợp thiếu máu não trở về giá trị bình thường [5],[6]. Tuy nhiên cũng có một số nghiên cứu chỉ ra sau phẫu thuật GPCEN có thể gây tăng phù não, xung huyết não do tăng áp lực tưới máu não.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật mở sọ giải ép thực sự có hiệu quả giảm áp lực nội sọ rõ rệt, ALNS sau mổ so với trước mổ giảm trung bình $29,72 \pm 9,04$ mmHg, giảm 60,24% so với trước mổ, và kết quả giảm ALNS này tiếp tục được duy trì ở các thời điểm khác nhau sau mổ. Tuy nhiên, sau mổ ALNS có sự biến đổi theo tình trạng biến đổi của các tổn thương nội sọ như chảy máu tiến triển trong sọ hay phù não, cũng như sự đáp ứng với các phương pháp điều trị nội khoa để kiểm soát áp lực sau mổ. Cho thấy vai quan trọng của việc

theo dõi ALNS trong quá trình điều trị hồi sức nội khoa sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đông Văn Hệ and Nguyễn Thị Vân Bình;** *Đánh giá kết quả xa sau điều trị chấn thương sọ não nặng* Y Học Thực Hành, 2009. **669**(8): p. 49-54.
2. **Nguyễn Văn Hùng,** *Nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng và thái độ điều trị chấn thương sọ não kín do tai nạn giao thông đường bộ tại bệnh viện Việt Đức năm 2005.* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, đại học Y Hà Nội, 2005.
3. **Vũ Ngọc Tú,** *Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và kết quả sớm sau điều trị chấn thương sọ não nặng (severe head injury) tại Bệnh viện Việt Đức.* Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, đại học Y Hà Nội,, 2004.
4. **Bor-Seng-Shu, E., et al.,** *Decompressive craniectomy: a meta-analysis of influences on intracranial pressure and cerebral perfusion pressure in the treatment of traumatic brain injury.* J Neurosurg, 2012. **117**(3): p. 589-96.
5. **Heppner, P., et al.,** *Contrast ultrasonographic assessment of cerebral perfusion in patients undergoing decompressive craniectomy for traumatic brain injury.* Journal of Neurosurgery, 2006. **104**(5): p. 738-745.
6. **Ho, C.L., et al.,** *Cerebral oxygenation, vascular reactivity, and neurochemistry following decompressive craniectomy for severe traumatic brain injury.* J Neurosurg, 2008. **108**(5): p. 943-9.
7. **Honeybul, S. and K.M. Ho,** *The current role of decompressive craniectomy in the management of neurological emergencies.* Brain Inj, 2013.

KẾT QUẢ TRỒNG LẠI BỘ PHẬN ĐÚT RỜI VÙNG ĐẦU MẶT BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đào Văn Giang*, Nguyễn Hồng Hà*, Nguyễn Tài Sơn**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chấn thương đứt rời các bộ phận đứt rời vùng đầu mặt như da đầu, tai, môi, mũi là những tổn thương hiếm gặp. Trồng lại bằng vi phẫu cho kết quả tốt nhất về mặt cấu trúc giải phẫu, chức năng cũng như thẩm mỹ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi báo cáo 32 trường hợp trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt được trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu trong thời gian từ 2005 đến 2016. Phương pháp nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng. **Kết quả:** Chấn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt bao gồm: Đứt rời da đầu: 21 trường hợp

(65,6%), đứt rời môi-mũi: 6 trường hợp (18,8%), đứt rời tai: 5 trường hợp (15,6%). Kết quả bộ phận đứt rời sống 87,5% (28/32), chỉ có 4/32 trường hợp hoại tử hoàn toàn (12,5%). **Kết luận:** Chấn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt chủ yếu gặp ở da đầu, phức hợp môi-mũi và tai. Trồng lại bằng vi phẫu cho kết quả tốt về mặt cấu trúc giải phẫu, chức năng cũng như vấn đề thẩm mỹ.

Từ khóa: Vi phẫu thuật, bộ phận đứt rời, đầu mặt.

SUMMARY

MICROSURGICAL REPLANTATION OF THE AMPUTATED SCALP AND FACIAL PARTS IN VIETDUC HOSPITAL

Objective: Scalp and facial parts amputation are rare. Microsurgical replantation is the best method to achieve an anatomical, functional and cosmetic outcome. We present outcome of scalp and facial parts amputation replanted microsurgically in Vietduc hospital. **Methods:** From 2005 to 2016, 32 patients who sustained scalp and facial parts amputation

*Bệnh viện Việt Đức

** Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Giang

Email: dr.dzang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/2/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/3/2017

Ngày duyệt bài: 22/3/2017

injuries underwent microsurgical replantation. **Results:** 32 patients include 21 cases of scalp amputation, 6 cases of lip, nose amputation, 5 cases of ear amputation. Survivor in 28 cases (rate 87.5%). Total necrosis in 4 cases (rate 12.5%). Conclusion: Successful replantations of scalp and facial parts can achieve the best anatomic, esthetic and functional.

Keywords: Microsurgery, scalp, facial parts, replantation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương đứt rời bộ phận vùng đầu mặt như da đầu, tai, phức hợp môi-mũi là tương đối hiếm gặp. Nguyên nhân của những tổn thương này thường do tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt và tai nạn giao thông.

Các biện pháp tạo hình đã được thực hiện như ghép da, ghép phức hợp, tạo hình bằng vật tại chỗ, vật vi phẫu. Tuy nhiên các phương pháp này mới chỉ đảm bảo tính che phủ tổn khuyết. Các bộ phận này nếu được trồng lại bằng vi phẫu phục hồi được cả về chức năng, giải phẫu cũng như vấn đề thẩm mỹ.

Sự ra đời của vi phẫu thuật đã đánh dấu bước ngoặt trong ngoại khoa. Trong y văn, ca trồng lại da đầu thành công đầu tiên được thực hiện vào năm 1976 do Miller và cộng sự thực hiện [5]. James và cộng sự thực hiện trồng lại môi trên và mũi bị đứt rời cho bé gái 3 tuổi do bị chó cắn bằng kỹ thuật vi phẫu vào năm 1976 [2]. Pennington và cộng sự trồng lại tai bị đứt rời thành công năm 1980 [6]. Từ đó đến nay đã có nhiều báo cáo trồng lại thành công tuy nhiên số lượng không nhiều.

Tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2004 đã triển khai kỹ thuật vi phẫu và đã thu được những một số kết quả. Tuy nhiên việc triển khai còn nhiều khó khăn, chưa có thống kê cụ thể. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Kết quả trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức" nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả trồng lại các bộ phận đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 32 bệnh nhân có tổn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt được trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức, Hà Nội. Thời gian từ năm 2005 đến năm 2016.

Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp, không nhóm chứng.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn toàn bộ bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

Đánh giá kết quả: Kết quả gần: sống hoàn toàn, sống 1 phần và hoại tử hoàn toàn. Kết quả xa: tốt, trung bình, kém dựa trên sự phục hồi về cấu trúc giải phẫu, chức năng và mức độ hài lòng của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân trẻ nhất là 2 tuổi và già nhất là 60 tuổi, độ tuổi hay gặp chấn thương nhất là từ 19-39 chiếm tỷ lệ 68,8%. Đây là độ tuổi tham gia nhiều nhất vào các hoạt động lao động trong xã hội. Tỷ lệ này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu trong và ngoài nước về những chấn thương liên quan đến những bộ phận vùng đầu mặt. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 2 tuổi. Ở độ tuổi này hiếm gặp đứt rời da đầu. Theo y văn thì bệnh nhân nhỏ tuổi nhất được trồng lại da đầu là 3 tuổi. Bệnh nhân cao tuổi nhất là 64 tuổi đứt rời tai. Việc thực hiện phẫu thuật trên những bệnh nhân lớn tuổi phải đặc biệt chú ý do những vấn đề của gây mê hồi sức, thời gian phẫu thuật kéo dài và các bệnh lý người già kèm theo.



Hình 1: Bệnh nhân NQC nữ 2 tuổi bị đứt rời da đầu do tai nạn giao thông cuốn vào gầm xe tải.

Tỷ lệ nữ/nam trong nghiên cứu này là 24/32 (75,0%). Điều này cho thấy đối tượng bị tai nạn đứt rời bộ phận vùng đầu mặt chủ yếu là nữ, trong đó số bệnh nhân nữ bị đứt rời da đầu là 20. Tất cả những bệnh nhân này đều có tóc dài và bị cuốn tóc vào máy đang chạy làm đứt rời da đầu. Tỷ lệ này của chúng tôi phù hợp với phần lớn những nghiên cứu trồng lại các bộ phận vùng đầu mặt mà đặc biệt bệnh nhân bị tai nạn lật da đầu chiếm tỷ lệ rất lớn.

Nguyên nhân có 62,5% số bệnh nhân do tai nạn lao động, 25% do tai nạn giao thông và 12,5% do tai nạn sinh hoạt. Theo nhiều tác giả khác trên thế giới thì đây là nguyên nhân phổ biến dẫn tới đứt rời da đầu. Điều này cho thấy vấn đề bảo hộ an toàn lao động còn chưa đầy đủ. Có 8 bệnh nhân bị tai nạn giao thông, trong đó 1 bệnh nhân bị đứt rời da đầu hoàn toàn, 3

bệnh nhân bị đứt rời tai và 4 bệnh nhân bị đứt rời mũi. Tai nạn giao thông làm đứt rời da đầu nguyên nhân rất hiếm gặp. Tai nạn sinh hoạt chủ yếu là bạo lực do bị chém bằng dao, dẫn đến đứt rời môi-mũi hoặc tai nên tổn thương thường sắc gọn.

Thời gian thiếu máu: thời gian thiếu máu trung bình là 12,8 giờ, đây là khoảng thời gian tương đối dài. Thời gian trung bình chuyển bệnh nhân đến viện là 5 giờ. Nguyên nhân do điều kiện giao thông di chuyển giữa các khu vực còn rất khó khăn, đa số các bệnh nhân bị tai nạn ở các tỉnh xa Hà Nội nên mất nhiều thời gian vận chuyển lên tuyến trên. Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc mổ trung bình là 4 giờ. Phẫu thuật trồng lại bộ phận đứt rời được xếp vào loại cấp cứu tối khẩn cấp nên phải làm các thủ tục nhập viện, xét nghiệm sao cho nhanh nhất, việc sắp xếp bàn mổ cấp cứu phải được ưu tiên hàng đầu. Thời gian từ lúc mổ đến lúc phục hồi động mạch trung bình là gần 4 giờ. Để rút ngắn thời gian thiếu máu chúng tôi chia thành nhiều kíp phẫu thuật cùng lúc. Đôi khi chưa sắp xếp được bàn mổ, phần đứt rời được đưa vào phòng mổ trước thực hiện bước làm sạch, cắt lọc và tìm mạch máu dưới kính hiển vi.

Đặc điểm tổn thương: cơ chế tổn thương sắc gọn chiếm tỷ lệ thấp nhất là 9,4%. Cơ chế tổn thương bầm dập chiếm 21,9% và cơ chế tổn thương giằng giật chiếm tỷ lệ cao nhất 68,7%. Trong cơ chế tổn thương giằng giật, bộ phận cơ thể bị kéo giãn, nội mạc mạch máu bị tổn thương, sau mổ có thể dẫn tới tắc mạch. Với đứt rời da đầu, phần da đầu đứt rời đôi khi còn nguyên vẹn hoặc bị rách, chia làm nhiều mảnh khác nhau. Có 2 bệnh nhân bị đứt rời da đầu và phần da đầu đứt rời bị rách thành 3 mảnh khác nhau. Chúng tôi chỉ sử dụng mảnh lớn nhất có chứa mạch máu để trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu. Các mảnh còn lại tìm thấy mạch máu rất nhỏ, không thể trồng lại nên được lạng mỏng lấy phần da ghép lại dưới dạng mảnh ghép da mỏng tự thân. Do những mảnh da đầu này có kích thước nhỏ nên chúng tôi khâu cố định vào toan mổ cho chắc chắn rồi dùng dao lấy da mỏng. Điều này giúp việc lấy da dễ dàng hơn và nhiều da hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 bệnh nhân (21,9%) đứt rời theo cơ chế bầm dập. Trong dạng tổn thương này, mạch máu thường bị bầm dập, tổn thương nội mạc nên cho dù có nối được nhưng cũng có thể bị tắc sau nối, mặt khác tổ chức bị bầm dập nên có thể bị hoại tử, nhiễm trùng sau khi trồng lại.

Có 3 bệnh nhân (9,4%) đứt rời bộ phận đầu mặt theo cơ chế sắc gọn nguyên nhân do bị chém bằng dao. Tỷ lệ thành công của dạng chấn thương này là 100% trong nhóm nghiên cứu. Trong dạng tổn thương này, bộ phận đứt rời và mạch máu không bị đụng dập, nguy cơ tắc mạch thấp.

Về số lượng mạch máu được nối: Với da đầu, chúng tôi có 21 BN trong đó có 9 bệnh nhân được nối 1 ĐM và 1 TM, ĐM được sử dụng là ĐM thái dương nông. Không có bệnh nhân nào sử dụng ĐM cằm, ĐM sau tai. Nhiều tác giả trên thế giới báo cáo, với da đầu đứt rời chỉ cần nối 1 ĐM và 1 TM cũng đủ nuôi sống toàn bộ da đầu. Tuy nhiên cũng có nhiều tác giả cho rằng số lượng mạch máu càng nhiều thì khả năng sống sót của vật càng cao, việc nối cả ĐM cằm và ĐM thái dương nông sẽ gặp khó khăn khi phải thay đổi tư thế bệnh nhân từ sấp sang ngửa (nếu nối ĐM cằm trước hoặc ngược lại). Việc thay đổi tư thế này có thể làm ảnh hưởng đến kết quả của miệng nối đã thực hiện trước đó. Mặt khác, việc nối quá nhiều mạch máu sẽ làm tăng thời gian phẫu thuật [1]. thì nối càng nhiều mạch máu thì càng tăng khả năng thành công và ông quan điểm nối cả những mạch máu vùng thái dương và vùng trán. Những mạch máu này khi nối không cần phải thay đổi tư thế bệnh nhân từ nằm ngửa sang nằm sấp để sử dụng ĐM cằm. Có thể nối ĐM và TM cùng bên hoặc khác bên. Đôi khi có thể tìm được ĐM để nối nhưng không tìm được TM hoặc TM quá nhỏ, có tác giả cho rằng có thể nối ĐM trước sau khi máu trở về từ ĐM còn lại và có thể nối ĐM này với TM để đưa máu về. Trong nghiên cứu của chúng tôi có một bệnh nhân sau khi nối ĐM máu có trở về nhưng không tìm được TM nên chúng tôi sử dụng đoạn TM hiển lấy từ đùi để ghép nối từ TM da đầu bị đứt rời với TM cảnh ngoài để tái lập tuần hoàn.

Với môi-mũi và tai đứt rời, có 10/11 BN được nối 1 ĐM, có 9/11 BN được nối 1 TM. Theo nghiên cứu của tác giả Kim, theo y văn thế giới đến năm 2010 có 11 ca mũi đứt rời trong đó có 10 ca chỉ nối được 1 ĐM và 1 ca nối được 2 ĐM. Có 3/11 ca nối được TM số còn lại không nối TM và phải áp dụng các biện pháp chống ứ máu TM [3]. Trong nghiên cứu của tác giả Kind GM năm 1997, có 17 BN trồng lại tai trong đó tất cả các BN đều được nối 1 ĐM [4].

Về thứ tự khâu nối mạch máu, đối với da đầu chúng tôi có 20/21 BN được nối ĐM trước, 2 BN nối TM trước. Việc nối TM trước có thể làm giảm nguy cơ mất máu tuy nhiên điều này làm tăng thời gian thiếu máu. Vì vậy nên được chỉ định

trong trường hợp BN có thời gian thiếu máu ngắn. Trong 2 BN này có 1 BN phải truyền 1 đơn vị máu còn 1 BN còn lại không phải truyền máu trong mổ. Việc nối ĐM trước sẽ làm rút ngắn thời gian thiếu máu làm tăng khả năng thành công của phẫu thuật. Theo tác giả Cheng báo cáo 20 trường hợp thì với những trường hợp đứt rời da đầu có thời gian thiếu máu trên 10 giờ thì nối ĐM trước để tái cấp máu cho da đầu. Để tránh mất máu, trong lúc nối TM thì tác giả kẹp lại ĐM được nối để tránh mất máu. Mặt khác việc nối ĐM trước có thể dễ dàng tìm được TM trong trường hợp TM quá nhỏ không tìm thấy trước đó [1].

Về kích thước mạch máu: đối với da đầu, trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước ĐM trung bình là 0,98 mm trong đó với những tổn

thương đứt rời trên đường chân tóc thì kích thước trung bình là 0,80 mm, ngang đường chân tóc thì ĐM có kích thước trung bình là 0,88mm, dưới đường chân tóc thì ĐM có kích thước trung bình là 1,05 mm với kích thước này thì nối mạch phải sử dụng kỹ thuật vi phẫu. Khả năng tắc mạch sau nối là cao do kích thước nhỏ.

Với môi mũi đứt rời, kích thước ĐM trung bình là 0,83 mm, TM là 0,66 mm. Trong nghiên cứu có 1 BN đứt rời đầu mũi kích thước ĐM là khoảng 0,4 mm, TM cũng khoảng 0,4 mm. Đây là những kích thước rất nhỏ việc khâu nối rất khó khăn và đòi hỏi kỹ thuật phải cực kỳ chính xác. Theo nghiên cứu của Kim và cộng sự, kích thước ĐM mũi vào khoảng 0,7 mm và TM vào khoảng 0,6 mm [3].



a



b

Hình 2: Kích thước tĩnh mạch khi trồng lại đầu mũi đứt rời (a)

Hình (b): đoạn TM phía trên (mũi tên đen) là đoạn TM ghép lấy từ mu ngón chân, đoạn TM phía dưới (mũi tên trắng) là TM của phần đầu mũi, KT vào khoảng 0,4mm.

Kết quả gần: Kết quả trồng lại bộ phận đứt rời sống chiếm tỷ lệ 87,5%, trong đó sống hoàn toàn và không có biến chứng chiếm tỷ lệ 50%. Theo nghiên cứu của tác giả Cheng trong 20 ca trồng lại da đầu thì sống hoàn toàn là 16 trường hợp chiếm tỷ lệ 80% [1]. Tác giả Kind báo cáo 4 ca nối tai đứt rời thì chỉ có 1 ca tai sống hoàn toàn [4]. Trong một nghiên cứu thống kê trồng lại môi-mũi tại 12 trung tâm của Mỹ, tác giả Walton và cộng sự báo cáo 13 ca trồng lại môi-mũi đứt rời thì 12/13 ca sống hoàn toàn [7].

Kết quả sống một phần là 12/32 ca chiếm tỷ lệ 37,5%. Hoại tử toàn bộ là 4/32 ca (12,5%). Các trường hợp hoại tử trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao so với nhiều tác giả khác trên thế giới. Theo nghiên cứu của tác giả Cheng, chỉ có 4/20 ca hoại tử một phần và hoại tử toàn bộ [1]. Tác giả Walton báo cáo 1 ca hoại tử một phần trong 13 ca vi phẫu trồng lại phức hợp môi-mũi [7]. Kind và CS. ghi nhận 3/4 ca hoại tử 1 phần khi trồng lại tai [4]. Trong nghiên cứu này, không có BN nào bị hoại tử do cơ chế sắc gọn. Đa số những trường hợp hoại tử do cơ

chế giãng giật. Đối với da đầu, sống 1 phần và hoại tử toàn bộ chiếm 12/21 ca. Phần lớn những trường hợp này bị hoại tử một phần do loét tỉ đè vùng chẩm và những bệnh nhân có tổn thương đứt rời nhiều mảnh. Trong 4 ca còn lại là những trường hợp trồng lại tai và môi-mũi. Những trường hợp này đều gặp trong cơ chế bầm dập. Trong cơ chế tổn thương này, tổ chức bị dập nát mạch máu bị tổn thương nên dễ bị hoại tử sau nối.

Kết quả xa: Chúng tôi đánh giá trên 27 BN, thời gian theo dõi BN lâu nhất là 11 năm và ngắn nhất là 6 tháng. Kết quả tốt là 16/27 ca (59,3%), trung bình là 7/27 (25,9%) và kém là 4/27 (14,8%). Trong những trường hợp có kết quả tốt, bộ phận đứt rời sống hoàn toàn, với da đầu tóc mọc bình thường, sẹo mổ không nhìn thấy nếu trên hoặc trong đường chân tóc, cảm giác gần như bình thường, bệnh nhân rất hài lòng với kết quả phẫu thuật. Với mũi, tai đứt rời, kết quả tốt bộ phận đứt rời phục hồi gần hoàn toàn, sẹo mổ mờ, màu sắc da đồng nhất, hình dạng cấu trúc giải phẫu như bình thường và bệnh nhân hoàn toàn hài lòng với kết quả phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Tổn thương đứt rời các bộ phận vùng đầu mặt là hiếm. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn lao động, tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt.

Mạch máu có kích thước rất nhỏ, số lượng mạch máu được khâu nối không nhiều, đa số các trường hợp chỉ khâu nối được 1 động mạch.

Trồng lại bộ phận đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu cho kết quả tốt về mặt giải phẫu, chức năng cũng như tính thẩm mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cheng, K., S. Zhou, K. Jiang, S. Wang, J. Dong, et al. (1996), "Microsurgical replantation of the avulsed scalp: report of 20 cases," *Plast Reconstr Surg*, 97 (6), pp. 1099-106; discussion 1107-8.
2. James, N.J. (1976), "Survival of large replanted segment of upper lip and nose. Case report," *Plast Reconstr Surg*, 58 (5), pp. 623-5.
3. Kim, S., H. Jeong, T.H. Choi, J.S. Kim (2010), "Successful re-plantation of an amputated nasal segment by supermicrosurgery: a case report and review of the literature," *J Plast Reconstr Aesthet Surg*, 63 (4), pp. e380-3.
4. Kind G. M., B.G.M., Placik O. J, Jansen D. A, D'Amore and Buncke Jr H. J (1997), "Total Ear Replantation," *Plastic & Reconstructive Surgery*, 99 (7), pp. 1858-1867.
5. Miller, G.D., E.J. Anstee, J.A. Snell (1976), "Successful replantation of an avulsed scalp by microvascular anastomoses," *Plast Reconstr Surg*, 58 (2), pp. 133-6.
6. Pennington, D.G., M.F. Lai, A.D. Pelly (1980), "Successful replantation of a completely avulsed ear by microvascular anastomosis," *Plast Reconstr Surg*, 65 (6), pp. 820-3.
7. Walton, R.L., E.K. Beahm, R.E. Brown, J. Upton, K. Reinke, et al. (1998), "Microsurgical replantation of the lip: a multi-institutional experience," *Plast Reconstr Surg*, 102 (2), pp. 358-68.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI NGOÀI RĂNG HÀM NHỎ THỨ NHẤT HÀM TRÊN

Ngô Thị Hương Lan*, Nguyễn Thế Hạnh*, Đoàn Trung Hiếu**

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá trên thực nghiệm về đặc điểm hình thái ngoài của răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành nghiên cứu ở 61 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, được nhổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, từ 08/2013 đến 10/2015. Các răng sau nhổ được cố định trong dung dịch formol 10%, rồi làm sạch bằng cách ngâm trong dung dịch NaOCl 5% trong 3 giờ. Ghi nhận số lượng chân răng và đo chiều dài thân chân răng. Các số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê, với độ tin cậy > 95%. Nghiên cứu mô tả tiền lâm sàng. **Kết quả:** Phần lớn răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 1 chân răng (68,9%), ít gặp nhất là răng có 3 chân (1,6%). Chiều dài trung bình ở răng 1 chân ($20,74 \pm 0,57$ mm) lớn hơn các răng có 2 chân. Ở răng có 2 chân, chiều dài chân răng ngoài ($20,33 \pm 0,18$ mm) lớn hơn chân răng trong ($20,03 \pm 0,16$ mm). **Kết luận:** Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là răng có hình thái giải phẫu khá phức tạp, việc nghiên cứu kích thước về hình thể ngoài răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, ngoài các giá trị về giải phẫu còn là những thông số có giá trị, cần thiết cho các bác sĩ

thực hành tham khảo, hỗ trợ trong nhổ răng, hàn răng và phục hình răng.

Từ khóa: Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên

SUMMARY

COMMENTS MORPHOLOGICAL MAXILLARY FIRST PREMOLAR

Objectives: Evaluates on experimentally the external morphological characteristics of the maxillary first premolars. **Subjects and methods:** We researched on 61 maxillary first premolars that were extracted at the Hospital of Odonto Stomatology, from 08/2013 to 10/2015. The extracted teeth were fixed in solution formaldehyde 10% then cleaned by soaking in solution NaClO 5.25% in 3 hours. We recorded the number of root and measured the entire length of the tooth (from crown to apex). The data were processed by statistical algorithm, with reliability > 95%. **Research Methodology:** Descriptive, preclinical (Invitro). **Results:** The majority of maxillary first premolar has 1 root (68.9%) and the least common are the three roots teeth (1.6%). The average length of the one-root teeth (20.74 ± 0.57 mm) is longer than the two-root teeth. For the two-root teeth, root length apart (20.33 ± 0.18 mm) greater than the palate root length (20.03 ± 0.16 mm). **Conclusions:** The first molars small upper jaw tooth morphology is quite complex anatomy, the study of body size smaller teeth on the jaw first, in addition to the value of surgery are also parameters valuable, necessary to consult the doctor practices, support for extractions, fillings and dental restorations.

Keywords: Maxillary first premolar

* Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

** Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Hương Lan

Email: ngolan1975@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/2/2017

Ngày phản biện: 6/3/2017

Ngày duyệt bài: 24/3/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Răng hàm nhỏ là răng chuyển tiếp về hình thể và chức năng từ răng cửa sang răng hàm. Khi mất các răng hàm lớn phía sau, các răng hàm nhỏ sẽ thay thế về chức năng nhai.

Nhiều nghiên cứu về hình thái răng và hệ thống ống tủy đều thấy rằng, răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là răng có đặc điểm hình thái ngoài cũng như giải phẫu hệ thống ống tủy phức tạp nhất trong các răng hàm nhỏ. Theo Vertucci (1984), thì chỉ riêng răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên đã thấy sự có mặt của 8 loại hình thái ống tủy. Do vậy, răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là đối tượng của rất nhiều các nghiên cứu. Mặc dù các nghiên cứu cho kết quả không đồng nhất, thậm chí trái ngược nhau, tuy nhiên, các tác giả đều thống nhất rằng, nghiên cứu về kích thước và hình thể ngoài răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, ngoài các giá trị về giải phẫu còn là những thông số có giá trị, cần thiết cho các bác sĩ thực hành tham khảo, hỗ trợ trong nhổ răng, hàn răng và phục hình răng.

III. KẾT QUẢ

3.1. Số lượng chân răng

Bảng 1. Số lượng chân răng

Số lượng chân răng	Số lượng	Tỷ lệ %
1 chân	42	68,9
2 chân	18	29,5
3 chân	1	1,6
Tổng cộng	61	100

Kết quả ở bảng 1 cho thấy, răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 1 chân răng gặp nhiều nhất, 42/61 răng, chiếm tỷ lệ 68,9%. Răng 2 chân chiếm tỷ lệ 29,6% và ít gặp nhất là răng có 3 chân, chiếm tỷ lệ 1,6%.

3.2. Chiều dài của chân răng: Trong nghiên cứu này, chiều dài thân chân răng (toàn bộ răng) được chúng tôi quy ước là chiều dài chân răng. Kết quả nghiên cứu thấy, răng 1 chân có chiều dài trung bình lớn hơn các răng có 2 chân. Chiều dài trung bình ở răng có 1 chân là $20,74 \pm 0,57\text{mm}$. Ở răng có 2 chân, chiều dài răng ngoài lớn hơn chân răng trong. Chiều dài trung bình của chân răng ngoài là $20,33 \pm 0,18\text{mm}$, chân răng trong là $20,03 \pm 0,16\text{mm}$. Kết quả được thể hiện ở bảng 2.

Bảng 2. Chiều dài chân răng

Kết quả	Khoảng dao động (mm)	Chiều dài chân răng (mm)	SD (mm)
Răng 1 chân	19,0 – 22,5	20,74	0,57
Chân răng ngoài	17,0 – 23,0	20,33	0,18
Chân răng trong	17,0 – 23,0	20,03	0,16

IV. BÀN LUẬN

4.1. Số lượng chân răng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 1 chân chiếm tỷ lệ cao nhất (68,9%), răng có 2 chân chiếm tỷ lệ 29,5% và ít gặp nhất là răng có 3 chân (1,6%). Những răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 1 chân răng thì thường có rãnh nằm ở mặt gần và mặt xa (rãnh phát triển), rãnh này làm chân răng có xu hướng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 61 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, được nhổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội. Các răng sau nhổ được cố định trong dung dịch formol 10%, rồi được làm sạch bằng cách ngâm trong dung dịch NaOCl 5,25% trong 3 giờ, lựa chọn những răng đã đóng kín cuống và thân chân răng còn nguyên vẹn. Tiến hành quan sát số lượng chân của mỗi răng và đo chiều dài thân chân răng bằng thước kẹp Pamer. Với răng 1 chân, chiều dài thân chân răng được xác định là từ chóp chân răng tới đỉnh nướu răng phía ngoài. Với các răng 2 chân, chiều dài được xác định là từ chóp chân răng (ngoài hoặc trong) tới đỉnh nướu răng tương ứng (phía ngoài hoặc phía trong). Các số liệu được phân tích thống kê, với độ tin cậy > 95%.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền lâm sàng.

chia thành hai chân răng. Nếu có 2 chân răng thì 2 chân này có thể tách nhau hoàn toàn (phần chung chân ngắn) hoặc gần hoàn toàn (phần chung chân dài).

Một số tác giả khi nghiên cứu về hình thái giải phẫu răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên cho kết quả như sau. Nghiên cứu ở 42 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên của Lê Hưng [1] thấy, đa số răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 1 chân răng,

chiếm tỷ lệ 66,7%. Tuy nhiên, cũng có những trường hợp có 2 chân, tỷ lệ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 2 chân là 33,3% và không có trường hợp nào có hơn 2 chân.

Gupta và cộng sự[4], khảo sát trên 250 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên ở người Ấn Độ thấy 53,6% có 1 chân răng duy nhất, tỷ lệ 2 chân chập hoàn toàn chiếm 24,4%; răng có 2 chân riêng biệt chiếm tỷ lệ 21,6% và răng có 3 chân chỉ chiếm 0,4%.

Một nghiên cứu trên thực nghiệm khác ở 240 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên của Pecora và cộng sự[7] thấy, tỷ lệ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 1 chân chiếm 55,8%; có 2 chân chiếm tỷ lệ 41,7% và tỷ lệ có 3 chân chiếm 2,5%. Sự khác biệt giữa các kết quả của những nghiên cứu hình thái học có thể liên quan đến sự khác nhau về phương pháp nghiên cứu, hệ thống phân loại, kích cỡ mẫu và dân tộc [4].

Trong nghiên cứu của Ozcan và cộng sự[6], tỷ lệ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 2 chân cao hơn hẳn các nghiên cứu trước đây. Tác giả giải thích rằng, 653 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên được thu thập bởi các bác sĩ nha khoa trên khắp cả nước với các chủng tộc người khác nhau, trong đó, khoảng 80% dân số là người Thổ Nhĩ Kỳ, 20% còn lại chủ yếu là người Kurd, Circassians, Bosniaks, Albania, người Ả Rập, người Armenia và người Do Thái. Do vậy, yếu tố dân tộc và địa lý được loại trừ. Trong số 351 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 2 chân trong nghiên cứu của Ozcan và cộng sự thì 283 răng có 2 chân riêng biệt (43,3%) và 68 răng có 2 chân chập hoàn toàn (10,4%). Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi và đa số các tác giả khác đều xếp những răng có 2 chân chập hoàn toàn vào nhóm có 1 chân răng. Do vậy, tỷ lệ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 1 chân chiếm tỷ lệ cao hơn.

4.2. Chiều dài chân răng: Trong nghiên cứu của chúng tôi, răng 1 chân có chiều dài trung bình lớn hơn các răng có 2 chân. Chiều dài trung bình ở răng có 1 chân là $20,74 \pm 0,57\text{mm}$, ngắn nhất là 19mm và dài nhất là 22,5mm. Ở răng có 2 chân, chiều dài chân răng ngoài lớn hơn chân răng trong. Chiều dài trung bình của chân răng ngoài là $20,33 \pm 0,18\text{mm}$, dao động từ 17mm – 23mm; chân răng trong là $20,03 \pm 0,16\text{mm}$, dao động từ 17 mm – 23mm.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Lê Hưng [1], khi tác giả tiến hành nghiên cứu ở 42 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên. Trong nghiên cứu của Lê Hưng

[1], chiều dài chân răng của răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có sự dao động khá lớn (từ 17,0mm đến 25,0mm). Trong đó, chiều dài trung bình của răng 1 chân là $21,1 \pm 1,4\text{mm}$, dài hơn đáng kể so với răng 2 chân ($20,2 \pm 1,3\text{mm}$). Tác giả cũng so sánh chiều dài chân răng của răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên ở nam ($21,1 \pm 1,1\text{mm}$) và nữ ($20,5 \pm 1,2\text{mm}$) thấy có sự khác biệt rõ rệt, với $p < 0,05$.

Tuy nhiên, Alam và cộng sự[2] lại thấy không có sự khác biệt về chiều dài của ống tủy giữa hai giới (chiều dài ống tủy thường tương ứng với chiều dài thân chân răng trừ đi 1mm). Tác giả tiến hành nghiên cứu lâm sàng ở 428 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có chỉ định điều trị nội nha của người Bangladesh. Thực hiện chụp phim Xquang cận chóp trước điều trị, mở tủy, sử dụng trám K số 08 hoặc số 10 để thông ống tủy, sau đó chụp lại phim Xquang (có trám trong ống tủy). Sử dụng công thức của Ingle để tính toán chiều dài làm việc của ống tủy. Kết quả, chiều dài trung bình của ống tủy ngoài là 20,62mm (dao động từ 17,16mm đến 25,33mm), chiều dài trung bình của ống tủy trong là 20,28 mm (dao động từ 16 mm đến 24mm). Nghiên cứu kết luận rằng, chiều dài ống tủy răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên không có sự khác biệt về giới tính của những người cùng chủng tộc và chiều dài ống tủy của người Bangladesh ngắn hơn so với chiều dài ống tủy của người da trắng trong các báo cáo trước đó. Điều này cũng được xác nhận bởi nhiều tác giả khác khi so sánh chiều dài chân răng hay chiều dài làm việc của ống tủy răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên giữa người châu Á và người da trắng.

Trong một nghiên cứu so sánh chiều dài làm việc của ống tủy ở người châu Á và người da trắng, Kim và cộng sự[5] đã tiến hành điều tra ở 515 bệnh nhân người châu Á, được điều trị nội nha tại Bệnh viện Đại học Yonsei, Hàn Quốc từ năm 1995 đến tháng 5 năm 2001 và 324 bệnh nhân người da trắng được điều trị nội nha tại Đại học Pennsylvania, Mỹ. Sử dụng máy định vị chóp (Root-ZX; J. Morita Co., Kyoto, Nhật Bản) để đo chiều dài làm việc ban đầu, sau đó được xác nhận lại bằng chụp phim Xquang cận chóp. Kết quả cho thấy, chiều dài ống tủy trung bình của các răng ở người da trắng dài hơn của người châu Á là 1,2mm và sự khác biệt lớn nhất là ống tủy ngoài răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên (hơn kém nhau 2,5mm). Tác giả đưa ra kết luận rằng, chiều dài ống tủy ở người da trắng dài hơn của người châu Á và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Cũng trong nghiên cứu của Lê Hưng [1], chiều dài toàn bộ của răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là $20,8 \pm 1,3\text{mm}$, trong đó chiều dài thân răng là $7,3 \pm 0,6\text{mm}$ và chiều dài chân răng là $13,5 \pm 1,9\text{mm}$. Tác giả cho rằng, không có sự chênh lệch đáng kể về chiều dài chân răng mà sự khác biệt nhiều nhất là về kích thước thân răng khi so sánh với kết quả của Major. Tuy nhiên, các số liệu trong nghiên cứu của Major chỉ công bố kích thước trung bình, không thấy đề cập tới các yếu tố liên quan, đặc biệt về độ tuổi nghiên cứu, nên khó so sánh cụ thể với nghiên cứu của Lê Hưng, do đa số các đối tượng nghiên cứu của Lê Hưng có độ tuổi trung bình cao (70% trên 60 tuổi) nên có thể thân răng đã bị mài mòn một phần.

V. KẾT LUẬN

Những kích thước về hình thể ngoài răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, ngoài các giá trị về giải phẫu còn là những thông số có giá trị, cần thiết cho các bác sĩ thực hành tham khảo, hỗ trợ trong nhổ răng, hàn răng và phục hình răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hưng (2003), *Nghiên cứu hình thái hệ thống ống tủy răng số 4, số 6 ứng dụng trong điều trị nội nha*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y, tr. 25-26.
2. Alam M., Prajapati K., et al. (2004), Study of tooth length and working length of first permanent molar in Bangladeshi people, *Bangladesh Medical Research Council bulletin*, 30(1), pp. 36-42.
3. Awawdeh L., Abdullah H., et al. (2008), Root form and canal morphology of Jordanian maxillary first premolars, *Journal of endodontics*, 34(8), pp. 956-961.
4. Gupta S., Sinha D.J., et al. (2015), Root and canal morphology of maxillary first premolar teeth in north Indian population using clearing technique: An in vitro study, *Journal of conservative dentistry: JCD*, 18(3), pp. 232-236.
5. Kim E., Fallahrestegar A., et al. (2005), Difference in root canal length between Asians and Caucasians, *International endodontic journal*, 38(3), pp. 149-151.
6. Özcan E., Çolak H., et al. (2012), Root and canal morphology of maxillary first premolars in a Turkish population, *Journal of Dental Sciences*, 7(4), pp. 390-394.
7. Pecora J.D., Saquy P.C., et al. (1991), Root form and canal anatomy of maxillary first premolars, *Braz Dent J*, 2(2), pp. 87-94.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ UNG THƯ VÚ VÀ TỰ KHÁM VÚ CỦA PHỤ NỮ TRONG ĐỘ TUỔI TỪ 20 - 59 TUỔI TẠI XÃ NGỌC LIÊN - CẨM GIÀNG - HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thị Hằng*, Lê Thanh Tùng*

TÓM TẮT

Ung thư vú (UTV) là nguyên nhân số một gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Mục tiêu nghiên cứu: mô tả thực trạng kiến thức về ung thư vú và tự khám vú của phụ nữ trong độ tuổi 20 - 59 ở một vùng nông thôn. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện từ 5/2016 đến tháng 12/2016 trên 400 phụ nữ từ 20-59 tuổi đang sinh sống tại xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng - Hải Dương. Công cụ nghiên cứu được phát triển dựa trên thang đo của Hochbaum cùng cộng sự và phát triển bởi Champoin. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức về UTV, yếu tố nguy cơ, sự hiểu biết về mức độ trầm trọng của bệnh UTV và lợi ích của TKV còn thấp. Chỉ có 50% đối tượng biết được UTV đang là căn bệnh phổ biến của phụ nữ; 40% phụ nữ có hiểu biết đúng về dấu hiệu quan trọng nhận biết

UTV. Chỉ có 2,7% đối tượng có kiến thức đạt về tự khám vú; 68% chưa đến bất kỳ cơ sở y tế nào để khám vú định kỳ.

Từ khóa: Ung thư vú, tự khám vú, phụ nữ

SUMMARY

KNOWLEDGE OF BREAST CANCER AND BREAST SELF-EXAMINATION OF WOMEN AGED 20-59 AT NGOC LIEN - CAM GIANG - HAI DUONG

Breast cancer is the first leading cause of cancer death among women. The aim of this study was to describe knowledge of breast cancer and breast self-examination of women aged 20-59 in a rural area. A cross sectional descriptive study design was conducted from 400 women between the ages of 20- 59 years from May to December 2016 in Ngoc Lien - Cam Giang, Hai Duong. Data collection tool based on the scale of Hochbaum and colleagues and developed by Champoin. The results showed that knowledge of breast cancer, risk factors, disease severity and the benefits of breast self-examination were at the low level. Only 50% of the subjects have knowledge that breast cancer is common disease of women; 40% of the subjects have knowledge about vital signs breast cancer. Only 2.7% of the subjects have knowledge

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

**Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Tùng

Email: tungpcnd@ndun.edu.vn

Ngày nhận bài: 21/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 21/2/2017

Ngày duyệt bài : 5/3/2017

about breast self-examination at the pass level; 68% of the subjects did not come to see the doctor to periodic breast exams at any health facilities.

Keywords: Breast cancer, breast self-examination, women

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú (UTV) là nguyên nhân số một gây tử vong do ung thư ở phụ nữ trên toàn thế giới. Tại châu Mỹ, theo thống kê năm 2008 có hơn 320.000 phụ nữ được chẩn đoán mắc bệnh UTV và 82.500 phụ nữ chết vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê năm 2010, UTV là bệnh ung thư đứng hàng đầu ở nữ giới với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi trung bình trong cả nước là 29,9/100.000 dân và cao nhất là Hà Nội với tỷ lệ trung bình là 39,4/100.000 dân [1].

Mặc dù tự khám vú (TKV) có ảnh hưởng tích cực đến phát hiện sớm các khối u tại vú, nhưng thực tế tỷ lệ phụ nữ thực hiện TKV tại nhà còn rất hạn chế. Theo một nghiên cứu thực hiện tại thành phố Mosul năm 2013 cho thấy chỉ một phần mười số phụ nữ tham gia nghiên cứu thực hiện TKV thường xuyên [4]. Tương tự kết quả của tác giả Nde và cộng sự (2015) chỉ ra rằng có 3% số người tham gia nghiên cứu thực hiện TKV thường xuyên. Ở Việt Nam, Nghiên cứu của tác giả Kim Sơn và Trần Vũ năm 2009 được tiến hành với 600 phụ nữ tại huyện Tứ Kỳ - Hải Dương có 64,7% thực hiện TKV tại nhà, nhưng điều đặc biệt là chỉ có 0,5% thực hiện đúng theo các bước hướng dẫn của WHO [2]. Một trong những lý do quan trọng và phổ biến nhất khiến phụ nữ không thực hành khám vú tại nhà là sự thiếu thông tin và kiến thức về UTV và thực hành TKV. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức về ung thư vú và tự khám vú của phụ nữ trong độ tuổi 20 - 59 ở một vùng nông thôn để qua đó có thể cung cấp thông tin làm căn cứ cho các chương trình can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

3.2. Kiến thức của phụ nữ về ung thư vú và tự khám vú

Bảng 3.1. Kiến thức chung về UTV (n= 400)

Nội dung câu hỏi kiến thức UTV	Đạt		Chưa đạt		Tổng
	n	%	n	%	
UTV là căn bệnh phổ biến ở phụ nữ	200	50	200	50	400
Biểu hiện của UTV có dịch chảy ra từ núm vú	160	40	240	60	400
Trên 35 tuổi là độ tuổi dễ mắc UTV	196	49,1	204	50,9	400
UTV không thể sống quá 5 năm	164	40,9	236	59,1	400
UTV có thể được phát hiện bằng cách TKV tại nhà	160	40	240	60	400
Bệnh có thể điều trị khỏi nếu được phát hiện sớm	269	67,3	131	32,7	400

Tiêu chuẩn lựa chọn: Là phụ nữ trong độ tuổi từ 20 - 59 tuổi, không có thai, có khả năng giao tiếp bình thường, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Là những người không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng - Hải Dương từ tháng 5/2016 đến tháng 12/2016

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

2.4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Mẫu nghiên cứu được chọn theo công thức

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2} \quad \text{Trong đó:}$$

-n: là cỡ mẫu nghiên cứu

- $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96 với độ tin cậy khi là 95%

-p: tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt chọn p = 0,5 để có cỡ mẫu lớn nhất

-d: sai số cho phép chọn d= 0,05

Theo công thức trên trong nghiên cứu này chúng tôi có mẫu nghiên cứu là 384 lấy tròn thành 400 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu nghiên hệ thống

Sử dụng phương pháp tự điền để thu thập được các thông tin nghiên cứu

2.6. 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. Các bảng, biểu và tỷ lệ % được sử dụng để mô tả các số liệu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của các đối tượng trong nghiên cứu là 39,94. Trong đó độ tuổi từ 20-39 tuổi chiếm tỷ lệ 56,3%. Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng là làm nông nghiệp với tỷ lệ là 42,7%. Đa số đối tượng mới chỉ học hết trung học cơ sở (55,3%).

Kết quả cho thấy có 50% số phụ nữ biết rằng bệnh UTV là căn bệnh phổ biến và 40% phụ nữ biết UTV có thể phát hiện bằng cách thực hiện TKV tại nhà hàng tháng.

Bảng 3.2. Kiến thức về nguy cơ UTV (n= 400)

Kiến thức về nguy cơ UTV	Đạt (trên tổng n= 400)	
	n	%
Bất kỳ phụ nữ nào cũng có nguy cơ UTV trong tương lai	196	49,1
Chế độ ăn nhiều mỡ động vật sẽ làm tăng nguy cơ UTV	186	46,4
Dùng thuốc tránh thai có chứa Estrogen kéo dài làm tăng nguy cơ UTV	94	23,6
Duy trì sức khỏe tốt là quan trọng để ngăn chặn bệnh	349	87,3
Tập thể dục ít nhất 3 lần trong tuần để phòng ngừa UTV	287	71,8

Có tới 87,3% đối tượng biết rằng duy trì sức khỏe tốt là vô cùng quan trọng để ngăn ngừa UTV. Một tỷ lệ rất thấp 23,6% biết rằng sử dụng thuốc tránh thai có Estrogen kéo dài làm tăng nguy cơ UTV.

Bảng 3.3. Kiến thức về mức độ nghiêm trọng của bệnh và lợi ích của TKV (n= 400).

Nội dung	Đạt (trên tổng n= 400)	
	n	%
UTV ảnh hưởng đến mối quan hệ với các thành viên trong gia đình	186	46,4
Nếu chị bị UTV toàn bộ cuộc sống của chị sẽ bị thay đổi	273	68,2
TKV rất quan trọng, nó sẽ giúp chị phát hiện sớm UTV	164	40,9
Thực hiện TKV hàng tháng sẽ giúp giảm nguy cơ tử vong do UTV	178	44,5
TKV là một cách chăm sóc cho chính bản thân	240	60

Trong kết quả bảng trên cho thấy 68,2% đối tượng cho rằng UTV làm thay đổi toàn bộ cuộc sống của họ, trong khi chỉ có trên 40% biết rằng TKV là phương pháp rất quan trọng giúp phụ nữ phát hiện sớm UTV và giảm tỷ lệ tử vong do bệnh.

Bảng 3.4. Sự tự tin của bản thân về thực hành TKV (n= 400).

Nội dung	Đạt (trên tổng n=400)	
	n	%
Tự tin rằng mình có thể thực hiện việc tự khám vú một cách chính xác.	66	16,4
Chị có thể phát hiện khối u vú nếu chị thực hành TKV một mình	91	22,7
Có thể xác định mô vú bình thường, bất thường khi chị thực hiện TKV	116	29,1
Chị sẽ TKV hiệu quả nếu chị biết rõ các bước thực hiện	287	71,8
Khi nhìn vào gương, chị có thể nhận ra những thay đổi bất thường ở vú	131	32,7
Có thể sử dụng chuẩn xác phần ngón tay khi thực hiện TKV của mình.	73	18,2

Có 83,6% đối tượng nghiên cứu ở mức chưa đạt khi hỏi rằng có thấy tự tin để có thể thực hiện TKV một cách chính xác, trong khi một tỷ lệ rất thấp 22,7% cho rằng có thể phát hiện khối u tại vú nếu TKV. Nhưng 71,8% đối tượng dự định sẽ TKV hiệu quả nếu biết rõ về các bước thực hiện.

Bảng 3.5. Kiến thức về thực hành TKV (n= 400).

Kiến thức thực hành TKV	Đạt (trên tổng n= 400)	
	n	%
Khi TKV, chị có thường sử dụng phần bằng phẳng của ngón tay hay không (phần đệm)	127	31,8
Khi TKV, chị có thường xuyên sử dụng 2 hoặc 3 ngón tay hay không	182	45,5
Khi TKV, chị thường sử dụng lực để khác nhau như thế nào tại mỗi điểm	142	35,5
Khi TKV, chị thường xuyên sử dụng loại mô hình gì	324	80,9
Chị dùng tay nào để tự khám vú	149	37,3
Trong khi TKV, chị có thường xuyên kiểm tra toàn bộ khu vực kéo dài dưới cánh tay, qua đường áo ngực, và phía trên xương ngực và trên xương đòn	138	34,5
Khi nhìn vào gương, chị thường quan sát vú bằng 3 tư thế: hai tay dọc theo cơ thể, 2 tay đặt vào hông và 2 tay để lên đầu	146	36,4
Chị thường nằm nghiêng thế nào khi chị khám bên ngoài của vú	127	31,8
Chị thường nằm ngửa thế nào khi chị kiểm tra bề mặt ngoài của vú	127	31,8
Khi TKV, chị có thường khám cả hai vú không	193	48,2

Kết quả cho thấy 75% đối tượng đã sử dụng không đúng phần bằng phẳng của ngón tay để TKV. Chỉ có 39/110 đối tượng (35,5%) biết rằng phải sử dụng lực để khác nhau tác động lên vùng vú khi thực hiện TKV, và một tỷ lệ 48,2% khi TKV thực hiện khám cả 2 vú. Kết quả trên cũng chỉ ra rằng chỉ có 37,3% đối tượng biết dùng tay trái để khám vú phải và ngược lại, đồng thời chỉ có 36,4% trong số họ biết quan sát vú khi thực hành TKV.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức về UTV và thực hành TKV của phụ nữ xã Ngọc Liên huyện Cẩm Giàng, Hải Dương được đánh giá là thấp, cụ thể theo kết quả chỉ ra rằng chỉ có 15% đối tượng có điểm số đạt về kiến thức UTV, yếu tố nguy cơ, sự hiểu biết về mức độ trầm trọng của UTV và lợi ích của TKV, sự tự tin của bản thân khi thực hành TKV của phụ nữ theo HBM, còn lại 85% được đánh giá là chưa đạt. Lí do của sự hiểu biết hạn chế này là do đa số đối tượng tham gia nghiên cứu ở trình độ giáo dục phổ thông chiếm 68,0% và 42,7% là nông dân, 26,4% là công nhân. Kết quả này khá tương đồng với kết quả của nhiều tác giả cho rằng trình độ giáo dục, nghề nghiệp và mức thu nhập thấp là yếu tố ảnh hưởng tới sự hạn chế kiến thức về UTV và thực hành TKV của phụ nữ. Tương tự nhóm tác giả Dandash và Mohaimeed (2007) tiến hành nghiên cứu với 360 giáo viên nữ để đánh giá kiến thức về UTV và các yếu tố nguy cơ kết quả cho thấy hơn một nửa số người tham gia nghiên cứu có kiến thức thấp do vậy tỷ lệ thực hành TKV hàng tháng thấp ($p < 0,05$) [7].

Sự thiếu hụt kiến thức chung về UTV và các yếu tố nguy cơ là nguyên nhân khiến người phụ nữ không thực hành TKV thường xuyên [7]. Trong nghiên cứu này chúng tôi tìm thấy kết quả có sự tương đồng với kết luận trên qua phân tích số liệu thu được cho thấy chỉ có 50% số phụ nữ tham gia nghiên cứu biết được UTV là căn bệnh phổ biến và có thể gặp ở bất kỳ phụ nữ nào và 40% phụ nữ trả lời đạt khi hỏi về dấu hiệu quan trọng để nhận biết UTV là có dịch chảy ra từ núm vú. Đa số đối tượng đều biết rằng phương pháp phòng tránh ung thư vú là duy trì tình trạng sức khỏe tốt, nhưng họ lại thiếu kiến thức về điều này vì chỉ có hơn 40% đối tượng biết được chế độ ăn nhiều mỡ động vật làm tăng nguy cơ ung thư vú và 23,6% biết rằng sử dụng thuốc tránh thai có Estrogen kéo dài cũng là một nguy cơ gây bệnh. Khẳng định hơn nữa về điều này, một nghiên cứu được thực hiện tại Ethiopia (2015) khi nhóm tác giả tìm thấy một tỷ lệ khá thấp là 17,0% đối tượng không biết bệnh UTV là bệnh phổ biến, do vậy một tỷ lệ lớn phụ nữ không tham gia TKV là 62,7% và chỉ có 14,4% là thực hiện thường xuyên [5].

Sự tự tin của bản thân là một nhân tố quan trọng để thúc đẩy và duy trì hành vi thực hành TKV của phụ nữ. Nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả tìm thấy chỉ có 16,4% phụ nữ tự tin rằng mình có thể thực hiện TKV một cách chính xác và 22,7% đồng ý rằng họ có thể tìm

thấy khối u tại vú nếu TKV. Tương tự với kết quả của chúng tôi, một nghiên cứu được thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ với 950 phụ nữ, chỉ có 24% đối tượng cho là tự tin vào khả năng của mình để thực hiện TKV một cách chính xác. Đồng thời một nghiên cứu tại Ankara với 140 phụ nữ kết quả chỉ ra rằng ở những phụ nữ thực hiện TKV thường xuyên thì có điểm số về sự tự tin cao hơn so với những người không thực hiện TKV [4]. Điều này càng khẳng định hơn nữa sự thiếu hụt kiến thức chung về UTV và các yếu tố nguy cơ, mức độ nghiêm trọng của bệnh và lợi ích của TKV, sự tự tin của bản thân khi thực hành TKV là nguyên nhân khiến 110 phụ nữ xã Ngọc Liên trong năm qua có tỷ lệ rất thấp 8% thực hiện TKV hàng tháng, còn lại 14,2% thực hiện ba tháng một lần, 28,1% thực hiện TKV sáu tháng một lần, và một số phụ nữ thực hiện TKV một năm một lần chiếm tỷ lệ 23,9%. Tương tự như nhóm chúng tôi tác giả Seif, Y.N., & Aziz, M cũng đưa ra kết quả nghiên cứu: 78,7% số người tham gia có thực hành TKV, nhưng chỉ có 9,5% trong số họ thực hiện thường xuyên hàng tháng, nhóm tác giả Abolfotouh, M. A., et al (2015) cũng chỉ tìm thấy 21% tỷ lệ phụ nữ tham gia nghiên cứu thực hành TKV thường xuyên [3].

Điều đáng chú ý trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi là điểm số trung bình về kiến thức thực hành TKV của phụ nữ đạt được tương đối thấp $12,05 \pm 3,69$ trên tổng điểm là 28 điểm. Sở dĩ như vậy là do gần 2/3 trong số họ (68,0%) chưa từng đến cơ sở y tế khám vú và 45,8% số người tham gia không được hướng dẫn thực hiện TKV từ các chuyên gia y tế hoặc bác sĩ chuyên khoa, đặc biệt 20,0% trong số họ chưa bao giờ được hướng dẫn TKV. Một kết quả tương tự như lý giải trong nghiên cứu của chúng tôi là một nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện với 2.186 nữ sinh viên đại học ở Hàn Quốc để kiểm tra việc thực hành tự khám vú và các yếu tố liên quan đến kiến thức về bệnh UTV với quy mô toàn quốc. Kết quả cho thấy: sự hiểu biết của người tham gia nghiên cứu về UTV rất thấp (2.70 điểm trên 11 điểm) ($P < 0,001$), điều này tương đương với 73,0% số người tham gia đều chưa bao giờ thực hiện TKV hoặc không biết cách thực hiện TKV.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức về UTV, yếu tố nguy cơ, sự hiểu biết về mức độ trầm trọng của bệnh UTV và lợi ích của TKV, sự tự tin của bản thân cũng cho tỷ lệ khá thấp, chỉ có 15% đối tượng tham gia được

đánh giá đạt; 50% đối tượng biết được UTV đang là căn bệnh phổ biến của phụ nữ; 40% phụ nữ có hiểu biết đúng về dấu hiệu quan trọng nhận biết UTV.

Kiến thức về thực hành TKV được đánh giá thấp, chỉ có 2,7% đối tượng có kiến thức đạt, còn lại 97,3% được đánh giá chưa đạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Tài liệu Truyền thông phòng chống ung thư*, Hà Nội 2015.
2. Đỗ Kim Sơn và Trần Vũ (2009), "Một số yếu tố liên quan đến hành vi tự khám vú tại nhà ở phụ nữ độ tuổi 15- 49 tại xã Hưng Đạo, huyện Tứ Kỳ, tỉnh Hải Dương", *Tạp chí y tế công cộng*. 11, tr. 13-18.
3. Mostafa A. Abolfotouh và các cộng sự. (2015), "Using the health belief model to predict breast self examination among Saudi women", *BMC Public Health*. 15, tr. 1163.
4. Maarab younis Abdullah Al-Fathy và Bssam A Alneema Assist (2013), "Knowledge, Attitude, and Practice of Breast-Self Examination among School Teachers in Mosul City", *Tikrit Medical Journal* 19(2), tr. 221-238
5. N. Birhane và các cộng sự. (2015), "Predictors of breast self - examination among female teachers in Ethiopia using health belief model", *Arch Public Health*. 73(1), tr. 015-0087.
6. Lê Thị Dung (2012), *Factors related to breast self - examination among women in Kiên Giang, Viet Nam*, A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the master degree of nursing science international program the Faculty of Nursing Burapha university.
7. In K. Glanz, B. K. Rimer và F. M. Lewis (2002), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice 3rd Edition* San Francisco: Jossey-Bass.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN TRẦM CẢM BẰNG FLUOXETINE KẾT HỢP VỚI THUỐC CHỐNG ĐỘNG KINH Ở BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH CƠN LỚN (CƠN CO CỨNG - CO GIẬT)

Đàm Đức Thắng*, Bùi Quang Huy**,
Ngô Ngọc Tản**, Cao Tiến Đức**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nhận xét kết quả điều trị rối loạn trầm cảm bằng Fluoxetine kết hợp với thuốc chống động kinh ở bệnh nhân động kinh cơn lớn (cơn co cứng - co giật). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp tiền cứu 102 bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm kèm theo. Các bệnh nhân này được điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần thành phố Hải Phòng từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 10 năm 2015. Tiêu chuẩn chẩn đoán: ICD- 10 (1992) cho động kinh cơn lớn, mục G40.6 và tiêu chuẩn chẩn đoán cho trầm cảm thực tổn mục F06.32.0. **Kết quả:** Liều lượng Fluoxetine trung bình $23,18 \pm 4,18$ mg/ngày. Các triệu chứng trầm cảm đều thuyên giảm rõ rệt từ T0 đến T8: khí sắc trầm từ 96,08% giảm còn 47,06%, mất mọi quan tâm và thích thú từ 69,61% còn 9,80%, giảm năng lượng từ 77,45% còn 6,86%. Rối loạn giấc ngủ từ 92,04% còn 10,78%, nhìn tương lai ảm đạm và bi quan từ 95,10% còn 27,45%, giảm tập trung chú ý từ 85,29% còn 39,22%, giảm tự trọng và tự tin từ 87,85% còn 44,12%. Điểm số thang trầm cảm Hamilton thuyên giảm từ $22,75 \pm 3,49$ điểm ở T0, đến $13,72 \pm 3,85$ điểm ở T8.

Từ khóa: Động kinh cơn lớn, trầm cảm

*Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng

**Bệnh viện 103-Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quang Huy

Email: bshuy2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 14/2/2017

Ngày duyệt bài: 10/3/2017

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT OF DEPRESSIVE DISORDER WITH FLUOXETINE COMBINED WITH ANTIEPILEPTIC DRUGS IN PATIENTS WITH GENERALIZED TONIC-CLONIC SEIZURES

Objectives: Results of treatment of depressive disorder with fluoxetine in combination with drugs anti-epileptic seizures in patients with generalized Tonic-Clonic seizures. **Subjects and research methods:** Research methodology prospective intervention, describe every individual of 102 inpatients with generalized Tonic-Clonic seizures, who have depressive disorder comorbid. They were treated at a Haiphong mental hospital from April 2013 to October 2015. Using the diagnostic criteria G40.6 of ICD-10 (1992) for generalized Tonic-Clonic seizures section and diagnostic criteria F06.32 for Organic depressive disorder. **Results:** The average dose of Fluoxetine is $23,18 \pm 4,18$ mg/day, the depressive symptoms are significantly relieved from T0 to T8 as: depressed mood from 96,08% to 47,06%, reduced energy leading to increased fatigue ability and diminished activity from 69,61% to 9,80%, loss of interest and enjoyment from 77,45% to 6,86%. Disturbed sleep from 92,04% to 10,78%, bleak and pessimistic views of the future from 95,10% to 27,45%, reduced concentration and attention from 85,29% to 39,22%; reduced self-esteem and self-confidence 87,25% to 44,12%. Hamilton scores were significantly relieved, from $22,75 \pm 3,49$ points in T0 to $13,72 \pm 3,85$ points in T8.

Keywords: Generalized tonic-clonic seizures, depression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị tình trạng trầm cảm ở các bệnh nhân động kinh là cần thiết. Các nghiên cứu gần đây cho thấy các thuốc chống trầm cảm ức chế tái hấp thu có chọn lọc serotonin (SSRI) như Fluoxetine, Sertraline, Paroxetine... đã được chứng minh an toàn ở những bệnh nhân động kinh. Ở Việt Nam, điều trị trầm cảm trên bệnh nhân động kinh chưa được quan tâm và nghiên cứu một cách kỹ lưỡng. Với tầm quan trọng như vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả điều trị rối loạn trầm cảm bằng Fluoxetine kết hợp với thuốc chống động kinh ở bệnh nhân động kinh cơn lớn (cơn co cứng - co giật)" với mục tiêu: nhận xét kết quả điều trị rối loạn trầm cảm bằng Fluoxetine kết hợp với thuốc chống

động kinh ở bệnh nhân động kinh cơn lớn (cơn co cứng - co giật).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nhóm nghiên cứu: 102 bệnh nhân động kinh toàn thể cơn co cứng co giật có trầm cảm kèm theo được điều trị bằng Fluoxetine với thuốc chống động kinh tại Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng từ tháng 4/2013 - 10/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu: Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD- 10 (1992) cho động kinh toàn thể cơn co cứng co giật mục G40.6 và tiêu chuẩn chẩn đoán cho trầm cảm thực tổn mục F06.32.0.

Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp tiến cứu. Các số liệu được xử lý và phân tích trên chương trình Standa 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Liều lượng Fluoxetin dùng điều trị trầm cảm

Liều lượng	Chỉ số thống kê	n	Tỷ lệ %	p
20 mg/ngày		98	96,08	< 0,0001
40 mg/ngày		4	3,92	
Liều trung bình (mg/ngày)		23,18 ± 4,18		

Kết quả bảng 1 cho thấy liều lượng thuốc Fluoxetine trung bình 23,18±4,18 mg/ngày trong đó 98 bệnh nhân được dùng liều 20mg/ngày và chỉ có 4 bệnh nhân được dùng liều 40 mg/ngày. Khi so sánh hai nhóm này với nhau ta thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ($t = -78,0425$; $p = 0,0000$).

Bảng 2. Diễn biến các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm

Thời điểm	T0		T2		T4		T6		T8		p
Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Khí sắc trầm	98	96,08	98	96,08	93	91,18	81	79,41	48	47,06	<0,001
Mất mọi quan tâm và thích thú	71	69,08	71	69,61	49	48,04	17	16,67	10	9,80	
Giảm năng lượng	79	77,45	75	73,53	52	50,98	24	23,53	7	6,86	

Kết quả bảng 3.2 cho ta thấy các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm đều thuyên giảm rõ rệt từ T0 đến T8 với (McNemar's χ^2 từ 50 -72; $p = 0,000$).

Bảng 3. Diễn biến triệu chứng phổ biến của rối loạn trầm cảm

Thời gian	T0		T1		T2		T3		T4		p
Triệu chứng	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
Giảm tập trung chú ý	87	85,29	87	85,29	86	84,31	78	76,47	40	39,22	<0,001
Giảm tính tự trọng và lòng tự tin	89	87,25	89	87,25	80	78,43	62	60,78	45	44,12	
Ý tưởng bị tội và không xứng đáng	50	49,02	48	47,06	17	16,67	1	0,98	0	0,00	
Nhìn tương lai ảm đạm và bi quan	97	95,10	96	94,12	80	78,43	49	48,04	28	27,45	
Ý tưởng và hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát	37	36,27	30	29,41	1	0,98	0	0,00	0	0,00	
Rối loạn giấc ngủ	101	99,02	95	93,14	44	43,14	15	14,71	11	10,78	
Ăn ít ngon miệng	80	78,43	65	63,73	4	3,92	0	0,00	0	0,00	

Kết quả bảng 3 cho thấy các triệu chứng phổ biến của trầm cảm đều thuyên giảm rõ rệt, ý tưởng và hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát, ý tưởng bị tội và không xứng đáng và ăn ít ngon miệng đều thuyên giảm hoàn toàn ở thời điểm T8 với (McNemar's χ^2 từ 44,0 – 90,00; $p = 0,000$).

Bảng 4. Diễn biến các triệu chứng cơ thể khác

Thời điểm	T0		T2		T4		T6		T8		p
Triệu chứng	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Nóng rất vùng bụng	16	15,69	16	15,69	14	13,73	3	2,94	0	0,00	<0,001
Cảm giác buồn nôn	3	2,94	3	2,94	0	0,00	0	0,00	0	0,00	
Cảm giác ruột co thắt	9	8,82	7	6,68	4	3,29	0	0,00	0	0,00	
Đầy bụng, ăn không tiêu	23	22,5	19	18,63	2	1,96	1	0,98	0	0,00	
Hồi hộp	17	16,67	17	16,67	8	7,84	0	0,00	0	0,00	
Mạch nhanh	11	10,78	11	10,78	4	3,92	0	0,00	0	0,00	
Bốc hỏa	10	9,80	10	9,80	5	4,90	1	0,98	0	0,00	
Chóng mặt	14	13,73	13	12,75	1	0,98	1	0,98	0	0,00	
Ra mồ hôi	5	4,90	5	4,90	2	1,96	0	0,00	0	0,00	0,043
Tê bì	8	7,84	7	6,68	6	5,88	1	0,98	0	0,00	
Mất hứng phần tình dục	43	42,16	43	42,16	42	41,18	39	38,24	39	38,24	
Rối loạn kinh nguyệt (n=51)	14	27,45	14	27,45	12	22,53	12	22,53	11	21,57	0,083

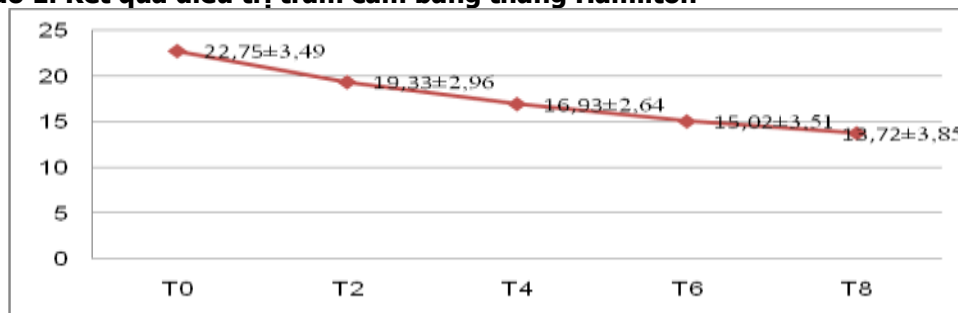
Kết quả bảng 4 cho thấy phần lớn các triệu chứng thuyên giảm hoàn toàn tại thời điểm T8. Chỉ có rối loạn kinh nguyệt thuyên giảm không rõ rệt và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (McNemar's $\chi^2 = 3,0$; $p = 0,0833$).

Bảng 5. Tần suất xuất hiện cơn động kinh trong điều trị trầm cảm

STT	Chỉ số thống kê	n=102	Tỷ lệ %	p
1	T0 - T4	16	15,69	> 0,05
2	T5 - T8	9	8,82	
3	Từ T0 -T8	25	26,51	

Kết quả bảng 5 cho thấy trong 8 tuần theo dõi kết quả điều trị thấy có 25 lượt bệnh nhân xuất hiện cơn co giật, trong đó thời điểm từ T0-T4 chiếm 15,69%, thời điểm từ T5-T8 chiếm 8,82%, khi so sánh 3 thời điểm với nhau ta không thấy sự khác biệt với $p > 0,05$ (McNemar's $\chi^2 = 2,13$; $p = 0,14$).

Biểu đồ 1. Kết quả điều trị trầm cảm bằng thang Hamilton



Kết quả biểu đồ 1 cho thấy điểm trung bình trên thang Hamilton thuyên giảm rõ rệt tại thời điểm T0 và T8 lần lượt từ 22,75 ± 3,49 điểm còn 13,72 ± 3,85 điểm, với ($t = 19,95$ $p = 0,000$).

IV. BÀN LUẬN

- Liều lượng Fluoxetin điều trị trầm cảm trên bệnh nhân động kinh: Kết quả bảng 1 cho thấy liều lượng thuốc Fluoxetine trung bình được sử dụng điều trị là 23,18 ± 4,18 mg/ngày, trong đó 89 bệnh nhân dùng liều 20mg/ngày và chỉ có 4 bệnh nhân được dùng liều 40 mg/ngày

Thome-Souza M.S. và cs. (2007), nghiên cứu điều trị trầm cảm ở 36 bệnh nhân động kinh trong 25,8±17, 1 tháng với liều trung bình của Fluoxetine 45,7±19 mg/ngày. Kết quả 35 bệnh nhân (97,2%) đáp ứng tốt.

- Diễn biến các triệu chứng chủ yếu của trầm cảm: Kết quả bảng 2 cho thấy tại các triệu

chứng thuyên giảm tại thời điểm T0 và T8 lần lượt là khí sắc trầm từ 96,08% còn 47,06%, mất mọi quan tâm và thích thú từ 69,61% còn 9,80%, giảm năng lượng từ 77,45% còn 6,86%.

Nguyễn Văn Dũng (2015) đánh giá kết quả điều trị trầm cảm ở người cao tuổi bằng thuốc chống trầm cảm và an thần kinh nhận thấy khí sắc trầm giảm hoàn toàn 54,9%, giảm một phần 21,8%, mất quan tâm thích thú giảm hoàn toàn 52,6%, giảm một phần 35,5%, giảm năng lượng và giảm hoạt động giảm hoàn toàn 38,5%, giảm một phần 55,0%.

- Diễn biến triệu chứng phổ biến của rối loạn trầm cảm: Kết quả bảng 3 cho thấy các triệu chứng phổ biến của trầm cảm đều thuyên giảm rõ rệt, với ý tưởng và hành vi tự hủy hoại hoặc tự sát, ý tưởng bị tội và không xứng đáng và ăn ít ngon miệng đều thuyên giảm hoàn toàn. Kanner Andres M. (2006) trầm cảm ở bệnh nhân động kinh khi được điều trị khoảng 50% triệu chứng có sự thuyên giảm trong 8 tuần đầu tiên.

- Diễn biến triệu chứng cơ thể của rối loạn trầm cảm: Kết quả bảng 4 cho thấy phần lớn các triệu chứng thuyên giảm hoàn toàn tại thời điểm T8. Rối loạn kinh nguyệt gặp ở T0 là 14/51 bệnh nhân nữ chiếm 27,45% đến T8 còn 21,57%. Giảm, mất hứng phần tình dục gặp ở T0 là 42,16% đến T8 còn 38,24%.

Theo Vương Văn Tịnh (2010) các triệu chứng cơ thể ở bệnh nhân trầm cảm nặng thuyên giảm sau 40-50 ngày điều trị bằng thuốc chống trầm cảm và an thần kinh lần lượt như: đau đầu từ 95,24% còn 17,86%, chán ăn từ 100% còn 15,48%, sút cân từ 57,14% còn 4,76%, ra nhiều mồ hôi từ 42,86% còn 3,57%, hồi hộp đánh trống ngực từ 47,62% còn 10,71%, giảm ham muốn tình dục từ 38,10% còn 7,14%...

- Tần suất xuất hiện cơn động kinh trong điều trị trầm cảm: Kết quả bảng 5 cho thấy trong 8 tuần theo dõi kết quả điều trị trầm cảm trên bệnh nhân động kinh cơn lớn thấy có 25 lượt bệnh nhân xuất hiện cơn co giật, trong đó thời điểm từ T0-T4 là 16 bệnh nhân chiếm 15,69%, thời điểm từ T5-T8 có 9 lượt bệnh nhân chiếm 8,82%.

Với khoảng thời gian nghiên cứu 02 tháng là chưa đủ dài để đánh giá tần suất xuất hiện cơn động kinh cho cả nhóm nghiên cứu, tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi bước đầu nhận thấy tần suất cơn động kinh thuyên giảm cùng với sự thuyên giảm triệu chứng trầm cảm.

- Kết quả điều trị trầm cảm bằng thang Hamilton: Kết quả biểu đồ 1 cho thấy điểm trung bình trên thang Hamilton: tại thời điểm T0 và T8 lần lượt từ 22,75±3,49 điểm còn 13,72±3,85 điểm.

Maguire M.J. và cs. (2014) tổng hợp một số nghiên cứu về điều trị trầm cảm ở bệnh nhân động kinh: điều trị bằng Citalopram với liều 22,6±8.3 mg/ngày nhận thấy 65% cải thiện điểm số Hamilton trên 50% sau tám tuần điều trị, điều trị bằng Venlafaxine liều 25-75 mg/ngày nhận thấy 69% thuyên giảm điểm số Hamilton trên 50% sau 8 tuần điều trị.

V. KẾT LUẬN

- Liều trung bình Fluoxetine là 23,18 ± 4,18mg/ngày.

- Các triệu chứng trầm cảm đều thuyên giảm rõ rệt từ T0 đến T8 như: khí sắc trầm từ 96,08% giảm còn 47,06%, mất mọi quan tâm và thích thú từ 69,61% còn 9,80%, giảm năng lượng từ 77,45% còn 6,86%. Rối loạn giấc ngủ từ 92,04% còn 10,78%, nhìn tương lai ảm đạm và bi quan từ 95,10% còn 27,45%.

- Có 25 lượt bệnh nhân xuất hiện cơn co giật, trong đó thời điểm từ T0-T4 là 16 bệnh nhân chiếm 15,69%, thời điểm từ T5-T8 có 9 lượt bệnh nhân chiếm 8,82%.

- Điểm số thang Hamilton thuyên giảm rõ rệt T0 là 22,75 ± 3,49 điểm đến T8 13,72 ± 3,85 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Dũng (2015)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan và điều trị trầm cảm ở người cao tuổi*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội, 151 trang.
2. **Vương Văn Tịnh (2010)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm nặng*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y, Hà Nội; 163 trang.
3. **Kanner Andres M.(2006)**, "Depression and Epilepsy: A New Perspective on Two Closely Related Disorders", *Epilepsy Currents*, Vol. 6, No. 5 (September/October) pp. 141-146.
4. **Kanner Andres M.(2013)**, "The treatment of depressive disorders in epilepsy: What all neurologists should know", *Psychiatric disorders in epilepsy*, *Epilepsia*, 54(Suppl. 1):3-12.
5. **Maguire M.J., Weston J., Singh J. Marson A.G. (2014)**, "Antidepressants for people with epilepsy and depression", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. Art. No.: CD010682; 51pp.
6. **Thome-Souza M.S., Kuczynski E. et al (2007)**, "Sertraline and fluoxetine: Safe treatments for children and adolescents with epilepsy and depression" *Epilepsy & Behaviour*; 10,pp: 417-425.

MÔ TẢ TRIỆU CHỨNG BỆNH RỐI LOẠN CĂNG CƠ GẤP Ở CÁC CA SĨ VÀ ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP LUYỆN THANH

Phạm Thị Bích Đào*, Trần Ngọc Lan**

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 125 ca sĩ có thay đổi giọng nói được chẩn đoán là rối loạn giọng căng cơ với biểu hiện chính là mệt mỏi giọng mạn tính, giọng nói khàn, hay đứt đoạn, đau họng khi nói, khó điều khiển âm độ. Soi hoạt nghiệm thanh quản thấy có 4 dạng hình ảnh của rối loạn giọng căng cơ: Type I (Khe hở sau): 46,3%, Type II (Khép bằng thanh thất): 29,6%, Type III (co kéo trước sau): 18,5% và Type IV (co thắt toàn bộ cấu trúc trên thanh môn): 5,6%. Sau luyện thanh kết quả tốt sau 36 tháng 74,7%, khá 21,1%, kém 4,2%. Đánh giá theo thang điểm chỉ số hoàn thiện của giọng (VHI) cho kết quả: sau 36 tháng 74,4% trở về bình thường.

Từ khóa: Rối loạn giọng căng cơ, mệt mỏi giọng mạn tính, khe hở sau, khép bằng thanh thất, cấu trúc trên thanh môn, co kéo trước sau

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF VOICE DISORDERS MUSCLE TENSION AMONG SINGER AND EFFECTIVE AFTER VOCAL TRAINING METHOD

Research conducted on 125 singers voice change is diagnosed voice disorders muscle tension is manifested chronic fatigue voice, hoarse voice, or broken, sore throat when speaking, hard to control audio dirty. Stroboscopic laryngeal Soi 4 saw an image of voice disorders muscle strain: type I (gap following): 46.3%, type II (Closing tape interior bar): 29.6%, type III (traction sooner or later): 18.5% and type IV (spasm entire structure above the glottis): 5.6%. After good results vocal 74.4%, rather 21.4% less 4.2%. Assessed according to a scale of perfection of tone index (VHI) for the results: 74.4% after 36 months to return to normal.

Keywords: Voice disorders muscle strain, chronic fatigue voice, following openings, closing interior ice bar, a structure in the glottis, before the next pull.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay đổi giọng nói là vấn đề mà các ca sĩ thường xuyên phải đối mặt, một trong những bệnh làm giọng thay đổi là rối loạn giọng căng cơ[1]. Năm 1980, Aronson mô tả biểu hiện rối loạn giọng nhưng không tìm thấy tổn thương

thực thể tại thanh quản, tác giả nhấn mạnh vai trò của rối loạn cơ chế phát âm trong bệnh này [2]. Morrison và cộng sự đưa ra khái niệm "rối loạn giọng căng cơ" (RLGCC) cho loại bệnh trên vào năm 1983 [3]. RLGCC có thể xảy ra do cơ chế bù trừ, trong đó viêm nhiễm đường hô hấp thường là nguyên nhân chính gây tình trạng phát âm bù trừ. Ngoài ra, tình trạng giọng yếu, giọng có chất lượng không tốt cũng là yếu tố làm cho bệnh nhân có xu hướng cổ phát âm và đưa đến RLGCC. Một số tác giả cho rằng cơ chế bệnh sinh gây RLGCC là do hoạt động quá mức của thanh quản khi phát âm làm các cơ thanh quản tăng trương lực lan tỏa [5]. Koufman và Blalock đề xuất một hệ thống phân loại của RLGCC dựa vào các đặc điểm về thanh môn và trên thanh môn [4]. Các đặc điểm trên thanh môn là các hình thái co kéo bên (là sự khép bằng thanh thất trong khi phát âm) và co kéo trước sau (là sự co rút của sụn nắp thanh thiệt về phía sụn phễu). Type I: khe hở sau trên thanh môn, type II: khép bằng thanh thất, type III: co kéo trước sau một phần, type IV: co thắt toàn bộ các cấu trúc trên thanh môn. Năm 1991, Koufman mô tả chi tiết triệu chứng RLGCC đồng thời đưa ra bảng phân loại 4 type hình thái thanh quản [4]. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ RLGCC gặp tới 40% các rối loạn giọng [5]. Tại Việt Nam năm 2013, Nguyễn Duy Dương [6] đánh giá đặc điểm của RLGCC trên giáo viên là rối loạn giọng nói và không có tổn thương thực thể của niêm mạc dây thanh, kết hợp với rối loạn khép dây thanh khi phát âm và đánh giá sự ảnh hưởng của RLGCC đối với phát âm thanh điệu tiếng Việt. Trần Ngọc Lan cũng nhận xét nếu quá trình rối loạn căng cơ kéo dài sẽ làm cho cơ dây thanh rơi vào tình trạng bất ổn định (nhược cơ dây thanh), người ca sĩ này sẽ lúc hát được lúc không hát được, cổ họng họ luôn thấy mệt và cảm giác yếu đi làm ảnh hưởng rất nhiều tới tâm lý [1]. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả các biểu hiện rối loạn căng cơ gấp ở các ca sĩ tại Học viện Âm nhạc Quốc gia từ tháng 10/2014 - 10/2016 và đánh giá hiệu quả của phương pháp luyện thanh trong loại bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Ca sĩ có thay đổi giọng nói được chẩn đoán là rối loạn giọng căng

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Học viện Âm nhạc Quốc gia VN

Tác giả chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19/1/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/2/2017

Ngày duyệt bài: 15/3/2017

cơ. Tiêu chuẩn lựa chọn: được chẩn đoán là rối loạn giọng căng cơ với các triệu chứng lâm sàng, soi hoạt nghiệm thanh quản, được luyện thanh theo bài tập của Trần Ngọc Lan và được theo dõi đủ 6 giai đoạn trong 36 tháng. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân rối loạn giọng không do căng cơ, hoặc được luyện thanh theo bài tập khác, không theo dõi theo quy định, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

***Thiết kế nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng, đánh giá kết quả trước và sau điều trị.

***Mẫu nghiên cứu:** 125 ca sĩ có thay đổi giọng nói được chẩn đoán là rối loạn giọng căng cơ dựa trên triệu chứng lâm sàng, soi hoạt nghiệm thanh quản.

***Địa điểm và thời gian nghiên cứu:** tại Học viện Âm nhạc Quốc gia từ tháng 10/2014 – 10/2016.

***Biện pháp điều trị:** Luyện thanh theo bài tập của Trần Ngọc Lan[1]: Kỹ thuật hát nốt cao - Kỹ thuật "chạy nhanh" - passage - Kỹ thuật

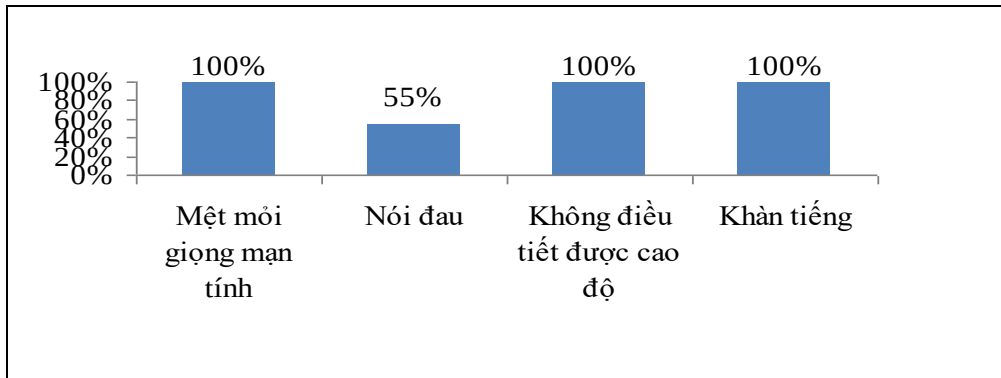
Staccato - Tai nghe - Âm thanh nghẹt mũi (giọng mũi) - Âm thanh bốp, đanh cứng - Âm thanh rung chậm ở cổ - Âm thanh vỡ.

- Đánh giá kết quả điều trị qua triệu chứng lâm sàng, soi hoạt nghiệm thanh quản và chỉ số VHI theo từng giai đoạn: 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng. Theo thang điểm VHI có tổng điểm là 120 [6]: Thang điểm được xây dựng trên 4 bảng với số điểm từ 0-4 (0 - không bao giờ, 1- hầu như không bao giờ, 2- thỉnh thoảng, 3- Hầu như thường xuyên, 4- luôn luôn). Thang điểm: 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.

3. Xử lý và phân tích số liệu: nhập và quản lý số liệu trên chương trình SPSS 16.0. Xử lý số liệu theo thuật toán thống kê.

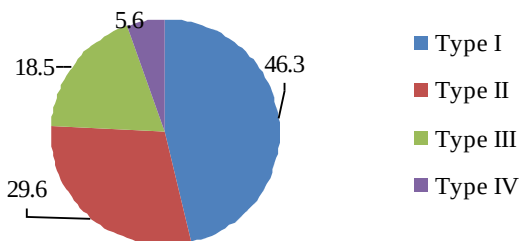
4. Đạo đức nghiên cứu: tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Các đối tượng nghiên cứu tự nguyện đồng thuận tham gia nghiên cứu và có thể rút lui bất kỳ lúc nào trong quá trình nghiên cứu nếu không đồng ý. Thông tin về đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 1. Biểu hiện của rối loạn giọng căng cơ ở ca sĩ

Nhận xét: Các biểu hiện rối loạn giọng căng cơ thường gặp là mệt mỗi giọng mạn tính 100%, không điều khiển được cao độ giọng 100%, khàn tiếng 100%, nói đau 55%.



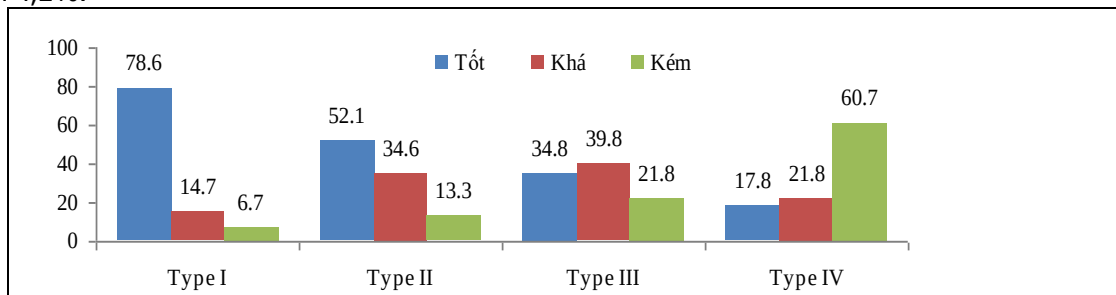
Biểu đồ 2. Các thể RLGCC trên soi hoạt nghiệm thanh quản

Nhận xét: Type I (Khe hở sau): 46,3%, Type II (Khép bằng thanh thất): 29,6%, Type III (co kéo trước sau): 18,5% và Type IV (co thắt toàn bộ cấu trúc trên thanh môn): 5,6%.

Bảng 1. Đánh giá chỉ số VHI sau từng giai đoạn luyện tập

Mức độ VHI	Trước tập	Sau 3 tháng	Sau 6 tháng	Sau 12 tháng	Sau 24 tháng	Sau 36 tháng
Bình thường	0	0	2(1,6%)	11(8,8%)	91(72,8%)	93 (74,4%)
Nhẹ	20(16%)	53(42,4%)	74(59,2%)	76 (60,8%)	10(7,8%)	22(17,2%)
Vừa	87 (69,6%)	54(43,2%)	34(27,2%)	32 (25,6%)	19 (15,2%)	5 (4,2%)
Nặng	18 (14,4%)	18(14,4%)	15(12%)	6(4,8%)	5(4,2%)	5 (4,2%)

Nhận xét: kết quả cho thấy trước tập không có bệnh nhân nào có mức độ VHI bình thường (0%), tỷ lệ này tăng dần theo thời gian: sau 6 tháng là 1,6%, sau 12 tháng là 8,8%, sau 24 tháng là 72,8% và sau 36 tháng là 74,4%. Tỷ lệ có mức độ VHI nặng giảm dần theo thời gian và sau 36 tháng còn 4,2%.

**Biểu đồ 3. So sánh mức độ hồi phục giọng và các type RLGCC**

Nhận xét: Type I (Khe hở sau): 46,3%, Type II (Khép bằng thanh thất): 29,6%, Type III (co kéo trước sau): 18,5% và Type IV (co thắt toàn bộ cấu trúc trên thanh môn): 5,6%. Sau 36 tháng, Type I tốt 78,6%, type II tốt 52,1%, type III tốt 34,8%, type IV tốt là 17,8%.

IV. BÀN LUẬN

RLGCC thường gặp trên các bệnh nhân có các trạng thái tâm lý tiêu cực như dễ bị kích động, căng thẳng, lo lắng, sợ hãi, bi quan - vì thế nghề ca sĩ là một trong những nghề hay gặp loại bệnh này. Triệu chứng của RLGCC gặp trên 125 đối tượng nghiên cứu gặp là: mệt mỏi giọng mạn tính 100%, nói đau 55%, không điều tiết được cao độ 100%, khàn tiếng 100%. Các triệu chứng này cũng là triệu chứng gặp được trên những bệnh nhân RLGCC mà tác giả Phạm Duy Dương đưa ra[6]. Aronson gặp triệu chứng nói đau trên 36,7% các đối tượng nghiên cứu. Họ đều cho rằng các triệu chứng trên xuất hiện là do sự cố gắng thường xuyên của thanh quản để bù trừ khi phát âm mà sóng rung động của dây thanh lại giảm ở những bệnh nhân RLGCC. Các đặc tính của chu kỳ rung dây thanh thay đổi khi thay đổi cao độ, cường độ và khoảng âm (các quãng), chính từ những đặc điểm này mà trong bệnh RLGCC người ta phân ra làm bốn type để đưa ra bài tập luyện thanh và đánh giá khả năng hồi phục. Khi soi hoạt nghiệm thanh quản 46,3% gặp ở type I, ít nhất là nhóm IV: 5,6%. Sau luyện thanh 36 tháng, số bệnh nhân đạt kết quả kém chủ yếu là ở type IV, hiện tượng co thắt toàn bộ các cấu trúc trên thanh môn ở những bệnh nhân này rất khó hồi phục. Koufman trong nghiên cứu cũng cho rằng, chức năng thanh

quản bị thay đổi trong bệnh RLGCC ở type IV gần như không phục do hiện tượng thay đổi trao đổi chất trong các tế bào cấu trúc thanh quản[4]. Nếu được luyện thanh bài bản, 74,4% số lượng ca sĩ có thể hát được trở về bình thường sau 36 tháng. Rubin và Blake cũng thấy rằng, việc luyện thanh phù hợp với sức khỏe của dây thanh cũng giúp sống niềm đam mê dây thanh vận động mềm mại với tốc độ ổn định[7]. Khi đánh giá phương pháp điều trị bằng luyện giọng, Mathieson đã giải thích lí do tại sao các bài tập tăng dần vận động của dây thanh từ từ chủ yếu sử dụng những nguyên âm trung (a), luồng hơi từ phổi đi qua dây thanh sẽ dễ dàng làm dây thanh rung động ổn định và người tập sẽ dễ vận hơi điều hòa cao độ âm [4]. Kooijman đưa ra các yếu tố đánh giá sự phục hồi của giọng qua chỉ số VHI [5]. Chỉ số VHI dùng để đánh giá khả năng trở lại với nghề ca sĩ tương đối chính xác, với 30 câu hỏi trong đánh giá sự hồi phục của mức độ giọng nói giúp giáo viên thanh nhạc có thể lựa chọn thể loại nhạc cho học trò mình để tránh làm thanh quản tổn thương trở lại, loại bỏ được cơ chế bù trừ khi phải gắng sức, bài tập hát trong thời gian đầu nên là những bài âm trầm đối với giọng nam và âm cao đối với giọng nữ[1]. Việc đưa ra các nguyên lí trong điều trị RLGCC giúp cho người bệnh, giáo viên luyện thanh cũng như thầy thuốc chuyên khoa phổi

hợp được với nhau đưa ra được thể loại bài tập thích hợp cho từng người bệnh. Nhóm tác giả Roy và Whitchurch lại phân tích tách rời từng âm của người RLGCC để xác định từng loại từ mà bệnh này làm khó phát âm và chỉ luyện âm đó mang lại tỷ lệ thành công tới 89,5% [7]. Tuy nhiên ngay cả với phương pháp này hình ảnh quan sát trên soi hoạt nghiệm thanh quản cũng không bao giờ trở về bình thường.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng thường gặp trong RLGCC là: mệt mỏi giọng mạn tính, giọng nói khàn, hay đứt đoạn, đau họng khi nói, khó điều khiển âm độ. Soi hoạt nghiệm thanh quản thấy có 4 dạng hình ảnh của rối loạn giọng căng cơ: Type I (Khe hở sau): 46,3%, Type II (Khép bằng thanh thất): 29,6%, Type III (co kéo trước sau): 18,5% và Type IV (co thắt toàn bộ cấu trúc trên thanh môn): 5,6%. Kết quả tốt sau luyện thanh tập chung ở type I, II, III, tốt 74,4%, khá 21,4%. Chỉ số VHI 74,4% trở về bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Bích Đào, Trần Ngọc Lan (2014).

"Giữ gìn giọng hát cho ca sĩ", nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật.

2. Angsuwarangsee T, Morrison M (2002). "Extrinsic laryngeal muscular tension in patients with voice disorders". J Voice; 16:333-343.
3. Rubin JS, Blake E, Mathieson L (2007). "Musculoskeletal patterns in patients with voice disorders". J Voice; 21:477-484.
4. Mathieson L, Hirani SP, Epstein R, Baken RJ, Wood G, Rubin JS (2009). "Laryngeal manual therapy: a preliminary study to examine its treatment effects in the management of muscle tension dysphonia". J Voice; 23:353-366.
5. Kooijman PG, de Jong FI, Oudes MJ, Huinck W, van Acht H, Graamans K (2005). "Muscular tension and body posture in relation to voice handicap and voice quality in teachers with persistent voice complaints". Folia PhoniatrLogop; 57:134-147.
6. Barbara H. Jacobson, Alex Johnson, et al (2001). The Voice Handicap Index (VHI): Development and Validation. American Journal of Speech-Language Pathology, Vol 6(3), 66-70. Copyright American Speech-Language-Hearing Association.
7. Roy N, Whitchurch M, Merrill RM, Houtz D, Smith ME (2008). Differential diagnosis of adductor spasmodic dysphonia and muscle tension dysphonia using phonatory break analysis. Laryngoscope; 118:2245-2253.

KẾT QUẢ VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CỦA PHẪU THUẬT GIẢI ÉP TRONG CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO NẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Đình Hưng*, Nguyễn Công Tô**
Vũ Văn Hòe***, Nguyễn Văn Hưng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kết quả phẫu thuật giải phóng chèn ép não trong chấn thương sọ não nặng và một số yếu tố tiên lượng. **Đối tượng:** 66 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng được phẫu thuật giải phóng chèn ép não tại bệnh viện đa khoa Xanh - Pôn từ tháng 4 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Kết quả sau phẫu thuật giải ép được đánh giá theo thang điểm GOS theo dõi sau 1 năm: có 16,7% bệnh nhân tử vong, tỉ lệ sống thực vật và di chứng nặng chiếm 36,1%. Kết quả phẫu thuật tốt không phụ thuộc vào loại kỹ thuật giải phóng chèn ép mà phụ thuộc vào điểm Glasgow trước

mổ $p = 0,012$, đồng tử còn phản xạ với ánh sáng 2 bên với $p = 0,007$, mức độ di lệch qua đường giữa < 10 mm với $OR = 3,64$ (CI95%: 1,18 - 11,23) và không có hình ảnh xóa bể đáy với $OR = 6,85$ (CI95%: 1,77 - 26,31). **Kết luận:** Tỉ lệ bệnh nhân tử vong và di chứng nặng chiếm khoảng một nửa số bệnh nhân. Một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh CLVT sọ não trước mổ có ý nghĩa tiên lượng kết quả phẫu thuật giải ép ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng như: điểm Glasgow, phản xạ ánh sáng của đồng tử, mức độ di lệch đường giữa, hình ảnh xóa bể đáy.

Từ khóa: Phẫu thuật giải ép não, chấn thương sọ não nặng, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

OUTCOMES AND SOME PROGNOSTIC FACTORS AFTER DECOMPRESSIVE CRANIECTOMY FOR TREATMENT SEVERE TRAUMATIC BRAIN INJURY AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL.

Objectives: Assess the outcomes of decompressive craniectomy in severe traumatic brain

* Bệnh viện xanh pôn

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Bệnh viện 103, Học viện quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Hưng

Email: ndhung71@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2017

Ngày duyệt bài: 22.3.2017

injury and some prognosis. **Subjects:** 66 patients suffering severe traumatic brain injury who underwent decompressive craniectomy at Saint Paul Hospital between April 2010 and August 2015. **Methodology:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** Post-surgery decompression outcomes are assessed using GOS scale within one year: 18.2% of patients were fatal, 37.9% of patients fell into vegetative state or suffered severe sequelae. The surgery outcomes do not depend on the type of decompression technique but rather on the pre-surgery point on the Glasgow Coma Scale $p = 0.012$, pupillary light reflex on both sides at $p = 0.007$, deviation rate of lateral palpebral raphe < 10 mm with $OR = 3,64$ (CI95%: 1,18 – 11,23) and absence of basal cistern effacement with $OR = 6,85$ (CI95%: 1,77 – 26,31). **Conclusion:** Fatality rate and severe sequelae rate accounted for half of the patients. Some pre-surgery clinical characteristics and CT scanner images that are prognostic of the outcomes of cerebral surgical decompression in severe traumatic brain injuries include the Glasgow point, pupillary light reflex, deviation rate of lateral palpebral raphe, and basal cistern effacement.

Keyword: Decompressive craniectomy, severe traumatic brain injury, prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương sọ não (CTSN) nặng khi điểm Glasgow ≤ 8 có tỷ lệ tử vong và di chứng còn cao [1], [3]. Điều trị CTSN nặng là nhanh chóng đưa áp lực nội sọ (ALNS) trở về bình thường, duy trì tốt áp lực tưới máu não, cung cấp đủ ô xy não, giảm tỷ lệ tử vong và di chứng. Khi ALNS, hồi sức nội khoa không kiểm soát được, phẫu thuật giải phóng chèn ép não được thực hiện với hy vọng ALNS [2]. Khi nào chỉ định phẫu thuật giải phóng chèn ép não ở bệnh nhân CTSN nặng để có thể đạt hiệu quả cao nhất là câu hỏi luôn đặt ra cho các phẫu thuật viên thần kinh. Chúng tôi nghiên cứu đề tài "Phẫu thuật giải phóng chèn ép não trong CTSN nặng" với 2 mục tiêu:

1, *Mô tả kết quả phẫu thuật giải phóng chèn ép não ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng.*

2, *Nêu các yếu tố tiên lượng của bệnh nhân chấn thương sọ não nặng được phẫu thuật giải phóng chèn ép.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 66 bệnh nhân chấn thương sọ não nặng được mổ giải phóng chèn ép tại khoa Phẫu thuật Thần kinh – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 4 năm 2010 đến tháng 12 năm 2015. Loại trừ những trường hợp bệnh nhân trên 70 tuổi, bệnh nhân phẫu thuật giải phóng chèn ép não ở nơi khác chuyển đến bệnh viện Xanh Pôn điều trị tiếp, bệnh nhân phẫu thuật giải phóng chèn ép

não trong các bệnh lý sọ não khác, bệnh nhân và người nhà không đồng ý tham gia hợp tác nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Là nghiên cứu mô tả cắt ngang. Lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu vào nghiên cứu, loại trừ tất cả các trường hợp không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu ra khỏi nghiên cứu. Trong quá trình nghiên cứu luôn tuân thủ theo bệnh án nghiên cứu. Theo dõi bệnh nhân trước, sau phẫu thuật và tái khám được ghi chép rõ ràng vào bệnh án nghiên cứu.

Các công cụ nghiên cứu bao gồm: Tiêu chuẩn chẩn đoán chấn thương sọ não nặng theo thang điểm Glasgow; bệnh án nghiên cứu (theo mẫu bệnh án thống nhất). Thang điểm GOS đánh giá kết quả sau mổ.

Phương pháp xử lý số liệu: Các thông số được nhập và xử lý trên phần mềm SPSS 16.0, sử dụng các kiểm định Student T-test, kiểm định χ^2 .

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu phải được sự đồng ý của người nhà và bệnh nhân (trường hợp bệnh nhân có đủ năng lực quyết định). Là nghiên cứu mô tả lâm sàng không can thiệp vào các phương pháp điều trị với bệnh nhân. Nghiên cứu giúp chẩn đoán và đánh giá giá trị các yếu tố tiên lượng chính xác và tin cậy các trường hợp chấn thương sọ não nặng được phẫu thuật giải phóng chèn ép não, qua đó nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu:

Trong 66 bệnh nhân nghiên cứu, nhóm tuổi từ 20-39 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 54,5%, số bệnh nhân dưới 40 chiếm 69,7%, tuổi trung bình là $33,02 \pm 14,12$ tuổi. Đây là độ tuổi tham gia lao động và học tập chính của xã hội có nhiều đóng góp cho phát triển kinh tế - xã hội. Do vậy, bị CTSN nặng không những làm tổn thất nhân lực lao động sản xuất của xã hội mà bệnh nhân có thể sẽ trở thành gánh nặng cho gia đình và xã hội. Nam giới chiếm tỉ lệ cao gấp 2,76 lần nữ giới.

Nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn giao thông chiếm tỉ lệ lên tới 78,8%. Cho thấy tai nạn giao thông vẫn là vấn đề đáng được quan tâm, chấn thương sọ não do tai nạn giao thông thường có cơ chế phức tạp, đầu di động theo nhiều hướng trước khi gặp lực cản và đập và dừng lại. Do đó, tổn thương thường phức tạp, đa dạng và có thể gây ra tình trạng chấn thương sọ não nặng.

3.2 Kết quả phẫu thuật giải ép não

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh nhân theo theo điểm GOS tại các thời điểm sau mổ

Điểm GOS	1 điểm (%)	2 điểm (%)	3 điểm (%)	4 điểm (%)	5 điểm (%)
Khi ra viện	15,2	10,6	42,4	30,3	1,5
Sau ra viện 3 tháng	16,7	9,1	39,4	33,3	1,5
Sau ra viện 6 tháng	16,7	9,1	33,3	33,3	7,6
sau ra viện 12 tháng	16,7	9,1	27,3	39,4	7,6

Tỉ lệ bệnh nhân có điểm GOS=1 (tử vong) trong quá trình điều trị là 15,2%. Sau đó, tăng thêm 1 trường hợp tử vong sau 3 tháng và không tăng thêm ở các tháng tiếp theo. Tỉ lệ bệnh nhân có điểm GOS4-5 (bệnh nhân có di chứng nhẹ và phục hồi tốt) khi ra viện là 31,8%, Tỉ lệ này có sự gia tăng ở các tháng theo dõi tiếp theo và đạt 47,0% khi đánh giá ở thời điểm sau ra viện 12 tháng. Huang (2013) nghiên cứu 201 CTNS được phẫu thuật GPCEN có tỷ lệ tử vong là 26,4% và 90% tử vong trong vòng 14 ngày đầu sau mổ. Nguyên nhân tử vong theo tác giả chủ yếu là do phù não, chiếm 69,8% [5].

3.3 Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não có ý nghĩa tiên lượng

Bảng 3.3. Liên quan giữa kết quả GOS khi ra viện với các yếu tố lâm sàng trước mổ

Các yếu tố lâm sàng		Điểm GOS trung bình	p
GCS	GCS 4-5 đ (N= 12)	2,25 ± 1,14	0,012
	GCS 6-8 đ (N=54)	3,07 ± 0,97	
Phản xạ đồng tử với ánh sáng	Mất phản xạ đồng tử 1 hoặc 2 bên (N=44)	2,68 ± 1,07	0,041
	Còn phản xạ 2 bên (N=22)	3,41 ± 0,79	
Thời điểm mổ	Trước 24h (N=50)	2,82 ± 1,08	0,152
	Sau 24h (N=16)	3,25 ± 0,86	

Sự khác biệt của điểm GOS trung bình ở các nhóm bệnh nhân có điểm GCS 4-5 và GCS 6-8; giữa nhóm bệnh nhân còn phản xạ đồng tử và nhóm mất phản xạ đồng tử 1 hoặc 2 bên là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về điểm GOS của các nhóm bệnh nhân được phân chia theo tuổi và thời điểm phẫu thuật trước 24h hay sau 24h.

Về liên quan giữa điểm GCS với kết quả điều trị, nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cũng có kết quả tương tự như: Kung (2010) nghiên cứu trên 27625 trường hợp CTSN nặng tại Đài Loan cho kết quả tỉ lệ tử vong liên quan mật thiết với thang điểm GCS, hay điểm vận động trong thang điểm, khi điểm càng thấp, tỉ lệ tử vong càng cao và ngược lại ($p < 0,001$) [6]. Phản xạ ánh sáng của đồng tử cũng có ý nghĩa tiên lượng, khi có giãn đồng tử ở CTSN nặng thường là do tăng ALNS gây thoát vị hồi hải mã vào khe Bichat chèn trực tiếp vào dây thần kinh số 3, những trường hợp này tiên lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong cao. Khi giãn đồng tử cả hai bên là do thoát vị hai bên hay thoát vị trung

tâm. Giãn đồng tử cũng có thể do nguyên nhân chấn thương trực tiếp vào nhãn cầu gây tổn thương dây thần kinh 3, những trường hợp này không liên quan tới tăng ALNS. Cũng giống như kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả thì giãn đồng tử và đồng tử mất PXAS là yếu tố tiên lượng xấu [4],[5].

Thời điểm phẫu thuật GPCEN cũng được các tác giả bàn luận, kết quả của các nghiên cứu còn có sự khác nhau. Huang (2013) nghiên cứu 127 trường hợp CTSN nặng phẫu thuật GPCEN cho thấy 81,1% được mổ trong vòng 24 giờ, 18,9% được mổ sau 24 giờ [5]. Một số tác giả khác chủ trương mổ sớm hơn nữa. Ngược lại, một số tác giả khác nghiên cứu cho thấy nhóm mổ sớm kết quả không tốt so với nhóm mổ muộn. Albanese (2003) nghiên cứu 40 trường hợp phẫu thuật GPCEN trong 816 trường hợp CTNS nặng nhận thấy nhóm bệnh nhân CTSN nặng mổ sớm trước 24 giờ có kết quả kém hơn so với nhóm mổ muộn sau 24 giờ với tỷ lệ hồi phục tốt của 2 nhóm lần lượt là 19% và 38% và tỷ lệ tử vong là 52% và 23%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê [2].

Bảng 3.3 Liên quan giữa kết quả GOS khi ra viện với hình ảnh CLVT sọ não trước mổ

Hình ảnh CLVT sọ não	GOS tốt (N=21)	GOS xấu (N=45)	p	OR (CI95%)
Di lệch đường giữa <10 mm	10 (47,6 %)	9 (20,0%)	0,021	3,64(1,18-11,23)
Bể đáy không xóa	18 (85,7%)	21 (46,7%)	0,003	6,85(1,62-26,31)
Rotterdam ≤ 4	11 (52,4%)	15 (33,3%)	0,140	2,20(0,76-6,33)
Không chảy máu dưới nhện	18 (85,7%)	12 (26,7%)	0,353	2,18(0,54-8,75)
Không vỡ nền sọ	14 (66,7%)	25 (55,6%)	0,392	1,60(0,21-1,84)

Tỉ lệ bệnh nhân có GOS tốt ở nhóm có di lệch đường giữa < 10mm cao hơn nhóm di lệch đường giữa ≥ 10 mm là 4,4 lần, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,021$. Tỉ lệ GOS tốt ở nhóm bệnh nhân không có xóa bể đáy cao hơn 6,85 lần nhóm có xóa bể đáy với $p = 0,003$.

Hầu hết các tác giả đều công nhận mức độ di lệch đường giữa là một yếu tố tiên lượng trong CTSN. Lemcke (2010) cũng có kết luận rằng di lệch qua đường giữa là một yếu tố tiên lượng nặng, kết quả nghiên cứu 131 trường hợp phẫu thuật GPCEN đã chỉ ra rằng ở nhóm bệnh nhân có kết quả xấu có mức độ di lệch đường giữa trung bình là 9.8 ± 6.7 mm, trong khi đó nhóm bệnh nhân có kết quả tốt thì mức độ di lệch đường giữa trung bình là 6.7 ± 5.0 mm [7]. Cũng theo Lemcke (2010), chèn ép bể đáy cũng là một trong những dấu hiệu chỉ điểm chấn thương sọ não nặng [7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả sau phẫu thuật giải ép được đánh giá theo thang điểm GOS theo dõi sau 1 năm: có 16,7% bệnh nhân tử vong, tỉ lệ sống thực vật và di chứng nặng chiếm 36,4%. Kết quả của phẫu thuật phụ thuộc chặt chẽ vào 1 số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính sọ não trước mổ gồm: điểm Glasgow, phản xạ đồng tử với ánh

sáng, mức độ chèn ép qua đường giữa và dấu hiệu chèn ép bể đáy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aarabi B., Hesdorffer DC., Simard J.M., (2009), *Comparative study of decompressive craniectomy after mass lesion evacuation in severe head injury*, Neurosurgery 64:927-940.
2. Albanese, J., et al., *Decompressive craniectomy for severe traumatic brain injury: Evaluation of the effects at one year*. Crit Care Med, 2003. **31**(10): p. 2535-8.
3. Coplin WM., Cullen NK., Policherla PN. et al, (2001) "Safety and Feasibility of Craniectomy with Duraplasty as the Initial Surgical Intervention for Severe Traumatic Brain Injury", *The Journal of TRAUMA Injury, Infection, and Critical Care*, 50,6:1050-1059
4. Eberle, B.M., et al (2010), *Decompressive craniectomy: Surgical control of traumatic intracranial hypertension may improve outcome*. Injury, 41(9): p. 894-898.
5. Huang, X. and L. Wen, *Technical considerations in decompressive craniectomy in the treatment of traumatic brain injury*. Int J Med Sci, 2010. **7**(6): p. 385-90.
6. Kung, W.-M., et al (2010), *Correlation between Glasgow coma score components and survival in patients with traumatic brain injury*. Injury, In Press, Corrected Proof: p. 4416-4417.
7. Lemcke, J., *Taming a tyrannosaur: the decompressive craniectomy for traumatic brain injury has to become an evidence-based procedure*. European Journal of Neurology, 2011. **18**(4): p. 543-544.

NGHIÊN CỨU TRÊN THỰC NGHIỆM ĐẶC ĐIỂM HỆ THỐNG ỐNG TỦY RĂNG HÀM NHỎ THỨ NHẤT HÀM TRÊN

Ngô Thị Hương Lan*, Nguyễn Thế Hạnh*,
Dương Thị Phương Linh*

TÓM TẮT

Mục tiêu của nghiên cứu này nhằm đánh giá trên thực nghiệm về đặc điểm hình thái hệ thống ống tủy của răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tiến hành thu thập và nghiên cứu ở 61 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, được nhổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, thời gian từ 08/2013 đến 10/2015. Tiến hành mở tủy, sử dụng耪耪 K số 10 để thăm dò và thông hết chiều dài ống tủy, sau đó chụp phim Xquang cận chóp. Ghi nhận số lượng ống tủy và hình thái hệ thống ống tủy theo phân loại của Vertucci.

Nghiên cứu tiền lâm sàng (Invitro). **Kết quả:** 90,2% các răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có 2 ống tủy, hình thái hệ thống ống tủy hay gặp nhất là loại III (44,3%), tiếp đến là ống tủy loại IV (26,2%) và ống tủy loại II (19,7%). Ống tủy loại V ít gặp nhất, chiếm tỷ lệ 1,6%. **Kết luận:** Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là một trong những răng có số lượng ống tủy và hình thái hệ thống ống tủy phức tạp và có nhiều dạng bất thường, do vậy, việc điều trị nội nha những răng này rất khó khăn.

Từ khóa: Giải phẫu hệ thống ống tủy, Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên

SUMMARY

STUDY ON EXPERIMENTS THE MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ROOT CANAL SYSTEM OF THE MAXILLARY FIRST PREMOLARS

Objectives: Evaluates on experimentally the morphological characteristics of the root canal system

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Hương Lan
Email: ngolan1975@gmail.com
Ngày nhận bài: 11/2/2017
Ngày phản biện khoa học: 10/3/2017
Ngày duyệt bài: 25/3/2017

of the maxillary first premolars. **Subjects and methods:** We collected and researched on 61 maxillary first premolars that were extracted in the Hospital of Odonto and Stomatology, from 08/2013 to 10/2015. We conducted canal access, then used K file No.10 to probe and travel the entire length of the root canal, followed by periapical X-ray. The number of canals was recorded and canal system morphology was classified by Vertucci's classification. Preclinical Research (Invitro). **Results:** 90.2% of the maxillary first premolars has two root canals, the most common canal system forms is type III (44,3%), then type IV (26,2%) and type II (19,7%). Type V is the least common, accounted for 1.6%. **Conclusions:** the maxillary first premolars are one of the teeth that have complex canal number and morphology with several unusual types, thus endodontic treatment on those teeth is very difficult.

Keywords: Anatomy of the canal system, maxillary first premolar.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dựa trên những phương tiện hiện đại, đặc điểm hình thái của răng và tủy răng được phát hiện ngày càng đa dạng. Việc hiểu biết về sự phức tạp của hệ thống ống tủy là cần thiết để ứng dụng những nguyên tắc trong việc làm sạch, tạo hình, xác định giới hạn và kích thước của việc sửa soạn ống tủy [4]. Hình thái hệ thống ống tủy có ý nghĩa đặc biệt quan trọng trong điều trị nội nha. Hiểu biết một cách tỷ mỉ hệ thống ống tủy giúp cho quá trình điều trị tủy răng một chân, hai chân hay nhiều chân đạt được hiệu quả tốt hơn. Các nghiên cứu lâm sàng cho thấy, một tỷ lệ lớn những thất bại trong điều trị nội nha ở các bác sỹ mới vào nghề là do không nắm chắc giải phẫu hệ thống ống tủy. Trong khi đó, đối với những bác sỹ có kinh nghiệm, sự thất bại trong điều trị nội nha là do sự phức tạp của hệ thống ống tủy [1].

Bảng 1. Số lượng ống tủy

Số Lượng OT	Răng 1 OT	Răng 2 OT	Răng 3 OT	Tổng cộng
Số lượng	5	55	1	61
Tỷ lệ %	8,2	90,2	1,6	100

3.2. Phân loại hệ thống ống tủy theo Vertucci [7]

Bảng 2. Phân loại hệ thống ống tủy

Loại OT	Số lượng	Tỷ lệ %
I	5	8,2
II	12	19,7
III	27	44,3
IV	16	26,2
V	1	1,6
Tổng cộng	61	100

Bảng trên cho thấy, ống tủy loại III gặp với tỷ lệ cao nhất (44,3%), tiếp đến là ống tủy loại IV (26,2%) và ống tủy loại II (19,7%). Ống tủy loại V ít gặp nhất, chiếm tỷ lệ 1,6%.

Răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là một trong những răng có hệ thống ống tủy phức tạp và có nhiều dạng bất thường nhất [1]. Trong hệ thống phân loại hình thái ống tủy của Vertucci (1984), chỉ riêng một răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên đã cho thấy có sự hiện diện của cả 8 loại hình thái ống tủy. Theo Ingle (2002), răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là 1 trong những nhóm răng có tỉ lệ điều trị thất bại cao do hạn chế trong việc tiếp cận đến toàn bộ các ống tủy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 61 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên, được nhổ tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, từ 08/2013 đến 10/2015. Những răng đã đóng kín cuống và thân chân răng còn nguyên vẹn sẽ được lựa chọn vào nghiên cứu. Các răng sau nhổ được cố định trong dung dịch formol 10% và được làm sạch bên ngoài bằng cách ngâm trong dung dịch NaOCl 5,25% trong 3 giờ. Tiến hành mở tủy, sử dụng耪m K số 10 để thăm dò và thông hết chiều dài ống tủy, xác định số lượng ống tủy. Chụp phim Xquang cận chóp theo chiều gần xa và trong ngoài (耪m thăm dò vẫn được giữ nguyên trong ống tủy), đánh giá hình thái hệ thống ống tủy dựa theo phân loại của Vertucci [7].

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền lâm sàng (Invitro)

III. KẾT QUẢ

3.1. Số lượng ống tủy: Số răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy gặp với tỷ lệ cao nhất, chiếm 90,2%. Răng có ba ống tủy gặp với tỷ lệ thấp nhất, chiếm 1,6%. Kết quả được thể hiện ở bảng sau:

IV. BÀN LUẬN

4.1. Số lượng ống tủy: 90,2% các răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 ống tủy. Răng có một ống tủy chiếm tỷ lệ 8,2%. Trong khi đó, răng có ba ống tủy rất hiếm gặp, chúng tôi chỉ gặp ở 1/61 trường hợp, chiếm tỷ lệ 1,6%. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, hình thái hệ thống ống tủy ở chân răng rất phức tạp, nhất là ở các chân răng đẹt theo chiều gần xa. Trong một chân răng không đơn thuần chỉ có một ống tủy, mà tỷ lệ có hai ống tủy rất cao. Hai ống tủy trong cùng một chân răng có thể riêng rẽ hoàn toàn hoặc có sự kết nối hoặc có sự phân chia hay sát nhập,...

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây như:

Nghiên cứu của Kartal và cộng sự (1998) ở 300 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên thấy, tỷ lệ răng có hai ống tủy chiếm 89,6%, răng có một ống tủy chiếm 8,7% và răng có ba ống tủy chiếm 1,7%. Kết quả nghiên cứu của Ozcan và cộng sự [6] thấy, 51/653 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có một ống tủy duy nhất, chiếm tỷ lệ 7,8%, 592/653 răng có hai ống tủy, chiếm tỷ lệ 90,7% và 10/653 răng có ba ống tủy, chiếm tỷ lệ 1,5%. Một nghiên cứu khác ở 142 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên của Lipski và cộng sự [5] cũng thấy, phần lớn các răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy, tỷ lệ răng có hai ống tủy chiếm 88,6%. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, tỷ lệ răng có một ống tủy chiếm tỷ lệ rất thấp (2,1%) và răng có ba ống tủy lại gặp với tỷ lệ khá cao (9,2%).

Lê Hưng [1], khi nghiên cứu ở 42 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên lại thấy tỷ lệ các răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy cao hơn của chúng tôi. 97,6% răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên trong nghiên cứu của Lê Hưng có hai ống tủy, răng có một ống tủy chiếm 2,4% và không có trường hợp nào có ba ống tủy.

Một số tác giả khi nghiên cứu hình thái giải phẫu răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên lại thấy, một tỷ lệ thấp hơn các răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy.

Vertucci và cộng sự [7], khi nghiên cứu 400 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên thấy rằng, tỷ lệ răng có hai ống tủy chỉ chiếm 69%, răng có một ống tủy chiếm 26% và răng có ba ống tủy chiếm tỷ lệ 5%. Kết quả nghiên cứu của Pineda và cộng sự (1972) thấy, tỷ lệ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có một ống tủy, hai ống tủy và ba ống tủy lần lượt là 26,2%, 73,3% và 0,5%. Pecora và cộng sự (1992), nhận thấy tỷ lệ răng hàm nhỏ

thứ nhất hàm trên có một ống tủy chiếm 17,1%, có hai ống tủy chiếm 80,4% và có ba ống tủy chiếm 2,5%.

Trong nghiên cứu của Carns và Skidmore (1973), tỷ lệ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy chiếm 85%, ba ống tủy chiếm 6% và răng có một ống tủy chiếm 9%. Hay nghiên cứu trên thực nghiệm của Awawdeh và cộng sự [3] thấy rằng, 79,7% số răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy riêng biệt.

Mặc dù có sự khác biệt về số lượng ống tủy giữa các nghiên cứu, nhưng bằng chứng từ các nghiên cứu trên lâm sàng và thực nghiệm đều cho rằng, răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên chủ yếu là có hai ống tủy.

4.2. Phân loại hệ thống ống tủy: Chân răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là chân răng đẹt (kích thước chiều trong ngoài lớn hơn chiều gần xa), do vậy hệ thống ống tủy cũng tương đối phức tạp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 44,3% các trường hợp có hai ống tủy từ buồng tủy và ra khỏi chân răng bằng hai lỗ chóp riêng biệt (loại III). 26,2% các trường hợp có một ống tủy từ buồng tủy, sau đó chia thành hai ống tủy và đi ra khỏi chân răng bằng hai lỗ chóp (loại IV). 19,7% các trường hợp một ống tủy từ buồng tủy, sau đó chia làm hai ống tủy rồi hợp lại thành một ống tủy và đi ra khỏi chân răng bởi một lỗ chóp (loại II). 8,2% các trường hợp có một ống tủy từ buồng tủy đến chóp chân răng (loại I) và chỉ có một trường hợp (chiếm tỷ lệ 1,6%) có ba ống tủy từ buồng tủy và đi ra khỏi chân răng bằng ba lỗ chóp (loại V).

Kết quả nghiên cứu của Lê Hưng [1] thấy, 35,7% các trường hợp có hai ống tủy đi từ buồng tủy và ra khỏi chóp răng bằng hai lỗ chóp riêng rẽ; 26,1% các trường hợp từ một ống tủy tách thành hai ống tủy ở phía dưới; 28,6% trường hợp từ hai ống tủy chập lại thành một ống tủy; 4,8% trường hợp từ một ống tủy tách thành hai ống tủy rồi khi xuống dưới lại chập thành một ống tủy và không thấy trường hợp nào có sự liên thông giữa hai ống tủy.

Trong nghiên cứu của Ozcan và cộng sự [6], tác giả chia hình thái hệ thống ống tủy răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên làm 4 loại. Loại I, có một ống tủy duy nhất chạy từ buồng tủy tới chóp răng, tỷ lệ loại này chiếm 7,8%. Loại II, có hai ống tủy riêng biệt chạy từ buồng tủy sau đó nhập làm một và thoát ra khỏi cuống răng bởi một lỗ chóp, tỷ lệ loại này chiếm 22,2%. Loại III, có hai ống tủy riêng rẽ và thoát ra khỏi chân răng bởi hai lỗ chóp riêng biệt, loại này chiếm tỷ

lệ 68,5% và loại IV là có ba ống tủy, chiếm tỷ lệ 1,5%. Cũng phân loại hệ thống ống tủy tương tự như của Ozcan, Awawdeh và cộng sự [3], thấy tỷ lệ răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy đi ra khỏi chân răng bởi hai lỗ chóp riêng biệt chiếm 79,7%.

Hay trong nghiên cứu của Lipski và cộng sự [5], tỷ lệ ống tủy loại II và III chiếm 88,6% (126/142 răng). Điều đáng ngạc nhiên là, tỷ lệ ống tủy loại I trong nghiên cứu của Lipski và cộng sự chỉ chiếm 2,1% (3 răng) và loại IV chiếm đến 9,2% (13 răng). Tuy nhiên, tác giả cũng không giải thích tại sao lại có sự khác biệt về tỷ lệ ống tủy loại I và loại IV so với các nghiên cứu trước đây.

Năm 2015, Gupta và cộng sự [4] tiến hành nghiên cứu cấu trúc ống tủy ở 250 răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên dưới kính lúp soi nổi thấy, tỷ lệ ống tủy loại IV theo phân loại của Vertucci (1984) là phổ biến nhất (33,2%), tiếp theo là loại I (23,2%), loại II (14,8%), loại III (13,6%), loại V (6,8%), loại VII (4%), loại VI (2%), và loại VIII (0,4%).

Chúng tôi thấy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên và thấy rằng, răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy riêng rẽ là phổ biến nhất.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên thực nghiệm, chúng tôi nhận thấy rằng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là

răng có số lượng ống tủy và hình thái hệ thống ống tủy rất phức tạp. Hầu hết các răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên có hai ống tủy, các ống tủy có thể riêng rẽ hoặc chập lại với nhau ở bất kỳ vị trí nào của chân răng. Điều này cho thấy, việc điều trị nội nha răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên là khá khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Hưng (2003)**, *Nghiên cứu hình thái hệ thống ống tủy răng số 4, số 6 ứng dụng trong điều trị nội nha*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, tr.25-56.
2. **Atieh M.A. (2008)**, Root and canal morphology of maxillary first premolars in a Saudi population, *J Contemp Dent Pract*, 9, pp.46-53.
3. **Awawdeh L., Abdullah H., et al. (2008)**, Root form and canal morphology of Jordanian maxillary first premolars. *J Endod.*, 34, pp.391-398.
4. **Gupta S., Sinha D.J., et al. (2015)**, Root and canal morphology of maxillary first premolar teeth in north Indian population using clearing technique: An in vitro study, *J.Conserv Dent.*, 18(3), pp.232-236.
5. **Lipski M., Wozniak K., et al. (2005)**, Root and canal morphology of the first human maxillary premolar, *Durham Anthropol J*, 12, pp.2-3.
6. **Ozcan E., Colak H., et al. (2012)**, Root and canal morphology of maxillary first premolars in a Turkish population, *Journal of Dental Sciences*, 7(4), pp.390-394
7. **Vertucci F.J., Gegauff A. (1979)**, Root canal morphology of the maxillary first premolar, *J Am Dent Assoc*, 99, pp.194-198.

KẾT QUẢ TRỒNG LẠI DA ĐẦU ĐÚT RỜI BẰNG KỸ THUẬT VI PHẪU TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ NĂM 2005 ĐẾN NĂM 2016

Đào Văn Giang*, Nguyễn Hồng Hà*, Nguyễn Tài Sơn**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đứt rời da đầu là tổn thương hiếm gặp, nguyên nhân thường gặp ở những phụ nữ tóc dài bị cuốn vào máy, mô tơ đang chạy làm đứt rời da đầu. Chúng tôi báo cáo đề tài "Kết quả trồng lại da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức từ 2005 đến 2016" nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật trồng lại da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Có

21 BN bị đứt rời da đầu được phẫu thuật trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 2005 đến 2016. **Kết quả:** Có 21 BN đứt rời da đầu trong đó có 1 nam và 20 nữ. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn lao động chiếm 90,5%. Thời gian thiếu máu trung bình là 11,9 giờ. Có 42,9% BN da đầu sống hoàn toàn, 50% BN cho kết quả xa tốt. **Kết luận:** Trồng lại da đầu bằng kỹ thuật vi phẫu cho kết quả tốt về mặt chức năng, giải phẫu, thẩm mỹ cũng như tâm lý của BN.

Từ khóa: Trồng lại da đầu, vi phẫu.

SUMMARY

MICROSURGICAL REPLANTATION OF THE SCALP AVULSION IN VIETDUC HOSPITAL FROM 2005 TO 2016

Objective: Total scalp amputation or scalp avulsion is a rare and devastating event. Microsurgical

*Bệnh viện Việt Đức

** Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Đào Văn Giang

Email: dr.dzang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/2/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/3/2017

Ngày duyệt bài: 22/3/2017

replantation is the best method to achieve an anatomical, functional and cosmetic outcome. We present outcome of scalp amputation replanted microsurgically in Vietduc hospital. **Methods:** From 2005 to 2016, 21 patients who sustained scalp amputation injuries underwent microsurgical replantation. **Results:** 21 amputated scalp patients including 1 male and 20 female. Caused mainly by working accidents (rate 90.5%). The ischemia time was 8.9 hour. There were 47.6% of scalp survivors totally, 42.9% of partial necrosis and 9.5% of total necrotic. In 9 patients we anastomosed only one artery and one vein and only one total necrosis. **Conclusion:** Successful replantations can achieve the best esthetic and functional results. Multiple surgical teams to reduce the operating time and increase the rate of successful replantation.

Keywords: scalp replantation, microsurgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương lột da đầu thường hiếm gặp, nếu không được xử lý kịp thời sẽ để lại nhiều di chứng nặng nề về chức năng và thẩm mỹ. Phương pháp xử lý kinh điển là lạng hết tổ chức dưới mảnh da bị lột, chỉ để lại lớp trung bì và thượng bì và da lên diện lộ sọ hoặc để vùng tổn thương hình thành tổ chức hạt sau đó vá da xẻ đôi. Thời gian lành thương lâu, diện da ghép không mọc tóc. Đến năm 1976, Miller đã trồng lại da đầu thành công bằng kỹ thuật vi phẫu. Từ đó đến nay đã có nhiều báo cáo trồng lại thành công bằng kỹ thuật vi phẫu[2]. Từ năm 2004 tại bệnh viện Việt Đức đã triển khai vi phẫu thuật trong cấp cứu và đã thực hiện một số ca trồng lại da đầu [1] Cho đến nay cấp cứu lột da đầu đã trở thành thường quy và được triển khai ở một số bệnh viện lớn. Chúng tôi tiến hành tổng kết quá trình trồng lại da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức từ năm 2005-2016 nhằm mục tiêu đánh giá kết quả trồng lại da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: 21 BN có tổn thương đứt rời da đầu được trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu tại bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ 1/2015-12/2016.

Thiết kế nghiên cứu: Can thiệp, không có đối chứng. Tất cả các BN được trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu. Chúng tôi chia thành 2 kỹ thuật, 1 kỹ thuật thực hiện trên phần da đầu đứt rời và 1 kỹ thuật thực hiện trên phần đầu của BN.

Kíp 1 và kíp 2 thực hiện các bước:

Cạo tóc, cắt lọc làm sạch: tóc được cạo hết, rửa sạch

Bộc lộ, tìm và đánh dấu các mạch máu: mạch máu được tìm dưới kính lúp. Sau đó được đánh dấu bằng các mũi chỉ 6/0

Bước tiếp theo do 1 kíp thực hiện:

Đặt lại, khâu cố định: phần da đầu được đặt lại trên đầu BN, khâu cố định từ cằm ra trước, đặt các mũi khâu da đầu vào cân sọ và cố định xung quanh miệng nối mạch máu chuẩn bị khâu nối.

Khâu nối mạch máu: bằng kỹ thuật vi phẫu kiểu tận – tận, mũi rời

Đặt dẫn lưu và khâu đóng: luôn đặt 2 dẫn lưu ở 2 phía của da đầu. Khâu đóng theo các mốc giải phẫu tránh căng và khoảng chết dưới da. Băng vô khuẩn nhẹ nhàng tránh đè ép miệng nối, để hở 1 phần da đầu theo dõi vết.

Kết quả gần được đánh giá: sống hoàn toàn, hoại tử 1 phần và hoại tử toàn bộ.

Kết quả xa được đánh giá tốt, trung bình và kém dựa trên sự phục hồi về cấu trúc giải phẫu, chức năng, thẩm mỹ và sự hài lòng của BN.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 2005 đến 2016 có 21 BN đứt rời da đầu được trồng lại bằng kỹ thuật vi phẫu. Tuổi trung bình là $31,1 \pm 13,5$, nhỏ nhất là 2 tuổi và lớn nhất là 60 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 20/1. Nguyên nhân chủ yếu là tai nạn lao động (19/21), có 1 trường hợp tai nạn sinh hoạt và 1 trường hợp tai nạn giao thông.

Thời gian thiếu máu trung bình là $11,9 \pm 3,7$ giờ. Số lượng mạch máu được nối: có 13 BN được nối 1 ĐM, trong đó có 9 BN được nối 1 ĐM và 1 TM. Thời gian phẫu thuật trung bình là $9,3 \pm 2,7$ giờ.

Kết quả gần: có 9/21 BN (42,9%) vết sống hoàn toàn, có 10/21 (47,6%) hoại tử 1 phần và 2/21 (9,5%) BN hoại tử toàn bộ.

Kết quả xa được tính trên 18 BN do có 2 BN bị hoại tử hoàn toàn và 1 BN bị tử vong sau 1 tháng do suy đa tạng, mặc dù da đầu sống hoàn toàn và tóc đã mọc dài 1cm. Kết quả: có 9/18 BN có kết quả tốt (50%), 6/18 BN có kết quả trung bình (33,3 %) và 3/18 BN có kết quả kém (16,7 %).

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình là $31,1 \pm 13,5$ tuổi, nằm trong nhóm tuổi lao động. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu trong và ngoài nước về những chấn thương liên quan đến những bộ phận vùng đầu mặt [2].

Nguyên nhân có 90,6% (19/21) do tai nạn lao động, 4,7% (1/21) do tai nạn giao thông, 4,7% (1/21) do tai nạn sinh hoạt. Tai nạn lao động do

BN làm việc với mô tơ đang chạy và bị cuốn tóc dẫn đến đứt rời toàn bộ da đầu, đây cũng là nguyên nhân phổ biến dẫn tới đứt rời da đầu. Có 1 BN bị đứt rời da đầu do nguyên nhân tai nạn giao thông, đây là nguyên nhân hiếm gặp chúng tôi chưa thấy báo cáo nào về nguyên nhân này. Một số nguyên nhân khác đã được các tác giả nhắc đến như chó cắn, sư tử cắn hay dao chém làm đứt rời da đầu [3], [7].

Thời gian thiếu máu là yếu tố quan trọng quyết định sự thành công của phẫu thuật trồng lại. Việc chia thành nhiều kíp phẫu thuật đã được nhiều tác giả đề cập nhằm rút ngắn thời gian phẫu thuật [2], [5]. Trong nghiên cứu này, thời gian thiếu máu là $11,9 \pm 3,7$ giờ, đây là khoảng thời gian tương đối dài. Tác giả Cheng báo cáo thời gian này là 7 – 8 giờ [2]. Các tai nạn thường xảy ra ở các tỉnh xa và việc vận chuyển BN tới bệnh viện Việt Đức gặp nhiều khó khăn và mất nhiều thời gian. Chúng tôi cố gắng rút ngắn nhất thời gian từ lúc BN đến viện đến lúc phục hồi lại mạch máu.

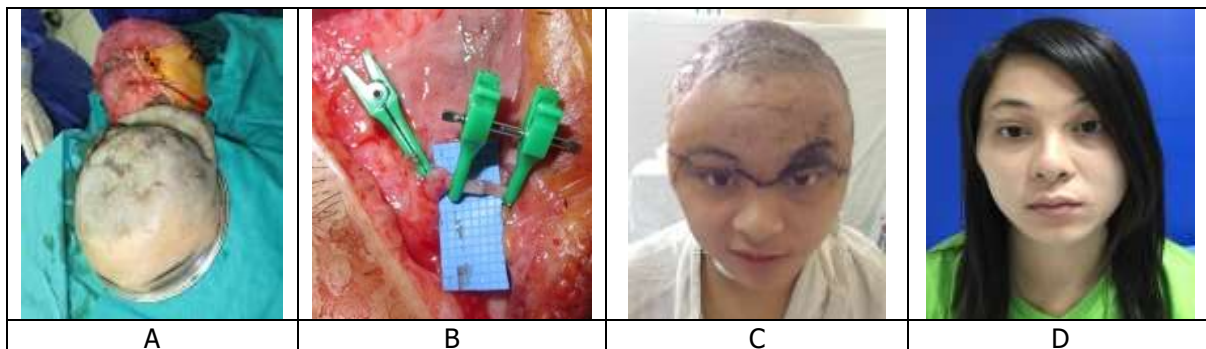
Số lượng mạch máu khâu nối: nhiều tác giả báo cáo với 1 ĐM và 1 TM cũng đủ nuôi sống toàn bộ da đầu [4]. Tuy nhiên nhiều tác giả chủ trương nối càng nhiều càng tăng khả năng sống của da đầu [2]. Mạch máu thường được sử dụng là động mạch thái dương nông do có kích thước và vị trí thuận lợi cho khâu nối. Động mạch cằm có kích thước phù hợp nhưng nằm phía cằm nên phải để BN nằm sấp, khi thay đổi tư thế sang ngửa sẽ nguy hiểm, ảnh hưởng tới miệng nối trước đó hoặc có các chấn thương khác kèm theo. Trong nghiên cứu này có 9 BN được nối 1 động mạch và 1 tĩnh mạch và kết quả 8 BN da đầu sống hoàn toàn hoặc hoại tử 1 phần. Do cấu trúc giàu mạng mạch dưới da đầu nên giúp cho việc nối 1 động mạch cũng nuôi sống đủ toàn bộ da đầu.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $9,3 \pm 2,7$ giờ. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của tác giả Cheng là 8 đến 9 giờ [2]. Phẫu thuật trồng lại da đầu đòi hỏi nhiều bước kỹ thuật như cạo tóc, cắt lọc, làm sạch, tìm mạch máu, khâu cố định da đầu, khâu nối mạch máu bằng kỹ thuật vi phẫu...nên thời gian phẫu thuật kéo dài.

Kết quả gần có 9/21 BN cho kết quả sống hoàn toàn. Sau 1 tuần đã thấy tóc bắt đầu mọc trở lại. Có 2/21 BN bị hoại tử hoàn toàn. Tỷ lệ này tương đối cao so với tác giả Cheng với tỷ lệ 1/20. Nguyên nhân vật hoại tử là do tắc mạch. Với các vật vi phẫu, nếu theo dõi sát và phát hiện tắc động mạch hoặc tĩnh mạch thì phải đưa ngay BN quay trở lại phòng mổ để tiến hành kiểm tra khâu nối lại. Tuy nhiên, trong hoàn cảnh tại bệnh viện Việt Đức chúng tôi khó triển khai mổ lại để kiểm tra mạch máu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận 10 BN bị hoại tử 1 phần. Phần hoại tử bao gồm vùng cằm, 1 phần tai, những mảnh nhỏ nếu đứt rời da đầu nhiều mảnh. Mặc dù có sử dụng các biện pháp chống loét tì đè nhưng chúng tôi vẫn gặp loét tì đè vùng cằm. Đa số các tác giả trên thế giới cũng chung nhận xét rằng loét tì đè vùng cằm và tổn thương dập nát dẫn đến hoại tử là trong những biến chứng thường gặp.

Nghiên cứu cho thấy kết quả xa của 50% BN có kết quả tốt. Với những trường hợp có kết quả tốt, da đầu phục hồi cấu trúc giải phẫu, tóc mọc bình thường, sẹo mổ nằm trong đường căng da vùng chân tóc, trong tóc, mờ hoặc không nhìn thấy, cảm giác gần như bình thường. Có nhiều báo cáo cho thấy cho dù không nối thần kinh nhưng phục hồi cảm giác của da đầu gần như bình thường [2], [6].



(A). BN nữ 22 tuổi. Tai nạn lao động tóc cuốn vào máy khoan giếng làm đứt rời da đầu
(B). Động mạch thái dương nông được nối lại bằng kỹ thuật vi phẫu
(C). Kết quả sau 2 tuần; (D). Kết quả sau 2 năm

V. KẾT LUẬN

Đứt rời da đầu thường gặp ở phụ nữ tóc dài bị cuốn vào máy, mô tơ đang chạy. Việc chia thành nhiều kíp phẫu thuật giúp rút ngắn thời gian thiếu máu, tăng khả năng sống của da đầu khi được trồng lại. Mạch máu thường được sử dụng là động mạch thái dương nông. Trồng lại da đầu thành công sẽ thu được kết quả tốt hơn về mặt giải phẫu, chức năng cũng như vấn đề tâm lý cho BN so với các phương pháp khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Bắc Hùng, (2007), "Nối lại da đầu đứt rời toàn bộ bằng kỹ thuật vi phẫu : nhân 6 trường hợp đầu tiên tại Việt Nam," *Y học Việt Nam*, Số 10. Kỳ 2, 90-95.
2. Cheng K., Zhou S., Jiang K., Wang S., Dong J., et al. (1996), "Microsurgical replantation of the

avulsed scalp: report of 20 cases," *Plast Reconstr Surg*, 97 (6), 1099-106; discussion 1107-8.

3. Hazani R., Buntic R.F., Brooks D. (2008), "Microsurgical scalp reconstruction after a mountain lion attack," *Ann Plast Surg*, 61 (3), 265-8.
4. Nahai F., Hurteau J., Vasconez L.O. (1978), "Replantation of an entire scalp and ear by microvascular anastomoses of only 1 artery and 1 vein," *Br J Plast Surg*, 31 (4), 339-42.
5. Sabapathy S.R., Venkatramani H., Bharathi R.R., D'Silva J. (2006), "Technical considerations in replantation of total scalp avulsions," *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 59 (1), 2-10.
6. Ueda K., Nomatsi T., Omiya Y., Tajima S. (2000), "Replanted scalp recovers normal sensation without nerve anastomosis," *Plast Reconstr Surg*, 106 (7), 1651-2.
7. Yin J.W., Matsuo J.M., Hsieh C.H., Yeh M.C., Liao W.C., et al. (2008), "Replantation of total avulsed scalp with microsurgery: experience of eight cases and literature review," *J Trauma*, 64 (3), 796-802.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT ĐÙI TRƯỚC NGOÀI LÀM MỎNG BẰNG VI PHẪU TÍCH

Nguyễn Vũ Hoàng*, Nguyễn Tài Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sử dụng vật đùi trước ngoài làm mỏng bằng vi phẫu tích trong tạo hình các khuyết phần mềm. **Đối tượng và phương pháp:** từ 5/2009 đến 3/2015, 41 vật đùi trước ngoài tự do được làm mỏng bằng kỹ thuật vi phẫu tích trên 38 bệnh nhân có các khuyết phần mềm vùng cổ mặt, bàn tay, bàn chân. **Kết quả:** trong 41 vật được thực hiện vi phẫu tích có 27 vật sống hoàn toàn, 6 vật thiếu dưỡng, hoại tử mép vật; 6 vật hoại tử một phần, 2 vật hoại tử hoàn toàn. Độ mỏng của vật sau khi làm mỏng từ 2,5-5mm và không phải làm mỏng vật thì hai sau đó. **Kết luận:** Vật đùi trước ngoài được làm mỏng với kỹ thuật vi phẫu tích là một lựa chọn đáng tin cậy trong tạo hình cho các khuyết tổ chức vùng đầu mặt cổ, bàn tay, bàn chân.

Từ khoá: Vật đùi trước ngoài, vi phẫu tích.

SUMMARY

EVALUATION OF USING THE MICRODISSECTED THIN ANTEROLATERAL THIGH PERFORATOR FLAPS

Objective: To evaluate the result of using the microdissected thin anterolateral thigh flap for the reconstruction of soft tissue defects. **Method:** from

June 2009 to March 2015, 41 free anterolateral thigh flaps thinned by microdissected method were used for reconstruction in the face, neck, hands, and feet soft tissue defects in 38 patients. **Results:** 27 flaps completely survived, 6 flaps have marginal necrosis, 6 flaps have partial necrosis, 2 free flaps were totally necrosis. The thickness of microdissected flaps ranged from 2.5 to 5 mm. **Conclusions:** microdissected technique of the anterolateral thigh flap provides reliable solution for preparing thin flaps in the reconstruction of face, neck, hands, and feet defects.

Keyword: Anterolateral thigh flap, microdissected.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những vật động mạch xuyên được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi hiện nay là vật đùi trước ngoài với ưu điểm có cuống mạch dài, hằng định, đường kính mạch tương đối lớn cho khối lượng tổ chức rộng và ít di chứng nơi cho vật. Tuy nhiên vật có nhược điểm là khá dày đối với vùng mặt, cổ, bàn tay và mu chân, làm ảnh hưởng chức năng và thẩm mỹ sau phẫu thuật ghép vật. Năm 2002, kỹ thuật vi phẫu tích được Kimura đề xuất và áp dụng làm mỏng chiều dày một số vật mạch xuyên như vật đùi trước ngoài, vật mạch xuyên thượng vị sâu dưới, vật mạch xuyên động mạch ngực lưng [7]. Đây là phương pháp làm mỏng vật có bảo tồn các mạch máu nhỏ của vật tổ chức nhờ sử dụng kính hiển vi phẫu thuật. Trong bài báo này chúng tôi trình bày kết quả ứng dụng kỹ thuật vi phẫu tích cho vật đùi trước ngoài trong tạo hình các khuyết phần mềm.

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tài Sơn
Email: drnguyentaison@gmail.com
Ngày nhận bài: 22/2/2017
Ngày phản biện khoa học: 20/3/2017
Ngày duyệt bài: 31/3/2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 38 bệnh nhân với các khuyết phần mềm trên cơ thể được tạo hình bằng kỹ thuật vi phẫu tích, tại khoa Phẫu thuật tạo hình, bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, Từ 6/2009 đến 12/2015,.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: có khuyết phần mềm vùng đầu mặt cổ, bàn tay, mu bàn chân. Đủ sức khỏe phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: bị các bệnh cấp hoặc mãn tính như tim mạch, hô hấp, rối loạn đông máu..., có tổn thương vùng đùi trước ngoài 2 bên. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

3. Quy trình kỹ thuật: Bóc vạt dưới cân theo phương pháp kinh điển của Fu Chan Wei. Giữ nguyên cuống mạch và tiến hành làm mỏng

vạt sơ cấp bằng kéo Mayo, lấy bỏ lớp mỡ sâu trên cân từ ngoại vi (mép vạt) vào trung tâm vạt, để lại đảo cân mỡ bán kính 1-2 cm xung quanh cuống mạch xuyên.

4. Đánh giá kết quả: Đánh giá kết quả gần ngay sau phẫu thuật và kết quả xa sau 3 tháng dựa vào sức sống, màu sắc của vạt, chức năng, thẩm mỹ nơi nhận và chia các mức độ: tốt, khá, kém

+ Tốt: vạt da sống toàn bộ, có màu sắc và độ mỏng, mềm mại, độ chun giãn tương thích với da vùng tạo hình, đảm bảo mục đích tạo hình, chức năng nơi nhận vạt được cải thiện rõ rệt.

+ Khá: vạt da có màu sắc và độ mỏng chưa thật phù hợp với da vùng mặt cổ, sẹo quanh vạt phì đại hoặc lồi.

+ Kém: vạt xơ hóa, biến đổi màu sắc rõ ràng, không đảm bảo yêu cầu thẩm mỹ, chức năng nơi nhận vạt không được cải thiện.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm bệnh nhân nghiên cứu

1.1. Tuổi và giới

Bảng 1. Tuổi và giới bệnh nhân (n= 38)

Giới tính	Tuổi			Tổng số
	< 18	18-55	> 55	
Nam	3	20		23(60,5%)
Nữ	2	12	1	15(39,5%)
Tổng	5(13,2%)	32(84,2%)	1(2,6%)	38(100%)

Theo giới: nam nhiều hơn nữ, có 23 nam và 15 nữ. Theo độ tuổi: bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 13 và cao tuổi nhất là 60. Lứa tuổi lao động (từ 18-55) chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 giới (84,2%).

1.2. Vị trí tổn thương

Bảng 2. Vị trí khuyết hồng (n=38)

Vị trí khuyết hồng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Mặt cổ	15	39,5
Bàn tay	21	55,2
Mu bàn chân	2	5,3
Tổng	38	100

Đa số trường hợp (94,7%) tổn thương vùng mặt cổ và bàn tay

1.3. Kích thước tổn thương: Diện tích khuyết: nhỏ nhất 18cm², lớn nhất 300cm², trung bình 110cm². Kích thước: Dài 6- 31cm, rộng 3,5 - 14cm, trung bình 16,9 × 8,3cm.

2. Kết quả phẫu thuật

2.1. Kích thước vạt: Kích thước vạt tương ứng và rộng hơn kích thước tổn thương khoảng 10%.

Vạt nhỏ nhất là 28cm², vạt lớn nhất là 330 cm², trung bình là 123cm². Chiều dài vạt 7- 33 cm, chiều rộng vạt 4 - 15 cm, trung bình là 17,8 × 9,3cm.

2.2. Độ mỏng của vạt: Trước khi làm mỏng: 8 - 30mm, trung bình là 17,1mm. Sau khi làm mỏng: 2,5 - 5mm, trung bình là 3,2mm

2.3. Đặc điểm đường đi của mạch xuyên

Bảng 3. Phân loại mạch xuyên theo đường đi trong mô mỡ (n=41)

Loại mạch xuyên	Số trường hợp	Tỷ lệ %
1	21	51,2
2	15	36,6
3	5	12,2
Tổng số	41	100

Đa số các mạch xuyên chạy vuông góc với mặt da, chiếm 51,2%.

2.4. Kết quả gần

Bảng 4. Sức sống của vạt (n=41)

Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Sống hoàn toàn	27	65,9
Thiếu dưỡng mếp vạt, đầu vạt	4	9,8
Hoại tử một phần vạt	8	19,5
Hoại tử hoàn toàn	2	4,9
Tổng số	41	100

Tỷ lệ vạt sống toàn bộ sau làm mỏng vạt chiếm 65,9%, hoại tử một phần là 12,2% và hoại tử toàn bộ là 4,9%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa loại mạch xuyên và sức sống của vạt làm mỏng (n=41)

Sức sống của vạt	Loại mạch xuyên			Tổng số
	1	2	3	
Vạt sống hoàn toàn	18	9		27
Vạt thiếu dưỡng mếp, đầu vạt	3		1	4
Vạt hoại tử một phần		4	4	8
Vạt hoại tử hoàn toàn		2		2
Tổng số	21	15	5	41

Tỷ lệ vạt sống toàn bộ của loại mạch xuyên loại một là cao hơn cả, chiếm 18/41 vạt và ít hơn cả là của loại mạch xuyên 3, không có vạt làm mỏng nào sống toàn bộ.

Bảng 6. Mối liên quan giữa kích thước vạt làm mỏng và sức sống của vạt (n=41)

Sức sống của vạt	Kích thước vạt làm mỏng (cm ²)				Tổng số
	< 100	100-199	200-300	>300	
Vạt sống hoàn toàn	10	14	2	1	27
Vạt thiếu dưỡng mếp, đầu vạt	2	2			4
Vạt hoại tử một phần	5	1	1		8
Vạt hoại tử hoàn toàn	2				2
Tổng số	19	18	3	1	41

Bảng 6 cho thấy vạt càng rộng thì nguy cơ hoại tử càng cao.

Bảng 7. Mối liên quan giữa phương pháp xử lý vạt và sức sống của vạt làm mỏng (n=41)

Sức sống của vạt	Phương pháp						Tổng số
	Không xử lý (không xẻ, khônggấp)	Không xẻ vạt <i>Gấp, cuộn vạt</i>	Xẻ vạt không hoàn toàn		Xẻ vạt hoàn toàn		
			Không gấp, cuộn	<i>Gấp cuộn</i>	Không gấp, cuộn	<i>Gấp cuộn</i>	
Vạt sống hoàn toàn	9	5	2	3	2	6	27
Vạt thiếu dưỡng mép, đầu vạt	2			1		1	4
Vạt hoại tử một phần	3	3				2	8
Vạt hoại tử hoàn toàn		1				1	2
Tổng số	14	9	6		12		41

Bảng 8. Biến chứng (n=41)

Biến chứng	Tổn thương mạch máu				Hoại tử vạt			
	Chảy máu	Tắc tĩnh mạch	Tắc mạch xuyên	Tổn thương hệ mạch vạt	Thiếu dưỡng	Mép, đầu xa	Một phần	Toàn bộ
Số vạt	2	5	2	8	4	2	6	2
Tổng	2	7		8	14			
Tỷ lệ %	4,9	17		19,5	34,1			
n	41							

Nhiều biến chứng có thể xuất hiện cùng trên một vạt, tổn thương hệ mạch vạt gây chảy máu dẫn đến máu tụ, gây chèn ép cuống vạt dẫn đến tắc mạch và hoại tử vạt. Hoại tử vạt là biến chứng muộn, xuất hiện sau, do các biến chứng tổn thương mạch máu.

Bảng 9. Phân loại kết quả gập (n=41)

Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tốt	27	66
Khá	7	17
Kém	7	17
Tổng số	41	100

2.5. Kết quả xa: Chúng tôi thực hiện kiểm tra được 29/38 bệnh nhân sau mổ, ít nhất là 3 tháng, nhiều nhất là 5 năm. 9 bệnh nhân không có kết quả xa gồm: 5 trường hợp thất bại chuyển phương pháp khác, 4 bệnh nhân không đến để kiểm tra lại

Bảng 10. Phân loại kết quả xa (n=29)

Kết quả	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Tốt	24	82,8
Khá	5	17,2
Kém	0	0
Tổng số	29	100

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả 38 bệnh nhân tổn thương vùng đầu mặt cổ, bàn tay, mu bàn chân, với các nguyên nhân và hình thái lâm sàng đa dạng và phức tạp, kích thước tổn thương phần lớn trên 100 cm², cần chất liệu có kích thước lớn, độ dày thích hợp để phủ hay dựng hình lại vừa phải đảm bảo yêu cầu chức năng và thẩm mỹ vùng mặt. Kích thước tổn thương lớn nhất mà chúng tôi tạo hình là trên bệnh nhân ung thư tế bào đáy vùng mặt, vật được lấy với kích thước 330 cm² (kích thước 33 x 10 cm), kích thước vật nhỏ nhất là 28 cm² (kích thước 7 x 4cm), điều này cho thấy tính linh hoạt của vật đùi trước ngoài, Kimura [7] cũng có nhận xét tương tự.

Qua 38 trường hợp lâm sàng với 41 vật có sử dụng kỹ thuật làm mỏng vật vi phẫu tích thì có 27 vật sống hoàn toàn, 4 vật thiếu dưỡng mép vật, 2 vật hoại tử mép vật, 1 vật hoại tử đầu xa, 5 vật hoại tử một phần, 2 vật hoại tử toàn bộ với độ mỏng của vật từ 2,5-5mm. Như vậy có tới 14/41 vật có biến chứng về hoại tử vật cao hơn khi so sánh kết quả làm mỏng vật đùi trước ngoài vi phẫu tích với các tác giả khác Kimura năm 2003 [7], làm mỏng vật vi phẫu tích cho 15 vật đùi trước ngoài (có 6 vật mạch xuyên loại 2 và 3), kết quả có 2/15 vật hoại tử một phần và đến năm 2006, kỹ thuật làm mỏng vật được hoàn thiện hơn nên tỷ lệ tai biến giảm, chỉ 1/10 vật hoại tử đầu xa ở vật kích thước lớn 33x11cm, độ mỏng vật sau khi làm mỏng là 3-5mm. Yang, chỉ có 1/18 vật bị thiếu dưỡng đầu xa với độ mỏng 3-7mm, Yang không có dữ liệu về loại mạch xuyên. Tác giả Xie S làm mỏng vi phẫu tích cho 12 vật với 6 vật có mạch xuyên loại 1, 2 vật mạch xuyên loại 2 và 4 vật mạch xuyên loại 3, chỉ có một vật thiếu dưỡng đầu xa với độ mỏng của vật từ 3,25- 6mm. Hai trường hợp hoại tử một phần (hoại tử một đảo da của vật chimeric) đều do vật được gấp cuộn để tạo hình, gây chèn ép tắc mạch xuyên. Như vậy còn còn 8/14 vật có biến chứng do tổn thương hệ mạch vật, liên quan

đến làm mỏng vật và thiết kế vật. Bốn trường hợp vật thiếu dưỡng ở mép vật và đầu vật, trong đó có hai trường hợp nguyên nhân có thể do vị trí mạch xuyên đi vào vật không phù hợp, phần mép vật và đầu vật bị thiếu dưỡng ngược chiều dòng chảy mạch máu, các vật sau đó bong thủng bì, liền sẹo thì đầu. Ba trường hợp hoại tử một phần vật trùng với diện tích vật làm mỏng, trong đó có một trường hợp bị chảy máu ở diện làm mỏng, gây hematoma chèn ép mạch xuyên gây tắc tĩnh mạch hồi lưu. Như vậy có 3/5 trường hợp vật bị hoại tử một phần tương ứng với vùng làm mỏng, các mạng mạch trên cân, dưới da và dưới trung bì của vật có thể bị tổn thương trong quá trình vi phẫu tích, đây cũng chính là một nhược điểm của kỹ thuật cần khắc phục. Các tác giả nghiên cứu về kỹ thuật làm mỏng vật đùi trước ngoài như Alkureishi [4], Kimura[7] cũng có quan điểm tương tự. Tìm hiểu thêm các yếu tố ảnh hưởng tới sức sống của vật đùi trước ngoài làm mỏng chúng tôi có một số nhận xét. Về kích thước của vật làm mỏng, có 9/14 biến chứng về cấp máu vật (bảng 6) gặp ở các vật có diện tích làm mỏng nhỏ hơn 100cm², như vậy không có nghĩa là kích thước vật làm mỏng càng lớn thì biến chứng sẽ nhiều hơn. Xét về mối liên quan giữa phương pháp xử lý vật và sức sống của vật làm mỏng, có 9/14 biến chứng hoại tử vật các mức độ liên quan ở những trường hợp gấp cuộn vật, mạch xuyên dễ bị gấp, xoắn, chèn ép cản trở hồi lưu tĩnh mạch hơn nên có thể tỷ lệ biến chứng cao hơn, điều này đồng quan điểm với tác giả Gong [5]. Kết quả xa chúng tôi kiểm tra đánh giá trên 29 bệnh nhân, kết quả tốt 24/29 bệnh nhân (82,8%), vật mềm mại, màu sắc phù hợp với nơi nhận vật sau tạo hình, độ dày vật mỏng rất phù hợp và không phải làm mỏng thì hai do vật đã được làm mỏng ngay thì đầu với kỹ thuật vi phẫu tích, tĩnh mạch dẫn lưu máu tốt, bệnh nhân hài lòng. Tuy kết quả chưa cao so với một số tác giả khác sử dụng vật đùi trước ngoài như Lê Diệp Linh [1] 91%, Gong [5] 93%, song với việc bảo tồn được hệ

thống mạch máu trong da một cách tối đa cùng với việc loại bỏ lớp mỡ thừa bằng kỹ thuật vi phẫu tích giúp chúng tôi kiểm soát một cách chủ động chiều dày của vật da. Trong nhiều trường hợp, khi vật được dùng để che phủ những bộ phận đặc biệt, các phẫu thuật tái tạo lại bộ phận nổi trên mặt (cùng đồ mắt, mũi...) luôn đòi hỏi có sự phù hợp về độ dày mỏng khác nhau tại từng điểm khác nhau trên cùng một vật thì vẫn dễ kiểm soát được độ dày theo mục đích tạo hình chỉ có thể thực hiện được bằng kỹ thuật vi phẫu tích.

V. KẾT LUẬN

Vi phẫu tích là một kỹ thuật đặc biệt làm tăng tính linh hoạt của vật đùi trước ngoài giúp phẫu thuật viên chủ động làm mỏng vật theo yêu cầu phù hợp với mục đích tạo hình, nhất là các khuyết tổ chức có hình dạng phức tạp. Vật đùi trước ngoài được làm mỏng với kỹ thuật vi phẫu tích là một lựa chọn tin cậy, thích hợp trong tạo hình các khuyết phần mềm cổ mặt, bàn tay, bàn chân, là các vị trí trên cơ thể cần có độ mỏng và sự mềm mại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Diệp Linh (2011), "Nghiên cứu sử dụng vật đùi trước ngoài trong điều trị khuyết rộng phần mềm vùng cổ mặt", Luận án tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu Khoa học Y dược Lâm sàng 108, Hà Nội.
2. Nguyễn Tài Sơn (2007), "Ứng dụng vật mạch xuyên trong phẫu thuật tạo hình các khuyết hổng phần mềm" Tạp chí Y dược học Lâm sàng 108.2(3), tr.85-90.
3. Trần Thiết Sơn (2011), "Ứng dụng kỹ thuật vi phẫu tích trong phẫu thuật tạo hình", tạp chí Nghiên cứu Y học. 77 (6), tr 1-6.
4. Alkureishia L.W.T, Shaw-Dunna. J, Rosseb G. L(2003), "Effects of thinning the anterolateral thigh flap on the blood supply to the skin". *The British Association of Plastic Surgeons*, 56, pp. 401-408.
5. Gong et al. (2015), "Application of thinned anterolateral thigh flap for the reconstruction of head and neck defects", *J Oral Maxillofac Surg*, 73, pp. 1410-19.
6. Naohiro Kimura, Kaneshige Satoh, Toshiaki Hasumi, and Takaharu Ostuka(2001), "Clinical Application of the Free Thin Anterolateral Thigh Flap in 31 Consecutive Patients", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 108 (5), pp. 1197-1208.
7. Naohiro Kimura, Kaneshige Satoh, Yoshiaki Hosaka(2003), "Microdissected Thin Perforator Flaps: 46 Cases", *Plastic and Reconstructive Surgery*, 112(7), pp.1875-1885.

CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN LIỀN VẾT MỒ SAU PHẪU THUẬT FERGUSON ĐIỀU TRỊ BỆNH TRĨ

Phan Sỹ Thanh Hà*, Trần Minh Đạo*, Nguyễn Xuân Hùng**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật Ferguson thực hiện từ năm 1959, đây là cải tiến từ phương pháp Milligan - Morgan. Sau khi thắt gốc, cắt búi trĩ vết mổ được khâu kín. Đề tài này nhằm tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến liền vết mổ sau phẫu thuật Ferguson điều trị bệnh trĩ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 190 bệnh nhân trĩ độ 3, độ 4 được phẫu thuật theo phương pháp Ferguson tại Bệnh viện Việt Đức. Thời gian từ 1/9/2012 đến 31/12/2013. **Kết quả:** Liền vết mổ thì đầu 82,1%, thì 2 là 17,9%. Có mối tương quan giữa thời gian liền vết mổ với thể trĩ, tính chất phân lần đại tiện đầu tiên sau mổ ($p < 0,05$). Không có mối tương quan giữa thời gian liền vết mổ với giới tính, tuổi, phân độ, số búi trĩ được cắt ($p > 0,05$). **Kết luận:** Phẫu thuật Ferguson điều trị bệnh trĩ có ưu điểm an toàn, kết quả điều trị tốt, nhanh lành vết mổ,

chăm sóc sau mổ đơn giản, bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt và công việc bình thường.

Từ khóa: Phẫu thuật Ferguson, bệnh trĩ độ 3, độ 4.

SUMMARY

FACTORS AFFECTING POSTOPERATIVE WOUND INSTANT FERGUSON HEMORRHOIDS TREATMENT

Purpose: Surgical Ferguson was carried out from 1959, this is the improvement of methods Milligan - Morgan. After ligation, cut tufts hemorrhoids incision is stitched closed. Subject to learn a number of factors affecting postoperative wound instant Ferguson hemorrhoid treatment. **Methods:** 190 patients with hemorrhoids grade 3, grade 4 is surgical method Ferguson in Viet Duc Hospital, from 1/9/2012 to 12/31/2013. **Result:** Patients with wound dehiscence was 17.9%. There is a correlation between the time immediately with the old wound, classified hemorrhoids, Finnish nature first postoperative defecation ($p < 0.05$). There is no correlation between the time immediately wound with sex, distribution of hemorrhoids, the hemorrhoids are cut tufts ($p > 0.05$). **Conclusions:** Surgery Ferguson has advantages heal fast, simple postoperative care, patients soon back to business and work normally.

Keywords: Ferguson technique, hemorrhoids grade 3, grade 4.

*Bệnh viện 198

** Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Phan Sỹ Thanh Hà

Email: drha198@gmail.com

Ngày nhận bài: 8/2/2017

Ngày phản biện khoa học: 28/2/2017

Ngày duyệt bài: 20/3/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều phương pháp điều trị bệnh trĩ: điều chỉnh chế độ vệ sinh ăn uống, thủ thuật, phẫu thuật, Đông y, Tây y hoặc kết hợp Đông Tây y. Các phương pháp phẫu thuật nhằm mục đích chữa triệt để bệnh trĩ. Phẫu thuật Ferguson được thực hiện từ năm 1959, đây là cải tiến từ phương pháp Milligan - Morgan và áp dụng rộng rãi ở Mỹ. Có chỉ định hầu hết cho các trường hợp trĩ, kiểm soát chảy máu tốt, chăm sóc sau mổ đơn giản, nhanh liền vết mổ, bệnh nhân sớm trở về sinh hoạt và làm việc bình thường. Do lo ngại việc khâu kín da, niêm mạc hậu môn trực tràng có thể gây áp xe, nhiễm khuẩn sau mổ, nên các phẫu thuật viên còn e ngại sử dụng phương pháp này. Năm 2010, báo cáo đầu tiên của Nguyễn Xuân Hùng cho thấy phẫu thuật Ferguson an toàn, hiệu quả, chăm sóc sau mổ dễ dàng, nên áp dụng. Có một số báo cáo ngắn về phẫu thuật này nhưng chưa nêu rõ được quy trình điều trị, chăm sóc sau mổ và các yếu tố

ảnh hưởng đến quá trình lành vết mổ. Vì vậy, đề tài này nhằm tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến liền vết mổ sau phẫu thuật Ferguson điều trị bệnh trĩ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 190 bệnh nhân trĩ độ 3, độ 4 được phẫu thuật theo phương pháp Ferguson tại Bệnh viện Việt Đức. Thời gian từ 1/9/2012 đến 31/12/2013.

2.2 Phương pháp: mô tả tiến cứu, can thiệp lâm sàng và theo dõi dọc.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: Liền vết mổ: liền vết mổ thì đầu 7 - 10 ngày, thì 2 trên 10 ngày.

Tìm hiểu mối tương quan giữa thời gian liền vết mổ với:

- Tuổi, giới. Phân độ trĩ (độ 3, độ 4). Thể trĩ (thể búi, thể vòng).

- Số búi trĩ được cắt. Tính chất phân lẫn đại tiện đầu tiên.

Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thời gian liền vết mổ theo tuổi

Nhóm tuổi	Liền vết mổ		Thì đầu		Thì 2		Tổng		p
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
≤ 20 tuổi	1	100	0	0,0	1	100	0,13		
21 - 40 tuổi	65	84,4	12	15,6	77	100			
41 - 60 tuổi	67	84,8	12	15,2	79	100			
61 - 80 tuổi	22	73,3	8	26,7	30	100			
> 80 Tuổi	1	33,3	2	66,7	3	100			
Tổng	156	82,1	34	17,9	190	100			

Nhận xét: tỷ lệ liền vết mổ thì đầu 82,1%, liền vết mổ thì 2 là 17,9%. Sự khác biệt giữa thời gian liền vết mổ với tuổi không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2. Thời gian liền vết mổ theo giới

Liền vết mổ	Giới tính		Nam		Nữ		Tổng		p
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
Liền vết mổ thì đầu	92	59,0	64	41,0	156	100	0,34		
Liền vết mổ thì 2	17	50,0	17	50,0	34	100			
Tổng	109	57,4	81	42,6	190	100			

Nhận xét: tỷ lệ nam 57,4%, nữ 42,6%. Không có mối liên quan giữa thời gian liền vết mổ với giới tính.

Bảng 3. Thời gian liền vết mổ theo phân độ trĩ

Liền vết mổ	Phân độ		Độ 3		Độ 4		Tổng		p
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
Liền vết mổ thì đầu	113	72,4	43	27,6	156	100	0,89		
Liền vết mổ thì 2	25	73,5	9	26,5	34	100			
Tổng	138	72,6	52	27,4	190	100			

Nhận xét: có 72,6% trĩ độ 3 và 27,4% trĩ độ 4. Sự khác biệt giữa tỷ lệ phân độ không có mối liên quan với tỷ lệ liền vết mổ.

Bảng 1.4. Thời gian liền vết mổ theo thể trĩ

Liền vết mổ	Thể trĩ		Thể vòng		Thể búi		Tổng		p
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
Liền vết mổ thì đầu	28	17,9	128	82,1	156	100	0,009		
Liền vết mổ thì 2	13	38,2	21	61,8	34	100			
Tổng	41	21,6	149	78,4	190	100			

Nhận xét: trĩ thể vòng 21,6%, trĩ thể búi 78,4%. Có mối liên quan giữa thời gian liền vết mổ với thể trĩ.

Bảng 1.5. Thời gian liền vết mổ theo số búi trĩ được cắt

Số búi trĩ cắt Liên vết mổ	1 búi		2 búi		3 búi		4 búi		P
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
Liên vết mổ thì đầu	28	19,7	51	32,7	72	46,2	5	3,2	0,15
Liên vết mổ thì 2	4	11,8	9	26,5	17	50,0	4	11,8	
Tổng	32	16,8	60	31,6	89	46,8	9	4,7	

Nhận xét: không mối liên quan giữa thời gian liền vết mổ với số búi trĩ được cắt.

Bảng 1.6. Thời gian liền vết mổ theo tính chất phân lần đại tiện đầu tiên

Liên vết mổ Tính chất phân	Thì đầu		Thì 2		Tổng		P
	SL	TL%	SL	TL%	SL	TL%	
Phân lỏng	0	0,0	13	38,2	13	6,8	0,001
Phân nhão	49	31,4	20	58,8	69	36,3	
Phân khuôn	99	63,5	1	2,9	100	52,6	
Phân táo	8	5,1	0	0,0	8	4,2	
Tổng	156	100	34	100	190	100	

Nhận xét: có 33/34 (97,1%) bệnh nhân đại tiện phân lỏng và phân nhão đều bị toác vết mổ. Sự khác nhau về thời gian liền vết thương với tính chất phân lần đại tiện đầu tiên có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Biến chứng nhiễm khuẩn và áp xe sau mổ trĩ theo phương pháp Ferguson luôn là mối quan tâm đặc biệt của phẫu thuật viên. Một trong những lý do mà từ trước đến nay nhiều phẫu thuật viên Việt Nam ít lựa chọn phương pháp này để điều trị bệnh trĩ. Chúng tôi thấy 100% bệnh nhân không có áp xe, nhiễm khuẩn sau mổ. Liên thì đầu sau mổ có 156 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 82,1%, liên thì 2 chiếm tỷ lệ 17,9% (34 bệnh nhân). Qua bảng 1.1, 1.2, 1.3, 1.5 cho thấy thời gian liền vết mổ không liên quan với tuổi, giới tính, phân độ, với số búi trĩ được cắt ($p > 0,05$). Bảng 1.6 có 33/34 (97,1%) bệnh nhân đại tiện lần đầu sau mổ phân lỏng và phân nhão đều bị bục vết mổ. Sự khác nhau về thời gian liền vết thương với tính chất phân lần đại tiện đầu tiên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), điều này được lý giải sau mổ nếu bệnh nhân đại tiện phân lỏng hoặc phân nhão gây ẩm ướt vùng hậu môn, vết mổ dễ bị viêm và gây bục vết mổ. Tại thời điểm 8 tuần các bệnh nhân trong nghiên cứu này liền vết mổ hoàn toàn. Chúng tôi luôn dặn bệnh nhân không ngâm hậu môn, luôn để hậu môn khô thoáng. Ho K. S trong 2 tuần đầu có 33,3% bị bục vết mổ, tại thời điểm 8 tuần còn 13,8% bệnh nhân bục vết mổ. Khubchandani I và cs (2009) phẫu thuật Ferguson 3247 bệnh nhân gặp 6 bệnh nhân (0,22%) áp xe vết mổ, trong đó có 4 (0,12%) trường hợp không phải can thiệp. Có 2 (0,06%) bệnh nhân phải phẫu thuật lại. Bục một phần vết mổ 163 (4,97%) bệnh nhân. Bục toàn bộ vết mổ 2 (0,06%) bệnh nhân. Khanna R và cs phẫu thuật Ferguson 20 bệnh nhân bục vết mổ 14%. Wesarachawit W (2007) cắt trĩ Ferguson cho thấy trong 1184, tại 2 tuần sau mổ có 4 bệnh nhân bục vết mổ. Theo dõi đến tuần thứ 4 không

có bục vết mổ mới, hầu hết vết mổ liền sẹo, không hẹp hậu môn. Pattana-Arun J phẫu thuật 100 bệnh nhân mắc trĩ độ 3, độ 4 có thể kèm theo biến chứng trong đó có 46 bệnh nhân mổ cấp cứu và 54 bệnh nhân mổ phiên. Tác giả so sánh kết quả hai nhóm. Ở tuần thứ 2 sau phẫu thuật có 5 (10,8%) bệnh nhân nhóm mổ cấp cứu và 7 (11,7%) bệnh nhân nhóm mổ phiên bị bục vết mổ sự khác biệt này không có ý nghĩa ($p = 0,12$). Ở tuần thứ 4 sau phẫu thuật, không có trường hợp mới nào bị bục vết mổ và tất cả đã lành vết mổ hoàn toàn. Pattana-arun J và cs phẫu thuật 1184 bệnh nhân trĩ độ 3, độ 4 theo phương pháp Ferguson. So sánh kết quả 416 bệnh nhân mổ cấp cứu với các lý do sa trĩ thắt nghẹt, trĩ chảy máu và trĩ ngoại tắc mạch với 786 bệnh nhân mổ phiên cho thấy vào tuần thứ 2 sau mổ có 24 bệnh nhân bị bục vết mổ chiếm tỷ lệ 2,03%. Theo dõi đến tuần thứ 4 các vết mổ lành hoàn toàn không thấy hẹp hậu môn. Khalil-ur-Rehman và cs phẫu thuật Ferguson 130 bệnh nhân sau 2 tuần 100% liền vết mổ. Malik A. G (2009) phẫu thuật Ferguson 30 bệnh nhân thấy thời gian lành vết thương < 2 tuần. Nguyễn Văn Lâm gặp 27,7% bục vết mổ, không có bệnh nhân nhiễm khuẩn và áp xe vết mổ, tác giả này cho rằng việc cầm máu khi mổ trĩ theo phương pháp Ferguson phải được thực hiện một cách cẩn thận và kỹ càng tránh tụ máu vết mổ, sẽ gây tình trạng nhiễm khuẩn, vết mổ căng. Dao đốt điện có thể sử dụng để cầm máu một cách hiệu quả. Tuy nhiên, dụng cụ này lại gây tổn thương mô xung quanh mép vết mổ làm suy yếu khả năng liền vết mổ. Không lấy quá nhiều da, niêm mạc ống hậu môn khi phẫu tích búi trĩ, khi khâu gây căng vết mổ gây bục vết mổ. Tất cả những điều này là yếu tố gây nên bục vết

mổ. Bảng 1.4 trĩ thể vòng 21,6%, trĩ thể búi 78,4%. Có mối liên quan giữa thời gian liền vết mổ với thể trĩ. Có nhiều thử nghiệm lâm sàng so sánh kết quả phẫu thuật cắt trĩ của hai phương pháp Miligan - Morgan và Ferguson của các tác giả nước ngoài đưa ra kết luận thời gian liền vết mổ trong phẫu thuật Ferguson nhanh hơn phẫu thuật Miligan - Morgan có ý nghĩa khác biệt mặc dù có nguy cơ bục vết mổ. Như vậy, qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi và kết quả của các tác giả khác, chúng ta có thể hoàn toàn yên tâm, tin tưởng đối với phương pháp Ferguson trong điều trị bệnh trĩ khi đã tuân thủ đúng nguyên tắc phẫu thuật, nguyên tắc điều trị và chăm sóc bệnh nhân.

Điều trị và chăm sóc sau mổ: sau khi chuyển bệnh nhân từ phòng mổ về phòng điều trị. Truyền 1000ml dịch (500ml Ringerlactat + 500 ml Glucoze 5%). Giảm đau sau đánh giá mức độ đau: ngày đầu dùng Efferangan 1g x 2 l/ ngày truyền tĩnh mạch cách 8 giờ ngày đầu. Nếu đau nhiều dùng nhóm á phiện. Ngày sau dùng paracetamol 0,5g x 4viên/ngày. Kháng sinh: Flagyl 0,5g x 2chai/ngày truyền tĩnh mạch ngày đầu, những ngày sau Flagyl 250mg x 4 viên/ngày uống chia 2 lần (sáng, chiều) từ 5 - 7 ngày. Uống thuốc nhuận tràng tránh ứ đọng phân ở trực tràng gây kích thích và đau kéo dài. Thường đặt viên đạn trĩ (Protolog) vào hậu môn từ ngày thứ 7 sau mổ đây là thời điểm vết mổ liền sinh lý và hơi co lại có thể gây hẹp nhẹ hậu môn, nếu hẹp nặng hậu môn rất hiệu quả. Ăn cháo sau phẫu thuật 12 giờ. Ăn chế độ bình thường, bổ sung thêm chất xơ, nước. Tránh các chất kích thích alcol, thuốc lá, gia vị cay, nóng.

Chăm sóc tại chỗ: thay băng vết mổ sau mổ 24 giờ và hàng ngày bằng betadin 10%. Hướng dẫn bệnh nhân chăm sóc vết mổ tại chỗ:

- + Giữ sạch vết mổ (sau đại tiện rửa sạch hậu môn, thấm khô).
- + Không tự ý nong hậu môn, không ngâm hậu môn. Luôn để hậu môn khô thoáng

Nếu sau mổ 4 ngày bệnh nhân chưa đi đại tiện cho uống 1 ống Fleet soda hoặc 1 gói Fortran 1g để tránh ứ đọng phân ở bóng trực tràng gây kích thích, đau kéo dài và nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ.

Theo dõi mạch, nhiệt, huyết áp, tri giác. Bí tiểu, tình trạng vết mổ: chảy máu sau mổ, nhiễm khuẩn và áp xe vết mổ.

Tiêu chuẩn ra viện: không sốt, đau nhẹ vết mổ, không bí tiểu, không chảy máu vết mổ, không nhiễm khuẩn và áp xe vết mổ. Tái khám sau mổ 7 hoặc 14 ngày.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Ferguson điều trị bệnh trĩ có ưu điểm an toàn, kết quả tốt, nhanh lành vết mổ, chăm sóc sau mổ đơn giản, bệnh nhân sớm trở lại sinh hoạt và công việc bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Sỹ Tuấn Anh** (2011), *Kết quả điều trị bệnh trĩ bằng phẫu thuật Ferguson tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận văn thạc sỹ y dược, Đại học y Hn.
2. **Nguyễn Xuân Hùng, Mark Helbraun, Phạm Đức Huân và cs** (2010), "Phẫu thuật Ferguson điều trị trĩ", *Tạp chí đại học y học*. 5, pp. 9-13.
3. **Nguyễn Văn Lâm, Mai Văn Đợi** (2014), "Đánh giá kết quả phẫu thuật Ferguson điều trị bệnh trĩ tại Bệnh viện Trường đại học Y dược Cần Thơ", *Tạp chí y học Việt Nam*. 421(1), pp. 12-15.
4. **Aziz A, Ali I, Alam S. N et al** (2008), "Open Hemorrhoidectomy versus Closed Hemorrhoidectomy: The choice should be Clear", *Pakista Journal of Surgery*. 24(4), pp. 254- 257.
5. **Ho K. S., Ho Y. H.** (2006), "Prospective randomized trial comparing stapled hemorrhoidopexy versus closed Ferguson hemorrhoidectomy", *Techniques in coloproctology*. 10(3), pp. 193-197.
6. **Khalil-ur-Rehman, Hasan A, Taimur M et al** (2011), "A Comparison between Open And Closed Haemorrhoidectomy", *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 23(1), pp. 114-116.
7. **Khanna R., Khanna S., Bhadani S. et al** (2010), "Comparison of Ligasure hemorrhoidectomy with conventional Ferguson's hemorrhoidectomy", *Indian Journal of Surgery*. 72(4), pp. 294-297.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG VIDATOX 30CH GIẢM ĐAU CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ GIAI ĐOẠN MUỘN

Nguyễn Thị Hải Yến*

TÓM TẮT

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến

Email: yenduc1965@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/2/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/3/2017

Ngày duyệt bài: 24/3/2017

Mục đích: Đánh giá hiệu quả giảm đau của thuốc Vidatox 30CH cho bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn.

Phương pháp: Có 40 bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn có đau được uống Vidatox 30CH với liều 5giọt/lần. 3 lần/ngày. 30 ngày và đánh giá hiệu quả bằng so sánh điểm đau trung bình trước và sau điều trị. **Kết quả:** Điểm giảm đau trung bình từ $5,1 \pm 2,3$ điểm xuống còn $2,57 (\pm 1,4)$ điểm ($p < 0,0001$). **Kết**

luận: Thuốc Vidatox 30CH có thể sử dụng phối hợp với các thuốc và các liệu pháp giảm đau khác.

Từ khóa: Vidatox 30CH, bệnh nhân ung thư, thuốc giảm đau.

SUMMARY

USING VIDATOX 30CH TO RELIEVE PAIN FOR THE ADVANCED CANCER PATIENTS

Purpose: To assess the effectiveness of Vidatox 30CH for the advanced cancer patients with pain.

Methods: Among the 40 advanced cancer patients with 5 drops of Vidatox 30CH oral / times. 3 times / day. 30 days and evaluate the effectiveness by comparing the average pain score before and after treatment. **Results:** The mean pain score decreased from 5.1 ± 2.3 points down to $2.57 (\pm 1.4)$ points ($p < 0.0001$). **Conclusion:** Vidatox 30CH can use to coordinate with pain medications and other therapies.

Key words: Vidatox 30CH, cancer patients, pain medications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đang trở thành đại dịch trên toàn thế giới mặc dù không phải là bệnh lây nhiễm. Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân ung thư ngày càng tăng với khoảng 200.000 ca mới hàng năm, trong đó đa số đến viện trong giai đoạn muộn. Đau là triệu chứng của bệnh nhân ung thư rất được quan tâm từ cả người bệnh đến thầy thuốc vì ảnh hưởng rất nghiêm trọng đến chất lượng sống. Hiện tại, điều trị đau ung thư là đa mô thức và mọi phương thức can thiệp làm giảm đau đều được tận dụng tạo cơ hội tốt nhất cho người bệnh. Vidatox 30CH là sản phẩm được phẩm của Hãng Labiofam Cuba, được chiết xuất từ nọc độc của bọ cạp xanh (họ: *Buthidae*, giống: *Rhopalurus Thorell 1876*, chủng: *junceus*). Các nghiên cứu ở nước ngoài cho thấy Vidatox có tác dụng chống khối u, tác dụng giảm đau, tác dụng chống viêm [41]. Thuốc gây độc cho tế bào ung thư biểu mô và ung thư tuyến, tuy nhiên thuốc không tác dụng lên ung thư máu và tế bào lành [41,5]. Thuốc Vidatox 30CH đã được cấp chứng nhận dược phẩm tại Cuba và đã có mặt trên 20 quốc gia trên thế giới.

Nhằm mục đích đánh giá mức độ giảm đau của thuốc Vidatox 30CH cho bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, tìm kiếm cơ hội phối hợp với các liệu pháp giảm đau khác, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tuổi	31-40	1	2,5
	41-50	7	17,5
	51-60	15	37,5

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Có 40 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân được lựa chọn có chẩn đoán chắc chắn ung thư tạng đặc giai đoạn cuối, có kết quả giải phẫu bệnh và đang được chẩn đoán và điều trị đau kết hợp chăm sóc giảm nhẹ, có tuổi từ 18 trở lên, có trạng thái đủ tỉnh táo để tự nhận xét tình trạng đau cũng như sức khỏe của mình, không hoặc sau điều trị hóa chất, xạ trị, liệu pháp đích từ một tháng trở lên và tiên lượng thời gian sống thêm ít nhất 3 tháng. Các bệnh nhân không được tham gia nghiên cứu khi có dị ứng với thuốc Vidatox 30CH, đang tham gia các thử nghiệm lâm sàng khác hoặc không đủ tỉnh táo để nhận xét về sức khỏe của mình.

Bệnh nhân được uống thuốc Vidatox30CH với đường dưới lưỡi 5 giọt/lần x 3 lần một ngày dùng liên tục hàng ngày trong thời gian 1 tháng. Bệnh nhân được đánh giá mức độ đau vào các thời điểm ngay trước và sau điều trị (1 tháng).

Kết quả nghiên cứu đánh giá hiệu quả giảm đau của thuốc dựa trên so sánh sự thay đổi điểm mức độ đau trước và sau điều trị của quần thể bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Thước đo đánh giá thay đổi mức độ đau: Dùng thước đo đánh giá mức độ đau từ 0 đến 10 điểm (Categorical Numerical Rating Scales – NRS) với điểm 0 là không đau và điểm 10 là đau cực độ mà bệnh nhân có thể chịu đựng được. Để chính xác, quá trình tự đánh giá đau của bệnh nhân được kiểm chứng bởi một bác sĩ chuyên khoa điều trị đau. Một thước đo khác cũng được dùng để đánh giá đáp ứng giảm đau sau điều trị của Tổ chức năng lượng nguyên tử quốc tế - IAEA [3]: Không đáp ứng, đau tiến triển: điểm đau tăng 2 điểm trở lên hoặc đau không thay đổi nhưng phải tăng liều thuốc giảm đau lên 25%.

Không thay đổi: điểm đau ít thay đổi trong khoảng từ giảm 2 điểm đến tăng 2 điểm.

Đáp ứng một phần: điểm đau giảm được 2 điểm trở lên hoặc điểm đau không đổi nhưng giảm được liều thuốc giảm đau 25%.

Đáp ứng hoàn toàn: hết đau hoàn toàn.

Các số liệu được thu thập theo mẫu và tính toán bằng phần mềm SPSS17.0. Các kết quả thu được và xử lý theo: Tính tần suất xuất hiện, so sánh 2 trung bình cộng và kiểm định t – test.

	> 60	17	42,5
Giới	Nam	22	55
	Nữ	18	45
Loại Ung thư	Dạ dày	2	5
	Phổi	19	47,5
	Vú	10	25
	Gan	3	7,5
	Vòm	6	15

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu có đủ Nam và Nữ tham gia với 5 loại bệnh ung thư phổ biến tại Việt Nam, tuổi trên 30.

Bảng 2: Đánh giá đáp ứng giảm đau sau điều trị

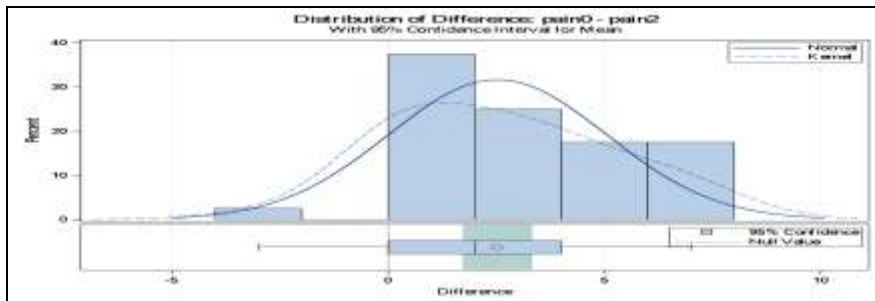
	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Đáp ứng hoàn toàn	1	2,5
Đáp ứng một phần	23	57,5
Không thay đổi	15	37,5
Không đáp ứng	1	2,5

Có 60% bệnh nhân có giảm đau với mức độ trên 2 điểm, chỉ có một bệnh nhân không có hiệu quả giảm đau, đau tăng lên.

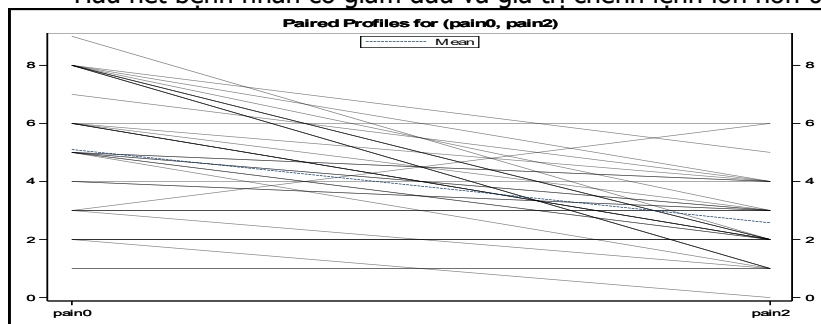
Bảng 3: Điểm đau trung bình trước và sau điều trị

	Điểm trung bình (X ± SD)
Trước điều trị	5,1 ± 2,3
Sau điều trị	2,57 (± 1,4)
p	p < 0,0001

Điểm số mức độ đau trung bình từ 5,1 ± 2,3 điểm tại điểm mốc nghiên cứu giảm xuống 2,5 (± 1,4) điểm sau 30 ngày điều trị (p < 0,0001). Xét trên mức giảm tuyệt đối điểm số đau tại thời điểm 30 ngày điều trị so với thời điểm trước điều trị, nhóm can thiệp VIDATOX đã giảm được 2,5 điểm.



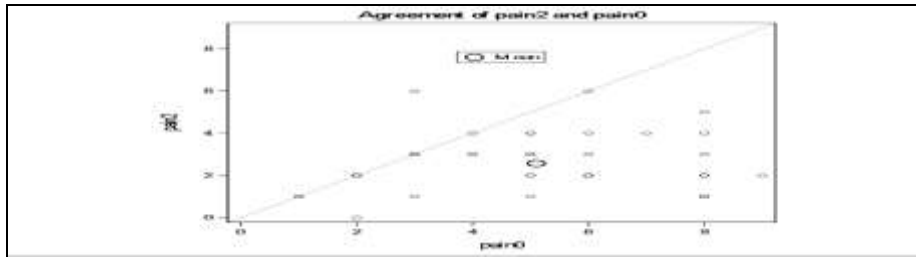
Đồ thị 1: Phân bố sự khác biệt điểm số đau trước và sau nghiên cứu
(Giá trị giảm đau chênh lệch từ 0 sang phải ở trục hoành và tăng đau ở bên trái)
Hầu hết bệnh nhân có giảm đau và giá trị chênh lệch lớn hơn 0



Đồ thị 2: Thay đổi điểm số đau trên từng bệnh nhân

(Trục pain0 chỉ điểm đau trước điều trị, trục pain2 chỉ điểm đau sau điều trị, đường nối giữa 2 điểm là của một bệnh nhân, đường ngắt quãng là đường trung bình)

Đường thẳng kết nối giá trị trước và sau điều trị đều đi xuống tức là điểm đau đã giảm, chỉ có một đường đi lên là đau tăng, đường trung bình (ngắt quãng) cũng đi xuống.



Đồ thị 3: Biểu đồ chuyển đổi hệ số đau trước và sau nghiên cứu

(Một điểm là một bệnh nhân, trục hoành p0 chỉ điểm đau sau điều trị, trục tung pain 2 chỉ điểm đau sau điều trị). Đường chéo thể hiện đau không đổi, hầu hết tập trung tại dưới đường chéo: đau thuyên giảm

IV. BÀN LUẬN

Các đối tượng tham gia nghiên cứu nằm trong tiêu chí chọn lựa bệnh nhân với 5 loại ung thư phổ biến tại Việt Nam phù hợp với các số liệu đã được công bố, trong đó ung thư phổi và ung thư vú chiếm tỉ lệ cao.

Hiệu quả giảm đau sau điều trị tương đối rõ rệt: có đến 60% bệnh nhân có đáp ứng giảm đau một phần trở lên (> 2 điểm) trong đó có 1 bệnh nhân hết đau hoàn toàn (bảng 1), chỉ có 1 bệnh nhân đau tăng lên sau điều trị. Điểm giảm đau trung bình giảm từ 5,1 (mức độ trung bình) xuống còn 2,57 (mức độ nhẹ) với mức giảm trung bình 2,5 điểm (bảng 2). Với điểm đau trung bình, bệnh nhân phải sử dụng thuốc giảm đau mới chịu được, còn mức độ nhẹ, bệnh nhân không nhất thiết phải sử dụng thuốc giảm đau, điều đó rất có ý nghĩa với bệnh nhân ung thư, đặc biệt là các bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn và cũng rất có ý nghĩa khi Vidatox không được xếp loại vào nhóm thuốc giảm đau.

Các đồ thị 1,2,3 đều thể hiện rõ khi so sánh trước và sau điều trị, các điểm đau đều chứng tỏ đau đã thuyên giảm rõ rệt trên hầu hết bệnh nhân. Mức độ giảm đau 2,5 điểm phù hợp với các bệnh nhân đau ở mức độ nhẹ và trung bình, có thể thay thế các thuốc giảm đau bậc 1 và 2 và thuốc rất an toàn, trong quá trình nghiên cứu không ghi nhận một biến cố nào ở mức độ nguy hiểm mặc dù được sử dụng một tháng liên tục, trong khi đó thuốc giảm đau bậc 1 và 2 luôn có những tác dụng không mong muốn được khuyến cáo và nếu sử dụng lâu dài có thể gây biến chứng nghiêm trọng. Điểm yếu của thuốc là hạn chế với những bệnh nhân đau nặng (từ 7 điểm trở lên) tác dụng không được như mong muốn, thuốc không làm giảm đau rõ rệt và vẫn cần phải có thuốc giảm đau phối hợp, đặc biệt thuốc giảm đau bậc 3 (Opioids) là không thay thế được.

So sánh mức độ giảm đau với một số liệu pháp giảm đau (không phải thuốc giảm đau) đã được công nhận: điều trị giảm đau do di căn cột sống, Đoàn Lực đã thấy giảm đau 3,5 điểm sau một liệu

trình điều trị xạ ngoài phối hợp với Acid Zoledronic [1], giảm đau 1,7 điểm khi sử dụng máy xung điện một chiều Medicosen as-028 điều trị đau ung thư giai đoạn muộn [2].

Mức độ giảm đau trung bình 2,5 điểm rất có ý nghĩa trên lâm sàng, có thể giúp ích thay thế cho thuốc giảm đau trong một số trường hợp nhất định, tuy nhiên, đau ở mức độ nặng (từ 7 điểm trở lên) Vidatox 30CH không thể thay thế được thuốc giảm đau bậc 3. Sự phối hợp thuốc Vidatox với các thuốc và liệu pháp giảm đau khác có ích trong thực tiễn lâm sàng điều trị đau trên bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn. Nghiên cứu này còn một số nhược điểm như cỡ mẫu còn nhỏ, thuốc Vidatox mới nghiên cứu trong phạm vi thời gian 1 tháng, còn ngắn so với khuyến cáo của những nghiên cứu trước đây và nghiên cứu của nhà sản xuất.

V. KẾT LUẬN

Có 40 bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn có đau được uống Vidatox 30CH với liều 5giọt/lần. 3lần/ngày. 30 ngày đã giảm đau trung bình từ $5,1 \pm 2,3$ điểm xuống còn $2,57 (\pm 1,4)$ điểm ($p < 0,0001$). Thuốc sử dụng an toàn và có ý nghĩa góp phần vào điều trị đau đa mô thức.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Lực, 2013**, Đánh giá hiệu quả điều trị ung thư di căn cột sống bằng tia xạ ngoài phối hợp Acid Zoledronic, tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 4, 2013, t.668-674
2. **Đoàn Lực, 2013**, Hiệu quả điều trị đau và cải thiện chất lượng sống của dòng điện xung một chiều trên máy Medicosen as-028 cho bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn, tạp chí Ung thư học Việt Nam, số 1,2013,t.379-384
3. **Criteria for Palliation of Bone Metastases**. Clinical Applications. Nuclear Medicine Section. International Atomic Energy Agency. Vienna. 2007.p.7
4. **MSc. Fabio de Jesús** Linares Pazos Results of the use of VIDATOX® 30 CH in patients carrying oncological pathologies. LABIOFAM branch Cienfuegos Report
5. **Report of the R& D:** use of vidatox® 30ch in patients with advanced tumors. Clinical Trials Division Specialists.

TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC “HẬU THIÊN LỤC VỊ” ĐIỀU TRỊ CÁC TRIỆU CHỨNG MÃN KINH

Thái Thị Hoàng Oanh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu lâm sàng, so sánh trước và sau điều trị với mục tiêu đánh giá tác dụng của bài thuốc Hậu thiên lục vị đối với phụ nữ mãn kinh. Kết quả cho thấy sau điều trị, điểm mức độ ảnh hưởng của các rối loạn vận mạch, rối loạn tâm thần kinh và rối loạn thể chất giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). 41% bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị. Kết luận, bài thuốc Hậu thiên lục vị có tác dụng điều trị các triệu chứng mãn kinh.

Từ khóa: Mãn kinh, hậu thiên lục vị, thuốc y học cổ truyền.

SUMMARY

THE EFFICACY OF “HAU THIEN LUC VI” REMEDY ON TREATING TMENOPAUSAL SYMPTOMS

Single-blind clinical study, comparing prio-post treatment to evaluate the effect of “Hau thien luc vi phuong” remedy in treating menopausal symptoms. The results showed that after treatment, the level point of impact of the vascular disorders, neuropsychiatric disorders and physical disorders have significantly diminished ($p < 0.05$). 41% of patients achieved therapeutic effect. In conclusion, “Hau thien luc vi” remedy treats effectively postmenopausal symptoms.

Key words: Menopause, “Hau thien luc vi” remedy, traditional medicine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời kì mãn kinh, cơ thể người phụ nữ phải thích nghi với việc thiếu hụt nhiều loại hormone đặc biệt là estrogen và progesterone. Điều này có thể gây ra một số biến đổi thể chất và làm rối loạn một số chức năng của cơ thể bao gồm: bốc hỏa, rối loạn cảm xúc, hay cáu gắt, mệt mỏi, căng thẳng, lo lắng và giảm tạo xương... Các triệu chứng của mãn kinh xảy ra với mỗi cá thể là khác nhau, tuy nhiên, sự kéo dài của giai đoạn này gây ra sự khó chịu cho trên 50% phụ nữ trên toàn thế giới ngay từ lúc bắt đầu sự giảm tiết hormone. Những triệu chứng này gây ảnh hưởng khác nhau đối với từng người tùy thuộc vào nhiều yếu tố như gia đình, xã hội, kinh tế, tâm lý,... tuy nhiên có khoảng 15% phụ nữ trên thế giới bị tác động mạnh trong giai đoạn mãn kinh và cần thiết phải điều trị [1].

Mãn kinh trong Y học cổ truyền có bệnh danh là “kinh đoạn” hay “kinh tuyệt”. Phụ nữ lấy huyết làm chủ, nên khí thường hữu dư, huyết thường bất túc. Khi mãn kinh, chức năng của ngũ tạng suy giảm (đặc biệt là phần thận âm), kèm theo phần huyết trong cơ thể giảm sút dẫn đến tình trạng khí huyết hư suy, âm dương mất cân bằng đã gây ra một loạt các chứng bệnh như Hỏa vượng, Đầu thống, Thất miên, Kinh quý, Huyền vưng, Cốt trư lao nhiệt,... Bài thuốc Hậu thiên lục vị được đề cập trong Hải thượng y tông tâm lĩnh, có tác dụng tư âm bổ huyết, dưỡng tâm an thần sử dụng điều trị cho các chứng hư thuộc về hậu thiên, tình trạng âm hư, huyết thiếu [3], vì thế có thể sử dụng để điều chỉnh các rối loạn ở phụ nữ kinh tuyệt. Đây là bài thuốc cổ phương được ghi chép trong Hiệu phòng tân phương, được sử dụng từ lâu đời nhưng chưa được nghiên cứu, vì vậy đề tài được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá tác dụng của bài thuốc “Hậu thiên lục vị” điều trị các triệu chứng mãn kinh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Chất liệu nghiên cứu: Bài thuốc “Hậu thiên lục vị” trong Hiệu phòng tân phương, thuộc Hải thượng y tông tâm lĩnh[3]: Thục địa: 35g; Đương quy: 18g; Đảng sâm: 24g; Đan sâm: 08g; Viễn chí: 04g; Táo nhân: 04g; Đại táo: 06g; Sinh khương: 04g

Bào chế: Thuốc được bào chế tại Khoa Dược – Bệnh viện YHCT Hà Nội. Các vị thuốc sau khi sơ chế và phức chế bằng các phương pháp theo quy định của Bộ Y tế sẽ được sắc và đóng túi bằng thiết bị sắc thuốc tự động. Mỗi thang đóng thành 2 túi, mỗi túi 100ml.

2. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân đã mãn kinh tự nhiên, tuổi từ 40 – 65, có những triệu chứng rối loạn thời kì mãn kinh theo thang điểm MENQOL[4]. Bệnh nhân kinh tuyệt thuộc thể âm hư huyết thiếu theo YHCT[5]: Phụ nữ quanh thời kì mãn kinh xuất hiện thất lưng và các khớp đau mỏi, đầu choáng, kiện vong, ù tai, điếc tai, răng lung lay, rụng sớm, lưỡi nhợt, rêu mỏng, mạch tế nhược. Tình nguyện tham gia nghiên cứu và tuân thủ đúng liệu trình điều trị. Không áp dụng phương pháp điều trị nào khác trong quá trình điều trị.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Thị Hoàng Oanh

Email: oanhquang2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6/2/2017

Ngày phản biện khoa học: 28/2/2017

Ngày duyệt bài: 16/3/2017

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Có tiền sử hoặc hiện tại có sử dụng chất kích thích, hoặc sử dụng đồ uống có cồn trên 2 lần/ ngày, hoặc 14 lần/tuần. Tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim chưa kiểm soát; suy thận, tăng men gan. Bỏ thuốc quá 3 ngày hoặc tự dùng thuốc khác trong thời gian nghiên cứu. Không làm đủ các xét nghiệm theo yêu cầu nghiên cứu

3. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** thử nghiệm lâm sàng không nhóm chứng, so sánh kết quả trước và sau điều trị.

***Cỡ mẫu:** cỡ mẫu thuận tiện, có chủ đích, bao gồm 44 bệnh nhân

***Cách dùng thuốc:** Mỗi ngày uống 2 túi, chia 2 lần 9h – 16h. Liệu trình điều trị: liên tục trong 30 ngày

***Phương pháp đánh giá kết quả:** Sự thay đổi về các triệu chứng mãn kinh sẽ được theo dõi hàng ngày và được đánh giá tại thời điểm trước điều trị và sau điều trị 30 ngày. Tổng điểm MENQOL là tổng điểm mức độ của tất cả các triệu chứng, sẽ được tính toán tại 2 thời điểm: trước điều trị và sau điều trị 30 ngày. Hiệu quả

cải thiện các triệu chứng mãn kinh theo thang điểm MENQOL sẽ được tính toán dựa vào sự giảm tổng số điểm MENQOL sau khi điều trị. **Có hiệu quả:** Giảm $\geq 20\%$ tổng điểm. **Không có hiệu quả:** Giảm $< 20\%$ tổng điểm.

***Phương pháp xử lý số liệu:** Xử lý số liệu thu thập được theo thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

***Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu tuân theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu sử dụng thang điểm MENQOL để đánh giá các triệu chứng xuất hiện trong thời kỳ mãn kinh, tuy nhiên có một tỉ lệ khá lớn bệnh nhân (29,5%) hiện tại không sống cùng chồng, không có quan hệ tình dục nên không đánh giá được mức độ của các rối loạn hoạt động tình dục. Do đó nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá 26 triệu chứng mãn kinh thuộc nhóm 3 nhóm rối loạn còn lại.

Bảng 1. Sự thay đổi điểm MENQOL trước và sau điều trị

Các chỉ số	Trước điều trị	Sau 30 ngày	p
Rối loạn vận mạch	$3,57 \pm 1,07$	$2,68 \pm 0,67$	<0,05
Rối loạn tâm thần kinh	$2,87 \pm 0,60$	$2,45 \pm 0,57$	
Rối loạn thể chất	$3,11 \pm 0,52$	$2,51 \pm 0,39$	
Điểm MENQOL trung bình	$3,09 \pm 0,49$	$2,51 \pm 0,36$	

Nhận xét: Sau điều trị, điểm trung bình của cả 3 loại rối loạn đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Điểm MENQOL giảm 0,58 điểm so với trước điều trị, mức giảm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Sự thay đổi các rối loạn vận mạch trước và sau điều trị 30 ngày

	Trước điều trị	Sau 30 ngày	p
Bốc hỏa	$3,43 \pm 1,79$	$1,98 \pm 1,067$	< 0,05
Ra mồ hôi ban đêm	$3,00 \pm 1,43$	$2,02 \pm 1,07$	
Ra mồ hôi cả ngày	$4,27 \pm 0,85$	$4,05 \pm 1,06$	> 0,05

Nhận xét: Sau điều trị 30 ngày, cả ba triệu chứng trong nhóm rối loạn vận mạch đều có giảm điểm trung bình mức độ triệu chứng. Trong đó 2 triệu chứng bốc hỏa và ra mồ hôi vào ban đêm là giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Bảng 3. Sự thay đổi các rối loạn tâm thần kinh trước và sau điều trị 30 ngày

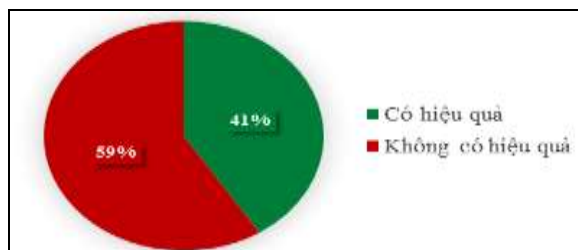
	Trước điều trị	Sau 30 ngày	p
Cảm thấy căng thẳng, lo lắng	$2,75 \pm 1,66$	$2,55 \pm 1,52$	< 0,05
Trí nhớ giảm sút	$4,23 \pm 0,86$	$3,55 \pm 0,82$	
Giảm tiến độ công việc	$3,64 \pm 0,72$	$2,34 \pm 1,12$	
Trầm cảm, thất vọng, chán nản	$2,02 \pm 1,02$	$1,75 \pm 0,87$	
Không thoải mái với cuộc sống cá nhân	$3,25 \pm 1,20$	$3,11 \pm 1,39$	> 0,05
Mất kiên nhẫn	$2,68 \pm 1,34$	$2,45 \pm 1,27$	
Muốn ở một mình	$1,55 \pm 0,88$	$1,43 \pm 0,82$	

Nhận xét: Sau điều trị 30 ngày, tất cả các triệu chứng trong nhóm rối loạn tâm thần kinh đều có giảm điểm trung bình mức độ triệu chứng. Trong đó có 4 triệu chứng có mức giảm có ý nghĩa thống kê là triệu chứng cảm thấy căng thẳng, lo lắng, trí nhớ giảm sút, giảm tiến độ công việc và trầm cảm, thất vọng, chán nản.

Bảng 4. Sự thay đổi các rối loạn thể chất trước và sau điều trị 30 ngày

	Trước điều trị	Sau 30 ngày	p
Đau ở nhiều cơ, khớp	$3,64 \pm 1,53$	$3,32 \pm 1,31$	< 0,05
Mệt mỏi, kiệt sức	$2,93 \pm 1,11$	$1,84 \pm 0,78$	
Khó ngủ	$6,43 \pm 0,59$	$2,41 \pm 1,02$	
Giảm khả năng chịu đựng	$2,91 \pm 0,96$	$2,75 \pm 0,89$	
Thiếu năng lượng	$2,91 \pm 1,14$	$2,70 \pm 1,07$	
Nếp nhăn, nám, xạm da	$3,82 \pm 1,42$	$3,36 \pm 0,89$	
Suy giảm thể lực	$3,50 \pm 1,05$	$3,27 \pm 1,02$	
Bụng đầy hơi, đau chướng	$2,75 \pm 1,38$	$2,64 \pm 1,24$	> 0,05
Đau lưng, cổ hay đầu	$3,30 \pm 1,36$	$3,18 \pm 1,26$	
Đau thắt lưng	$3,43 \pm 1,13$	$3,41 \pm 1,19$	
Da khô	$2,14 \pm 1,29$	$2,00 \pm 1,22$	
Mọc râu	$1,39 \pm 0,72$	$1,36 \pm 0,72$	
Tăng cân	$2,59 \pm 1,17$	$2,61 \pm 1,21$	
Cảm giác béo mặt	$2,07 \pm 1,09$	$2,18 \pm 1,23$	
Tiểu gắt, không hết bãi, nhiều lần	$2,77 \pm 1,46$	$2,66 \pm 1,35$	
Tiểu không tự chủ khi cười hay ho	$3,11 \pm 1,35$	$3,05 \pm 1,31$	

Nhận xét: Tất cả 16 triệu chứng trong nhóm rối loạn về thể chất đều có điểm mức độ trung bình sau điều trị 30 ngày giảm so với trước điều trị. Trong đó các triệu chứng đau ở cơ, khớp; mệt mỏi, kiệt sức; khó ngủ, giảm khả năng chịu đựng; thiếu năng lượng; nếp nhăn, nám, xạm da; suy giảm thể lực có điểm mức độ trung bình giảm có ý nghĩa thống kê sau điều trị 30 ngày.

**Biểu đồ 1. Kết quả điều trị chung**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có hiệu quả điều trị chiếm 41% tổng số bệnh nhân nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 cho thấy điểm trung bình về mức độ của cả ba nhóm rối loạn cũng như điểm MENQOL trung bình sau 30 ngày điều trị giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị. Kết quả này là tương đương với việc tập luyện yoga trong vòng 3 tháng của tác giả Gayathry Nayak. Phương pháp tập yoga cải thiện có ý nghĩa thống kê hầu hết các triệu chứng mãn kinh (trừ triệu chứng mọc râu) [6], phương pháp của chúng tôi giúp cải thiện có ý nghĩa 13/26 triệu chứng mãn kinh được nghiên cứu. Mãn kinh là trạng thái người phụ nữ không còn kinh nguyệt khi bước vào độ tuổi trung niên, gọi là "kinh tuyệt". Kinh tuyệt là một trong những biểu hiện của quá trình lão suy. Tại thời điểm này, Thận suy ảnh hưởng đến chức năng các tạng tâm, can, tỳ lại thêm khí hư, huyết thiếu, âm tinh hư tổn nên đàm ẩm, khí trệ, huyết ứ, hỏa vượng được sinh ra [5]. Hậu quả của những rối loạn này là sự mất điều hòa khí huyết, sự rối loạn hai thuộc tính hàn nhiệt và đặc

biệt là sự mất cân bằng âm dương làm xuất hiện một loạt các biến hóa bệnh lý trong thời kỳ mãn kinh như: bốc hỏa, nóng trong người, tính tình biến đổi thất thường, dễ cáu giận, người mệt mỏi, đau đầu, ù tai, mất ngủ, hồi hộp, hoa mắt chóng mặt, xương khớp đau nhức, nóng nhức trong xương, ra mồ hôi trộm, gò má đỏ, miệng họng khô khát, âm đạo khô rát,... Biểu hiện nặng nhẹ của những triệu chứng này trên từng cá nhân là khác nhau tùy vào điều kiện sống, trạng thái tâm lý của từng người. Đối với phụ nữ kinh tuyệt, đặc biệt là thể âm hư huyết thiếu, phần âm thủy của thận hư, can huyết hư, tâm huyết theo đó không đủ. Phần thận âm của cơ thể thuộc về tiên thiên, được hậu thiên bồi dưỡng để trở nên sung túc và đầy đủ. Đến tuổi mãn kinh, phần thận thuộc về tiên thiên đã suy kiệt, không thể bồi cho đủ mà chỉ có thể bù đắp phần hư thiếu liên quan đến hậu thiên. Do đó thích hợp nhất là bồi bổ phần âm huyết của hậu thiên liên quan đến ba tạng tâm, can, tỳ như tác dụng chính của bài Hậu thiên lục vị [3], [5].

Nghiên cứu dược lý học hiện đại cho thấy tác dụng của các vị thuốc trong bài có khả năng tác động đến sinh lý bệnh của quá trình mãn kinh, do đó cải thiện được các triệu chứng mãn kinh. Vị thuốc đầu bảng có tác dụng điều chỉnh nội tiết tố của nữ giới, tác dụng tương tự vitamin E, điều chỉnh các rối loạn do thiếu estrogen là Đương quy. Đảng sâm và Đương quy là hai vị thuốc đã được sử dụng nhiều để điều trị các rối loạn trong thời kỳ mãn kinh. Đan sâm chứa acid salvianolic và acid rosmarinic có tác dụng chống oxy hóa và

Táo nhân chứa saponin và flavonoid có tác dụng chống oxy hóa và gây ngủ là các hoạt chất được biết đến có tác động tới hội chứng mãn kinh. Các vị có giá trị tăng cường quá trình miễn dịch, cải thiện tuần hoàn vành, tuần hoàn não, tăng cường thể lực, sức chịu đựng của cơ thể là Thực địa, Đương quy, Đảng sâm, Đan sâm, Đại táo. Riêng Táo nhân và Viễn chí ngoài tác dụng ức chế thần kinh trung ương gây ngủ còn có thêm tác dụng giảm đau, Táo nhân có tác dụng hạ nhiệt, trong khi Đảng sâm lại làm tăng cường sức chịu đựng của cơ thể với sự thay đổi nhiệt độ [7]. Ngoài ra, bài thuốc "Hậu thiên lục vị phương" còn có tác dụng cải thiện giấc ngủ đối với tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu. Sau 30 ngày điều trị, 97,7% bệnh nhân có kết quả tốt và khá, trong đó 20,5% bệnh nhân đạt kết quả tốt. Khi giấc ngủ được cải thiện, các mức độ ảnh hưởng của các triệu chứng mãn kinh tới bệnh nhân cũng giảm đi.

Biểu đồ 3.1 cho thấy chỉ có 41% bệnh nhân có hiệu quả điều trị các triệu chứng mãn kinh (giảm được $\geq 20\%$ tổng điểm MENQOL). Kết quả từ bảng 3.1 cũng cho thấy điểm MENQOL trung bình sau 30 ngày giảm 0,58 điểm. Mức độ chênh này là ít hơn so với việc tập luyện yoga (chênh 1,17 điểm) và cao hơn so với nhóm chứng chỉ tập các bài tập vận động khớp (chênh 0,19 điểm). Điều này chứng tỏ bài thuốc Hậu thiên lục vị có thể cải thiện được các triệu chứng mãn kinh, tuy nhiên hiệu quả chưa được cao có thể do thời gian dùng thuốc còn quá ngắn (1

tháng) để có thể điều chỉnh được các rối loạn thời kì này (thường điều trị >3 tháng).

V. KẾT LUẬN

Bài thuốc Hậu thiên lục vị có tác dụng cải thiện các triệu chứng mãn kinh thuộc 3 nhóm rối loạn: rối loạn vận mạch, rối loạn tâm thần kinh và rối loạn thể chất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kasper, Fauci, Hauser, Longo, Jameson, Loscalzo (2015), "Harrison's Principles of Internal Medicine", Ms Graw Hill Education. 19th, 2381 - 2387, 184 - 194.
2. Taylor HS, Manson JE (2011), "Update in hormone therapy use in menopause.", *J Clin Endocrinol Metab.* 96(2), 255-264.
3. Hải Thượng Lãn Ông (2005), "Hải thượng Y tông tâm lĩnh", Nhà xuất bản Y học. 2, 37-38.
4. Jill V. Radtke, MSN, RN, FAAN (2011), "The Menopause-Specific Quality of Life (MENQOL) questionnaire: Psychometric evaluation among Breast cancer survivors", *Menopause.* 18(3), 289-295.
5. 郭志强, 张宗芳 (1997), "经断前后 中医中医妇科治疗大成", 河北科技出版社, 河北, 126 - 133.
6. Gayathri Nayak, Asha Kamath, Pratap N Kumar, Anjali Rao (2014), "Effect of yoga therapy on physical and psychological quality of life of perimenopausal women in selected coastal areas of Karnataka, India", *Journal of Mid-life Health.* 5(4), 180-185.
7. Đỗ Huy Bích, Đặng Quang Chung, Bùi Xuân Chương và cs (2006), "Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam", Nhà xuất bản khoa học kĩ thuật. 1, 730-732, 732-738, 739-743, 774-781, 833-840, 876-882.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN ĐỘNG KINH CƠN LỚN (THỂ CO CỨNG - CO GIẬT)

Đàm Đức Thắng*, Bùi Quang Huy**,
Ngô Ngọc Tản**, Cao Tiến Đức**

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang 102 bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm kèm theo. Các bệnh nhân này được điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần thành phố Hải Phòng từ tháng 4 năm 2013 đến tháng 10 năm 2015. Tiêu chuẩn chẩn đoán: ICD- 10 (1992) cho

động kinh cơn lớn, mục G40.6 và tiêu chuẩn chẩn đoán cho trầm cảm thực tổn mục F06.32.0. **Kết quả:** Số năm bị bệnh động kinh trung bình là $20,89 \pm 13,06$ năm. Tần suất cơn động kinh trước khi bị trầm cảm là $4,07 \pm 3,71$ tháng/1 cơn, sau khi bị trầm cảm $3,26 \pm 3,60$ tháng/1 cơn. 61,76% bệnh nhân sử dụng một thuốc kháng động kinh, 38,24% bệnh nhân sử dụng phối hợp nhiều thuốc kháng động kinh. Liều lượng Phenobarbital đơn thuần $169,44 \pm 46,72$ mg/ngày, phối hợp $134,85 \pm 47,57$ mg/ngày và thời gian sử dụng đơn thuần là $21,94 \pm 13,96$ năm, phối hợp là $17,42 \pm 11,85$ năm. Liều lượng Phenytoin đơn thuần $184,61 \pm 46,41$ mg/ngày, phối hợp $165,71 \pm 59,12$ mg/ngày và thời gian sử dụng đơn thuần trung bình $16,46 \pm 12,11$ năm, phối hợp là $12,85 \pm 10,55$ năm.

Từ khóa: Động kinh cơn lớn, trầm cảm

*Bệnh viện Tâm thần Hải Phòng

** Bệnh viện 103- Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Quang Huy

Email: bshuy2003@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3/2/2017

Ngày phản biện khoa học: 28/2/2017

Ngày duyệt bài: 15/3/2017

SUMMARY

STUDYING OF THE SOME FACTORS RELATED TO DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH GENERALIZED TONIC-CLONIC SEIZURES

Subjects and research methods: cross-sectional and prospective method, describe every individual of 102 inpatients with generalized Tonic-Clonic seizures, who have depressive disorder comorbid. They were treated at a Haiphong mental hospital from April 2013 to October 2015. Using the diagnostic criteria G40.6 of ICD-10 (1992) for generalized Tonic-Clonic seizures section and diagnostic criteria F06.32 for Organic depressive disorder. **Results:** Number of years with epilepsy is 20.89 ± 13.06 . The frequency of seizures before depressive disorder is 4.07 ± 3.71 months/1 seizure, after depressive disorder is 3.26 ± 3.60 months/1 seizure. 61,76% of the patients using an epileptic drugs. Phenobarbital dosage (alone) is $169,44 \pm 46,72$ mg/day, and $134,85 \pm 47,57$ mg/day (combined). The time using of Phenobarbital is $21,94 \pm 13,96$ years (alone) and $17,42 \pm 11,85$ years (combined) respectively. Phenytoin dosage (alone) is $184,61 \pm 46,41$ mg/day, and $165,71 \pm 59,12$ mg/day (combined). The time using of Phenytoin is $16,46 \pm 12,11$ years (alone), and $12,85 \pm 10,55$ years (combined).

Key words: Generalized tonic-clonic seizures, depressive disorder

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là biểu hiện thường gặp trên bệnh nhân động kinh nói chung động kinh toàn thể cơn co cứng co giật nói riêng. So với những bệnh

nhân động kinh không trầm cảm thì những bệnh nhân động kinh có trầm cảm đi kèm có tần số cơn giật cao hơn, giảm sự hài lòng trong cuộc sống, tỷ lệ thất nghiệp cao hơn và phải dùng thuốc chống động kinh nhiều hơn [5].

Ở Việt Nam, việc xem xét rối loạn này như một phạm trù riêng biệt của rối loạn cảm xúc trên bệnh nhân động kinh, việc tìm hiểu một số yếu tố liên quan chưa được quan tâm và nghiên cứu một cách kỹ lưỡng. Với tầm quan trọng như vậy, chúng tôi tiến hành: "*Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh toàn thể thể co cứng – co giật*" với mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh toàn thể thể co cứng – co giật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

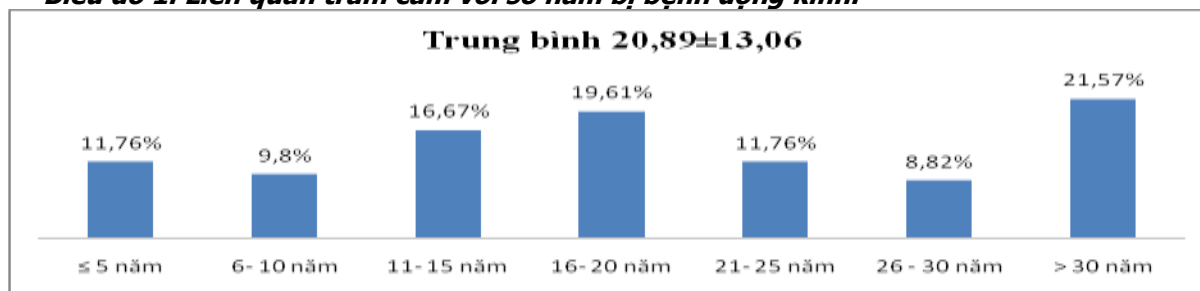
Gồm 102 bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm kèm theo được điều trị nội trú tại Bệnh viện Tâm thần thành phố Hải Phòng trong khoảng thời gian từ tháng 4/2013 - 10/2015.

Sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD- 10 (1992) cho động kinh cơn lớn mục G40.6 và tiêu chuẩn chẩn đoán cho trầm cảm thực tổn mục F06.32.0. Sử dụng 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

Biểu đồ 1. Liên quan trầm cảm với số năm bị bệnh động kinh.



Biểu đồ 1 cho thấy số năm bị bệnh động kinh trung bình là $20,89 \pm 13,06$ năm, trong đó bệnh nhân bị bệnh động kinh >30 năm là cao nhất chiếm 21,57% và thấp nhất nhóm 26-30 năm chiếm 8,82%. Khi so sánh các nhóm với nhau thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($\chi^2 = 13,06$; $p = 0,042$).

Bảng 1. Liên quan trầm cảm với tần suất xuất hiện cơn động kinh

STT	Chỉ số thống kê Tần suất xuất hiện cơn động kinh	Trước khi trầm cảm		Khi bị trầm cảm		p
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1	≤ 1 tháng/1 cơn	2	1,96	6	5,88	> 0,05
2	>1- 3 tháng/1 cơn	40	39,22	63	61,76	=0,001
3	>3 – 6 tháng/1 cơn	51	50,00	29	28,43	= 0,001
4	>6 – 9 tháng/1 cơn	4	3,92	1	0,98	

5	>9- 12 tháng/1 cơn	2	1,96	1	0,98	> 0,05
6	>12 tháng	3	2,94	2	1,96	
	Trung bình	4,07 ± 3,71 tháng/1 cơn		3,26 ± 3,60 tháng/1 cơn		<0,001

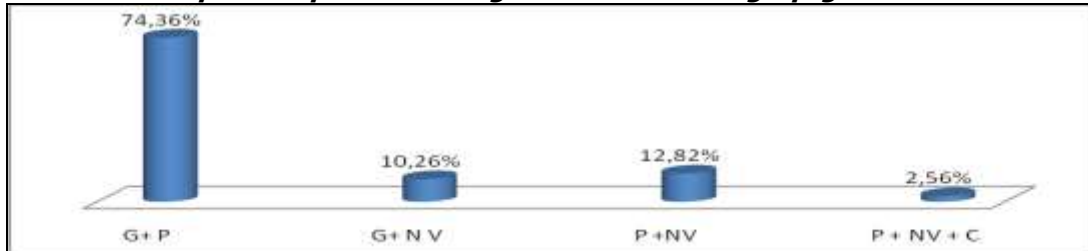
Kết quả bảng 1 cho thấy tần suất xuất hiện cơn động kinh trước khi có trầm cảm là 4,07±3,71 tháng/1 cơn, khi bị trầm cảm là 3,26 ± 3,60 tháng/1 cơn. Khi so sánh trung bình hai nhóm với nhau ta thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ ($t = 4,85$; $p=0,000$). Trước khi có trầm cảm tần suất xuất hiện cơn động kinh hay gặp nhất là >3 - 6 tháng/1 cơn chiếm 50%, khi có trầm cảm tần suất xuất hiện cơn động kinh hay gặp nhất là >1- 3 tháng/1 cơn chiếm 61,76%.

Bảng 2. Liên quan trầm cảm với thuốc kháng động kinh đơn độc

STT	Thuốc duy trì	Chỉ số thống kê	n	Tỷ lệ %	p
1	Phenobarbital		36	57,14	$p < 0,001$
2	Phenytoin		26	41,27	
3	Natri valproate		1	1,59	
	Tổng		63	100,00	

Kết quả bảng 2 cho thấy 61,76% bệnh nhân sử dụng thuốc kháng động kinh đơn độc, trong đó bệnh nhân sử dụng Phenobarbital chiếm 57,14%, Phenytoin chiếm 41,27%, Natri valproate chỉ có 1,59%, khi so sánh các nhóm với nhau ta thấy sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$ (Fisher's exact = 0,000).

Biểu đồ 2. Liên quan ở bệnh nhân dùng nhiều thuốc kháng động kinh



Kết quả biểu đồ 2 cho thấy có bệnh nhân sử dụng phối hợp thuốc kháng động kinh chiếm 38,24%, trong đó hay gặp nhất là phối hợp G+P (Phenobarbital và Phenytoin) chiếm 74,36%. Khi so sánh các nhóm với nhau ta thấy có sự khác biệt với $p < 0,001$ (Fisher's exact = 0,000).

Bảng 3. Liên quan trầm cảm với Phenobarbital điều trị bệnh động kinh

Chỉ số thống kê	n = 69	Tỷ lệ %	Liều lượng (mg/ngày)	Thời gian sử dụng (năm)
Sử dụng thuốc				
Đơn thuần	36	52,17	169,44±46,72	21,94±13,96
Phối hợp	33	47,83	134,85± 47,57	17,42±11,85
p	$p > 0,05$		$t = 3,04$; $p = 0,003$	$t = 1,44$; $p = 0,15$

Kết quả bảng 3 cho thấy liều lượng Phenobarbital đơn thuần trung bình là 169,44±46,72mg/ngày, phối hợp là 134,85± 47,57mg/ngày, khi so sánh ta thấy liều thuốc Phenobarbital sử dụng đơn thuần cao hơn liều phối hợp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($t=3,04$, $p=0,003$). Thời gian sử dụng Phenobarbital đơn thuần trung bình là 21,94±13,96 năm, phối hợp là 17,42±11,85 năm, khi so sánh hai chỉ số này ta không thấy có sự khác biệt với $p > 0,05$ ($t = 1,44$; $p = 0,15$).

Bảng 4. Liên quan trầm cảm với Phenytoin điều trị bệnh động kinh

Chỉ số thống kê	n = 61	Tỷ lệ (%)	Liều lượng (mg/ngày)	Thời gian sử dụng (năm)
Sử dụng thuốc				
Đơn thuần	26	42,62	184,61±46,41	16,46± 12,11
Phối hợp	35	57,38	165,71± 59,12	12,85±10,55
p	$p > 0,05$		$t = 1,35$; $p = 0,18$	$t = 1,24$; $p = 0,22$

Kết quả bảng 4 cho thấy liều lượng Phenytoin đơn thuần trung bình là 184,61±46,41mg/ngày, phối hợp là 165,71±59,12mg/ngày, khi so sánh ta thấy liều thuốc Phenytoin sử dụng đơn thuần và liều phối hợp không có sự khác biệt với $p > 0,05$ ($t=1,35$, $p=0,18$). Thời gian sử dụng Phenytoin đơn thuần trung bình là 16,46±12,11 năm, phối hợp là 12,85±10,55 năm, khi so sánh hai chỉ số này ta không thấy có sự khác biệt với $p > 0,05$ ($t=1,24$; $p=0,22$).

IV. BÀN LUẬN

- Liên quan trầm cảm với số năm bị bệnh động kinh: Kết quả biểu đồ 1 cho thấy số năm bị bệnh động kinh trung bình là $20,89 \pm 13,06$ năm, trong đó số bệnh nhân bị bệnh động kinh trên 30 năm là cao nhất 21,57%, tiếp đến là nhóm 16-20 năm 19,61%, nhóm 11-15 năm 16,67%. Magdalena B. và cs. (2015) nhận thấy số năm bị bệnh động kinh của bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm đi kèm là $16,4 \pm 11,9$ năm. Còn tác giả Kanitpong Ph. (2007) thì đưa ra số liệu về thời gian mắc bệnh động kinh có trầm cảm dưới 15 năm là 21,6% và trên 15 năm là 40,0%.

- Liên quan trầm cảm với tần suất xuất hiện cơn động kinh

Kết quả bảng 1 cho thấy tần suất xuất hiện cơn động kinh trước khi có trầm cảm là $4,07 \pm 3,71$ tháng/1 cơn, sau khi bị trầm cảm là $3,26 \pm 3,60$ tháng/1 cơn. Thome-Souza M.S. và cs. (2007) nghiên cứu 36 bệnh nhân động kinh có biểu hiện trầm cảm nhận thấy tần suất là $1,23 \pm 2,2$ cơn/tháng.

- Liên quan ở bệnh nhân chỉ dùng 1 thuốc kháng động kinh

Kết quả bảng 2 cho thấy có 61,76% bệnh nhân sử dụng thuốc kháng động kinh đơn thuần.

Magdalena B. và cs. (2015) nghiên cứu ở 289 bệnh nhân động kinh có trầm cảm, nhận thấy đơn trị liệu chiếm 55,7% số bệnh nhân.

- Liên quan ở bệnh nhân dùng nhiều thuốc kháng động kinh

Kết quả biểu đồ 2 cho thấy 38,24% số bệnh nhân sử dụng phối hợp thuốc kháng động kinh.

Slavica V., Vodopić S. và cộng sự (2014) nghiên cứu trên các bệnh nhân động kinh cơn lớn có trầm cảm, nhận thấy 45% số bệnh nhân phối hợp 2 thuốc chống động kinh.

- Liên quan trầm cảm với Phenobarbital điều trị bệnh động kinh

Kết quả bảng 3 cho thấy Phenobarbital đơn thuần $169,44 \pm 46,72$ mg/ngày, phối hợp với kháng động kinh khác $134,85 \pm 47,57$ mg/ngày. Thời gian sử dụng Phenobarbital đơn thuần là $21,94 \pm 13,96$ năm, phối hợp với thuốc kháng động kinh khác là $17,42 \pm 11,85$ năm. Theo Thome-Souza M.S. và cs. (2007), bệnh nhân động kinh cơn lớn dùng Phenobarbital liều càng cao, càng kéo dài thì tỷ lệ trầm cảm càng tăng.

- Liên quan trầm cảm với Phenytoin điều trị bệnh động kinh

Kết quả bảng 4 cho thấy: Phenytoin đơn thuần trung bình $184,61 \pm 46,41$ mg/ngày, phối hợp với kháng động kinh khác $165,71 \pm 59,12$ mg/ngày. Thời gian sử dụng Phenytoin đơn

thuần trung bình $16,46 \pm 12,11$ năm, phối hợp với thuốc kháng động kinh khác là $12,85 \pm 10,55$ năm. Garcia G.S. (2012) cho rằng thuốc Phenytoin liên quan với nguy cơ cao xảy ra các triệu chứng trầm cảm ở bệnh nhân động kinh.

V. KẾT LUẬN

- Thời gian bị bệnh động kinh của bệnh nhân trung bình là $20,89 \pm 13,06$ năm.

- Tần suất cơn động kinh trước khi bị trầm cảm là $4,07 \pm 3,71$ tháng/1 cơn, sau khi bị trầm cảm là $3,26 \pm 3,60$ tháng/1 cơn.

- Liên quan đến sử dụng thuốc kháng động kinh: 61,76% bệnh nhân sử dụng một thuốc kháng động kinh.

- Có 38,24% bệnh nhân sử dụng phối hợp nhiều thuốc kháng động kinh.

- Liều lượng Phenobarbital đơn thuần $169,44 \pm 46,72$ mg/ngày, phối hợp $134,85 \pm 47,57$ mg/ngày và thời gian sử dụng đơn thuần là $21,94 \pm 13,96$ năm, phối hợp là $17,42 \pm 11,85$ năm.

- Liều lượng Phenytoin đơn thuần $184,61 \pm 46,41$ mg/ngày, phối hợp $165,71 \pm 59,12$ mg/ngày và thời gian sử dụng đơn thuần trung bình $16,46 \pm 12,11$ năm, phối hợp là $12,85 \pm 10,55$ năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Nguyên Ngọc (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn lo âu - trầm cảm và chất lượng sống bệnh nhân động kinh được điều trị tại Bệnh viện tâm thần Đà Nẵng*, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học y dược, Đại học Huế, 122 trang.
2. Garcia G.S. (2012), *Depression in Temporal Lobe Epilepsy: A Review of Prevalence, Clinical Features, and Management Considerations*, Epilepsy Research and Treatment. Volume, Article ID 809843, 12 pages.
3. Kanitpong Phabphal, Suwanna Sattawatcharawanich et al (2007), "Anxiety and Depression in Thai Epileptic Patients", *J Med Assoc Thai*; 90 (10); pp: 2010 - 2015.
4. Magdalena Bosak, Wojciech Turaj, et al (2015), "Depressogenic medications and other risk factors for depression among Polish patients with epilepsy", *Neuropsychiatric Disease and Treatment*; 11; pp: 2509-2517.
5. Panagiotis Zisa, Paraskevi Yfantia et al (2014), "Determinants of depression among patients with epilepsy in Athens, Greece", *Epilepsy & Behavior* 33; pp: 106-109.
6. Slavica Vujisić, Vodopić Sanja et al (2014), "Psychiatric comorbidities among patients with epilepsy in Montenegro", *Acta Clin Croat* ; 53:411-416.
7. Thome-Souza M.S., Kuczynski E. et al (2007), "Sertraline and fluoxetine: Safe treatments for children and adolescents with epilepsy and depression" *Epilepsy & Behaviour* ; 10; pp: 417-425.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NIỆU ĐỘNG HỌC BÀNG 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 TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm niệu động học bàng 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 và phương pháp nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang 68 bệnh nhân bàng quang thần kinh tăng hoạt. **Kết quả và kết luận:** Nghiên cứu chỉ ra một số đặc điểm niệu động học như sau: số cơn co bóp không tự chủ trong giai đoạn chứa đầy là $5,85 \pm 3,64$ lần; Thể tích nước tiểu tồn dư trung bình là $115,79 \pm 67,89$ (ml). Thể tích bàng quang khi có cơn co bóp không tự chủ đầu tiên là $63,85 \pm 59,09$ (ml); Thời gian cơn co bóp không tự chủ trung bình là $150,15 \pm 106,82$ (giây). Phần nhiều bệnh nhân có sức chứa bàng quang tối đa dưới 300 ml chiếm 85,29%. 94,12% bệnh nhân có áp lực cơ bàng quang ở mức cao trên 40 cmH₂O. Độ giãn nở bàng quang ở mức thấp dưới 20 ml/cmH₂O chiếm tỷ lệ cao: 79,41%; Cảm giác buồn tiểu gấp 60,29%; bất đồng vận bàng quang cơ thắt là 36,76%.

Từ khóa: bàng quang thần kinh tăng hoạt, tổn thương tủy sống, niệu động học

SUMMARY

A STUDY ON URODYNAMIC CHARACTERISTICS OF OVERACTIVE BLADDER IN SPINAL CORD INJURED PATIENTS AT BACH MAI DURING 2015-2016

Objective: The study aims to describe the urodynamic 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 urodynamic characteristics, the number of involuntary contraction during bladder filling was 5.85 ± 3.64 ; the average of residual volume was 115.79 ± 67.89 (ml). The bladder volume at the first involuntary contraction was 63.85 ± 59.09 (ml); the average duration of involuntary contraction was 150.15 ± 106.82 (seconds). The majority of patients (85.29%) had the maximal bladder capacity below 300 ml. 94.12% of the patients had the detrusor pressure

at a high level (above 40 cmH₂O). Patients with low bladder compliance (below 20 ml/cmH₂O) accounted for a high rate (79.41%); urge sensation occurred to 60.29% of the patients; detrusor-sphincter dyssynergia happened to 36.76% of the patients.

Key words: overactive bladder, spinal cord injury, urodynamics.

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 [3]. 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. 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 [4]. Gần đây, bàng quang thần kinh mới được các thầy thuốc quan tâm trong đó có bàng quang tăng hoạt sau tổn thương tủy sống. Tuy nhiên, chẩn đoán xác định và phân loại đôi khi gặp không ít khó khăn nếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng của bệnh. Phân tích đặc điểm niệu động học là rất có giá trị trong thực hành lâm sàng giúp không chỉ chẩn đoán mà còn phân loại dạng rối loạn chức năng để định hướng điều trị, tiên lượng cho bệnh nhân. Tuy nhiên, việc ứng dụng niệu động học vào chẩn đoán bàng quang thần kinh còn mới mẻ ở Việt Nam. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Mô tả đặc điểm niệu động học 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: (1) Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 75; (2) Bệnh nhân bị chấn thương tủy sống sau giai đoạn sốc tủy; (3) Có

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 24.4.2017

bằng chứng về lâm sàng, niệu động học bàng quang tăng hoạt động.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân đã dùng thuốc hoặc can thiệp vào bàng quang làm ảnh hưởng đến hoạt động chức năng của bàng quang; (2) Các bệnh lý kết hợp: bệnh lý dễ gây chảy máu, 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.

2.1.5. Vật liệu và công cụ phục vụ nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu; nhật ký đi tiểu; máy thăm dò niệu động học do hãng Laborie của Canada sản xuất, 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

2.2.2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bàng quang thần kinh tăng hoạt

Tiêu chuẩn lâm sàng: 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)[1]. Tiêu chuẩn niệu động học: có cơn co bóp không tự chủ trong giai đoạn chứa đầy với biên độ áp lực cơ bàng quang ≥ 15 cmH₂O [1].

2.2.3. Các chỉ số đánh giá: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, mức độ, vị trí chấn thương tủy sống dựa vào thang điểm Hiệp hội Tổn thương Tủy sống Mỹ (ASIA: American Spinal Cord Injury Association; Độ giãn nở bàng quang: (tăng khi trên 50ml/cmH₂O, bình thường: 20-50ml/cmH₂O, giảm: 10-20ml/cmH₂O, kém: dưới 10ml/cmH₂O); Khả năng chứa tối đa của bàng quang: (Khả năng chứa dưới 100ml, từ 100 – 200ml, từ 201 – 300ml, trên 300ml); Áp lực cơ bàng quang tối đa: (dưới 40 cmH₂O, từ 40 – 80cmH₂O, từ 81 – 120 cmH₂O, trên 120 cmH₂O; Các chỉ số niệu động học khác: (Cảm giác bàng quang buồn tiểu gấp, bất đồng vận bàng quang - cơ thắt, Số cơn co bóp bàng quang không tự chủ, nước tiểu tồn dư (ml), Thể tích bàng quang khi có cơn co bóp không tự chủ đầu tiên (ml), Thời gian cơn co bóp không tự chủ (giây)

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.

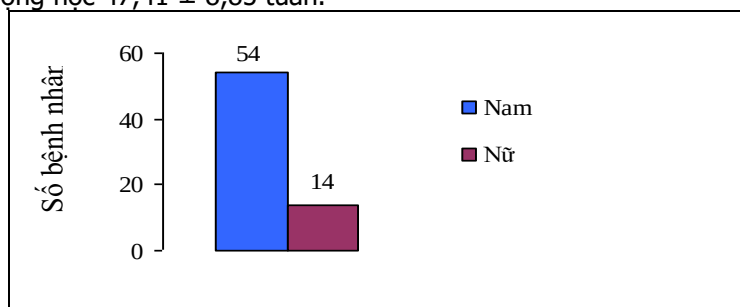
III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1: Tuổi và thời gian mang bệnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

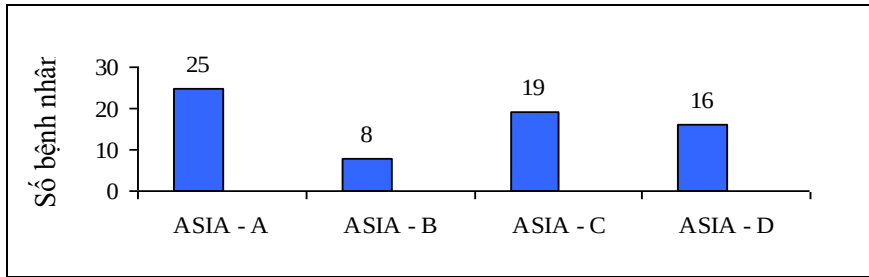
Đặc điểm	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (n=68)
Tuổi (năm)	41,82 $\pm$ 14,71
Thời gian mang bệnh (tuần)	47,41 $\pm$ 8,85

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 41,82 $\pm$ 14,7 (năm). Thời gian bị bệnh chấn thương tủy đến khi thăm dò niệu động học 47,41 $\pm$ 8,85 tuần.



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Phân bố theo giới tính cho thấy tỷ lệ nam cao hơn 3,86 lần so với nữ ($P < 0,05$, p của χ^2 test)

**Biểu đồ 3.2: Phân loại mức tổn thương theo bảng phân loại ASIA**

Mức độ tổn thương ASIA-A nhiều nhất 25 bệnh nhân, thấp nhất ASIA - B với 8 bệnh nhân.

3.2. Đặc điểm niệu động học đối tượng nghiên cứu trước điều trị**Bảng 3.2: Đặc điểm niệu động học**

Chỉ số	Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Số cơn co bóp không tự chủ trong giai đoạn chứa	5,85 $\pm$ 3,64
Thể tích nước tiểu tồn dư trung bình (ml)	115,79 $\pm$ 67,89
Thể tích bàng quang khi có cơn co bóp không tự chủ đầu tiên (ml)	63,85 $\pm$ 59,09
Thời gian cơn co bóp không tự chủ trung bình (giây)	150,15 $\pm$ 106,82

Số cơn co bóp không tự chủ trong giai đoạn chứa đầy nhiều 5,85 $\pm$ 3,64 lần; Thể tích nước tiểu tồn dư trung bình 115,79 $\pm$ 67,89 (ml).

Bảng 3.3: Sức chứa bàng quang tối đa khi thăm dò niệu động học

Sức chứa tối đa của bàng quang (ml)	Nhóm nghiên cứu	
	N = 68	Tỷ lệ %
Dưới 100 ml	20	29,41
100 – 200 ml	25	36,76
201 – 300ml	15	22,06
Trên 300 ml	8	11,76

Phần đông bệnh nhân có sức chứa bàng quang tối đa từ 100ml đến 200 ml; một số ít có sức chứa trên 300 ml.

Bảng 3.4: Áp lực cơ bàng quang tối đa khi thăm dò niệu động học

Áp lực cơ bàng quang tối đa (cmH ₂ O)	Nhóm nghiên cứu	
	N = 68	Tỷ lệ %
Dưới 40 cmH ₂ O	6	8,82
40 – 80 cmH ₂ O	35	51,47
81 – 120 cmH ₂ O	24	35,29
Trên 120 cmH ₂ O	3	4,41

Áp lực ở mức cao 40 cmH₂O đến 80 cmH₂O là 51,47%, đặc biệt là mức 81 cmH₂O đến 120 cmH₂O cũng chiếm tới trên 35,29%.

Bảng 3.5: Độ giãn nở bàng quang khi thăm dò niệu động

Độ giãn nở bàng quang (ml/cmH ₂ O)	Nhóm nghiên cứu	
	n=68	Tỷ lệ %
Dưới 10 ml/cmH ₂ O	32	47,06
10 – 20 ml/cmH ₂ O	21	30,88
21 – 50 ml/cmH ₂ O	15	22,06
Trên 50 ml/cmH ₂ O	0	0

Độ giãn nở bàng quang phần nhiều kém dưới 10 ml/cmH₂O.

Bảng 3.6: Một số đặc điểm khác khi thăm dò niệu động học

Chỉ số	Nhóm nghiên cứu	
	n=68	Tỷ lệ %
Cảm giác buồn tiểu gấp	41	60,29
Bất đồng vận bàng quang, cơ thắt	25	36,76

Cảm giác buồn tiểu gấp 60,29%; bất đồng vận bàng quang cơ thắt 36,76%

III. BÀN LUẬN

Số cơn co bóp không tự chủ nhóm nghiên cứu là 5,85 $\pm$ 3,64. Thể tích nước tiểu tồn dư trung

bình là 115,79 $\pm$ 67,89ml. So với mức phân loại lượng tiểu tồn dư của của Li [6] (dưới 50 ml tồn dư ít; 50-100 ml tồn dư vừa; trên 100ml tồn dư

hiều), thể tích tiểu tồn dư trong nghiên cứu của chúng tôi khá nhiều. Thể tích bàng quang khi có cơn co bóp không tự chủ đầu tiên và thời gian co bóp không tự chủ trung bình tương tự nghiên cứu của Chen và cộng sự [4] là $57,91 \pm 29,75$ ml. Thời gian cơn co bóp không tự chủ trung bình theo kết quả nghiên cứu của Tow và cộng sự [7] là $322,7 \pm 189,9$ giây, dài hơn thời gian trong nghiên cứu của chúng tôi là $150,15 \pm 106,82$ giây. Khả năng chứa tối đa của bàng quang là một trong những chỉ số quan trọng nhất khi đánh giá kết quả thăm dò niệu động học. Sức chứa tối đa của bàng quang 60 bệnh nhân (88,24%) có sức chứa bàng quang tối đa dưới 300ml. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Akkoc [2] là $269,38 \pm 139,98$ ml. Nghiên cứu chúng tôi có 8 bệnh nhân có sức chứa bàng quang tối đa trên 300ml. Nghiên cứu của J.Krebs [5] cho kết quả tương tự thể tích bàng quang tối đa trước điều trị là 404ml. Áp lực cơ bàng quang tối đa cho thấy, chỉ có 6 bệnh nhân trong hai nhóm nghiên cứu có áp lực dưới 40cmH₂O, áp lực được cho là ít gây nguy cơ làm tổn hại đến đường tiết niệu trên. Có 59 bệnh nhân (86,76%) có áp lực 40-120 cmH₂O, đây là áp lực có nguy cơ làm tổn hại đến chức năng thận nếu không được phát hiện và điều trị, theo dõi hợp lý, lâu dài [7]. Có tới 3 bệnh nhân (4,41%) có áp lực rất nguy hiểm trên 120cmH₂O. Với chỉ số áp lực cao như vậy, những bệnh nhân này trên lâm sàng thường có những biểu hiện rỉ tiểu liên tục; đã có 1 bệnh nhân bị giãn đài bể thận, kèm theo sốt do nhiễm khuẩn ngược dòng đài - bể thận tái diễn nhiều lần. Độ giãn nở bàng quang có 32 bệnh nhân (47,06%) bàng quang có độ giãn nở kém, 21 bệnh nhân (30,88%) có độ giãn nở bàng quang giảm, chỉ có 15 bệnh nhân (22,06%) có độ giãn nở bàng quang bình thường, không bệnh nhân nào có độ giãn nở bàng quang tăng. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Krebs và cộng sự [5] có 11/35 bệnh nhân có độ giãn nở dưới 20 ml/cmH₂O. Trong nghiên cứu của Li và cộng sự [6], tỷ lệ này là 83%. Cảm giác buồn tiểu gấp là tình trạng đột nhiên buồn đi tiểu mà không thể kìm giữ được, khi thăm dò niệu động học nhóm nghiên cứu là 41 bệnh nhân (60,29%). Bất đồng vận bàng quang cơ thắt được định nghĩa là hiện tượng cơ bàng quang co bóp xảy ra cùng lúc với sự co bóp không tự chủ của niệu đạo và/hoặc cơ thắt vân niệu đạo. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện bất đồng vận bàng quang cơ thắt khi thăm dò niệu động học có 12 bệnh nhân (35,29%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Chen và cộng sự [4], bất đồng

vận bàng quang cơ thắt có ở 14 bệnh nhân (36,84%). Bất đồng vận bàng quang cơ thắt còn là nguyên nhân cản trở quá trình làm trống bàng quang, tăng tỷ lệ bị nhiễm khuẩn tiết niệu tái diễn do tồn đọng lượng nước tiểu cũ, là nguồn gốc để vi khuẩn phát triển. Hiện tượng này làm tăng áp lực bàng quang, tăng nguy cơ trào ngược bàng quang - niệu quản dẫn đến tổn thương thận và suy thận

V. KẾT LUẬN

Kết quả niệu động học cho thấy số cơn co bóp không tự chủ trong giai đoạn chứa đầy là $5,85 \pm 3,64$ lần; Thể tích nước tiểu tồn dư trung bình $115,79 \pm 67,89$ (ml). Thể tích bàng quang khi có cơn co bóp không tự chủ đầu tiên là $63,85 \pm 59,09$ (ml); Thời gian cơn co bóp không tự chủ trung bình là $150,15 \pm 106,82$ (giây). Phần nhiều bệnh nhân có sức chứa bàng quang tối đa dưới 300ml chiếm 85,29%. 94,12% bệnh nhân có áp lực cơ bàng quang ở mức cao trên 40 cmH₂O. Độ giãn nở bàng quang ở mức thấp dưới 20 ml/cmH₂O chiếm tỷ lệ cao: 79,41%; Cảm giác buồn tiểu gấp 60,29%; bất đồng vận bàng quang cơ thắt là 36,76%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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
2. **Akkoca Y, Cinar Y and Kismali E,** Should complete and incomplete spinal cord injury patients receive the same attention in urodynamic evaluations and ultrasonography examinations of the upper urinary tract? *International Journal of Rehabilitation Research*, 2012; Vol 35 No 2: 178-180
3. **Corcos J, Schick E,** Simplified anatomy of the vesico-urethral functional unit. Textbook of neurogenic Bladder; UK, Informa Healthcare: 2008; 2: 13-18
4. **Chen C-Y, Liao C-H, Kuo H-C et al.** Therapeutic effects of detrusor botulinum toxin A injection on neurogenic detrusor overactivity in patients with different levels of spinal cord injury and types of detrusor sphincter dyssynergia. *Spinal Cord*; 2011; 49: 659-664
5. **Krebs J, and Pannek J,** Effects of solifenacin in patients with neurogenic detrusor overactivity as a result of spinal cord lesion. *Spinal Cord*; 2013; 51: 306-309
6. **Li X, Song B, Su Y et al.** High bladder pressure during urine storage is a main reason of upper urinary tract damage by voiding dysfunction diseases. *Pak J Med Sci July - September*; 2012; Vol. 28 No. 4 716-721
7. **Tow AM, Toh KL,** Chan S-P et al. Botulinum Toxin Type A for Refractory Neurogenic Detrusor Overactivity in Spinal Cord Injured Patients in Singapore. *Medicine Singapore*; 2007; 36:11-7.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH TẬT TẠI KHOA NỘI NHỊ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH TỪ NĂM 2012 ĐẾN 2014

Phạm Thế Hiền*, Dương Thuận Thiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm khảo sát mô hình bệnh tật tại khoa Nội - Nhi Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Trà Vinh giai đoạn 2012 - 2014. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 16442 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân vào điều trị tại khoa Nội - Nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh trong 3 năm từ 2012 đến 2014 chúng tôi thấy: Bệnh hệ hô hấp (J00-J99) chiếm 29,73%; Bệnh hệ tiêu hóa (K00-K93) chiếm 20,50%; Bệnh hệ tuần hoàn (I00-I99) chiếm 13,80%; Bệnh hệ tiết niệu và sinh dục (N00-N99) chiếm 3,68%; Bệnh của hệ thần kinh (G00-G99) chiếm 10,40%; Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết (M00-M99) chiếm 3,16%; Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hoá (E00-E90) chiếm 0,95%; Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật (A00-A99, B00-B99) chiếm 7,31%; Triệu chứng, dấu hiệu và những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại nơi khác (R00-R99) chiếm 10,46%. **Kết luận:** Mô hình bệnh tật tại khoa Nội - Nhi Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh có thể là một mô hình đại diện cho mô hình bệnh tật tỉnh Trà Vinh. Đây là mô hình bệnh tật cần được quan tâm trong công tác xây dựng kế hoạch và cần có những giải pháp tốt để phòng ngừa bệnh tật cho nhân dân địa phương.

Từ khóa: Bệnh tật, Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh.

SUMMARY

RESEARCH MODEL OF DISEASE IN INTERNAL MEDICINE PEDIATRICS OF HOSPITAL TRA VINH PROVINCE FROM 2012 TO 2014

Methods: Describe interrupted. **Results:** Through the study of medical records of 16 442 patients treated at the Department of Internal medicine and Pediatrics – Polyclinical Hospital in Tra Vinh province from 2012 to 2014 three years we found: Respiratory diseases (J00-J99) accounted for 29.73%; Digestive diseases (K00-K93) accounted 20.50%; Circulatory diseases (I00-I99) accounted for 13.80%; Diseases and genital urinary system (N00-N99) accounted for 3.68%; Diseases of the nervous system (G00-G99) accounted for 10.40%; Diseases musculoskeletal and connective tissue (M00-M99) accounted for 3.16%; Endocrine diseases, nutrition and metabolism (E00-E90) accounted for 0.95%, disease and parasitic infections (A00-A99, B00-B99) accounted for 7.31%; symptoms, signs and findings clinical, subclinical abnormalities not elsewhere classified (R99-r00) accounted for 10.46%.

*Khoa Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

Conclusion: The model of disease at the Department of the Interior - Children's Hospital of Tra Vinh province can be a model representing the disease model of Tra Vinh province. This is a disease model should be interested in the work plan and should have played better solutions to prevent illness for local people.

Keywords: Illness, Hospital Tra Vinh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoa Nội Nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh là một khoa tiếp nhận bệnh nhân từ khoa khám bệnh và các khoa lâm sàng khác trong bệnh viện chuyển đến. Cơ cấu bệnh tật của khoa rất đa dạng và có những nét đặc thù riêng. Từ những vấn đề trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài "*Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại khoa Nội nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh từ năm 2012 đến 2014*". Với mong muốn nghiên cứu mô hình bệnh tật tại khoa, xác định được từng loại bệnh thường gặp để xây dựng kế hoạch sát với mô hình bệnh tật tại địa phương. Mục tiêu nghiên cứu:

- *Xác định tỷ lệ nhóm bệnh thường gặp theo ICD 10 tại khoa Nội- Nhi Bệnh Viện ĐK tỉnh Trà Vinh.*

- *Xác định 10 loại bệnh thường gặp. Xác định sự phân bố của 10 bệnh thường gặp theo yếu tố dịch tễ: Tuổi, giới, thời gian.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang số liệu tại khoa Nội- Nhi Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh

- *Số liệu nghiên cứu:* Tất cả bệnh nhân nhập viện và điều trị tại khoa Nội- Nhi Bệnh Viện Đa Khoa Tỉnh Trà Vinh từ 01/01/2012 đến 31/12/2014.

- *Cỡ mẫu:* Lấy trọn tất cả số liệu bệnh nhân nhập viện, điều trị, ra viện chẩn đoán theo ICD 10 tại khoa Nội- Nhi Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh từ 01/01/2012 đến 31/12/2014.

- *Hình thức thu thập số liệu:* Hồi cứu tất cả số hồ sơ, số liệu bệnh nhân nội trú nhập viện và xuất viện tại khoa Nội- Nhi Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh trong thời gian nghiên cứu và số liệu chẩn đoán theo ICD 10 lưu trữ tại kho lưu trữ phòng kế hoạch tổng hợp.

- *Tiêu chí chọn mẫu:* Tiêu chuẩn chọn số liệu dựa vào bệnh nhân đã được nhập viện chẩn đoán theo ICD 10.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thu thập số liệu và phương tiện nghiên cứu:* Số lưu trữ số liệu bệnh nhân nằm viện tại khoa Nội Nhi Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Trà Vinh. Phiếu thu thập số liệu được nghiên cứu mẫu và in sẵn. Nhập số liệu theo chương trình Excel.

- *Kiểm soát sai lệch thông tin:* Sai lệch thông tin có thể xảy ra do một số bệnh chẩn đoán không có trong ICD 10. Do đó những chẩn đoán không rõ

ràng chúng tôi tiến hành kiểm tra lại hồ sơ bệnh án để đưa ra một chẩn đoán phù hợp nhất.

2.3 Xử lý và phân tích số liệu: Xử lý số liệu bằng chương trình Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 16442 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân vào điều trị tại khoa Nội - Nhi Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh trong 3 năm từ 2012 đến 2014 chúng tôi thấy:

Bảng 1. Tình hình bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Trà Vinh qua các năm.

Bệnh nhân điều trị nội trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Tình hình mắc bệnh	5743	10,80	5896	9,88	4803	9,55

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Trà Vinh chiếm tỷ lệ cao nhất là năm 2012 (chiếm 10,80%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2014 (chiếm 9,55%).

Bảng 2. Phân bố bệnh theo giới

Giới tính	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ%	Số ca	Tỷ lệ%	Số ca	Tỷ lệ%
Nam	4125	71,83	4160	70,55	3404	70,87
Nữ	1618	18,17	1736	29,45	1399	29,13
Tổng	5743	100	5896	100	4803	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh theo giới tính thì tỷ lệ nam mắc cao hơn nữ từ năm 2012 đến năm 2014. Tỷ lệ nam mắc cao nhất 29,45% năm 2013.

Bảng 3. Phân bố bệnh tật theo nơi cư trú

Nơi cư trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ%	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Thành thị	1065	18,55	752	12,75	924	19,24
Nông thôn	4678	81,45	5144	87,25	3879	80,76
Tổng	5743	100	5896	100	4803	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc thì tỷ lệ người dân nông thôn mắc cao hơn người dân thành thị từ năm 2012 đến năm 2014. Tỷ lệ bệnh nhân nằm viện điều trị ở khu vực nông thôn cao nhất năm 2013 (87,25%).

Bảng 4: Các loại bệnh tật thường mắc tại khoa Nội – Nhi bệnh viện Đa khoa Trà Vinh.

Mã ICD 10	Số lượng	Tỷ lệ %
Bệnh hệ hô hấp (J00 – J99)	4888	29,73
Bệnh hệ tiêu hóa (K00 – K93)	3370	20,50
Bệnh hệ tuần hoàn (I00 – I99)	2268	13,80
Bệnh hệ tiết niệu và sinh dục (N00 – N99)	605	3,68
Bệnh của hệ thần kinh (G00 – G99)	1709	10,40
Bệnh cơ xương khớp và mô liên kết (M00- M99)	519	3,16
Bệnh nội tiết, dinh dưỡng và chuyển hóa (E00 –E90)	156	0,95
Bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật (A00 – A99, B00- B99)	1172	7,31
Triệu chứng dấu hiệu và những phát hiện lâm sàng, cận lâm sàng bất thường không phân loại nơi khác (R00 – R99)	1755	10,46

Nhận xét: Trong các bệnh tật thường mắc tại khoa Nội – Nhi thì bệnh về hệ hô hấp chiếm cao nhất với tỷ lệ 29,73% tiếp đến là bệnh về hệ tiêu hóa chiếm 20,50% và bệnh về hệ tuần hoàn chiếm 13,80%, do hiện tượng vứt rác bừa bãi, chặt phá rừng dẫn đến môi trường ô nhiễm và bệnh tật.

IV. BÀN LUẬN

• *Tình hình bệnh nhân vào bệnh viện điều trị nội trú theo từng năm:* Theo số liệu thống kê được, tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Trà Vinh chiếm tỷ lệ cao nhất là năm 2012 (chiếm 10,80%), chiếm tỷ lệ thấp

nhất là năm 2014 (chiếm 9,55%).

• *Tình hình bệnh phân bố theo giới:* Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh ở nam (71,83% - 70,55% - 70,87%) cao hơn nữ (18,17% - 29,45% - 29,13%) từ năm 2012 đến năm 2014. Tỷ lệ người nam mắc cao gấp 3 lần người nữ qua các năm.

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

• *Tình hình phân bố bệnh theo nhóm bệnh:*
Theo số liệu thống kê được thì trong các bệnh tật thường mắc tại khoa Nội – Nhi thì bệnh về hệ hô hấp chiếm cao nhất với tỷ lệ 29,73% tiếp đến là bệnh về hệ tiêu hóa chiếm 20,50% và bệnh về hệ tuần hoàn chiếm 13,80% do bị ảnh hưởng bởi lối sống của người dân, ý thức phòng bệnh chưa cao.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện Đa khoa Trà Vinh chiếm tỷ lệ cao nhất là năm 2012 (chiếm 10,80%), chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2014 (chiếm 9,55%).

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh theo giới tính thì tỷ lệ nam mắc cao hơn nữ từ năm 2012 đến năm 2014. Tỷ lệ nam mắc cao nhất 29,45% năm 2013.

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc thì tỷ lệ người dân nông thôn mắc cao hơn người dân thành thị từ năm 2012 đến năm 2014. Tỷ lệ bệnh nhân năm viện điều trị ở khu vực nông thôn cao nhất năm 2013 (87,25%).

- Trong các bệnh tật thường mắc tại khoa Nội – Nhi thì bệnh về hệ hô hấp chiếm cao nhất với tỷ lệ 29,73% tiếp đến là bệnh về hệ tiêu hóa chiếm 20,50% và bệnh về hệ tuần hoàn chiếm 13,80%.

KIẾN NGHỊ

1. Tăng cường thêm nguồn nhân lực y tế có chuyên môn về nội khoa.

2. Tại tuyến y tế cơ sở cần được tập huấn kiến thức về phòng chống các chấn thương nội khoa, đặc biệt Bệnh hệ hô hấp (J00 – J99), Bệnh hệ tiêu hóa (K00 – K93) và Bệnh hệ tuần hoàn (I00 – I99).

3. Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng (hộ gia đình, bà mẹ trẻ em) về tác hại của các chấn thương nội khoa với cách phòng. Vận động mọi người thực hiện lối sống lành mạnh, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Bảo, 2002.** Điều tra mô hình bệnh tật của nhân dân Nghệ An và đề xuất biện pháp phòng chống năm 2000-2002.
2. **Đỗ Tiến Dũng, 2008.** Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại Bệnh viện đa khoa thành phố Quy Nhơn Tỉnh Bình Định năm 2004-2007. Tạp chí Y học thực hành số 01/2008, trang 8.
3. **Trần Thị Anh Đào, 2002.** Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Huyện Nam Đông Tỉnh Thừa Thiên Huế năm 200-2002. Luận văn thạc sỹ y học Trường Đại Học Y Huế.
4. **Võ Hưng, 2000.** Khảo sát điều tra mô hình bệnh tật của nhân dân tỉnh Bình Định về đề xuất giải pháp phòng chống bệnh 1999-2000.
5. **Nguyễn Thanh Hương, 2008.** Khảo sát tình hình bệnh tật tại khoa nội tổng hợp Bệnh viện Nhi đồng 2 Thành Phố Hồ Chí Minh Năm 2007-2008. Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 12, số 04/2008, trang 99-105.
6. **Lê Thị Phương Nam, 2012.** Khảo sát tình hình bệnh tật tại khoa Nội nhi Bệnh viện đa khoa khu vực An Khê, tỉnh Gia Lai.
7. **Nguyễn Hữu Phong, 2006.** Đánh giá công tác khám chữa bệnh tại Bệnh Viện Huyện Hương Trà Tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2005. Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp I chuyên ngành Y Tế công cộng Trường Đại học Y Huế.

THỰC TRẠNG NÔN TRÓ Ở TRẺ DƯỚI 12 THÁNG TUỔI VÀ CÁCH XỬ LÝ CỦA BÀ MẸ

Cao Thị Thu Hương*, Ngô Thị Thu Huyền*

TÓM TẮT

Nghiên cứu điều tra cắt ngang mô tả trên 1620 bà mẹ có con < 12 tháng tuổi tại 3 tỉnh Vĩnh Phúc, Hải

¹*Viện Dinh dưỡng*

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 1.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

Dương, Nam Định để xác định tần xuất nôn trớ ở trẻ dưới 12 tháng tuổi và cách xử lý của bà mẹ. Đối tượng được phỏng vấn về tình hình nôn trớ của trẻ theo bộ câu hỏi đã được thử nghiệm trước điều tra. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra: Tỷ lệ trẻ có tần xuất nôn trớ ≥ 4 ngày/tuần là 17,8% trong đó tỷ lệ trẻ nôn trớ hàng ngày là 12,1% và từ 4-6 ngày là 5,7%. Tỷ lệ trẻ có tần xuất nôn trớ hàng ngày cao nhất ở nhóm trẻ dưới 3 tháng tuổi (23,1%), tần xuất nôn trớ hàng ngày giảm xuống khi trẻ lớn và chỉ còn 3,1% ở nhóm tuổi

9-<12 tháng. Tỷ lệ trẻ đã từng nôn trớ với tần suất >3 ngày/tuần là 71,7%. Tỷ lệ các bà mẹ sử dụng biện pháp bế trẻ ở tư thế đầu cao sau khi cho trẻ ăn là 61,3%, thay đổi chế độ ăn từ lỏng sang đặc hơn (bán đặc) là 6,9%, cho trẻ uống thuốc nôn trớ là 2,9% và cho trẻ uống sữa nôn trớ với tỷ lệ 1,1%. Hiệu quả của các biện pháp phòng chống nôn trớ theo cảm nhận của các bà mẹ: bế trẻ ở tư thế đầu cao (54,2%); chuyển sang chế độ ăn đặc hơn (42,5%), dùng thuốc chống nôn trớ (17,6%), sử dụng sữa nôn trớ (61,5%).

Từ khóa: Nôn trớ, trẻ em <12 tháng tuổi, xử lý.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF REFLUX OF CHILDREN LESS 12 MONTHS OF AGE AND TREATMENTS OF MOTHERS

A cross-sectional study was conducted in 1620 mothers had children less 12 months of age to determine frequency of reflux of the children and treatments of mothers. The subjects were interviewed current status of children reflux by questionnaire which was pre-test before the survey. The result showed that: prevalence of children had equal or more than 4 times of reflux was 71.8%, in which the children had daily reflux accounted for 12.1% and the frequency from 4-6 day/week was 5.7%. Prevalence of daily reflux was highest in the group aged less 3 months (23.1%), and it gradually decreased by age group and down to 3.1% in group aged 9-<12 months. The percentage of children had reflux with a frequency of > 3 days/week is 71.7%. Prevalence of mothers kept children with head in higher position after feeding was 61.3%, prevalence of mothers changed diet from liquid to solid accounted for 6.9%, Prevalence of mothers used reflux medication was 2.9% and using reflux formula was 1.1%. Effect of mothers's treatment: head in higher position after feeding was 54.2%, changing diet from liquid to thicker was 42.5%, using reflux medication (17.6%) and using reflux milk was 61.5%.

Key word: Reflux, children less 12 months of age, treatment

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nôn trớ là hiện tượng thức ăn vào dạ dày rồi trào ngược lên thực quản ra ngoài khi có sự co bóp của cơ trơn dạ dày, cơ hoành và cơ thành bụng[1]. Nôn trớ thường gặp ở trẻ nhỏ dưới 6 tháng, tỷ lệ nôn trớ khác nhau. Có những nơi tỷ lệ nôn trớ ở trẻ nhỏ là 80% trong tháng đầu, có những nơi nôn trớ đến 3-4 tháng là hết. Có nơi nôn trớ không vượt quá 40% và kéo dài 6 - 7 tháng. Hầu hết các báo cáo đều cho rằng nôn trớ bắt đầu giảm khi trẻ được 6-8 tháng và kết thúc trong năm đầu do đặc điểm của dạ dày chưa hoàn chỉnh: cơ tròn của tâm vị còn yếu, không khép kín được dạ dày, dạ dày nhiều khí và trẻ em thường nằm nhiều [2]. Nôn trớ kéo dài

không những ảnh hưởng đến sức khỏe của trẻ mà còn gây áp lực căng thẳng cho những người chăm sóc trẻ, thành viên trong gia đình. Mặc dù nôn trớ là phổ biến nhưng những báo cáo về tình trạng nôn trớ trên cộng đồng vẫn còn hạn chế. Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá thực trạng nôn trớ của trẻ dưới 12 tháng tuổi và cách xử lý nôn trớ của bà mẹ tại một số tỉnh đồng bằng Bắc bộ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian

nghiên cứu: Tất cả bà mẹ đang nuôi con nhỏ < 12 tháng (từ 0-11,9 tháng tuổi), trẻ không bị mắc các bệnh bẩm sinh, không có vấn đề chậm phát triển.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 3 tỉnh (Nam Định, Hải Dương, Vĩnh Phúc).

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 06-10/2015

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính dựa vào công thức: $n = Z^2_{1-\alpha/2} \times p(1-p)/e^2$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p ước tính là 35%, $e=0,05$ cỡ mẫu tính được là 350 đối tượng, với $DE = 1,5$ cỡ mẫu cho mỗi tỉnh là 524 đối tượng.

Chọn mẫu: Chọn tỉnh và huyện: theo phương pháp chọn mẫu chủ đích. Chọn xã theo phương pháp ngẫu nhiên: mỗi tỉnh chọn 3 huyện, mỗi huyện chọn 3 xã. Như vậy mỗi tỉnh có 9 xã tham gia nghiên cứu.

- Chọn đối tượng (theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống): Mỗi xã mời 60 bà mẹ có con từ 0-11,9 tháng (mỗi tháng tuổi 5 trẻ) dựa trên danh sách tiêm chủng của trẻ tại trạm y tế theo phương pháp ngẫu nhiên.

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

2.4. Thu thập số liệu: Bà mẹ được phỏng vấn theo bộ câu hỏi đã được thiết kế và thử nghiệm (pre-test) trước khi điều tra nghiên cứu. Tần suất trào ngược (nôn trớ) của trẻ trong tháng qua và cách xử lý nôn trớ của bà mẹ. Phỏng vấn sâu bà mẹ: 15 được phỏng vấn sâu về cách xử lý trẻ nôn trớ.

2.5. Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Tuân thủ các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học, hồ sơ đạo đức nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng thông qua.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tình hình nôn trớ của trẻ

Bảng 3.1 Tần xuất nôn trớ của trẻ trong tháng qua

Biến số	Vĩnh Phúc (n = 542) n (%)	Hải Dương (n = 526) n (%)	Nam Định (n = 552) n (%)	Tổng cộng (n = 1620) n (%)
Hàng ngày	40 (7,4)	59 (11,2)	97 (17,6)	196 (12,1)
4-6 ngày/tuần	18 (3,3)	36 (6,8)	39 (7,1)	93 (5,7)
1-3 ngày/tuần	70 (12,9)	99 (18,8)	74 (13,4)	243 (15,0)
Vài lần/tháng	70 (12,9)	57 (10,8)	37 (6,7)	164 (10,1)
Hiếm khi, không nôn trớ	344 (63,5)	275 (52,3)	305 (55,3)	924 (57,0)

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy: Trong tháng qua tỷ lệ trẻ có biểu hiện nôn trớ hàng ngày ở tỉnh Vĩnh Phúc, Hải Dương, Nam Định tương ứng là 7,4%; 11,2% và 17,6% và tỷ lệ nôn trớ chung của cả ba tỉnh là 12,1%. Tỷ lệ trẻ có nôn trớ với tần xuất từ 4-6 ngày/tuần cho cả ba tỉnh là 5,7%. Tỷ lệ trẻ có tần xuất nôn trớ với tần xuất ≥ 4 ngày/tuần (tổng tỷ lệ hàng ngày và 4-6 ngày/tuần) là 17,8%. Tỷ lệ trẻ có biểu hiện trào ngược với tần xuất vài lần/tháng là 10,1% và hiếm khi bị nôn trớ là 57,0%.

Bảng 3.2. Tần xuất nôn trớ của trẻ theo nhóm tuổi

Tần xuất \ Nhóm tuổi	< 3 tháng (n=390) n(%)	3-<6 tháng (n=404) n(%)	6-<9 tháng (n=406) n(%)	9-<12 tháng (n=420) n(%)	Tổng (n=1620) n(%)
Hàng ngày	90 (23,1)	60 (14,9)	30 (7,4)	16 (3,8)	196 (12,1)
4-6 ngày/tuần	23 (5,9)	27 (6,7)	29 (7,1)	14 (3,3)	93 (5,7)
1-3 ngày/tuần	82 (21,0)	78 (19,3)	54 (13,3)	29 (6,9)	243 (15,0)
Vài lần/tháng	55 (14,1)	55 (13,6)	50 (12,3)	4 (1,0)	164 (10,1)
Hiếm khi/ không nôn trớ	140 (35,9)	184 (45,5)	243 (59,9)	357 (85,0)	924 (57,0)

Kết quả phỏng vấn tình hình nôn trớ của trẻ trong tháng qua ở bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ trẻ có tần xuất nôn trớ hàng ngày cao nhất ở nhóm trẻ <3 tháng tuổi (23,1%) và giảm dần xuống còn 14,9% ở nhóm trẻ 3-<6 tháng tuổi và tiếp tục giảm chỉ còn 7,4% và 3,8% tương ứng ở nhóm trẻ 6-<9 tháng tuổi và 9-<12 tháng tuổi. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có 57% trẻ em trong tháng qua hiếm khi hoặc không bị nôn trớ.

Bảng 3.3. Tỷ lệ trẻ đã từng nôn trớ >3 lần/tuần

Thời gian	Vĩnh Phúc (n = 542) n (%)	Hải Dương (n = 526) n (%)	Nam Định (n = 552) n (%)	Tổng cộng (n = 1620) n (%)
Ít/hiếm khi bị nôn trớ	206 (38,0)	115 (21,9)	138 (25,0)	459 (28,3)
Đã từng nôn trớ với tần xuất >3 lần/tuần	336 (62,0)	411 (78,1)	414 (75,0)	1161 (71,7)

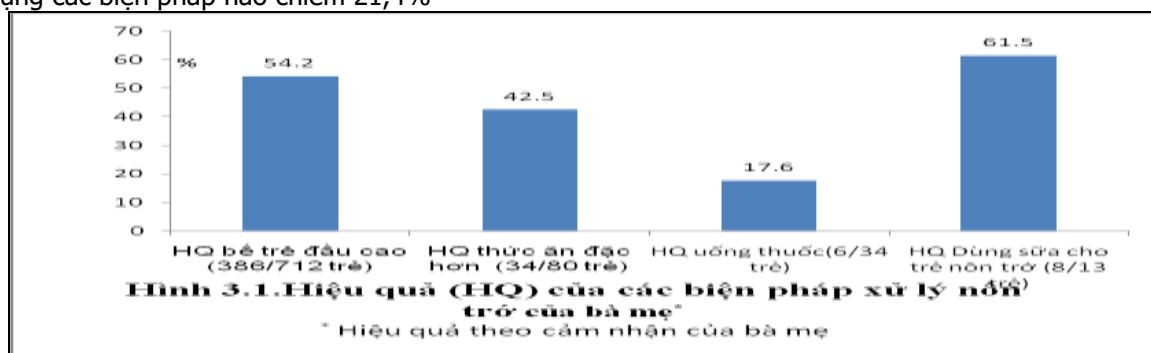
Phỏng vấn tất cả các bà mẹ (1620 bà mẹ) về hiện tượng nôn trớ của trẻ đã từng trải qua từ khi sinh đến thời điểm điều tra. Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy: Có 459 trẻ (chiếm 28,3%) ít hoặc hiếm khi bị nôn trớ, số còn lại 71,7% (1161 trẻ) đã từng bị nôn trớ >3 lần/tuần. Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra có bà mẹ đã sử dụng một biện pháp phòng chống nôn trớ cho trẻ, có bà mẹ sử dụng nhiều biện pháp, nhưng cũng có bà mẹ không sử dụng biện pháp nào. Bảng 3.4. trình bày tần xuất sử dụng các biện pháp phòng chống nôn trớ của các bà mẹ

Bảng 3.4. Xử lý nôn trớ của bà mẹ

Biện pháp	Vĩnh Phúc (n = 336) n (%)	Hải Dương (n = 411) n (%)	Nam Định (n = 414) n (%)	Tổng cộng (n = 1161) n (%)
Bế trẻ ở tư thế đầu cao	209 (62,2)	285 (69,3)	218 (52,7)	712 (61,3)
Thay đổi chế độ ăn	35 (10,4)	38 (9,2)	7 (1,7)	80 (6,9)
Cho trẻ uống thuốc	8 (2,4)	8 (1,9)	18 (4,3)	34 (2,9)
Cho trẻ uống sữa nôn trớ	3 (0,9)	6 (1,5)	4 (1,0)	13 (1,1)
Khác (vuốt ngực/lưng trẻ ...)	75 (22,3)	166 (40,4)	220 (53,1)	461 (39,7)
Không xử lý gì	82 (24,4)	78 (19,0)	88 (21,3)	248 (21,4)

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ các bà mẹ xử lý nôn trớ bằng cách bế trẻ ở tư thế đầu cao chiếm 61,3%. Tỷ lệ các bà mẹ thay đổi chế độ ăn từ lỏng sang đặc là 6,9%. Tỷ lệ bà mẹ sử dụng thuốc nôn

trở cho trẻ là 2,9%. Tỷ lệ các bà mẹ cho trẻ dùng sữa là 1,1%. Ngoài ra các bà mẹ còn sử dụng biện pháp vuốt lưng, vuốt ngực trẻ khi trẻ có biểu hiện nôn trớ chiếm 39,7%. Tỷ lệ các bà mẹ không sử dụng các biện pháp nào chiếm 21,4%



Kết quả hình 3.1 cho thấy hiệu quả của biện pháp bế trẻ ở tư thế đầu cao đã được các bà mẹ đánh giá đạt 54,2% hiệu quả. Đối với biện pháp chuyển chế độ ăn của trẻ từ thức ăn lỏng sang thức ăn đặc đã mang lại hiệu quả giảm nôn trớ là 42,5%. Tỷ lệ trẻ uống thuốc và uống sữa dành cho trẻ nôn trớ với hiệu quả được các bà mẹ đánh giá tương ứng là 17,6% và 61,5%. Biện pháp vuốt ngực/lưng của các bà mẹ hầu như không có hiệu quả (không đưa vào hình 3.1)

IV. BÀN LUẬN

Nôn trớ là hiện tượng thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ dưới 12 tháng. Do đặc điểm sinh lý dạ dày trẻ nằm ngang nên trẻ hay bị nôn trớ khi cho trẻ ăn no hoặc khi trẻ nuốt nhiều hơi khi bú mẹ (đặc biệt khi cho trẻ bú không đúng cách), đối với trẻ có cơ tâm vị yếu chưa khép kín thì tần suất nôn trớ nhiều hơn. Cơ tâm vị có vai trò như van một chiều: khi thức ăn vào dạ dày, cơ tâm vị thắt lại để thức ăn không bị trào ngược lên thực quản ngay cả khi dạ dày co bóp. Khi dạ dày co bóp hoặc khi trẻ thay đổi tư thế, thức ăn trào ra ngoài, hiện tượng này gọi là hiện tượng trào ngược sinh lý. Nôn trớ trào ngược sinh lý sẽ tự hết khi trẻ lớn (khi cơ thắt tâm vị hoàn chỉnh: đóng lại khi thức ăn ở dạ dày). Mặc dù là hiện tượng sinh lý nhưng cũng gây phiền toái cho trẻ và căng thẳng cho gia đình. Trào ngược kéo dài sẽ làm trẻ chậm lên cân, thiếu máu và có thể trở thành bệnh lý (bệnh trào ngược).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: tỷ lệ trẻ <12 tháng tuổi nôn trớ với tần suất hàng ngày (ít nhất 1 lần) chung cho cả 3 tỉnh Vĩnh Phúc, Hải Dương, Nam Định là 12,1%. Nhóm trẻ có tần suất nôn trớ cao nhất là nhóm <3 tháng tuổi (23,1%), và tỷ lệ này giảm dần ở nhóm trẻ lớn hơn và chỉ còn 3,8% ở nhóm tuổi 9-<12 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong số 1620 trẻ có 1161 trẻ đã từng có biểu hiện nôn trớ >3 lần/tuần chiếm 71,7%.

Kết quả điều tra cho thấy: những bà mẹ có con từng bị nôn trớ cũng đã có những biện pháp xử lý như bế trẻ ở tư thế đầu cao (61,3%);

chuyển chế độ ăn đặc (ăn bột hay cháo) với tỷ lệ là 6,9%. Tuy nhiên đối với trường hợp trẻ nhỏ < 6 tháng với lượng tinh bột cung cấp từ bột, cháo có thể không tốt cho hệ tiêu hóa cũng như phát triển của trẻ. Theo codex: lượng tinh bột dùng trong sữa cũng chỉ được phép không vượt quá 2% (tức là 2 g/100 ml) khi bổ sung hoặc có trong thành phần sản phẩm dinh dưỡng. Một số bà mẹ (2,9%) đã sử dụng thuốc chống nôn trớ, chỉ có 1,1% bà mẹ cho con uống sữa nôn trớ. Hiện nay sữa nôn trớ cũng đã có mặt trên thị trường Việt Nam (chủ yếu các thành phố lớn), là sữa của các hãng sữa nước ngoài, giá sữa cao hơn so với giá sữa dành cho trẻ bình thường. Nghiên cứu sữa nôn trớ dành cho trẻ nôn trớ đã được nhiều công ty cung cấp nguyên liệu sản xuất sữa nghiên cứu. Việc sử dụng sữa làm đặc được coi là biện pháp an toàn hiệu quả hơn dùng thuốc [5].

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 54,2% các bà mẹ cho rằng biện pháp bế trẻ ở tư thế đầu cao mang lại hiệu quả phòng trẻ nôn trớ sau ăn. Đối với trẻ nhỏ, ngoài việc bế trẻ ở tư thế đầu cao thì bà mẹ cần biết thực hành đầy hơi ở trong dạ dày của trẻ sau khi bú, biện pháp ép dạ dày của trẻ lên vai bà mẹ là biện pháp cơ bản đẩy hơi ở trong dạ dày (trẻ nuốt phải hơi khi bà mẹ không cho trẻ ngậm sâu quầng vú). Kết quả phỏng vấn sâu các bà mẹ cho thấy, các bà mẹ sử dụng biện pháp này chỉ đơn thuần bế trẻ ở tư thế đầu cao trong thời gian khoảng 15 phút, tuy nhiên có những trường hợp trẻ lại bị nôn trớ sau khi trẻ bú 30 phút, như vậy việc bế trẻ ở tư thế đầu cao chưa hiệu quả. Các bà mẹ sử dụng thức ăn đặc

hơn cũng chỉ mang lại hiệu quả 42,5%. Như vậy có khoảng trên một nửa bà mẹ không thấy có hiệu quả bởi vì một số bà mẹ chuyển một số bữa bú mẹ hoặc ăn sữa công thức sang ăn bột, do đó những bữa trẻ không ăn bột trẻ vẫn bị nôn trớ, thậm chí khi trẻ ăn bột cũng nôn do trẻ bị nghẹn thức ăn đặc khi đang ăn. Một số bà mẹ pha thức ăn bổ sung (sữa công thức) với nước cơm, nước cháo cho trẻ uống thấy cải thiện tình trạng nôn trớ của trẻ. Việc sử dụng bột gạo cho vào sản phẩm dinh dưỡng tạo độ đặc của thức ăn dành cho trẻ hạn chế trào ngược dạ dày thực quản đã được sử dụng rộng rãi ở Bắc Mỹ trong nhiều thập kỷ trước [6]. Điều đáng lo ngại là việc bổ sung bột gạo với hàm lượng chất bột đường (carbohydrate) vượt quá 2 g/100 ml hạn chế khả năng hấp thu sản phẩm dinh dưỡng đã được nghiên cứu đã được tối ưu hóa để trẻ dễ hấp thu. Tỷ lệ trẻ dùng thuốc có hiệu quả chỉ đạt 17,6%: một số bà mẹ cho rằng thuốc cần sử dụng trước các bữa ăn của trẻ, tuy nhiên trẻ ăn/bú rất nhiều bữa nên không thể tắt cả các bữa trẻ bú đều được uống thuốc. Kết quả nghiên cứu cho thấy một số bà mẹ đã sử dụng sữa dành cho trẻ nôn trớ, theo các bà mẹ, sữa này không có sẵn. Chỉ có 13 trong số 1620 bà mẹ chiếm 1,1% là đã từng cho trẻ sử dụng loại sữa này. Theo đánh giá của các bà mẹ đã sử dụng sữa thì tỷ lệ hiệu quả đạt 61,5%.

Có một tỷ lệ tương đối cao 39,7% các bà mẹ dùng biện pháp vuốt ngực/lưng trẻ để phòng chống nôn trớ nhưng biện pháp này không hiệu quả hay nói cách khác hiệu quả của biện pháp này bằng không. Kết quả phỏng vấn sâu các bà mẹ cho thấy, biện pháp vuốt ngực/lưng trẻ thường được thực hiện khi trẻ bắt đầu có biểu hiện nôn trớ. Việc vuốt ngực/lưng như là phản xạ nhằm cản trở trào ngược chưa được coi là biện pháp phòng chống nôn trớ.

Như vậy tỷ lệ sử dụng các biện pháp phòng/xử lý nôn trớ (theo cảm nhận của bà mẹ) có hiệu quả hơn cả là sử dụng sữa nôn trớ. Tuy nhiên, đối tượng sử dụng sữa nôn trớ không nhiều. Nôn trớ do trào ngược ở trẻ nhỏ có thể là sinh lý nhưng có những trường hợp trào ngược bệnh lý. Đối với trào ngược sinh lý, tần suất nôn của trẻ ít hơn và không có những biểu hiện khác kèm theo như quấy khóc, viêm đường hô hấp, khó thở... việc xác định nôn trớ trào ngược bệnh lý được xác định dựa vào đo pH hoặc sinh thiết thực quản. Hiện nay, trên cộng đồng việc sử dụng

bộ câu hỏi đánh giá trào ngược dựa vào tổng số điểm trào ngược với độ nhạy và độ đặc hiệu cao cho phép tiên lượng nguy cơ trẻ bị trào ngược bệnh lý cũng đã được sử dụng rộng rãi [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ có tần suất nôn trớ trào ngược ≥ 4 ngày/tuần là 17,8% trong đó tỷ lệ trẻ nôn trớ trào ngược hàng ngày là 12,1% và từ 4-6 ngày là 5,7%. Nhóm trẻ dưới 3 tháng tuổi có tỷ lệ nôn trớ hàng ngày cao nhất (23,1%), tần suất nôn trớ hàng ngày giảm xuống khi trẻ lớn và chỉ còn 3,1% ở nhóm tuổi 9-<12 tháng. Tỷ lệ các bà mẹ sử dụng biện pháp bế trẻ ở tư thế đầu cao sau khi cho trẻ ăn, chuyển chế độ ăn đặc hơn cho trẻ, cho trẻ uống thuốc nôn trớ và uống sữa nôn trớ với tỷ lệ tương ứng là 61,3%; 6,9%; 2,9% và 1,1%. Hiệu quả của các biện pháp phòng chống nôn trớ theo cảm nhận của các bà mẹ: bế trẻ ở tư thế đầu cao (54,2%); chuyển sang chế độ ăn đặc hơn (42,5%), dùng thuốc chống nôn trớ (17,6%), sử dụng sữa nôn trớ (61,5%).

KHUYẾN NGHỊ

Cần phân tích đánh giá tỷ lệ trẻ bị nôn trớ bệnh lý trong cộng đồng và có những nghiên cứu hiệu quả của một số biện pháp can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội (2006).** Hội chứng nôn trớ. *Nhi khoa tập 1. Nhà xuất bản y học*, 218-219.
2. **Hegar B, Dewanti N, Kadim M, Alatas A, Firmansyah A, Vandenplas Y (2009).** Natural evolution of regurgitation in healthy infants. *Acta Paediatr* 98:1189-1193.
3. **Nelson SP, Chen EH, Syniar GM, Christoffel KK (1997).** Prevalence of Symptom of Gastroesophageal Reflux During Infancy (*Arch Pediatr Adolesc Med*, 151:569-572.
4. **Miyazawa R, Tomomasa T, Kaneko H, Tachibana A, Ogawa T, Morikawa A (2002).** Prevalence of gastroesophageal reflux-related symptom in Japanese infants. *Pediatr Int* 44:513-516.
5. **Xinias I, Mouane N, Le Luyer B, Spiroglou K, Demertzidou V, Hauser B, Vandenplas Y (2005).** Cornstarch thickened formula reduces oesophageal acid exposure time in infants. *Dig Liver Dis*. 37(1):23-7.
6. **Orenstein SR, Magill I IL, Brooks P (1987).** Thickening of infant feedings for therapy of gastroesophageal reflux. *J Pediatr*. 1987 Feb;110(2):181-6.
7. **Orenstein SR, Shalaby TM, Cohn JF (1996).** Reflux symptoms in 100 normal infants: diagnostic validity of the infant gastroesophageal reflux questionnaire. *Clin Pediatr*. 35:498-547.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT TẠI XÃ ĐÔNG HÒA, THÀNH PHỐ THÁI BÌNH NĂM 2013

Trần Thị Khuyên¹, Đỗ Văn Dung², Nguyễn Văn Tiến¹

TÓM TẮT

Trong nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang nhằm mô tả kiến thức, thái độ và thực hành của người dân về phòng chống bệnh sốt xuất huyết (SXH) tại xã Đông Hòa, thành phố Thái Bình năm 2013. Kết quả cho thấy phần lớn người dân tại hai nhóm thôn đều biết muỗi có thể truyền bệnh SXH qua nốt đốt của muỗi (96%; 96,5%). Tỷ lệ người dân biết về loại muỗi truyền bệnh là muỗi vằn (55,3%; 51,8%) cũng như thời gian đốt người đa số người dân hai nhóm thôn cho rằng muỗi đốt cả ngày lẫn đêm (60,8%; 52,8%). Phần lớn cho rằng SXH là nguy hiểm với lý do chủ yếu là bệnh có thể đưa đến tử vong (76,9%; 72,9%). Người dân có ý thức trong việc kiểm tra bọ gây ở nhóm thôn 1 là 72%, nhóm thôn 2 là 56%. Việc phát hiện bọ gây trong dụng cụ chứa nước chiếm 75,4% ở nhóm thôn 1 và 59,3% ở nhóm thôn 2, ở ao, hồ, sông suối (54,8%; 78,2%) và không thấy bọ gây (0,5%; 5,2%). Các hoạt động nhằm tiêu diệt bọ gây như đổ bỏ nước để loại trừ môi trường sống của bọ gây (62%; 50,5%), thả cá để ăn bọ gây (52,5%; 72,5%), các hoạt động khác như đập bỏ, vớt bỏ, đập nắp được thực hiện với tỷ lệ thấp hơn. Biện pháp phòng chống SXH được sử dụng với tỷ lệ cao nhất là nằm màn chiếm 91,6% ở nhóm thôn 1 và 87,6% ở nhóm thôn 2, phát quang bụi rậm (87,5%; 76,5%), khơi thông cống rãnh (64,5%; 79%) cũng chiếm tỷ lệ cao.

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, thực hành, bệnh sốt xuất huyết, Đông Hòa, Thái Bình.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, PRACTICE OF LOCAL PREVENTION OF DENGUE IN DONG HOA, THAI BINH CITY IN 2013

In epidemiological studies describing the cross-sectional survey to describe the knowledge, attitudes and practices of the people on dengue prevention in Dong Hoa, Thai Binh city in 2013. The results showed that the majority of people in two rural group all know mosquitoes can transmit dengue through mosquito sting (96%; 96.5%). The percentage of people know about the types of mosquitoes transmitting the disease is Culex (55.3%; 51.8%) and the majority of people in two rural group choose that the time the

mosquito bites is all day and night (60.8%; 52.8%). The majority said that dengue is dangerous for reasons mainly disease can lead to death (76.9%; 72.9%). People had the sense in testing the phasmid in rural Group 1 is 72% and rural Group 2 is 56%. The detection of phasmid in water containers accounted for 75.4% in rural group 1 and 59.3% in rural group 2, in ponds, lakes, rivers and streams (54.8%; 78.2%) and do not see the phasmid (0.5%; 5.2%). The operation to destroy mosquito larvae as pouring water to eliminate Habitat of mosquito larvae (62%; 50.5%), fish to eat mosquito larvae (52.5%; 72.5%), the other activities such as beating out, racket away, cover is made with a lower rate. Dengue prevention measures are used the screen lies with the highest rate is 91.6% rural groups 1 and 87.6% of rural Group 2, Luminescent Bush (87.5%; 76.5%); cleaning drainage system (64.5%; 79%) also accounted for high proportions.

Keywords: Knowledge, attitude, practice, dengue, Dong Hoa commune, Thai Binh city.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2007 hầu hết các nước Đông Nam Á đã xảy ra dịch sốt Dengue với 268.525 trường hợp mắc bệnh, tử vong 1.325. Bệnh này hiện đã trở thành dịch tại trên 100 quốc gia ở châu Phi, châu Mỹ, khu vực phía Đông Địa Trung Hải, Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Trước năm 1970, chỉ có 9 quốc gia có dịch lưu hành. Con số này tăng lên gấp hơn 4 lần vào năm 1995 [4].

Tại Việt Nam trong giai đoạn 5 năm gần đây, từ 2006-2010 trung bình cả nước ghi nhận 102.527 trường hợp mắc, 90 trường hợp tử vong [3]. Trong nhiều năm qua, ngành y tế cùng với toàn xã hội đã triển khai nhiều biện pháp giám sát và phòng chống tích cực nhất, đã khống chế nhiều vụ dịch SXH. Tuy nhiên, tỉ lệ mắc và tử vong do SXH vẫn ngày một gia tăng, mà một trong những nguyên nhân là do hiểu biết của người dân về bệnh SXH còn thấp nên việc tham gia dự phòng cho bản thân, gia đình và cộng đồng chưa được thực hiện thường xuyên, triệt để. SXH hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vaccin dự phòng hữu hiệu. Vấn đề nhận thức và thực hành của người dân trong công đồng về phòng, chống bệnh SXH vẫn còn nhiều bất cập; để đưa ra một số giải pháp khả thi cho công tác phòng, chống SXH, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu thực trạng kiến*

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Liên hiệp các hội Khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống bệnh sốt xuất huyết tại xã Đông Hòa thành phố Thái Bình năm 2013".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

Địa điểm nghiên cứu: tại xã Đông Hòa thành phố Thái Bình. Trong đó, chia làm 2 nhóm thôn: nhóm thôn 1 (thôn Nam Hiệp Trung, Trung Nghĩa, Hiệp Trung) và nhóm thôn 2 (thôn Nam Cầu Nhân, Cầu Nhân, Nghĩa Phương, Nghĩa Thắng).

Đối tượng nghiên cứu: Chủ hộ gia đình thuộc đại bàn nghiên cứu

*Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Đưa vào nghiên cứu các trường hợp sau: Mỗi hộ gia đình chọn chủ hộ gia đình hoặc người đại diện vào nghiên cứu có độ tuổi từ 18-60.

- Loại trừ các đối tượng sau:

+ Người mất năng lực hành vi: Tâm thần, thiếu năng trí tuệ

+ Người không hợp tác

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 03 đến tháng 05 năm 2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a) **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ

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

Cỡ mẫu nghiên cứu là $n = 384$ và được làm tròn thành 400 (người dân).

b) **Kỹ thuật chọn mẫu:**

- Chọn xã: áp dụng kỹ thuật chọn mẫu có chủ đích. Chủ động chọn xã Đông Hòa, Thành phố Thái Bình là địa bàn nghiên cứu.

- Chọn đối tượng nghiên cứu: áp dụng kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn theo phương pháp cổng liên cổng (door to door), điều tra tất cả các thôn trong xã bao gồm nhóm thôn 1: người dân các thôn (Nam Hiệp Trung, Trung Nghĩa, Hiệp Trung) thuộc khu vực Ngoại thành và nhóm thôn 2: thuộc khu vực nội thành người dân các thôn (Nam Cầu Nhân, Cầu Nhân, Nghĩa Phương, Nghĩa Thắng).

2.3. Các kỹ thuật nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp người dân về nhận thức, thái độ và thực hành về phòng chống bệnh SXH bộ câu hỏi đã được chuẩn bị trước.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi điều tra được làm sạch sẽ được nhập vào phần mềm Epidata và chuyển sang phần mềm SPSS 16.0 để xử lý.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức của người dân về phòng chống bệnh SXH

Bảng 3.1. Kiến thức của người dân về phòng chống bệnh SXH

Nội dung	Nhóm thôn 1 (n=200)		Nhóm thôn 2 (n=200)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Muối đốt	192	96,0	193	96,5	>0,05
Ăn uống không hợp vệ sinh	11	5,5	20	10,0	>0,05
Thay đổi thời tiết	15	7,5	20	10,0	>0,05
Tiếp xúc người bệnh	23	11,5	22	11,0	>0,05
Làm việc quá sức	4	2,0	9	4,5	>0,05

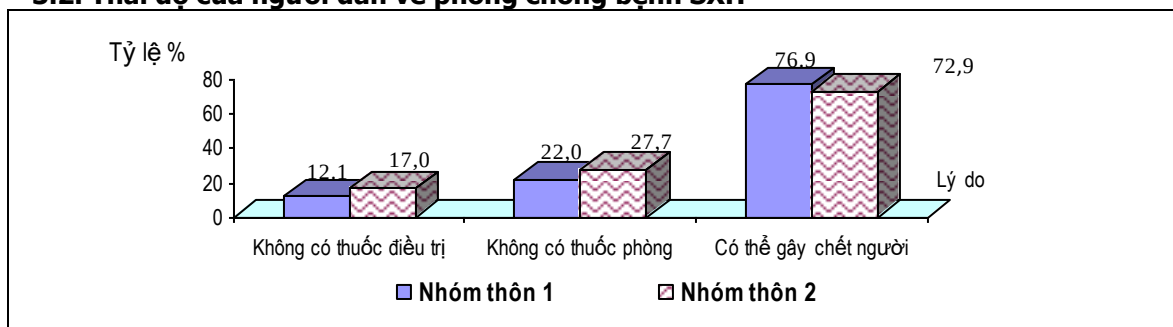
Kết quả bảng 3.1 cho thấy, sự hiểu biết của người dân hai nhóm thôn về đường truyền bệnh SXH không có sự khác biệt. Trong đó có 96% số người nhóm thôn 1 và 96,5% số người nhóm thôn 2 biết bệnh sốt xuất huyết truyền qua muỗi đốt. Tuy nhiên vẫn còn một số trường hợp người dân hai nhóm thôn cho rằng bệnh SXH lây truyền là do ăn uống không hợp vệ sinh, thay đổi thời tiết hoặc do các đường truyền khác.

Bảng 3.2. Hiểu biết của người dân về loại muỗi truyền bệnh SXH và thời gian hoạt động của muỗi

Nội dung		Nhóm thôn 1 (n=200)		Nhóm thôn 2 (n=200)		p
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Loại muỗi	Muỗi vằn	110	55,3	100	51,8	>0,05
	Muỗi nâu	17	8,5	8	4,1	>0,05
Thời gian hoạt động	Cả vằn và nâu	63	31,7	60	31,1	>0,05
	Ban ngày	17	8,5	20	10,4	>0,05
	Ban đêm	66	33,2	62	32,1	>0,05
	Cả ngày và đêm	121	60,8	102	52,8	>0,05

Tỷ lệ người dân hiểu biết về loại muỗi truyền bệnh SXH không có sự khác biệt giữa hai nhóm thôn. Trong đó người dân cho rằng muỗi vẫn truyền bệnh SXH chiếm tỷ lệ 55,3% ở nhóm thôn 1 và 51,8% ở nhóm thôn 2. Hiểu biết về thời gian hoạt động hút máu giữa hai nhóm thôn cũng không có sự khác biệt, người dân cho rằng muỗi hoạt động hút máu cả ngày và đêm chiếm 60,8% nhóm thôn 1 và 52,8% nhóm thôn 2.

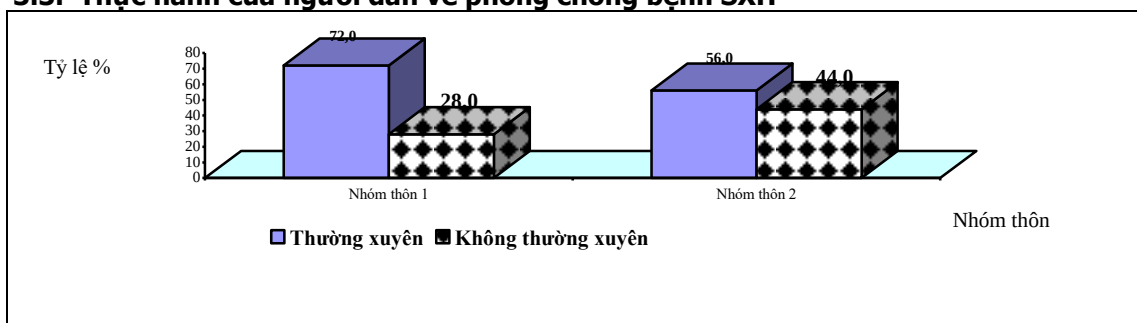
3.2. Thái độ của người dân về phòng chống bệnh SXH



Biểu đồ 3.1. Lý do người dân cho rằng bệnh SXH là nguy hiểm

Qua biểu đồ 3.1 cho thấy, đa số người dân 2 nhóm thôn cho rằng bệnh SXH là bệnh nguy hiểm. Về lý do nguy hiểm thì đa số cho rằng bệnh SXH có thể đưa đến tử vong (76,9% ở nhóm thôn 1, 72,9% ở nhóm thôn 2), và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Số đối tượng cho rằng bệnh SXH nguy hiểm là do không có thuốc điều trị và chưa có thuốc phòng chiếm tỷ lệ thấp hơn (từ 12,1% đến 27,7%).

3.3. Thực hành của người dân về phòng chống bệnh SXH



Biểu đồ 3.2. Thực hành kiểm tra bọt gậy trong các dụng cụ chứa nước của người dân

Qua biểu đồ 3.2 cho thấy, người dân đã có ý thức trong việc kiểm tra bọt gậy. Tỷ lệ người dân thường xuyên kiểm tra bọt gậy trong các dụng cụ chứa nước ở nhóm thôn 1 là 72%, cao hơn nhóm thôn 2 (56%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Thực hành của người dân khi phát hiện thấy bọt gậy

Thực hành	Nhóm thôn 1 (n=200)		Nhóm thôn 2 (n=200)		p
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Đổ bỏ	142	62	101	50,5	<0,05
Đập bỏ vật chứa	68	34	71	35,5	>0,05
Vớt bỏ bọt gậy	54	27	71	35,5	>0,05
Thả cá	105	52,5	145	72,5	<0,05
Bỏ đầu, muối	17	8,5	17	8,5	>0,05
Đậy nắp	88	44	80	40	>0,05
Không làm gì	5	2,5	6	3,0	>0,05

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, khi người dân phát hiện bọt gậy có tới 62% ở nhóm thôn 1 và 50,5% ở nhóm thôn 2 thực hiện đổ bỏ nước để loại trừ môi trường sống của bọt gậy. Có sự khác biệt rõ ràng giữa 2 nhóm thôn với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Thả cá để ăn bọt gậy lại được người dân nhóm thôn 2 thực hiện nhiều hơn nhóm thôn 1 (72,5%; 52,5%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các hoạt động khác nhằm tiêu diệt bọt gậy như đập bỏ, vớt bỏ, đậy nắp được thực hiện với tỷ lệ thấp hơn và không có sự khác biệt nhiều giữa 2 nhóm thôn.

Bảng 3.4. Các biện pháp phòng chống SXH của người dân

Nội dung	Nhóm thôn 1 (n=200)		Nhóm thôn 2 (n=200)		P
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Nằm màn	175	91,6	170	87,6	>0,05
Phun thuốc	149	78	154	79,4	>0,05
Hương muỗi	53	27,7	55	28,4	>0,05
Thau rửa bể thường xuyên	69	36,1	68	35,1	>0,05
Phát quang bụi rậm	175	87,5	153	76,5	<0,05
Khơi thông cống rãnh	192	64,5	158	79	<0,05
Thu gom phế thải đọng nước	92	46	105	52,5	>0,05

Kết quả bảng 3.4 cho thấy các biện pháp để phòng chống SXH của người dân không có sự khác biệt nhiều giữa 2 nhóm thôn. Biện pháp được người dân sử dụng với tỷ lệ cao nhất là nằm màn chiếm 91,6% nhóm thôn 1 và 87,6% nhóm thôn 2 tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa. Các biện pháp phát quang bụi rậm (87,5%; 76,5%), khơi thông cống rãnh (64,5%, 79%) cũng chiếm tỷ lệ cao và có sự khác biệt giữa 2 nhóm thôn với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức của người dân về phòng chống bệnh SXH: Trong nghiên cứu cho thấy, phần lớn người dân tại hai nhóm thôn đều biết muỗi có thể truyền bệnh SXH qua nốt đốt của muỗi (96%; 96,5%) và không có sự khác biệt giữa hai nhóm thôn với $p > 0,05$. Tuy nhiên vẫn còn một số trường hợp người dân ở cả 2 nhóm thôn cho rằng bệnh SXH truyền qua ăn uống không hợp vệ sinh, do nguồn nước hoặc do các nguồn truyền khác. Kết quả nghiên cứu này cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Thành Tài tại Cần Thơ (tỷ lệ biết đúng đường truyền là 96,6%) [5]. Một số nghiên cứu của Lê Thành Tài, Trần Văn Hai (2008) tại Đồng Tháp, nghiên cứu của Lý Lệ Lan, Lê Hoàng Ninh (2005) tại TP Hồ Chí Minh [1], [2], cũng kết quả tương tự như em. Đa số người dân hiểu biết đúng về tác nhân truyền bệnh SXH (92,2%). Nhưng khi phỏng vấn sâu thì chỉ có 61,6% người dân biết đúng trung gian truyền bệnh là muỗi vằn. Trong nghiên cứu này (bảng 3.4) cũng gần tương tự (55,3%; 51,8%).

4.2. Thái độ của người dân về phòng chống bệnh SXH: Đánh giá thái độ của người dân về sự nguy hiểm bệnh SXH (biểu đồ 3.1) cho thấy đa số người dân đều cho rằng SXH là nguy hiểm. Kết quả nghiên cứu này tương tự như kết quả nghiên cứu tại Pakistan 89,9% số đối tượng cho rằng bệnh SXH là nguy hiểm [6]. Lý do nguy hiểm được đưa ra chủ yếu trong nghiên cứu này là bệnh SXH có thể đưa đến tử vong (76,9%, 72,9%) và không có sự khác biệt. Các lý do khác không có thuốc điều trị hay không có thuốc phòng bệnh được người dân trả lời với tỷ lệ thấp. Điều này cũng hoàn toàn dễ hiểu bởi đây là những kiến thức khá sâu nên không phải

đối tượng nào cũng tiếp cận và hiểu biết về cách điều trị. Do vậy, công tác tuyên truyền phòng chống bệnh trong thời gian tới cần xây dựng và đưa ra những thông điệp ngắn gọn, phù hợp để đi vào lòng người để người dân ghi nhớ và xử trí kịp thời các trường hợp mắc SXH.

4.3. Thực hành của người dân về phòng chống bệnh SXH: Kết quả nghiên cứu đánh giá thực hành của người dân về phòng chống bệnh SXH (biểu đồ 3.2) cho thấy, người dân có ý thức trong việc kiểm tra bọ gây. Trong đó nhóm thôn 1 là 72%, nhóm thôn 2 là 56% và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Còn khi hỏi về lý do không thường xuyên kiểm tra bọ gây thì chủ yếu là không có thời gian (68,4%; 71,6%), nhưng lý do không cần thiết cũng chiếm khá cao (31,6%; 29,5%). Vì vậy mà mức độ thường xuyên kiểm tra bọ gây của người dân cũng thấp, cao nhất là hàng tuần (42,7%; 37,5%). Chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$ về các lý do không thường xuyên kiểm tra bọ gây cũng như mức độ thường xuyên giữa 2 nhóm thôn.

Nếu như trước đây người dân chỉ quan tâm đến việc diệt muỗi và phòng chống muỗi đốt thì nay thái độ và thực hành của người dân đã thay đổi từ việc phòng thụ động sang phòng chống chủ động đó là diệt bọ gây bằng nhiều cách. Đây là một hình thức quan trọng cắt đứt chu trình sinh sản của muỗi, giảm tỷ lệ muỗi trưởng thành. Kết quả ở bảng 3.10 cho biết người dân thực hành khi phát hiện thấy bọ gây, có tới 62% ở nhóm thôn 1 và 50,5% ở nhóm thôn 2 thực hiện đổ bỏ nước để loại trừ môi trường sống của bọ gây. Có sự khác biệt rõ ràng giữa 2 nhóm thôn với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Thà cá để ăn bọ gây lại được người dân nhóm thôn 2 thực hiện nhiều hơn nhóm thôn 1 (72,5%;

52,5%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các hoạt động khác nhằm tiêu diệt bọ gây như đập bỏ, vớt bỏ, đập nấp được thực hiện với tỷ lệ thấp hơn và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm thôn. Ngoài sử dụng cá để diệt bọ gây, một số tác giả nghiên cứu sử dụng tác nhân sinh học Mesocyclop một động vật giáp xác ăn thủy sinh có kích thước nhỏ để diệt trừ bọ gây. Một số dự án phòng chống SXH dựa vào cộng đồng ở Khánh Hòa, Bến Tre, Long An, Vĩnh Long, Hậu Giang, Cần Thơ, gần đây rất thành công trong việc sử dụng Mesocyclop để ăn bọ gây và nó có sẵn trong tự nhiên, kênh rạch, ao, hồ,...

Về các biện pháp phòng chống SXH cho thấy biện pháp được người dân sử dụng với tỷ lệ cao nhất là nằm màn chiếm 91,6% nhóm thôn 1 và 87,6% nhóm thôn 2 tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa. Các biện pháp phát quang bụi rậm (87,5%; 76,5%), khơi thông cống rãnh (64,5%, 79%) cũng chiếm tỷ lệ cao và có sự khác biệt giữa 2 nhóm thôn với $p < 0,05$. Như vậy nhìn chung, việc thực hành của người dân về các biện pháp phòng chống muỗi chiếm tỷ lệ tương đối cao nhưng vẫn còn tỷ lệ không nhỏ người dân thực hiện chưa đúng hoặc chưa thực hiện các biện pháp phòng chống muỗi. Điều này cho thấy đây là yếu tố tạo thuận lợi cho nguồn sinh sản của muỗi còn tồn tại lâu dài, có nguy cơ bùng nổ dịch, gây khó khăn cho công tác phòng chống SXH tại cộng đồng. Đây là vấn đề cần quan tâm trong công tác giáo dục truyền thông. Cần xây dựng những biện pháp thích hợp để vận động người dân tích cực tham gia chủ động phòng chống SXH, đặc biệt trong mùa dịch SXH.

V. KẾT LUẬN

1. Kiến thức của người dân về phòng chống bệnh SXH

- Tỷ lệ người dân biết muỗi có thể truyền bệnh SXH tại hai nhóm thôn là khá cao (96% ở nhóm thôn 1; 96,5% ở nhóm thôn 2 với $p > 0,05$).

- Hiểu biết về loại muỗi truyền bệnh là muỗi vằn (55,3%; 51,8%) cũng như thời gian đốt người đa số người dân hai nhóm thôn cho rằng muỗi đốt cả ngày lẫn đêm (60,8%; 52,8%) không có sự khác biệt $p > 0,05$.

2. Thái độ của người dân về phòng chống bệnh SXH: Ở cả hai nhóm thôn người dân cho rằng bệnh SXH nguy hiểm.

3. Thực hành của người dân về phòng chống bệnh SXH

- Có sự khác biệt về ý thức trong việc kiểm

tra bọ gây của người dân nhóm thôn 1 (72%) và nhóm thôn 2 (56%) với $p < 0,05$.

- Mức độ thường xuyên kiểm tra bọ gây người dân 2 nhóm thôn kiểm tra hàng tuần chiếm tỷ lệ cao nhất (42,7%; 37,5%), thấp nhất 2 tuần kiểm tra 1 lần (4,2%; 5,4%) và không có sự khác biệt $p > 0,05$.

- Việc phát hiện bọ gây trong dụng cụ chứa nước nhóm thôn 1 (75,4%) cao hơn nhóm thôn 2 (59,3%) với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Tuy nhiên (78,2%) nhóm thôn 2 thấy bọ gây ao, hồ, sông suối cao hơn nhóm thôn 1 (54,8%) với $p < 0,05$. Còn tỷ lệ không thấy bọ gây nhóm thôn 2 (5,2%) cao hơn nhóm thôn 1 (0,5%) với mức $p < 0,05$.

- 62% người dân ở nhóm thôn 1 và 50,5% người dân ở nhóm thôn 2 thực hiện đổ bỏ để loại bỏ một trường sống của bọ gây với $p < 0,05$. Còn việc thả cá để ăn bọ gây nhóm thôn 2 (72,5%) cao hơn nhóm thôn 1 (52,5%) với $p < 0,05$.

- Biện pháp được người dân sử dụng để phòng chống SXH với tỷ lệ cao nhất là nằm màn chiếm 91,6% nhóm thôn 1 và 87,6% nhóm thôn 2 tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa. Các biện pháp phát quang bụi rậm (87,5%; 76,5%), khơi thông cống rãnh (64,5%, 79%) cũng chiếm tỷ lệ cao và có sự khác biệt giữa 2 nhóm thôn với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Hai và L.T.T (2008)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue của người dân xã Bình Thành, huyện Thanh Bình-tỉnh Đồng Tháp năm 2006", *Tạp chí Nghiên cứu Y học* 2008, 12(4), pp. 39-44.
2. **Lý Lệ Lan và L.H.N (2004)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống sốt xuất huyết của người dân quân 5 năm 2004", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2004, 9(1), pp. 116-121.
3. **Nguyễn Văn Bình, P.T.L. và Nguyễn Thị Kim Tiến (2011)**, "Tư vong do sốt Dengue/ sốt xuất huyết Dengue tại Việt Nam", *Tạp chí nghiên cứu Y học*, (2), pp. 73.
4. **Phan Trọng Lâm, P.H. và Nguyễn Thị Kim Tiến (2011)**, "Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt Dengue/sốt xuất huyết Dengue giai đoạn 2006-2010 tại Việt Nam", *Tạp chí y học Việt Nam*, 2011, 1(382), pp. 1-4.
5. **Lê Thành Tài và N.T.K.Y (2008)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân xã Mỹ Khánh huyện Phong Điền Thành Phố Cần Thơ- năm 2007", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2008, 12(4), pp. 45-49.
6. **Itat A K.A. and Javid S (2008)**, "Knowledge, awareness and practices regarding dengue fever among the adult population of dengue hit cosmopolitan", *PLoS One*, 2008, 3(7), pp. e2620.

ĐÁNH GIÁ KẾT PHẪU THUẬT BƯỚU TUYẾN GIÁP ĐƠN THUẦN THỂ NHIỀU NHÂN TẠI KHOA PHẪU THUẬT LỒNG NGỰC BỆNH VIỆN TWQĐ 108 TỪ 6/2013 ĐẾN 11/2015

Trần Trọng Kiểm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bướu giáp lành tính tại bệnh viện TWQĐ 108. **Phương pháp:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** gồm 1242 bệnh nhân bướu giáp lành tính được phẫu thuật tại khoa lồng ngực, bệnh viện TWQĐ 108. Tuổi trung bình là 45 ± 13 (thấp nhất 15 tuổi, cao nhất 80 tuổi). Thời gian mắc bệnh trung bình là 11 ± 10 năm. Bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng: 35%. Độ lớn bướu giáp: Độ III: 86,7%. Độ IV: 11,5%. Độ V là 1,8%. Biến chứng chảy máu sau mổ là 0,3%, tổn thương thần kinh quặt ngược tạm thời 2,3%. Suy tuyến cận giáp tạm thời 2,6%. Ứ đọng dịch vết mổ là 0,5%. Kết quả theo dõi sau 6 đến 18 tháng: 79,9%-92,7% bệnh nhân có sẹo đẹp, không co kéo. Liệt dây thanh quản vĩnh viễn 1 bên 0,5%. Suy tuyến cận giáp vĩnh viễn 0,64%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt nhân tuyến giáp lành tính là phẫu thuật an toàn, ít biến chứng và hiệu quả cao.

SUMMARY

EVALUATE THE EARLY RESULTS OF BENIGN NON-TOXIC MULTINODULAR GOITER THYROIDECTOMY IN THORACIC SURGERY DEPARTEMENT OF HOSPITAL 108 FROM 6/2013 TO 11/ 2015

Objective: Evaluate the early results of benign non-toxic multinodular goiter in Thoracic Surgery Departement from 6/2013 to 11/2015. **Methods:** Prospective, cross-sectional descriptive. **Result:** 35% of patients without clinical symptoms, Goiter degree III: 86,7%, degree IV: 11,5%. degree V: 1,8%, Early post-operative complications after surgery, including hemorrhage (0,3%), transient recurrent nerve paralysis (2,3%), transient hypoparathyroidism (2,6%), stagnancy of fluid secretions (0,3%). follow up postoperative results from 6- 18 months: nice incision scar: from 79,9% - 92,7%, permanent recurrent nerve paralysis of 1 side 0,5% , permanent hypothyroidism: 0,64%. **Conclusion:** Open surgery for treatment of benign non-toxic multinodular goiter is safe, effective and create comfort for the patient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bướu cổ là một bệnh lý phổ biến trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Tần

suất phụ thuộc vào những nghiên cứu dân số và phương pháp thăm dò, tỷ lệ tăng theo tuổi và tỷ lệ mắc nhiều ở nữ giới và những người thiếu hụt Iodine, nghiên cứu trên số lượng lớn, tần suất từ 2-6% thăm khám lâm sàng, 19-35% khi thăm khám bằng siêu âm, 8-65% khi làm autopsy[4]. Hiện nay, phẫu thuật tuyến giáp là phẫu thuật thường quy tại các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương, tuy nhiên vẫn còn một số biến chứng có thể xảy ra như: khàn tiếng, có cơn tetani, chảy máu. Khoa phẫu thuật lồng ngực, bệnh viện TWQĐ 108 là một trong những trung tâm có số lượng bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp lớn ở miền bắc, với kỹ thuật mổ ngày càng hoàn thiện, giảm tỷ lệ tai biến, biến chứng nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân. Chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu tuyến giáp đơn thuần thể nhiều nhân tại khoa Phẫu thuật lồng ngực từ tháng 6/2013 đến tháng 11/ 2015" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện TWQĐ108*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 1242 bệnh nhân bị bướu giáp đơn thuần thể nhiều nhân được cắt gần hoàn toàn hoặc toàn bộ tuyến giáp tại khoa Phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 6/2013 đến tháng 11/2015.

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

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Chẩn đoán xác định bướu giáp đơn thuần thể nhiều nhân dựa vào chức năng tuyến giáp bình thường qua xét nghiệm hormon tuyến giáp, xét nghiệm sinh thiết tức thì và mô bệnh học sau mổ là bướu giáp đơn thuần.

- **Các chỉ tiêu nghiên cứu:** Chỉ tiêu nghiên cứu gồm các đặc điểm lâm sàng, phương pháp phẫu thuật. Các tai biến trong mổ. Kết quả sớm sau mổ: các biến chứng ở giai đoạn sớm sau mổ. Kết quả trung hạn sau mổ: Tình trạng vết mổ, sự tái phát bướu giáp và nhược giáp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình là 45 ± 13 (thấp nhất 15 tuổi, cao nhất 80

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiểm

Email: dr.trantrongkiem.b4.H108@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

tuổi). Tỷ lệ nữ/nam là 9/1. Thời gian mắc bệnh trung bình là 11 ± 10 năm. Bệnh nhân không có triệu chứng cơ năng: 35%. Độ lớn bướu giáp: độ

III: 86,7%, độ IV: 11,5%, độ V là 1,8%. Kết quả chọc hút bằng kim nhỏ và giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật: 100% bướu giáp lành tính.

Bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	Tỷ lệ
Cảm giác nuốt vướng	632	50,9
Cảm giác khó thở khi nằm	302	24,3
Nhức đầu do bướu chèn ép	160	12,9
Khàn tiếng	12	1,1
Không triệu chứng	425	34,2%

Nhận xét: cảm giác nuốt vướng chiếm tỷ lệ cao nhất

Bảng 2: Đặc điểm hình thái tuyến giáp trên siêu âm

Đặc điểm hình thái	Một thùy		Hai thùy	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nhân hỗn hợp	302	24,3	420	33,8
Nhân lỏng 1 thùy, nhân hỗn hợp thùy đối diện	249	20,0		
Nhân đặc 1 thùy, nhân hỗn hợp thùy đối diện	271	21,8		

Nhận xét: nhân hỗn hợp 2 thùy chiếm tỷ lệ cao nhất 33,8%

Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
Cắt toàn bộ 1 thùy	302	24,3
Cắt toàn bộ 1 thùy, gần toàn bộ thùy đối diện	520	41,9
Cắt gần toàn bộ 2 thùy	180	14,5
Cắt toàn bộ 2 thùy	240	19,3

Nhận xét: Cắt toàn bộ một thùy, cắt gần toàn bộ thùy đối diện chiếm tỷ lệ cao 41,9%, cắt toàn bộ 2 thùy chỉ chiếm 19,3%.

Bảng 4: Tai biến, biến chứng sau mổ

Các tai biến, biến chứng sau mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm thanh quản	58	4,7
Liệt dây thanh quản tạm thời	28	2,3
Suy tuyến cận giáp tạm thời	32	2,6
Chảy máu sau mổ	4	0,3
Ứ dịch vết mổ	6	0,5

Nhận xét: tỷ lệ viêm thanh quản sau gây mê nội khí quản trong mổ bướu chiếm tỷ lệ 4,7%, liệt dây thanh quản tạm thời 2,3%, suy tuyến cận giáp tạm thời 2,6%.

Bảng 5: Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật

Phân loại kết quả sớm	Số bệnh nhân(n)	Tỷ lệ(%)
Tốt	1178	94,8
Khá	52	4,2
Kém	12	1,0

Nhận xét: Kết quả tốt sau mổ chiếm 94,8%, Kém chỉ có 1%.

Bảng 6: Cảm giác khó nuốt của bệnh nhân

Thời gian sau mổ	Số lượng	Nuốt bình thường		Nuốt vướng	
6 tháng	1202	1150	95,7	52	4,3
12 tháng	752	738	98,1	14	1,9
18 tháng	315	310	98,4	5	1,6

Nhận xét: nuốt bình thường tăng theo thời gian sau mổ, cảm giác nuốt vướng giảm dần.

Bảng 7: Tình trạng sẹo vùng cổ của bệnh nhân

Thời gian sau mổ	Số lượng	Tình trạng sẹo vùng cổ					
		Mềm, đẹp		Trung bình		Dính	
		Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
6 tháng	1202	960	79,9	230	19,1	12	1

12 tháng	752	652	86,7	82	10,9	8	1,06
18 tháng	315	292	92,7	10	3,2	3	0,95

Nhận xét: Tình trạng sẹo vùng cổ dính giảm dần.

Bảng 8: Tỷ lệ biến chứng xa sau mổ

Các biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Liệt dây thanh quản vĩnh viễn 1 bên	6	0,5
Suy tuyến cận giáp vĩnh viễn	8	0,64
Bướu giáp ung thư hóa	5	0,4

Nhận xét: Sau 6 tháng đến 1 năm chỉ có 0,5% liệt dây thanh quản vĩnh viễn và suy tuyến cận giáp chiếm 0,64%.

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 45 ± 13 , thấp nhất 15 tuổi, cao nhất 80 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 9/1. Thời gian mắc bệnh trung bình là 11 ± 10 năm. Nghiên cứu của Đặng Thanh[2], tuổi trung bình $42,77 \pm 13,19$ tuổi, thấp nhất 9 tuổi, cao nhất 77 tuổi. Trong nghiên cứu 5559 ca phẫu thuật cắt tuyến giáp của Jisheng Hu[6] và cộng sự, tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu 52 tuổi (giới hạn 9-87 tuổi). Về tỷ lệ nữ/nam, nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nhóm nghiên cứu của Đặng Thanh. Về độ lớn của bướu, chúng tôi phân loại theo bảng phân loại của Học viện Quân y độ III: 86,7%, độ IV: 11,5%, độ V là 1,8%. Nghiên cứu của Đặng Thanh[1] độ III chiếm 74,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào ở độ II. Triệu chứng lâm sàng, trong nghiên cứu của chúng tôi, cảm giác nuốt vướng 50,9%, cảm giác khó thở khi nằm 24,3%, nhức đầu do bướu chèn ép 12,9%, không có triệu chứng cơ năng 34,2%, tỷ lệ này cũng tương tự như nghiên cứu của Đặng Thanh [1]. Đánh giá kết quả siêu âm, nghiên cứu của chúng tôi: nhân hỗn hợp 1 thùy chiếm 24,3%, hỗn hợp ở cả hai thùy 33,8%, tổng số của 2 nhóm bệnh nhân là 58,1% cao hơn nghiên cứu của Ngô Văn Hoàng Linh[2] và thấp hơn nghiên cứu của Đặng Thanh[1], nhân lỏng 1 thùy, nhân hỗn hợp thùy đối diện 20%, nhân đặc 1 thùy, nhân hỗn hợp thùy đối diện chiếm 21,8%. Nghiên cứu của Đặng Thanh, nhân hỗn hợp chiếm 62,8%, nhân đặc chiếm 14,1%, nhân lỏng chiếm 12%, nhân đặc xen kẽ nhân lỏng 11%. Nghiên cứu của Ngô Văn Hoàng Linh [2], khi siêu âm 153 bệnh nhân, tỷ lệ nhân hỗn hợp chiếm 52,3%, nhân đặc 26,7%, nhân lỏng 20,9%. Hầu hết các tác giả đều nhận thấy siêu âm có giá trị rất cao trong đánh giá cấu trúc của các nhân trong tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cắt toàn bộ 1 thùy chiếm 24,3%, Cắt toàn bộ 1 thùy, gần toàn bộ thùy đối diện chiếm 41,9%, cắt gần toàn bộ 2

thùy 14,5%, cắt toàn bộ 2 thùy 19,3%. Các phương pháp phẫu thuật của chúng tôi khác với nghiên cứu của Đặng Thanh[1], cắt gần hoàn toàn tuyến giáp chiếm tỷ lệ 94,4%, cắt hoàn toàn 1 thùy 0,4%. Nghiên cứu của Jisheng Hu và cộng sự [6] mổ cắt gần toàn bộ tuyến giáp 5370/5559, cắt toàn bộ tuyến giáp 189/5559. Sự khác nhau về phương pháp phẫu thuật là do đặc điểm tổn thương bệnh lý trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi phức tạp hơn. Tỷ lệ cắt toàn bộ một thùy và cắt toàn bộ 2 thùy trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cao hơn so với 2 tác giả trên. Trong quá trình phẫu thuật, qua nhiều năm chúng tôi nhận thấy khi bướu đa nhân nằm rải rác khắp tuyến nếu cắt gần toàn bộ tuyến giáp thì tỷ lệ sót nhân rất cao. Cũng theo Dener(2002)[3], đối với bướu đơn thuần nhiều nhân chỉ định phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến giáp tránh tái phát và sót nhân.

Các biến chứng sớm sau mổ: nghiên cứu của chúng tôi, viêm thanh quản 4,7%, liệt dây thanh quản tạm thời 2,3%, suy tuyến cận giáp tạm thời 2,6%, chảy máu sau mổ 0,3%, tụ dịch vết mổ 0,5%. Tỷ lệ có biến chứng trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Đặng Thanh[1], viêm thanh khí quản 4,8%, liệt dây thần kinh quặt ngược 1 bên 3,6%, suy tuyến cận giáp tạm thời 2,8%, chảy máu sau mổ 1,6%. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của

Jisheng Hu và cộng sự[6], suy tuyến cận giáp mổ lần đầu là 0,35%, suy tuyến cận giáp lâu dài là 7,4% và cũng thấp hơn trong nhóm nghiên cứu của Thomusch[7], 8,8%. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật, tỷ lệ tốt và khá chiếm 99%. Kết quả này cũng tương tự nguyên cứu của Đặng Thanh, tỷ tốt, khá chiếm 97,9%. Tỷ lệ suy tuyến cận giáp mãn tính 0,64%, liệt dây quặt ngược vĩnh viễn 0,5%, ung thư hóa 0,4%, thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Thanh[1], tỷ lệ liệt dây quặt ngược vĩnh viễn 2,4%, suy tuyến cận giáp vĩnh viễn 0,8%.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 1242 bệnh nhân được phẫu thuật cắt bướu, chúng tôi nhận thấy cắt bướu cổ điều trị bướu cổ đa nhân là phương pháp có hiệu quả cao, tỷ lệ tái biến, biến chứng thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thanh(2006):** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị ngoại khoa bướu giáp đơn thuần thể nhiều nhân. *Luận án tiến sĩ y học*
2. **Ngô Văn Hoàng Linh(2004).** " Triệu chứng của bướu giáp ở các bệnh tuyến giáp không cường chức năng". *Tạp chí y dược học quân sự*. Vol.29(5). *Học viện Quân y*: 102-108.
3. **Dener C(2002).** " Complication rate after operation for benign thyroid disease". *Pubmed. Acta Otolaryngol Sep*; 122(6): 679-683. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.
4. **Diana S.Dean; Hossein Gharib(2008).** "Epidemiology of thyroid nodules". *Clinical endocrinology&metabolism, Elsevier, volum 22, Issue 6,pp. 901-911*
5. **Mark R Burge, MD, Tanja-Maria Zeise, MD, Michael W Johnsen and et all,(1998)** "Risks of Complication Following Thyroidectomy", *journal general medicine, jan 13(1): 24-31.*
6. **Jisheng Hu, Nan Zhao, Rui Kong, Dawei Wang, Bei Sun, and Lifeng Wu (2015).** "Total thyroidectomy as primary surgical management for thyroid disease: surgical therapy experience from 5559 thyroidectomies in a less-developed region". *World J Surg Oncol*; 14:20.
7. **Thomuch O., Machens A., Sekulla C. Et all (2003).** " The impact of surgical technique on postoperative hypoparathyroidism in bilacteral thyroid surgery: a Multivariate analysis of 5846 consecutive patients". *Surgery Vol. 133; N.2: 180-185.*

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN DO ACINETOBACTER TẠI KHOA ĐIỀU TRỊ TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Tuấn Anh¹, Tạ Anh Tuấn², Nguyễn Thị Diệu Thúy³

TÓM TẮT

Tại Việt Nam hiện nay *Acinetobacter* được coi là vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện hàng đầu tại các bệnh viện lớn và kháng với hầu hết các kháng sinh phổ rộng. Tuy nhiên các nghiên cứu về nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) do *Acinetobacter* ở trẻ em còn chưa nhiều. **Phương pháp:** Đây là nghiên cứu một loạt ca bệnh trên 64 trẻ NKBV do *Acinetobacter* tại khoa Hồi sức, bệnh viện Nhi Trung ương. **Kết quả:** NKBV gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó hay gặp nhất là nhóm từ 1 tháng đến 12 tháng, chiếm tỷ lệ 73,4%. Các bệnh nhân thường có bệnh nền từ trước, trong đó hay gặp nhất là viêm phổi, chiếm tỷ lệ 64,1%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là rối loạn thân nhiệt, suy hô hấp và suy tạng, với 10,9% suy từ 2 tạng trở lên. Cận lâm sàng cho thấy 78,1% có tăng bạch cầu máu và procancitonin cao có giá trị tiên lượng tử vong. **Kết luận:** NKBV do *Acinetobacter* gây tình trạng bệnh nặng, nguy cơ tử vong cao.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, *Acinetobacter*

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND INVESTIGATIONS OF NESOCOMIA CAUSED BY

¹Đại học Y Dược Thái nguyên

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2017

Ngày duyệt bài: 25.4.2017

ACINETOBACTER AT THE INTENSIVE CARE UNIT-VIETNAM NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

In Vietnam, *Acinetobacter* is a leading caused for hospital acquired pneumonia and is resistant to broad-spectrum antibiotics. However, studies of nosocomial infections by *Acinetobacter* in children has been limited. **Methods:** This was a case series study on 64 children with hospital acquired infection at the Intensive care unit, Vietnam National children's hospital. **Results:** Hospital acquired infection has been seen in all of ages, and children from 1 month to 12 months were the most common, accounting for 73.4%. Pneumonia is often the underlying disease, occupied for 64.1%. The clinical symptoms included: disorders of body temperature, respiratory distress and organ failure, with 10.9% of children had more than 2 organ failure. Investigations showed that 78.1% had high white blood cells and high concentration of procancitonin predicted the risk of mortality. **Conclusion:** Hospital acquired infection by *Acinetobacter* causes severe disease and high mortality risk.

Keywords: Hospital acquired infection, *Acinetobacter*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) đã thay đổi nhiều trong những thập kỷ qua. Các tác nhân gây bệnh có thể là vi khuẩn gram dương, các vi khuẩn gram âm, virus, ký sinh trùng. Trong các tác nhân NKBV gây hậu nghiêm trọng thì nguyên nhân do *Acinetobacter* là nguy hiểm nhất và chiếm một tỷ lệ khá cao, trên 40% tại khoa điều trị tích cực ở người lớn [1].

Tại Việt Nam cũng có một số nghiên cứu về

NKBV do *Acinetobacter* nhưng các nghiên cứu tập chung chủ yếu trên các bệnh nhân người lớn. NKBV ở trẻ em đã và đang trở nên một vấn đề rất đáng báo động, đặc biệt NKBV do *Acinetobacter*. Tuy nhiên các nghiên cứu về NKBV do *Acinetobacter* ở trẻ em còn chưa nhiều. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhi nhiễm khuẩn bệnh viện do *Acinetobacter*" nhằm mô tả đặc điểm bệnh cảnh nhiễm *Acinetobacter* ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các bệnh nhân được chẩn đoán NKBV do *Acinetobacter baumannii* được điều trị tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2013 đến tháng 8 năm 2015.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được điều trị nội trú tại bệnh viện ≥ 48 h.

- Có bằng chứng của nhiễm khuẩn bệnh viện.

- Được chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn bệnh viện do *Acinetobacter*.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Trẻ nhiễm khuẩn bệnh viện do các nguyên nhân khác ngoài *Acinetobacter*.

- Trẻ mắc các bệnh lý ác tính.

- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: đây là nghiên cứu một loạt ca bệnh.

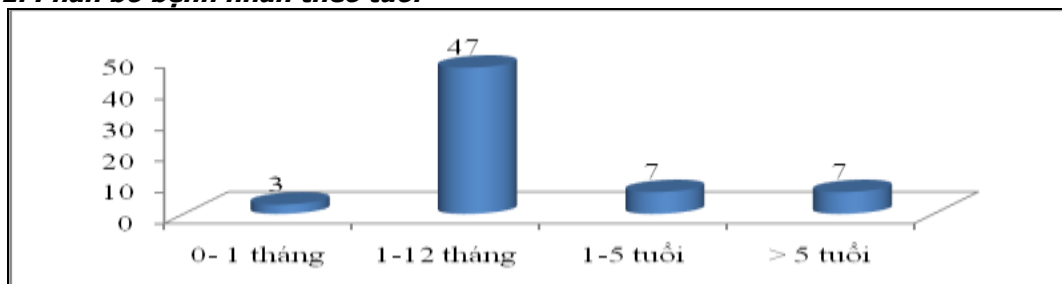
Chọn mẫu thuận tiện: Lấy tất cả các trẻ được chẩn đoán NKBV do *Acinetobacter*.

Xử lý số liệu: Các số liệu thu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Khi $p \leq 0,05$ được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 10/2014 đến tháng 8/2015, có 64 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu.

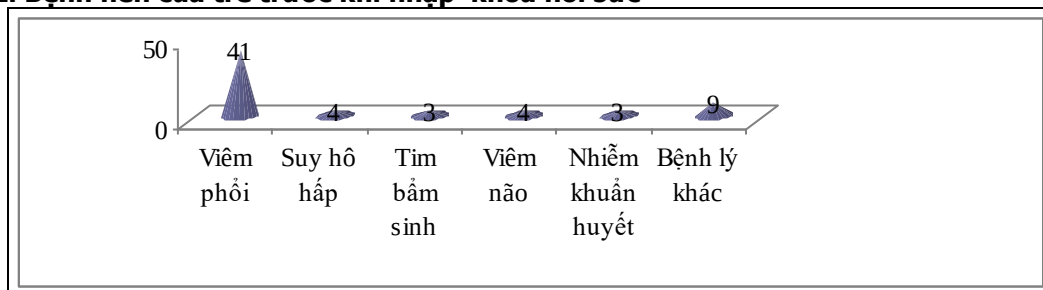
3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Nhận xét: NKBV do *Acinetobacter* gặp ở mọi lứa tuổi, trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là từ 1 tháng đến 12 tháng, chiếm tỷ lệ 73,4%. Đặc biệt có 3 bệnh nhân sơ sinh nhiễm *Acinetobacter*, chiếm tỷ lệ 4,7%.

3.2. Bệnh nền của trẻ trước khi nhập khoa hồi sức



Biểu đồ 3.2. Bệnh nền của trẻ trước khi nhập khoa hồi sức

Nhận xét: Viêm phổi nặng là nguyên nhân chủ yếu làm trẻ phải nhập khoa HSCC, chiếm tỷ lệ 64,1%. Ngoài ra các nguyên nhân khác như tim bẩm sinh, viêm não, nhiễm khuẩn huyết hoặc các bệnh lý khác gặp tỷ lệ thấp hơn.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tại thời điểm xác định nhiễm khuẩn bệnh viện do *Acinetobacter*

Lâm sàng	Số lượng	Tử vong	Xin về
Nhiệt độ			
≤ 36	3	1	0

36-37,5	17	4	3
≥37,5	44	14	9
Nhịp tim			
Nhanh	18	2	2
Bình thường	27	14	4
Chậm	19	3	6
Tình trạng hô hấp			
Có hỗ trợ hô hấp	64	19	12
Không hỗ trợ hô hấp	0	0	0
Suy tạng			
1 tạng	57	17	11
≥2 tạng	7	2	1

Nhận xét: Trong các bệnh nhân nghiên cứu có 3 bệnh nhân hạ thân nhiệt chiếm tỷ lệ 4,68,% và có 44 bệnh nhân nhiệt độ $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ chiếm tỷ lệ 68,75%. Tỷ lệ bệnh nhân có nhịp tim tăng là 28,1% so với 29,7% bệnh nhân có nhịp tim chậm. Tất cả bệnh nhân đều được hỗ trợ hô hấp với 89,1% bệnh nhân suy 1 tạng, 10,9% suy từ 2 tạng trở lên.

Bảng 3.2. Đặc điểm công thức máu của bệnh nhân nhiễm khuẩn Acinetobacter

Xét nghiệm	Sơ sinh	1 - 12 tháng	1 - 5 tuổi	≥ 5 tuổi
Bạch cầu				
Thấp	0	1	0	1
Bình thường	3	8	1	1
Cao	0	39	6	5
Huyết sắc tố				
Thiếu máu nặng ($\text{Hb} < 6\text{g/dl}$)	0	2	0	0
Thiếu máu vừa ($6\text{ g/dl} \leq \text{Hb} \leq 9\text{ g/dl}$)	1	17	5	2
Thiếu máu nhẹ ($9\text{g/dl} < \text{Hb} \leq 11\text{g/dl}$)	1	22	0	5
Không thiếu máu	1	6	2	0
Tiểu cầu				
≤ 50000	0	4	1	2
50000-100000	0	6	0	0
≥ 100000	3	37	6	5

Nhận xét: Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 3,1% bệnh nhân có bạch cầu máu thấp và 78,1% bệnh nhân bạch cầu máu cao. Tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu là 85,93%, trong đó thiếu máu vừa chiếm tỷ lệ 39% và thiếu máu nhẹ chiếm tỷ lệ 40,6%. Số bệnh nhân có tiểu cầu giảm nặng chiếm tỷ lệ 10,9%.

Bảng 3.3. Biến đổi CRP, procalcitonin trong máu ngoại vi

Sinh hóa	Sống	Tử vong	p
CRP			
≥ 10mg/l	23	23	p>0,05
<10mg/l	10	8	
Procalcitonin			
≥ 0,05 ng/l	4	14	p< 0,05
< 0.05 ng/l	10	4	

Nhận xét: Nồng độ CRP trong máu ngoại biên không có giá trị tiên lượng bệnh nhân tử vong. Trong nhóm trẻ tử vong, tỷ lệ trẻ có nồng độ procalcitonin máu tăng trên $0,05\text{ ng/l}$ là 77,78% so với 28,57% ở bệnh nhân có nồng độ procalcitonin máu $< 0,05\text{ ng/l}$. Nồng độ procalcitonin máu cao có giá trị tiên lượng bệnh nhân có nguy cơ tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân NKBV do Acinetobacter gặp ở các lứa tuổi khác nhau, từ sơ sinh cho đến 15 tuổi, tuổi thấp nhất là 26 ngày, tuổi cao nhất là 15 tuổi. Tỷ lệ NKBV do Acinetobacter hay gặp nhất ở lứa tuổi từ 1 đến 12 tháng, chiếm tỷ lệ 73,4%. Thực tế

trẻ tuổi càng nhỏ, sức đề kháng còn kém, không có khả năng ho khạc nên dễ mắc viêm phổi, các cơ quan cũng chưa hoàn thiện về cấu trúc và chức năng nên trẻ dễ mắc các bệnh nhiễm khuẩn.

Bệnh nền: Trong 64 bệnh nhi nhập khoa hồi sức có 41 bệnh nhi vào viện vì viêm phổi và suy hô hấp, điều này có thể lý giải là do các bệnh nhi

dưới 1 tuổi vẫn chủ yếu mắc các bệnh lý về hô hấp gây suy hô hấp. Bệnh nhân thường có ứ đọng nhiều đờm dãi, tăng xuất tiết đường hô hấp đòi hỏi phải hút đờm nhiều lần trong ngày nên rất dễ bị bội nhiễm [2]. Ngoài ra các nguyên nhân khác như tim bẩm sinh, viêm não, nhiễm khuẩn huyết hoặc các bệnh lý khác chiếm tỷ lệ thấp hơn.

Đặc điểm lâm sàng: Nhiệt độ của bệnh nhân tại thời điểm cấy máu có 37 bệnh nhân có sốt $\geq 37,5^\circ\text{C}$ chiếm tỷ lệ 68,75%, có 3 bệnh nhân có thân nhiệt $\leq 36^\circ\text{C}$ chiếm tỷ lệ 4,7%. Thực tế, rối loạn về nhiệt độ hay gặp ở những bệnh nhân có NKBV.

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được hỗ trợ hô hấp, bao gồm thở máy, mở khí quản, có can thiệp thủ thuật hút đờm dãi, đặt lại ống nội khí quản.... Hầu hết bệnh nhân điều trị tại khoa hồi sức do các bệnh lý hô hấp và các bệnh lý mạn tính làm bệnh nhân suy hô hấp và có chỉ định thở máy, và tại thời điểm cấy máu dương tính với *Acinetobacter* phần lớn các bệnh nhân chưa cai được máy thở do tình trạng nặng của bệnh. Chính những thủ thuật xâm lấn này làm tăng thêm nguy cơ NKBV. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Seifert và cộng sự, với 70% bệnh nhân thở máy nhiễm khuẩn *Acinetobacter* [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 28,1% bệnh nhân có nhịp tim nhanh, 42,2% bệnh nhân có nhịp tim bình thường và 29,7% bệnh nhân có nhịp tim chậm. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà về NKBV cho thấy có 78,2% bệnh nhi có nhịp tim trong giới hạn bình thường [4]. Nhịp tim nhanh ở những bệnh nhi này có thể liên quan đến một số yếu tố như tình trạng thay đổi thân nhiệt, rối loạn hô hấp, shock.

Có 10,9% bệnh nhân có suy từ 2 tạng trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy nhiên ở những bệnh nhi có suy đa tạng tỷ lệ tử vong là khá cao 42,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Thị Thanh Hà [4].

Đặc điểm cận lâm sàng: Có 78,1% bệnh nhân có tăng số lượng bạch cầu theo lứa tuổi, có 2 bệnh nhân có bạch cầu thấp. Sự biến đổi về thân nhiệt kèm theo những biến đổi về bạch cầu là những dấu hiệu gợi ý hoặc là những tiêu chuẩn để chẩn đoán NKBV [5]. Bạch cầu đóng vai trò quan trọng trong việc chống lại các tác nhân gây bệnh nhất là trong nhiễm khuẩn huyết nặng. Tuy nhiên, sự kích hoạt bạch cầu quá mức sẽ gây tổn thương mô cơ quan và hệ thống miễn dịch qua bạch cầu. Những nghiên cứu gần đây

cũng cho thấy bạch cầu đóng vai trò quan trọng trong quá trình đáp ứng viêm và đông máu, tăng kích hoạt các tế bào miễn dịch làm quá trình bệnh nặng lên và khó điều trị [6].

Tiểu cầu đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng và điều trị, khi tiểu cầu dưới $50000/\text{mm}^3$ nguy cơ có rối loạn đông máu xảy ra và quá trình điều trị sẽ trở nên khó khăn hơn [4],[7]. Có 9,3% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu $\leq 50000/\text{mm}^3$ tại thời điểm nuôi cấy ra vi khuẩn.

Có 46 bệnh nhân có CRP $\geq 10\text{mg/l}$ chiếm tỷ lệ 71,8%, tuy nhiên không có mối liên quan giữa tăng CRP và hiệu quả điều trị. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Nguyễn Thị Thanh Hà. Procalcitonin là một marker đáng tin cậy để chẩn đoán tình trạng nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn toàn thân, đồng thời procalcitonin là phương tiện theo dõi diễn biến điều trị trên lâm sàng. Kết quả của chúng tôi khác với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hà [4].

V. KẾT LUẬN

NKBV do *Acinetobacter* là một nhiễm khuẩn nặng, hay gặp ở trẻ nhỏ tuổi. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ủng hộ khẳng định *Acinetobacter* là vi khuẩn gây tình trạng bệnh nặng, nguy cơ tử vong cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Garmendia JL, Ortiz-Leyba C, Garnacho-Montero J et al (2001), "Risk Factors for *Acinetobacter baumannii* Nosocomial Bacteremia in Critically Ill Patients: A Cohort Study", *Clinical Infectious Diseases*; 939-946.
- 2- Bộ Y tế (2012), "Tài liệu đào tạo liên tục kiểm soát nhiễm khuẩn cho nhân viên Y tế tuyến cơ sở".
- 3- Seifert, Strate and Pulverer (1995), "Nosocomial Bacteremia due to *Acinetobacter baumannii*: Clinical Features, Epidemiology, and Predictors of Mortality", *Medicine, Institute of Medical Microbiology and Hygiene, University of Cologne, Germany*, 340-349.
- 4- Nguyễn Thị Thanh Hà (2014), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi sinh học nhiễm khuẩn huyết do *Acinetobacter baumannii*", *Luận văn Tiến sĩ y học*, tr. 82-83.
- 5- Lê Thị Minh Hương và Ngô Thị Tuyết Lan (2013), "Một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong của viêm phổi do vi khuẩn Gram âm ở trẻ em dưới 5 tuổi", *Tạp chí Y- Dược học Quân sự*, (số 4).
- 6- Huttunen R and Aittoniemi J (2011), "New concepts in the pathogenesis, diagnosis and treatment of bacteremia and sepsis", *Journal of Infection*, 63(6), tr. 407-419.
- 7- Phạm Thị Ngọc Thảo (2010), "Đặc điểm bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14(2), tr. 348 - 352.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG CÁN NGẮN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu 50 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn từ tháng 12/2011 - 7/2015 tại Viện chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** 100% bệnh nhân liền vết mổ thì đầu. Điểm VAS trước mổ là $5,05 \pm 1,03$ và sau mổ là $1,35 \pm 0,75$. Điểm Harris Hip Score (HHS) sau mổ cao hơn trước mổ ($89,37 \pm 6,73$, $58,78 \pm 8,87$ $p < 0,05$). Kết quả chung đánh giá theo Harris: 98,33% các bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn đem lại hiệu quả tốt cho bệnh nhân, cần được áp dụng.

Từ khóa: Kết quả điều trị, thay khớp háng toàn phần không xi măng

SUMMARY

THE RESULTS OF NON-CEMENTED SHORT STEM TOTAL HIP REPLACEMENT SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: To evaluate the surgery results of non-cemented short stem total hip replacement at the Orthopaedic Institute - Vietnam-Germany Hospital. **Subjects and methods:** a cross-sectional study was carried out on 50 patients were treated by total hip replacement surgery from December, 2011 to July, 2015. **Results:** 100% of patients had completed wound healing after surgery. Preoperative VAS of $5,05 \pm 1,03$ and $0,75 \pm 1,35$ postoperatively. Harris Hip Score (HHS) after surgery was higher than that before surgery ($89,37 \pm 6,73$, $58,78 \pm 8,87$, $p < 0,05$). General assessment results according to Harris: 98,33% of patients with good and excellent results. **Conclusion:** Non-cemented short stem total hip replacement achieved good results, should be applied in clinical practice.

Keywords: treatment results, total hip replacement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay khớp là phẫu thuật loại bỏ các thành phần của khớp bị hư thay vào đó bằng khớp nhân tạo nhằm giảm đau và phục hồi chức năng vốn có của nó. Phẫu thuật thay khớp nói chung và phẫu thuật thay khớp háng nói riêng là một

thành tựu to lớn của y học hiện đại và chuyên ngành chấn thương chỉnh hình. Về cơ bản, khớp háng nhân tạo được chia thành hai loại là có sử dụng xi măng và không sử dụng xi măng để cố định khớp. Ngoài ra còn có thể chia thành khớp háng bán phần và khớp háng toàn phần. Việc sử dụng loại khớp háng có xi măng hay không có xi măng, vật liệu của khớp phụ thuộc vào tình trạng tổn thương khớp háng, tuổi của bệnh nhân, cũng như thể trạng bệnh nhân trước mổ... Ngày nay, trước tình trạng gia tăng các yếu tố nguy cơ như nghiện rượu, nghiện thuốc lá, lạm dụng thuốc, yếu tố chấn thương, ngày càng có nhiều bệnh nhân trẻ được phát hiện các bệnh lý về khớp háng mà cần phải chỉ định thay khớp. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thay khớp háng toàn bộ không xi măng cán ngắn tại bệnh viện Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân được chỉ định thay khớp háng toàn phần không xi măng cán tại viện Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Việt Đức từ tháng 2/2011 đến tháng 7/2015

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập số liệu hồi cứu và tiến cứu.

Nội dung nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật ngay sau mổ, sau mổ 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 1 năm. Các biến số cần ghi nhận liên quan đến phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, khối lượng máu truyền, kích thước ổ cối và chuôi khớp, tai biến trong mổ, đánh giá vết mổ, thời gian nằm viện, đánh giá mức độ đau sau mổ (bảng VAS) [1], đánh giá chức năng khớp háng theo bảng chỉ số Harris, hình ảnh Xquang sau mổ.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Quá trình phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình là $89,83 \pm 20,61$ (phút). Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 55 phút. Thời gian phẫu thuật dài nhất là 145 phút.

Chiều dài chuôi: Cỡ chuôi 50mm và 55mm được sử dụng nhiều trong nhóm nghiên cứu và chiếm tỷ lệ cao 83,3%.

*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: 11.4.2017

Ngày duyệt bài: 24.4.2017

Đường kính ổ cối: Ổ cối trung bình của nhóm nghiên cứu là $50 \pm 2\text{mm}$. Đa số ổ cối được thay có kích thước ổ cối là 48mm, 50mm hoặc 52mm tổng cộng 49 khớp chiếm 81,7.

Số bệnh nhân phải truyền máu sau phẫu thuật là 6 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 10%.

3.2. Sau phẫu thuật: Số ngày nằm viện

trung bình là 8.62 ± 2.80 . Đa số bệnh nhân nằm viện sau mổ từ 6 đến 10 ngày, chiếm 75%.

***Kết quả gần sau mổ**

- *Đánh giá liền vết mổ:* 100% bệnh nhân liền vết mổ kỳ đầu.

- *Đánh giá kết quả chụp Xquang kiểm tra vị trí của chuỗi và ổ cối ngay sau mổ:*

Bảng 1: Đánh giá Xquang khớp nhân tạo sau mổ

	$\bar{x} \pm SD$	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Giá trị trong khoảng 95%
Góc cổ thân	$134,43 \pm 26,66$	121	152	133,1 - 135,77
Góc chuỗi-thân xương đùi	$143,85 \pm 8,02$	122	160	141,78 - 145,92
Góc giữa mặt phẳng ổ cối với đường nối 2 ụ ngồi	$42,33 \pm 8,47$	23	72	40,14 - 44,52

Góc cổ thân trung bình trước mổ là $134,43^\circ \pm 26,66^\circ$. Trong đó số góc cổ thân từ 133° đến 136° chiếm 95%. Góc cổ thân nhỏ nhất là 121° và góc cổ thân lớn nhất là 152° .

Góc chuỗi-thân xương đùi trung bình đo sau phẫu thuật là $143,85^\circ \pm 8,02^\circ$. Trong đó số góc từ 142° đến 146° chiếm 95%. Góc nhỏ nhất là 122° và góc lớn nhất là 160° .

Góc giữa mặt phẳng qua viền ổ cối và đường thẳng nối 2 ụ ngồi trung bình là $42,33^\circ \pm 8,47^\circ$. Trong đó số góc từ 40° đến 45° chiếm 95%. Góc nhỏ nhất là 23° và góc lớn nhất là 72° .

***Đánh giá kết quả xa sau mổ:** Mức độ đau trước mổ trung bình $5,05 \pm 1,03$. Trong đó lớn nhất là 7 điểm và nhỏ nhất là 4 điểm. Mức độ đau sau mổ trung bình $1,35 \pm 0,76$. Trong đó lớn nhất là 4 điểm và nhỏ nhất là 0 điểm.

- *Đánh giá kết quả xa sau mổ theo thang điểm Harris Hip Score*

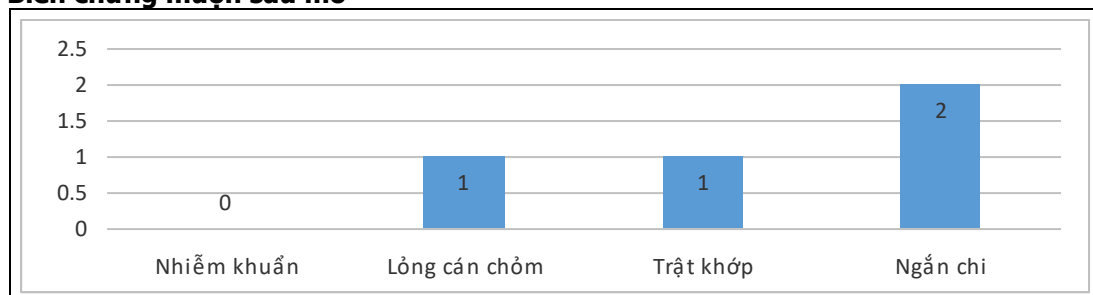
Bảng 2. Đánh giá chức năng khớp háng sau mổ theo HHS

	N	Tỷ lệ (%)
Rất tốt	33	55
Tốt	26	43,33
Trung bình	0	0
Kém	1	1,67
Tổng	60	100

Điểm HHS trung bình của toàn bộ bệnh nhân trước mổ là $58,78 \pm 8,87$. Điểm HHS trung bình của bệnh nhân sau mổ là $89,37 \pm 6,73$. Điểm HHS trung bình sau mổ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu cao hơn so với điểm HHS trung bình trước mổ rõ rệt ($p < 0,05$) và 98,3% các bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt.

3.3 Biến chứng: Qua nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào có biến chứng trong mổ. Biến chứng sớm sau mổ cũng không có trường hợp nào tử vong hay liệt thần kinh hông to hoặc trật khớp hoặc nhiễm trùng sau mổ trong thời gian nằm viện.

***Biến chứng muộn sau mổ**



Biểu đồ 2. Phân bố các biến chứng muộn sau mổ

Có 01 bệnh nhân bị trật khớp sau mổ và nguyên nhân là do lỏng chuỗi. Có 02 bệnh nhân có biểu hiện ngăn chi từ 1-1,5 cm, những bệnh nhân này khám lại và đã được tư vấn điều chỉnh giày dép đang sử dụng và đều cảm thấy hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện phụ thuộc vào các bệnh mãn tính kèm theo phải điều trị trước phẫu thuật, các tai biến xảy ra trong mổ cũng như biến chứng sau mổ, chế độ tập luyện sau mổ. Theo Lugeder A [2] thời gian nằm viện trung bình là 9 ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trung bình thời gian nằm viện là 8,62 ngày. Số ngày nằm viện trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả khác. Chúng tôi thấy số ngày nằm viện được rút ngắn là do quá trình tập luyện phục hồi chức năng sau mổ.

Vấn đề truyền máu: Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần là phẫu thuật lớn tuy nhiên lượng máu mất ở mỗi bệnh nhân là khác nhau phụ thuộc vào thời gian cuộc mổ dài hay ngắn, phương pháp phẫu thuật, cũng như các tổn thương phần mềm trong mổ. Theo Lugeder A (2013) [2] tất cả các bệnh nhân đều không phải truyền máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6/60 (10%) ca thay khớp háng phải truyền máu, lượng máu trung bình phải truyền là 500ml, 54 ca thay khớp không phải truyền máu

Kết quả gần

***Liên vết mổ:** Qua nghiên cứu chúng tôi thấy 100% bệnh nhân đều liên vết mổ thì đầu và không có bệnh nhân nào bị nhiễm khuẩn. Để đạt được điều này chúng tôi ngoài việc thực hiện tốt công tác vô khuẩn, tiệt khuẩn nhà mổ nên cho kháng sinh trước mổ 30 phút, tiếp tục dùng kháng sinh sau mổ trong vòng 01 tuần và nên sử dụng nhóm Cephalosporin kết hợp với một nhóm kháng sinh khác như Aminozid hay Metronidazon.

***Xquang sau mổ:** Qua bảng 1 Đánh giá Xquang khớp nhân tạo sau mổ, chúng tôi thấy góc chuôi - thân xương đùi trung bình đo được cao hơn so với góc cổ thân đo ở thời điểm trước mổ. Điều đó cho thấy việc đo góc cổ thân trong mổ dựa trên trục của đùi là chưa chính xác. nếu sử dụng màn tăng sáng trong mổ thì việc xác định góc sẽ chính xác hơn. Việc xác định góc nghiêng của ổ cối thông thường dựa trên thước đo. Tuy nhiên trong một số trường hợp do tư thế bệnh nhân lệch, hoặc do vai bị lệch dẫn đến sai số. Vì vậy ngoài thước đo, hiện nay các phẫu thuật viên lựa chọn làm mốc để xác định góc nghiêng của ổ cối chính là các mốc giải phẫu ổ cối: thành trước ổ cối, thành sau ổ cối, dây chằng ngang ổ cối.

Kết quả xa: Qua đánh giá chức năng sau mổ của 50 bệnh nhân theo bảng Harris Hip Score trong đó có 59/60 khớp háng (98,33%)

cho kết quả tốt và rất tốt, 01/60 khớp háng (1,67%) cho kết quả kém. Trường hợp bệnh nhân kết quả kém là do bị lỏng chuôi và trật khớp phải mổ lại. Tuy nhiên chúng tôi cần phải theo dõi lâu dài để đánh giá.

Nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá dựa trên kết quả chức năng khớp háng của 50 bệnh nhân sau phẫu thuật từ 6 tháng đến 42 tháng cho kết quả HHS 89,62 điểm, tương tự với kết quả nghiên cứu của Lugeder A [2] sau mổ 3 tháng là 90,5; Birkenhauer [3] sau mổ 1 năm là 94; Mai Đức Thuận [4] sau mổ 3 tháng đến 30 tháng là 83,7 điểm.

Biến chứng: Trong nghiên cứu chúng tôi có 01 trường hợp trật khớp do lỏng chuôi sau mổ. Bệnh nhân ngay sau mổ và khi mổ thay lại trên XQ thấy vị trí ổ cối không thay đổi. Sau 07 tháng, chụp Xquang khớp háng thấy hình ảnh tiêu xương ở quanh chuôi. Điều đó chứng tỏ nguyên nhân trật khớp và đau sau mổ là do lỏng chuôi. Có 2 nhóm nguyên nhân chính là lỏng do nhiễm trùng sau mổ và lỏng do nguyên nhân cơ học (do viêm vô khuẩn hay tiêu xương quanh khớp nhân tạo). Có nhiều nguyên nhân gây nên tình trạng tiêu xương như: bệnh nội khoa, sử dụng corticoid kéo dài, cơ địa, loại khớp... trong đó sử dụng corticoid kéo dài là một trong những nguyên nhân hay gặp gây nên. Và ở bệnh nhân này chúng tôi thấy, mặc dù trẻ nhưng bệnh nhân tự sử dụng corticoid kéo dài 3 năm, với triệu chứng của cushing: mặt đỏ, tròn, da bụng rạn nứt. Như vậy khả năng việc sử dụng corticoid kéo dài của bệnh nhân là nguyên nhân gây hiện tượng tiêu xương quanh khớp. Đây cũng là bài học kinh nghiệm cần khai thác tiền sử bệnh cũng như làm bilan đầy đủ trước mổ. Sau mổ thay lại chuôi dài bệnh nhân hiện tại lâm sàng tốt, đi lại không đau, nhưng vẫn cần theo dõi sát và điều trị nội khoa phối hợp.

V. KẾT LUẬN

Trong số 50 bệnh nhân được phẫu thuật thay khớp háng cán ngắn, 100% bệnh nhân liên vết mổ thì đầu. Điểm VAS trước mổ là $5,05 \pm 1,03$ và sau mổ là $1,35 \pm 0,75$. Điểm HHS trước mổ là $58,78 \pm 8,87$ và sau mổ là $89,37 \pm 6,73$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$. Hình ảnh XQ sau mổ: Góc giữa chuôi và thân xương đùi: trung bình $143,85^\circ \pm 8,02^\circ$, trong đó 95% giá trị nằm trong khoảng: $141,78^\circ - 145,92^\circ$, góc giữa ổ cối và đường nối 2 ụ ngồi trung bình: $42,33^\circ \pm 8,47^\circ$ và 95% giá trị nằm trong khoảng: $40,14^\circ - 44,52^\circ$, có 01 trường hợp vị trí chuôi không đúng tâm cổ, chiếm: 1,67%. Không

có tai biến trong mổ. Có một trường hợp trật khớp sau mổ 07 tháng do nguyên nhân lỏng cán chỏm chiếm 1,67%. Kết quả chung đánh giá theo Harris: 98,33% các bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wewers M.E. & Lowe N.K. A** critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health*. 1990, 13, pp227-236.

2. **Lugeder A, Haring E, Muller A, Dorste P, Zeichen J(2013)**, Total hip arthroplasty with the cementless spiron femoral neck prosthesis. *Orthopaedic and Trauma Surgery*;24;388-397.

3. **Birkenhauer B, Kistmacher H, Ries J(2004)**, Conception and first results of the Spiron cementless femoral neck screw prosthesis, *Orthopade*; 33(11): 1259 -66.

4. **Mai Đức Thuận (2014)**, "Nhận xét kết quả bước đầu trong thay khớp háng Spiron điều trị hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi", Hội nghị khoa học hội chấn thương chỉnh hình toàn quốc lần thứ XIII.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NANG NHÁI SÀN MIỆNG TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Xuân Thực*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nang nhái sàn miệng. **Đối tượng và phương pháp:** Áp dụng phương pháp can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 31 nang nhái sàn miệng, được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai, trong khoảng thời gian từ 7/2015 – 10/2016. **Kết quả:** Phẫu thuật cắt trọn nang chiếm tỷ lệ 9,7%, mở thông khâu lộn túi chiếm tỷ lệ 41,9%, cắt nang kèm theo cắt tuyến chiếm 48,4% (trong đó cắt tuyến dưới lưỡi 80%, cắt tuyến dưới lưỡi kèm tuyến dưới hàm 20%). Đường rạch trong miệng chiếm ưu thế với 87,1%, đường rạch ngoài da chiếm 12,9%. Tái phát chỉ gặp ở nhóm mở thông khâu lộn túi với 23,1%. Tai biến tổn thương ống Wharton và tai biến tổn thương dây thần kinh lưỡi chỉ gặp ở nhóm phẫu thuật cắt nang kèm cắt tuyến với tỷ lệ thấp lần lượt là: 6,7% và 30,0%. Kết quả tốt sau khi ra viện đạt 80,6%, kết quả xấu là 12,9%. Theo dõi trong thời gian 6 tháng, tỷ lệ kết quả tốt đạt 87%. Tất cả các trường hợp tái phát đều được điều trị lại thành công bằng phẫu thuật cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị nang nhái là phẫu thuật an toàn. Tùy theo tính chất và thể nang nhái mà có chỉ định phẫu thuật phù hợp sẽ đem lại tỷ lệ thành công cao hạn chế tái phát và biến chứng.

Từ khóa: Nang nhái sàn miệng, nang nhái nông, nang nhái sâu, tuyến dưới lưỡi, tuyến dưới hàm, ống Wharton.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF RANULA TREATMENT AT ODONTOSTOMATOLOGY DEPARTMENT, BACHMAI HOSPITAL

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thuchrmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

Objectives: To evaluate the result of ranula treatment by excision. **Subjects and Methods:** An uncontrolled clinical intervention was conducted on 31 ranulas, that were diagnosed and treated surgically at OdontoStomatology Department, Bachmai hospital from 7/2015 to 10/2016. **Results:** Ranula excision accounting for 9.7%, marsupialization 41.9%, combined ranula and salivary gland excision 48.4% (among them, combined ranula and sublingual gland excision 80%, excision of the ranula along with the sublingual and submandibular gland 20%). Transoral excision was remarkable with 87.1%, transcervical approach was 12.9%. Recurrence was only met at the group of marsupialization with 23.1%. Wharton's duct injury and tongue hypesthesia considered as complications were only met in the group of ranula and salivary gland excision with 6.7% and 30%. The good result achieved 80.6% after hospital, and bad result was 12.9%. After 6 months follow up, the good result achieved 87%. All of the recurrent cases were successfully retreated by ranula and sublingual gland excision. **Conclusions:** Ranula treatment by excision is safety. Depending on its characteristic and classification to have a rational method of excision, that will bring to high successfulness and cut down recurrence and complication.

Key words: Ranula, oral ranula, plunging ranula, sublingual salivary gland, submandibular salivary gland, Wharton's duct.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang nhái (ranula) sàn miệng gặp khá phổ biến trên lâm sàng. Tên gọi nang nhái xuất phát từ đặc tính của nang căng bóng, màu xanh xám, nhìn giống bụng con nhái. Nang nhái hay còn gọi là nang nhầy sàn miệng xuất phát từ sự sang chấn hay tắc nghẽn của tuyến nước bọt dưới lưỡi, tuyến nước bọt phụ hoặc tuyến dưới hàm. Dạng nang này tuy là bệnh lành tính, nhưng lại gây nhiều khó chịu cho người bệnh khi vận động khoang miệng [1].

Về điều trị nang nhái hiện nay: phẫu thuật là chỉ định bắt buộc. Kỹ thuật thực hiện điều trị phẫu thuật nang nhái không phải là khó. Tuy nhiên, đặc tính của nang nhái là thường tái phát và tỷ lệ tái phát ở mỗi phương pháp phẫu thuật lại rất khác nhau theo các nghiên cứu [1], [2].

Ở Việt Nam, nang nhái sàn miệng cũng chưa được chú ý nghiên cứu, các tài liệu nghiên cứu về vấn đề này mà chúng tôi thu thập được cũng rất ít ỏi và tản mạn. Chính vì vậy, chúng tôi mong muốn thực hiện nghiên cứu này, nhằm đạt được mục tiêu: "*đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nang nhái sàn miệng*".

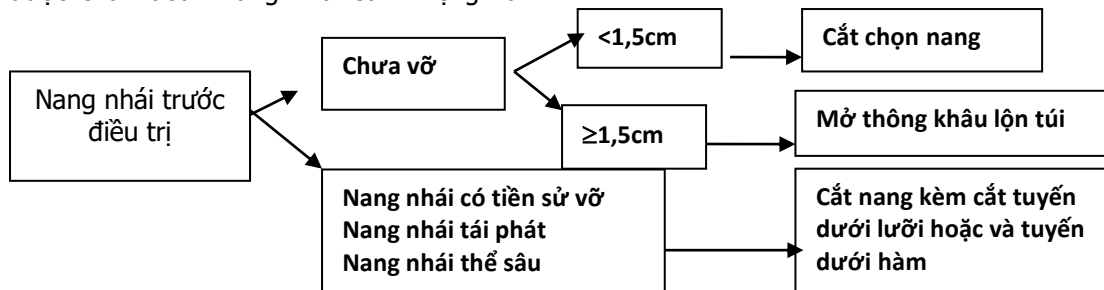
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán nang nhái sàn miệng và

được điều trị phẫu thuật tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 7/2015 - 10/2016

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.3. Tiến hành nghiên cứu: Tiến hành thu thập số liệu về thủ tục hành chính, đặc điểm lâm sàng của nang nhái trước điều trị, phân loại nang nhái và cách thức tiến hành phẫu thuật. Theo dõi tái phát cũng như các biến chứng hậu phẫu, đánh giá kết quả phẫu thuật ở thời điểm ra viện và sau 6 tháng với các tiêu chí đánh giá: tốt, trung bình, xấu. Tùy từng thể nang nhái mà có chỉ định điều trị phẫu thuật phù hợp, theo sơ đồ khuyến cáo của Hồ Nguyễn Thanh Chơn [3]:



2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính và xử lý theo phần mềm thống kê Y học SPSS 11.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nhóm tuổi từ 15 trở xuống là hay gặp nhất với tỷ lệ 45,2%; Nhóm tuổi trên 35 ít gặp chiếm tỷ lệ 22,6%. Tuổi thấp nhất là 6 tuổi,

cao nhất là 46 tuổi. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $22,3 \pm 9,7$ (tuổi).

-Đối tượng nghiên cứu nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới với 61,3%. Tỷ lệ nữ/nam khoảng 1,6

3.2. Kết quả điều trị nang nhái.

3.2.1. Các phương pháp điều trị phẫu thuật và đường phẫu thuật.

Bảng 3.1 Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	n	%
Cắt trọn nang	3	9,7
Mở thông khâu lộn túi	13	41,9
Cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi/dưới hàm	15	48,4
Tổng	31	100

Nhận xét: Tỷ lệ cắt trọn nang thấp chỉ chiếm 9,7%. Tỷ lệ mở thông khâu lộn túi và tỷ lệ cắt nang kèm cắt tuyến chiếm tỷ lệ cao gần tương đương nhau lần lượt là 41,9% và 48,4%.

Bảng 3.2 Tỷ lệ cắt nang nhái kèm cắt tuyến

Cắt nang kèm	n	%
Cắt tuyến dưới lưỡi	12	80,0
Cắt tuyến dưới lưỡi và dưới hàm	3	20,0
Tổng	15	100

Nhận xét: Trong tổng số 15 ca cắt nang kèm theo cắt tuyến, có 12 ca cắt tuyến dưới lưỡi chiếm tỷ lệ 80%. Có 3 ca vừa cắt tuyến dưới lưỡi vừa cắt tuyến dưới hàm chiếm tỷ lệ 20%.

Bảng 3.3 Đường rạch phẫu thuật.

Triệu chứng	Đường trong miệng		Đường ngoài da	
	n	%	n	%
Nồng (n=25)	25	100,0	0	0,0

Sâu (n=6)	2	33,3	4	66,7
Tổng (n=31)	27	87,1	4	12,9

Nhận xét: Đường rạch trong miệng chiếm ưu thế với 87,1%. Trong đó nhóm nang nhái nông là 100%, nhóm nang nhái sâu là 33,3%. Đường rạch ngoài da chỉ chiếm 12,9%. Tất cả đều là nang nhái sâu.

3.2.2. Khả năng tái phát và biến chứng sau phẫu thuật.

Bảng 3.4. Tỷ lệ tái phát theo các phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị	Số nang (n=31)	Tái phát (n=3)	Tỷ lệ (%)
Cắt trọn nang	3	0	0,0
Mở thông khâu lộn túi	13	3	23,1
Cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi/dưới hàm	15	0	0,0
Tổng	31	3	9,7

Nhận xét: Tái phát chỉ gặp ở nhóm phẫu thuật mở thông khâu lộn túi với tỷ lệ 23,1%. Các trường hợp này sau đó được điều trị thành công bằng phẫu thuật cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi.

Bảng 3.5 Biến chứng sau phẫu thuật.

Phương pháp điều trị	Tổn thương ống Wharton		Tổn thương dây TK lưỡi	
	n	%	n	%
Cắt trọn nang (n=3)	0	0,0	0	0,0
Mở thông khâu lộn túi (n=13)	0	0,0	0	0,0
Cắt nang kèm cắt tuyến (n=15)	1	6,7	3	20,0
Tổng (n=31)	1	3,2	3	9,7

Nhận xét: Các trường hợp biến chứng sau phẫu thuật chỉ gặp ở phương pháp cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi hoặc và tuyến dưới hàm với tỷ lệ thấp. Có 1 ca tổn thương ống Wharton chiếm 6,7%. Tổn thương thần kinh lưỡi gây tê bì lưỡi gặp ở 3 trường hợp chiếm 30,0%.

3.2.3. Kết quả điều trị ngay sau khi ra viện.

Bảng 3.6 Kết quả sớm khi ra viện.

Kết quả	n	%
Tốt	25	80,6
Trung bình	2	6,5
Xấu	4	12,9
Tổng	31	100

Nhận xét: Ở thời điểm sau khi ra viện tỷ lệ kết quả tốt đạt 80,6% (25 BN), trung bình 6,5% (2BN). Có 4 BN có biến chứng tổn thương ống Wharton và dây thần kinh lưỡi đạt kết quả xấu chiếm 12,9% (chủ yếu ở nhóm phẫu thuật cắt nang kèm cắt tuyến)

3.2.4. Kết quả điều trị sau 6 tháng.

Bảng 3.7 Kết quả theo dõi trong thời gian 6 tháng..

Kết quả	n	%
Tốt	20	87,0
Trung bình	0	0,0
Xấu	3	13,0
Tổng	23	100

Nhận xét: Theo dõi trong vòng 6 tháng có 23/31 bệnh nhân khám lại và có thông tin đánh giá kết quả. Có 3 bệnh nhân tái phát nang đến khám sớm (đều nằm trong nhóm phẫu thuật mở thông khâu lộn túi). Các bệnh nhân này sau đó được nhập viện điều trị phẫu thuật lại, cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi. Các biến chứng sau mổ được cải thiện tốt. Tỷ lệ kết quả tốt sau theo dõi 6 tháng đạt 87% (20/23 BN).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các phương pháp điều trị phẫu thuật và đường phẫu thuật: Nghiên cứu này áp dụng sơ đồ phẫu thuật theo tác giả Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2011)[3]. Theo đó các nang đến lần đầu chưa vỡ có kích thước < 1,5cm đường kính được chỉ định phẫu thuật bóc trọn nang. Nghiên cứu ghi nhận có 3 trường hợp (chiếm tỷ lệ thấp 9,7%) được chỉ định và phẫu

thuật thành công. Với các nang nhái nông có kích thước lớn, chưa có tiền sử vỡ hoặc tái phát được chỉ định phẫu thuật mở thông khâu lộn túi có 13 trường hợp, chiếm tỷ lệ 41,9%. Các nang nhái sâu, các nang nhái có tiền sử tái phát được chỉ định phẫu thuật cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi hoặc/và dưới hàm gồm 15 trường hợp chiếm 48,4% (bảng 3.1). Trong tổng số 15 ca cắt nang kèm theo cắt tuyến, có 12 ca cắt tuyến dưới lưỡi

chiếm tỷ lệ 80%. Có 3 ca vừa cắt tuyến dưới lưỡi vừa cắt tuyến dưới hàm chiếm tỷ lệ 20% (bảng 3.2).

Chỉ định phẫu thuật đối với nang nhái rất quan trọng, nó liên quan mật thiết đến kết quả điều trị của dạng nang này. Đặc tính của nang nhái là dạng nang lành tính nhưng khả năng tái phát cao, ảnh hưởng nhiều đến tâm lý người bệnh. Lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp sẽ giúp đem lại thành công cao cho điều trị.

Về đường rạch, bảng 3.3 cho thấy, đường rạch trong miệng chiếm ưu thế với 87,1%. Trong đó nhóm nang nhái nông là 100%, nhóm nang nhái sâu là 33,3%. Đường rạch ngoài da chỉ chiếm 12,9% và tất cả đều là nang nhái sâu. Tùy theo từng ca lâm sàng cụ thể mà quyết định đường rạch hợp lý, giúp tiếp cận thương tổn dễ dàng và thuận lợi nhất trong quá trình phẫu thuật. Bên cạnh đó, đường rạch cũng có liên quan đến các tiêu chí đánh giá sau phẫu thuật, cũng như những nguy cơ tai biến trong và sau mổ khác nhau.

4.2. Khả năng tái phát và biến chứng sau phẫu thuật: Có 3 trường hợp cắt trọn nang với đặc điểm nang nhỏ (<1,5cm) mới phát hiện và chưa từng bị vỡ, quá trình bóc tách thuận lợi và theo dõi không thấy tái phát. Các trường hợp nang lớn đã từng bị vỡ hay tái phát và nang nhái sâu được chủ động cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi (12 trường hợp), cắt tuyến dưới lưỡi và cắt tuyến dưới hàm (3 trường hợp) cũng không phát hiện thấy tái phát. Trong 13 nang được phẫu thuật mở thông khâu lộn túi, có 3 tái phát chiếm tỷ lệ 23,1%. Các trường hợp này sau đó được chuyển sang phẫu thuật cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi.

Với phẫu thuật mở thông khâu lộn túi, nhiều nghiên cứu cho thấy có tỷ lệ tái phát rất cao. Theo Zhao và cộng sự (2004) tỷ lệ tái phát là 66,67%, theo Crysdale (1988) tỷ lệ tái phát từ 61-89%, theo Mortellano (2008) tỷ lệ này là 12% [4],[5],[6]. Tác giả Hồ Nguyễn Thanh Chơn nghiên cứu phẫu thuật mở thông khâu lộn túi nang nhái theo 2 phương pháp kinh điển và cải tiến, cho thấy tỷ lệ tái phát ở phương pháp kinh điển là 50%, còn ở phương pháp cải tiến (thời gian lưu bắc kéo dài 1 tuần) thì tỷ lệ tái phát là 11% [3]. Trong nghiên cứu này có 13 đối tượng được phẫu thuật mở thông khâu lộn túi và tỷ lệ tái phát ghi nhận được là 3 ca chiếm tỷ lệ 23,1%. Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với các kết luận về khả năng tái phát đối với phương pháp khâu lộn túi của các tác giả khác. Như vậy chúng tôi cũng đồng tình với tác giả Hồ Nguyễn Thanh Chơn về việc cần nhắc chỉ định khâu lộn túi. Khác với Hồ Nguyễn Thanh Chơn về đề xuất

phẫu thuật mở thông cải tiến để giảm thiểu nguy cơ tái phát bằng cách lưu giữ bắc trong 1 tuần, chúng tôi đề xuất cải tiến cách khâu lộn miệng túi bằng phương pháp khâu vắt và cắt chỉ muộn hơn vài ngày (thời gian cắt chỉ trung bình khoảng 10 ngày). Điều này sẽ giúp cho niêm mạc nang liền thương với niêm mạc sàn miệng, không còn cơ hội cho niêm mạc nang dính liền lại với nhau tạo ra nang tái phát.

Tỷ lệ tái phát của phẫu thuật nang nhái là rất lớn, ngoại trừ phẫu thuật kèm theo cắt tuyến dưới lưỡi, do đó có tác giả như Bridger (1989) đề xuất phẫu thuật cắt tuyến dưới lưỡi ở tất cả các trường hợp nang nhái không cần tính đến kích thước to nhỏ, loại nang nhái nông hay sâu. Tuy nhiên, theo chúng tôi không nên chỉ định rộng như vậy vì phẫu thuật cắt tuyến cũng có những rủi ro nhất định, đó là các biến chứng tổn thương ống Wharton và dây thần kinh lưỡi.

Trong nghiên cứu này, các trường hợp biến chứng sau phẫu thuật chỉ gặp ở phương pháp cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi hoặc và tuyến dưới hàm với tỷ lệ thấp (bảng 3.5). Có 1 ca tổn thương ống Wharton chiếm 6,7%. Ca này được phát hiện ngay trong mổ và xử trí bằng khâu dính miệng lỗ tuyến lên niêm mạc sàn miệng. Theo dõi không thấy hiện tượng tắc nước bọt. Tổn thương thần kinh lưỡi gây tê bì lưỡi gặp ở 3 trường hợp chiếm 30,0%, các biểu hiện này được khắc phục đáng kể sau 6 tháng. Như vậy có thể thấy, phẫu thuật cắt nang nhái kèm theo cắt tuyến dưới lưỡi hoặc và dưới hàm cho kết quả tốt, không tái phát và ít biến chứng. Các biến chứng tổn thương ống Wharton và tê bì lưỡi do tổn thương thần kinh lưỡi là những tai biến có thể xảy ra, do đó các phẫu thuật viên cần hết sức cẩn trọng và chú ý để tránh biến chứng này.

So sánh tỷ lệ biến chứng của nghiên cứu này với các tác giả khác, chúng tôi thấy nghiên cứu này có tỷ lệ biến chứng ít hơn, theo nghiên cứu của Zhao (2005) biến chứng tổn thương ống Wharton là 29,33%, tổn thương thần kinh lưỡi là 14,67%; theo Motellano (2008) tỷ lệ tổn thương thần kinh lưỡi là 4,4% [4], [6]. Có sự khác biệt này có thể do số lượng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi còn ít, mặt khác đối tượng được chỉ định chặt chẽ, kiểm soát phẫu thuật tốt, nên tỷ lệ biến chứng đã được giảm thiểu tối đa.

4.3. Kết quả điều trị ngay sau khi ra viện và sau sáu tháng: Bảng 3.6 cho thấy: ở thời điểm sau khi ra viện tỷ lệ kết quả tốt đạt 80,6% (25 BN), trung bình 6,5% (2BN). Có 4 BN có biến chứng tổn thương ống Wharton và dây thần kinh lưỡi đạt kết quả xấu chiếm 12,9% (chủ yếu ở

nhóm phẫu thuật cắt nang kèm cắt tuyến). Như vậy có thể thấy, điều trị phẫu thuật nang nhái sàn miệng an toàn và cho kết quả sớm khả quan. Các biến chứng về tổn thương ống Wharton được giải quyết ống không có biểu hiện tắc nước bọt, còn các ca tổn thương thần kinh lưỡi với biểu hiện tê bì cũng được cải thiện trong khoảng thời gian dưới 6 tháng.

Theo dõi trong khoảng thời gian ngắn 6 tháng, chúng tôi tiếp nhận được 23/31 bệnh nhân đạt tỷ lệ 74,2% (bảng 3.7). Trong số bệnh nhân ghi nhận được có 3 bệnh nhân tái phát nang đến khám sớm (đều nằm trong nhóm phẫu thuật mở thông khâu lộn túi). Các bệnh nhân này sau đó được nhập viện điều trị phẫu thuật lại, cắt nang kèm cắt tuyến dưới lưỡi. Các biến chứng sau mổ được cải thiện tốt. Bảng 3.7 cho thấy tỷ lệ kết quả tốt sau theo dõi 6 tháng đạt 87% (20/23 BN). Kết quả nghiên cứu một lần nữa khẳng định: lựa chọn phương pháp phẫu thuật hợp lý, kiểm soát phẫu thuật tốt sẽ mang lại thành công cho điều trị, làm giảm thiểu nguy cơ tái phát, giảm thiểu tỷ lệ biến chứng, và cho kết quả tốt với tỷ lệ cao.

V. KẾT QUẢ

-Tỷ lệ cắt trọn nang thấp chỉ chiếm 9,7%. Tỷ lệ mở thông khâu lộn túi và tỷ lệ cắt nang kèm cắt tuyến chiếm tỷ lệ cao gần tương đương nhau lần lượt là 41,9% và 48,4%. Đường rạch trong miệng chiếm 87,1%, ngoài da chiếm 12,9%.

-Tái phát chỉ gặp ở nhóm phẫu thuật mở thông khâu lộn túi với tỷ lệ 23,1%.

-Biến chứng tổn thương ống Wharton và dây thần kinh lưỡi chỉ gặp ở nhóm phẫu thuật cắt nang kèm theo cắt tuyến với tỷ lệ thấp lần lượt là 6,7% và 30,0%, các biểu hiện này được khắc phục đáng kể sau 6 tháng.

-Ở thời điểm sau khi ra viện tỷ lệ kết quả tốt đạt 80,6% (25 BN), trung bình 6,5% (2BN). Theo dõi trong vòng 6 tháng có 23/31 bệnh nhân khám lại và có thông tin đánh giá kết quả. Tỷ lệ kết quả tốt sau theo dõi 6 tháng đạt 87%.

KIẾN NGHỊ

-Chỉ nên phẫu thuật cắt trọn nang nhái khi nang không có tiền sử vỡ hay tái phát và có kích thước < 1,5cm.

-Với nang nhái thể nông có kích thước $\geq$ 1,5cm chưa có tiền sử vỡ hay tái phát nên phẫu thuật mở thông khâu lộn túi với kỹ thuật khâu vết thay vì khâu mũi rời.

-Các nang nhái thể sâu và các nang có tiền sử tái phát nên phẫu thuật cắt nang kèm theo cắt tuyến dưới lưỡi. Cần đặc biệt chú ý mổ giải phẫu để tránh biến chứng tổn thương ống Wharton và dây thần kinh lưỡi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Archer (1975), "Oral and Maxillofacial Surgert", W.B.Saunders Company, p. 552, 687-692.
2. Granick M.S., Hanna D.C. (1992), "Management of salivary gland lesions", The company Williams and Wilkins, p. 89-90, 175-176.
3. Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2011), "Hiệu quả các phương pháp phẫu thuật nang nhái", Tạp chí Y học thực hành, 778 (10), tr. 46-49.
4. Zhao YF, Jia Y, Chen XM, Zhang WF (2004), "clinical review of 580 ranula", Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod, 98:281-7.
5. Crysdale WS, Mendelsohn JD, Conley S (1988), "Ranulas - mucocoeles of the oral cavity: experience in 26 children", Laryngoscope, 98:296-298.
6. Mortellano C, Dall-Oca S, Lucchina AC, et al (2008), "Sublingual ranula: a closer look to its surgical management", J Craniofac Surg 19(1):286-290.
7. Chidzonga MM, Mahomva L (2007), "Ranula: experience with 83 cases in Zimbabwe" J Oral Maxillofac Surg, 65:79-82.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT ĐỤC LỆCH THỂ THỦY TINH

Nguyễn Xuân Hiệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả phẫu thuật trên những mắt đục lệch thể thủy tinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu,

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiệp

Email: nguyentuanhiệpvnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

can thiệp, không đối chứng được tiến hành trên 28 bệnh nhân với 30 mắt đục lệch thể thủy tinh từ tháng 1/2012 –tháng 1/2013 tại Bệnh viện Mắt Trung Ương.

Kết quả và bàn luận: Tỷ lệ nam chiếm 82%, tuổi trung bình 50.6 ± 14.4 . Nguyên nhân: chấn thương 60%, hộ chứng Marfan 15,7%, giả bong bao thể thủy tinh ở người già 15,7%, cận thị nặng 6,7%. 50% mắt lệch thể thủy tinh $\leq 180^\circ$, 50% mắt lệch trên 180° . 100% thị lực trước mổ dưới 1/10. 30% bệnh nhân có nhãn áp trước mổ ≥ 24 mmHg. Phẫu thuật phaco IOL có sử dụng vòng căng bao thực hiện được ở 12 mắt, 18 mắt được phẫu thuật cố định IOL vào củng mạc.

Các biến chứng trong mổ không có. Biến chứng sau mổ có: phù giác mạc, phản ứng màng bồ đào nhẹ, đáp ứng điều trị nội khoa. Ở nhóm cố định IOL vào củng mạc có 1 mắt bong võng mạc sau 4 tháng. Ở nhóm Phaco đặt vòng căng bao có 1 mắt IOL bị lệch tâm xuống dưới, đã được mổ cố định lại. Sau mổ 6 tháng ở nhóm cố định IOL vào củng mạc, 55,6% có thị lực trên 0,5. Ở nhóm Phaco có sử dụng vòng căng bao, 83,3% mắt có thị lực $\geq 0,5$, 1 mắt có thị lực $< 0,1$ do có sẹo VM trung tâm sau chấn thương. **Kết luận:** Phẫu thuật đục lệch TTT cho kết quả tốt trong đó phương pháp phẫu thuật phaco IOL có sử dụng vòng căng bao đạt hiệu quả tốt trong các trường hợp đục lệch TTT $\leq 180^\circ$.

Từ khóa: Lệch thể thủy tinh, phẫu thuật phaco.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF SUBLUXATED CATARACT LENS

Objective: To evaluate the surgical outcomes of subluxated cataract lens. **Subjects and methods:** Prospective interventional uncontrolled study, conducted on 30 eyes of 28 patients diagnosed with subluxated cataract. **Results and Discussion:** The proportion of men accounted for 82%, mean age 50.6 ± 14.4 . Main causes: trauma 60%, Marfan syndrome 15.7%, Pseudoexfoliative cataract 15.7%, high myopia 6.7%. 50% of lens subluxated less than 180° , 50% of the lens dislocated more than 180° . 100% of preoperative VA is below 1/10. 30% of patients had preoperative IOP ≥ 24 mmHg. Phacoemulsification with capsular tension ring has been done in 12 eyes, and 18 eyes undergone scleral fixated IOL surgery. No intraoperative complications. Postoperative complications: cornea edema, mild anterior uveitis. In the sclera fixated IOL group, there is one case with retinal detachment after 4 months. 6 months after surgery, 55,6% of patients in scleral IOL fixated group has VA $> 5/10$, 83,3% of phaco with capsular tension ring group has VA $> 5/10$, 1 eye with VA below 1/10 because of retinal scar. **Conclusion:** Subluxated cataract had good surgical outcomes, especially Phacoemulsification with capsular tension ring achieve good results in cases of lens dislocated less than 180° .

Keywords: subluxated cataract lens, phacoemulsification

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật điều trị đục lệch thể thủy tinh là một trong những phẫu thuật khó đối với các phẫu thuật viên nhãn khoa. Đục lệch thể thủy tinh là trường hợp thủy tinh thể bị đục và nằm lệch ra khỏi vị trí bình thường. Nguyên nhân của bệnh có thể do các hội chứng bẩm sinh như hội chứng Marfan, hội chứng homocystein niệu, hội chứng Ehlers – Danlos... Đục lệch thể thủy tinh cũng có thể mắc phải sau các chấn thương đụng dập nhãn cầu hoặc gặp ở người già bị hội chứng già bong bao. Trước đây các phẫu thuật viên thường lựa chọn phẫu thuật lấy thủy tinh thể

trong bao hoặc ngoài bao trong các trường hợp đục lệch thủy tinh thể. Tuy nhiên hiện nay với sự tiến bộ của kỹ thuật Phaco và việc sử dụng các loại thể thủy tinh nhân tạo và vòng căng bao, các phương pháp phẫu thuật mới như phẫu thuật phaco đặt IOL sử dụng vòng căng bao hay phẫu thuật cố định IOL vào củng mạc cho kết quả rất tốt trên các mắt bị đục lệch thủy tinh thể. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá hiệu quả phẫu thuật đục lệch thủy tinh thể" với mục tiêu:

- Đánh giá hiệu quả của 2 phương pháp phẫu thuật Phaco đặt IOL sử dụng vòng căng bao và phẫu thuật cố định IOL vào củng mạc trong điều trị đục lệch thủy tinh thể.

- Đánh giá các biến chứng sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán đục lệch thể thủy tinh có chỉ định phẫu thuật (có TL $< 1/10$, có song thị hoặc có kèm các biến chứng khác) tại bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 1/2012 đến tháng 1/2013.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đến khám theo lịch hẹn khám lại.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, can thiệp, không đối chứng

2.2.2. Cỡ mẫu: 30 mắt của 28 bệnh nhân

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu: Phương tiện đo thị lực, nhãn áp, máy sinh hiển vi, máy đo khúc xạ. Máy phẫu thuật Phaco Infiniti.

2.2.4. Cách thức nghiên cứu

Hỏi bệnh: tuổi, giới, tiền sử

Khám và đánh giá trước phẫu thuật: thử thị lực, đo nhãn áp, khám sinh hiển vi đánh giá mức độ lệch thể thủy tinh, sự có mặt của dịch kính ở tiền phòng và kiểm tra đáy mắt sau khi đồng tử được giãn tối đa.

Theo dõi sau mổ: sau mổ 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Các thông số khám bao gồm thị lực tốt nhất (sau chỉnh kính), nhãn áp, vị trí IOL và các biến chứng xảy ra.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS for windows 13.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về giới và tuổi của bệnh nhân: Số bệnh nhân được phẫu thuật là 28 người có độ tuổi trung bình là $50,6 \pm 14,4$, trong đó tuổi thấp nhất là 8 và cao nhất là 75. Nam chiếm 82%, nữ chiếm 18%.

3.1.2. Nguyên nhân gây đục lệch thể thủy tinh

Nguyên nhân	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Chấn thương đụng dập	18	60
Hội chứng Marfan	5	16,7
Hội chứng giả bong bao	5	16,7
Cận thị nặng	2	6,6

Nguyên nhân thường gặp nhất gây đục lệch thể thủy tinh thể là do chấn thương đụng dập. Nguyên nhân thường gặp thứ hai là hội chứng Marfan. Ngoài ra đục lệch thể thủy tinh thể cũng gặp trên những bệnh nhân già có hội chứng giả bong bao gây thoái hóa và yếu các dây chằng Zinn dẫn đến lệch thể thủy tinh khỏi vị trí giải phẫu, hoặc những bệnh nhân cận thị nặng, trục nhãn cầu dài cũng dễ bị lệch thể thủy tinh.

3.1.3. Mức độ lệch thể thủy tinh trước mổ

Mức độ lệch TTT	<150°	150° - 180°	>180°
Số lượng	3	12	15
Tỉ lệ (%)	10,0	40,0	50,0

Lệch thể thủy tinh mức độ nặng, trên 180 độ chiếm tỷ lệ cao nhất, tới 50,0%. Mức độ lệch trung bình chiếm 40,0% và lệch nhẹ chiếm 10,0%. Điều này có thể được giải thích là do ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân chủ yếu dẫn đến đục lệch thể thủy tinh là do chấn thương đụng dập. Chính vì vậy mức độ lệch thường nặng hơn so với lệch thể thủy tinh do các nguyên nhân khác.

3.1.4. Thị lực trước mổ: Kết quả thị lực trước mổ của 100% các bệnh nhân đều dưới 1/10, trong đó thị lực kém ĐNT<3m chiếm 83,3%. Kết quả này cũng phù hợp với mức độ lệch thể thủy tinh trước mổ chủ yếu là lệch mức

độ nặng. Ngoài ra đục lệch thể thủy tinh thể dù do nguyên nhân nào cũng thường kèm theo các bất thường về mắt khác, do đó thị lực trước mổ của bệnh nhân thường không cao.

3.1.5. Nhãn áp trước mổ: Nhãn áp trung bình trước mổ là $22,66 \pm 4,28$ mmHg. Nhãn áp trung bình cao là do trong đó có 9 mắt tăng nhãn áp chiếm 30,0%. Tăng nhãn áp cũng là một biến chứng thường gặp do đục lệch thể thủy tinh, đặc biệt là những trường hợp đục lệch thể thủy tinh do chấn thương.

3.2. Hiệu quả phẫu thuật**3.2.1. Thị lực sau mổ****3.2.1.1. Nhóm phẫu thuật Phaco đặt IOL có sử dụng vòng căng bao**

Thị lực sau mổ	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
<1/10	1	1	1	1
1 - <5/10	7	3	1	1
≥5/10	4	8	10	10

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 12 mắt được phẫu thuật Phaco đặt IOL có sử dụng vòng căng bao. Ở nhóm này, đa số các bệnh nhân sau mổ có thị lực tốt đạt trên 5/10. Tỷ lệ thị lực tốt tăng dần theo thời gian. Ở thời điểm sau mổ 1 tuần, 33,3% các bệnh nhân có thị lực trên 5/10. Và đến thời điểm sau mổ 6 tháng có tới 83,3% bệnh nhân có thị lực sau mổ đạt $\geq 5/10$, trong đó có 2 mắt đạt thị lực 9/10. Sau 6 tháng có 1 mắt thị lực dưới 1/10 là do mắt có sẹo võng mạc sau chấn thương. Phẫu thuật Phaco đặt IOL có sử dụng vòng căng bao được chỉ định trên những trường hợp đục lệch mức độ nhẹ, do đó mắt cũng thường ít có các tổn thương kèm theo và khả năng phục hồi thị lực sau mổ cũng tốt hơn.

3.2.1.2. Nhóm phẫu thuật cố định IOL vào củng mạc

TL sau mổ	1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
<1/10	1	1	1	1
1- <5/10	12	11	8	7
≥5/10	5	6	9	10

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 18 mắt được lấy thể thủy tinh trong bao sau đó phẫu thuật cố định IOL vào củng mạc. Ở nhóm này, thị lực sau mổ của bệnh nhân chủ yếu trong khoảng 1/10 đến 5/10. Tuy nhiên thị lực của bệnh nhân cũng tăng dần lên theo thời gian. Đến thời điểm sau mổ 6 tháng, tỷ lệ bệnh nhân có thị

lực trên 5/10 chiếm đa số tới 55,6%, trong đó có 3 mắt đạt thị lực 7/10.

3.2.2 Nhãn áp sau mổ

-Nhóm phẫu thuật Phaco đặt IOL có sử dụng vòng căng bao: Với 12 mắt thuộc nhóm phẫu thuật Phaco đặt IOL có sử dụng vòng căng bao, nhãn áp trung bình sau mổ là $17,34 \pm 1,86$

mmHg và không có mắt nào bị biến chứng tăng nhãn áp. Đây là nhóm bệnh nhân đục lệch ở mức độ nhẹ hơn do đó kỹ thuật mổ cũng đơn giản, ít biến chứng hơn.

- Nhóm phẫu thuật cố định IOL vào củng mạc: Với 18 mắt thuộc nhóm phẫu thuật cố định IOL vào củng mạc, nhãn áp trung bình là $19,26 \pm 3,14$ mmHg. Có 2 mắt sau mổ nhãn áp cao trên 25 mmHg, sau khi dùng thuốc hạ nhãn áp thì nhãn áp đã điều chỉnh. Đây là nhóm bệnh nhân đục lệch ở mức độ nặng hơn do đó thường có các tổn thương khá kèm theo. Đồng thời kỹ thuật mổ cũng phức tạp hơn và tỷ lệ biến chứng sau mổ cũng gặp nhiều hơn.

3.3. Biến chứng

3.3.1. Biến chứng trong mổ: Chỉ định phương pháp phẫu thuật phù hợp, phẫu thuật viên có kỹ thuật tốt nên không có trường hợp nào có biến chứng trong mổ.

3.3.2. Biến chứng sau mổ: Ở thời điểm sau mổ 1 ngày, ở cả 2 nhóm có 5 mắt bị phù giác mạc chiếm 16,7%. Ở nhóm phẫu thuật lấy thể thủy tinh trong bao và cố định IOL vào củng mạc có 2 mắt có phản ứng màng bồ đào đều tuy nhiên 2 trường hợp này đều đáp ứng rất tốt với điều trị nội khoa.

Theo dõi lâu dài ở cả 2 nhóm không có mắt nào bị viêm mủ nội nhãn. Có một mắt bị bong võng mạc sau 4 tháng ở nhóm lấy thể thủy tinh trong bao và cố định IOL vào củng mạc. Ở nhóm phẫu thuật Phaco đặt IOL có sử dụng vòng căng bao có 1 mắt bị lệch IOL, đã được PT lại cố định 1 càng IOL vào củng mạc, thị lực sau mổ đạt 5/10.

Như vậy ở cả 2 nhóm nghiên cứu không có trường hợp nào bị biến chứng nghiêm trọng gây ảnh hưởng đến thị lực.

IV. KẾT LUẬN

Phẫu thuật đục lệch TTT và lệch IOL cho kết quả tốt, trong đó phương pháp phẫu thuật phaco đặt IOL có sử dụng vòng căng bao cho hiệu quả tốt đối với mắt đục lệch thể thủy tinh dưới 180° với 83,3% mắt có thị lực sau mổ trên 5/10.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoffman, R.S., Snyder, M.E., Devgan, U. et al (2013) "Management of the subluxated crystalline lens" *J Cataract Refract Surg*, 39: 1904-1915
2. Chee, S.P. and Jap, A.(2011) "Management of traumatic severely subluxated cataracts" *Am J Ophthalmol*. 151: 866-871
3. Frost, N.A., Sparrow, J.M., Strong et al. (1995) "Vitreous loss in planned extracapsular cataract extraction does lead to a poorer visual outcome" *Eye*, 9: 446-451
4. Price, M.O., Price, F.W. Jr., Werner, L., Berlie et al. (2005) "Late dislocation of scleral-sutured posterior chamber intraocular lenses" *J Cataract Refract Surg*. 31: 1320-1326
5. Wagoner, M.D., Cox, T.A., Ariyasu, R.G. Jacobs et al (2003). "Intraocular lens implantation in the absence of capsular support: a report by the American Academy of Ophthalmology" *Ophthalmology* 110: 840-859
6. Đỗ Như Hân, Phạm Thị Khánh Vân (2012) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị sa, lệch thể thủy tinh do chấn thương đụng dập nhãn cầu" *Tạp chí nhãn khoa* (1)

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA RỐI LOẠN LO ÂU LAN TỎA Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Nguyễn Văn Dũng và cộng sự

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lo âu gặp phổ biến trong lâm sàng tâm thần học, khoảng 20% dân số thế giới mắc rối loạn này. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và nhận xét điều trị rối loạn lo âu lan tỏa ở bệnh nhân trên 18 tuổi. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 90 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lo âu lan tỏa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, trên 18 tuổi, điều trị nội trú từ 9/2014 đến 7/2015 tại

Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai, có sử dụng một số trắc nghiệm tâm lý và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê toán học thông thường. **Kết quả nghiên cứu:** Rối loạn lo âu lan tỏa thường khởi phát ở nhóm tuổi 36-45 tuổi (47%), gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ nữ/nam là 3/1). Biểu hiện lo âu dai dẳng, liên tục, mơ hồ, lơ lửng. Các triệu chứng cơ thể đa dạng, tập trung chủ yếu ở hệ tim mạch, tiêu hóa, thần kinh, biểu hiện tăng quá mức hoạt động thần kinh tự trị. **Kết luận:** Lo âu lan tỏa là triệu chứng thường gặp trong lâm sàng tâm thần học. Triệu chứng đa dạng và đáp ứng tốt với điều trị.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES SOME OF GENERALIZED ANXIETY DISORDER IN ADULTS

* Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com
Ngày nhận bài: 13.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 14.4.2017
Ngày duyệt bài: 21.4.2017

Background: Anxiety disorders commonly encountered in clinical psychiatry, about 20% of the world population suffering from this disorder. **Objective:** Describe clinical characteristics and treatment comment generalized anxiety disorder in patients over 18. **Research Methodology:** Description cut 90 patients diagnosed define generalized anxiety disorder according to the diagnostic criteria of ICD 10, over 18, inpatient from 9/2014 to 7/2015 at the Institute mental health - the Bach Mai Hospital, has used a number of psychological tests and data processing method conventional mathematical statistics. **Findings:** generalized anxiety disorder often begins in the age group 36-45 years old (47%), common in women than in men (ratio of female/male is 3/1). Persistent manifestations of anxiety, constant, vague, hovering. The various physical symptoms, concentrated mainly in the cardiovascular system, digestive, nervous, expression exaggerated autonomic nervous activity. **Conclusion:** Anxiety spreads are common symptoms in clinical psychiatry. Symptoms varied and respond well to treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lo âu là cảm xúc thường gặp nhất của con người với nhiều mức độ khác nhau và thường chỉ là những biểu hiện nhất thời. Tuy nhiên, lo âu quá mức, kéo dài sẽ trở thành rối loạn lo âu trong bệnh lý tâm thần. Các rối loạn lo âu gặp phổ biến trong lâm sàng tâm thần học, khoảng 20% dân số thế giới mắc rối loạn này. Rối loạn lo âu lan tỏa (RLLALT) là một thể lâm sàng thường

gặp, chiếm tỷ lệ 37% trong các rối loạn lo âu được điều trị nội trú.

Trên thế giới, nhiều nghiên cứu lâm sàng về rối loạn lo âu lan tỏa đã chỉ ra những tiến bộ mới trong tìm hiểu về bệnh nguyên, bệnh sinh, nhận dạng triệu chứng và kiểm soát bệnh. Ở Việt Nam, cho đến thời điểm này chưa có những nghiên cứu sâu về bệnh học lâm sàng của rối loạn lo âu lan tỏa. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi chọn đề tài với hai mục tiêu nghiên cứu sau: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và nhận xét điều trị của rối loạn lo âu lan tỏa ở bệnh nhân trên 18 tuổi, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

90 bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lo âu lan tỏa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ICD 10, trên 18 tuổi.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành từ 9/2014 đến 7/2015, tại Viện Sức khỏe Tâm thần - Bệnh viện Bạch Mai, có sử dụng một số trắc nghiệm tâm lý.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Nghiên cứu trên 90 bệnh nhân. Tuổi từ 36-55, trung bình là $42,5 \pm 11,2$ tuổi. Bệnh nhân nữ có 69, nam là 21.

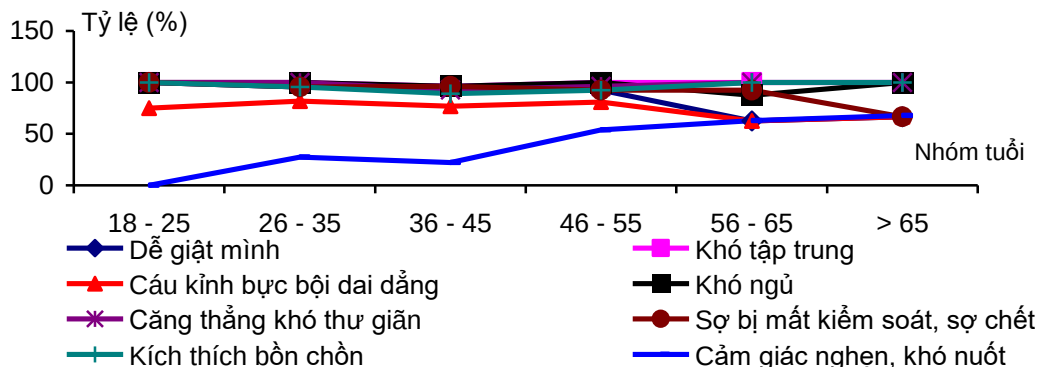
2. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm về nội dung của lo âu

Nội dung của lo âu	Nam (n = 21)		Nữ (n = 69)		Tổng số (n = 90)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Lo về sức khỏe	19	90	63	91	82	91
Lo về tài chính	11	52	33	48	44	49
Lo về người thân trong gia đình	7	33	22	32	29	32
Lo về công việc, học tập	4	19	10	14	14	16

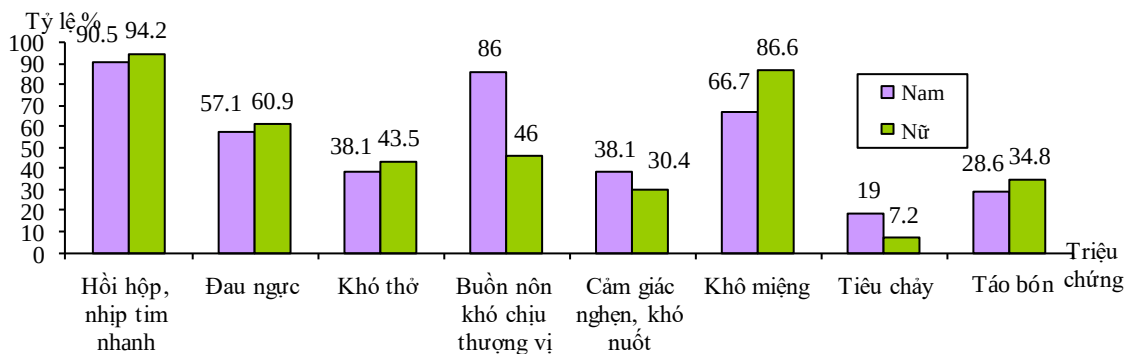
Nhận xét: Các biểu hiện về lo âu có sự phân bố đều giữa 2 giới. Trong đó, lo âu về sức khỏe chiếm tỷ lệ cao nhất, 91%. Lo âu về tài chính có tỷ lệ thấp hơn, 49%.

Biểu đồ 1. Sự phân bố các triệu chứng tâm thần theo nhóm tuổi.



Nhận xét: Đa số triệu chứng tâm thần phân bố đều ở các nhóm tuổi và chiếm tỷ lệ cao. Để gạt mình có tỷ lệ cao ở nhóm tuổi dưới 55 (92,3%-100%), giảm dần theo tuổi (62,5%-66,7%). Cảm giác nghẹn khó nuốt là triệu chứng ít gặp hơn, tỷ lệ thấp nhất ở nhóm tuổi dưới 35, tỷ lệ tăng dần theo tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi trên 65 (67,7%).

Biểu đồ 2: Tần xuất xuất hiện các triệu chứng về tim mạch và tiêu hóa theo giới



Nhận xét: Biểu hiện về tim mạch gặp phổ biến trên lâm sàng và phân bố đều ở cả 2 giới. Các triệu chứng về tiêu hóa cũng gặp với tỷ lệ cao, đặc biệt các triệu chứng: buồn nôn khó chịu, khó nuốt; khô miệng, tiêu chảy có sự khác biệt giữa 2 giới. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Ngày điều trị trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Thời gian điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dưới 10 ngày	16	17,8
10 đến 20 ngày	44	48,9
Trên 20 ngày	30	33,3
Ngày điều trị trung bình: $17,4 \pm 6,6$		

Nhận xét: Thời gian điều trị từ 10 đến 20 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất, 48,9%. Ngày điều trị trung bình là 17,4 ngày.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Elizabet Hoge: rối loạn lo âu lan tỏa có tỷ lệ cao ở nhóm phụ nữ từ 44 tuổi trở lên. Các kết quả nghiên cứu trên cho thấy tuổi mắc bệnh chủ yếu nằm trong lứa tuổi lao động, lứa tuổi gặp nhiều sang chấn tâm lý trong cuộc sống, áp lực trong công việc. Thêm vào đó, rối loạn lo âu lan tỏa có tỷ lệ cao ở nữ. Phụ nữ ở độ tuổi trên 35 thường chịu nhiều áp lực về gia đình, sức khỏe thay đổi do các giai đoạn mang thai, sinh đẻ; sau tuổi 45 là giai đoạn thay đổi nội tiết tố sinh dục nữ, bước vào giai đoạn tiền mãn kinh, mãn kinh. Các yếu tố trên tác động lẫn nhau góp phần làm tăng tỷ lệ mắc rối loạn lo âu lan tỏa.

Tỷ lệ mắc bệnh giữa 2 giới có sự khác biệt rõ rệt, nữ so với nam là 3/1. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lim (2005), Kessler (2005). Các nghiên cứu khác đưa ra tỷ lệ thấp hơn: 2/1. Theo nghiên cứu của Michael Kavan (2009), tỷ lệ rối loạn lo âu lan tỏa ở nam sẽ giảm

dần theo thời gian, còn ở nữ tỷ lệ này sẽ tăng lên. Theo tác giả Roe-Sepowitz (2005), sự khác biệt tỷ lệ mắc bệnh theo giới liên quan đến sự khác nhau về hoocmon. Tác động của yếu tố văn hóa lên 2 giới khác nhau. Hơn nữa, phụ nữ trong cuộc sống có nhiều giai đoạn có sự thay đổi về yếu tố sinh học, dẫn đến dễ mắc các rối loạn lo âu như: thời kỳ mang thai, thời kỳ sinh đẻ, giai đoạn tiền mãn kinh.

2. Đặc điểm của triệu chứng lo âu: Trong rối loạn lo âu lan tỏa, lo âu là triệu chứng chính với các nét đặc trưng sau: Lo âu vì những lý do rất nhỏ và những sự việc thường ngày. Phạm vi lo âu thường không tương xứng với lý do và tình huống liên quan.

Tuy nhiên, một nghiên cứu khác của Heimberg (1999) cho kết quả không tương đồng: không có sự khác biệt nhiều về nội dung lo âu giữa 2 nhóm lo âu bình thường và lo âu trong rối loạn lo âu lan tỏa. Chính vì vậy, khi xem xét về lo âu bệnh lý, chúng ta nên chú trọng vào việc tìm hiểu xem bệnh nhân *lo âu như thế nào* hơn là *lo âu về điều gì*.

3. Đặc điểm của các triệu chứng tâm thần: Nhìn chung, các triệu chứng tâm thần trong rối loạn lo âu lan tỏa (theo ICD 10) chiếm tỷ lệ cao và phân bố đều giữa các nhóm tuổi.

Kết quả nghiên cứu trên cho thấy, các triệu chứng tâm thần biểu hiện hầu hết ở mức độ vừa và trầm trọng, gây cản trở rất lớn đến công việc, học tập của bệnh nhân, ảnh hưởng rõ rệt đến chất lượng cuộc sống của họ.

4. Đặc điểm các triệu chứng tim mạch và tiêu hóa: Phân theo nhóm tuổi, triệu chứng đau ngực gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 18 – 35, từ 36 tuổi trở lên triệu chứng này có tỷ lệ giảm dần. Hồi hộp tim đập nhanh chiếm tỷ lệ cao và phân bố đều ở các nhóm tuổi.

Cũng như các triệu chứng tim mạch, các triệu chứng về tiêu hóa là một trong số các triệu chứng cơ thể thường gặp trong rối loạn lo âu lan tỏa. Bệnh nhân luôn than phiền về các cảm giác đầy bụng khó tiêu, cồn cào nóng rát trong ruột, kèm theo là cảm giác khô miệng. Rất nhiều trường hợp rối loạn lo âu lan tỏa có rối loạn đại tiện, đặc biệt là táo bón. Bệnh nhân thường đến khám ở chuyên khoa tiêu hóa hoặc được điều trị một thời gian sau đó mới tới chuyên khoa tâm thần. Do đó, việc nắm vững đặc điểm của triệu chứng tiêu hóa trên bệnh nhân rối loạn lo âu lan tỏa là rất cần thiết đối các bác sỹ đa khoa, đặc biệt ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu nhằm mục đích chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời.

V. KẾT LUẬN

1. Rối loạn lo âu lan tỏa thường khởi phát ở nhóm tuổi 36-45 tuổi (47%), gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ nữ/nam là 3/1).

2. Biểu hiện lo âu dai dẳng, liên tục, mơ hồ, lơ lửng. Nội dung lo âu đa dạng, lo âu về sức khỏe chiếm tỷ lệ cao nhất. Các triệu chứng tâm thần của rối loạn lo âu lan tỏa (theo ICD 10) chiếm tỷ lệ cao (85,7% - 100%), phân bố đều giữa 2 giới, xuất hiện phần lớn thời gian trong ngày.

3. Các triệu chứng cơ thể đa dạng, tập trung chủ yếu ở hệ tim mạch, tiêu hóa, thần kinh, biểu hiện tăng quá mức hoạt động thần kinh tự trị. Cụ thể: *Hồi hộp tim đập nhanh* chiếm tỷ lệ cao nhất (93%). *Khô miệng* cũng có tỷ lệ cao: 79%. *Vã mồ hôi, cơ nóng lạnh* là triệu chứng thường gặp. *Chóng mặt và run tay chân* là 2 triệu chứng gặp nhiều ở nữ (70% và 73,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hữu Bình** (2004), *Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở những người có bệnh lý dạ dày-ruột thực thể và chức năng*. Luận án tiến sỹ y khoa. Đại học Y Hà Nội. tr 67-72.
2. **Nguyễn Kim Việt** (2009), *Lâm sàng và điều trị các rối loạn lo âu*, Bộ môn tâm thần – Đại học Y Hà Nội. tr 4.
3. **Nguyễn Kim Việt - Nguyễn Viết Thiêm** (2003), "Sinh hóa não – các chất dẫn truyền thần kinh", *Các rối loạn liên quan tới stress và điều trị học trong tâm thần*, Bộ môn tâm thần – Đại học Y Hà nội, tr 64.
4. **Dan J. Stein** (2009), "Generalized anxiety disorders", *Textbook of anxiety*, American Psychiatric Publishing, Inc, pp. 3, 4, 115-119, 125-126, 6, 180, 210, 351, 352, 362, 369.
5. **David Castle**, (2006): "Anxiety disorders in women", *Mood and Anxiety Disorders in Women*, Cambridge University Press, USA pp. 59, 64-65.
6. **David Nutt and James Ballenge**, (2003), "Generalized Anxiety Disorder" *Anxiety Disorders*, Massachusetts, USA, pp. 8, 28, 34
7. **Elizabeth A. Hoge** (2004), *Generalized Anxiety Disorder*, Focus, American Psychiatric Association, Focus 2:346-359.

TÌNH HÌNH KHÁNG VÀ SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ NĂM 2016

Nguyễn Huy Ngọc*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc sử dụng kháng sinh tràn lan như hiện nay sẽ xuất hiện ngày càng nhiều các chủng VK

*BV Đa khoa Tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email: Huyngoc888@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

kháng thuốc làm tăng tỷ lệ điều trị thất bại nhiễm khuẩn. **Mục tiêu:** Khảo sát tình hình kháng và sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** A. baumannii kháng với nhiều KS: kháng imipenem, meropenem, ceftazidime, còn tương đối nhạy với Doxycyclin, Minocyclin. Nhạy 100% với colistin. P.aeruginosa còn nhạy với piperacillin + tazobactam, kháng nhóm carbapenem. Chưa phát hiện chủng nào kháng colistin. E. colikhoáng

cephalosporin, kháng quinolon, nhạy cảm cao với nhóm carbapenem. Tỷ cầu vàng kháng methicillin 100%, nhạy hoàn toàn với vancomycin và linezolid. Tỷ lệ điều trị KS ban đầu không phù hợp là 43,1%. Trong nhóm điều trị kháng sinh không phù hợp tỷ lệ nhiễm khuẩn do các VK gram(-) đa kháng cao hơn đặc biệt là *A.baumannii*, *P.aeruginosa*. **Kết luận:** Các bệnh nhân được điều trị kháng sinh phù hợp có số ngày điều trị tại khoa HSTC ngắn hơn, tỷ lệ sốc NK và tỷ lệ tử vong thấp hơn.

Từ khóa: kháng kháng sinh, nhiễm khuẩn bệnh viện, Phú Thọ.

SUMMARY

SITUATION OF ANTIBIOTICS USED AND RESISTANCE ON TREATMENT HOSPITAL – ACQUIRED INFECTIONS IN INTENSIVE CARE UNIT OF PHU THO GENERAL HOSPITAL IN 2016

Background: The use of antibiotics is widespread nowadays causing increasing antibiotic-resistant bacteria and increasing the rate of treatment failure. **Objective:** Survey on situations of antibiotics used and resistance on treatment hospital – acquired infections in intensive care units of Phu Tho general hospital in 2016. **Methods:** Descriptive study. **Results:** *A. baumannii* is resistant to many antibiotics: imipenem, meropenem, ceftazidime, is relatively sensitive to doxycycline, minocycline. Totally sensitive to colistin. *P.aeruginosa* is also sensitive to piperacillin + Tazobactam, is resistant to the carbapenem group. Not detected bacteria resistant to colistin. *E. coli* is resistant to cephalosporin, quinolones, are totally sensitive to carbapenems. Methicillin-resistant staphylococcus aureus are highly sensitive to vancomycin and linezolid. Incorrect initial antibiotic treatment rate was 43.1%. In the group of antibiotic treatment inappropriate, the rate of bacterial infections caused by multi-resistant gram-negative bacteria is higher, especially *A.baumannii*, *P. aeruginosa*. **Conclusion:** Patients receiving appropriate antibiotic treatment had shorter number of days of treatment in the intensive care unit, lower incidence of sepsis shock and lower mortality.

Keywords: antibiotic resistance, hospital – acquired infections, Phu Tho.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các vi khuẩn gây NKBV thường gặp trong các đơn vị HSTC nhiều nhất là VK gram âm như: *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*, *Enterobacter*, *E. coli*, *Serratia*, VK gram dương chiếm khoảng 20% trong các NKBV, *Staphylococcus* là tác nhân gây bệnh hay gặp nhất sau đó đến *Streptococci* và *Enterococci*. Các VK này có đặc điểm chung là tính kháng thuốc ngày càng tăng, ngày càng xuất hiện nhiều chủng VK đa kháng.

Đặc điểm NKBV khác nhau giữa các địa phương, giữa các thời điểm. Việc sử dụng kháng

sinh tràn lan như hiện nay sẽ xuất hiện ngày càng nhiều các chủng VK kháng thuốc làm tăng tỷ lệ điều trị thất bại nhiễm khuẩn do lựa chọn kháng sinh khởi đầu không phù hợp dẫn tới dùng kháng sinh leo thang làm tăng thời gian và chi phí điều trị. Vì vậy NKBV luôn mang tính thời sự, luôn được sự quan tâm của các nhà y học. Nghiên cứu đặc điểm VK gây NKBV ở các khu vực khác nhau, ở các mốc thời gian khác nhau giúp ta hiểu được những nét đặc thù riêng của NKBV tại khu vực đó, từ đó xây dựng được phác đồ riêng biệt, đặc trưng giúp khống chế, giảm thiểu những tác hại do NKBV. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tình hình kháng và sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân vào khoa HSTC, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ điều trị trên 48 giờ trở lên, được chẩn đoán NKBV trong thời gian từ 01/03/2016 đến 31/8/2016.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân vào điều trị tại khoa HSTC, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 48 giờ trở lên, có kết quả nuôi cấy VK với các bệnh phẩm dương tính. Được chẩn đoán nhiễm khuẩn bệnh viện theo tiêu chuẩn CDC.

Tiêu chuẩn loại trừ: có bằng chứng về nhiễm khuẩn trong vòng 48 giờ kể từ khi vào khoa HSTC, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ. Bệnh nhân không làm đủ các xét nghiệm cần thiết trong tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV theo CDC.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nhiễm khuẩn bệnh viện theo CDC:

Viêm phổi bệnh viện: XQ phổi có tổn thương mới hoặc tiến triển kéo dài trên 48h kèm theo 2 trong 3 dấu hiệu sau: Nhiệt độ > 38,3°C hoặc < 35°C; Bạch cầu > 10000/mm³ hoặc < 4000/mm³; Đờm đục hoặc thay đổi tính chất đờm. Nuôi cấy dịch phế quản (+).

Nhiễm khuẩn huyết bệnh viện: Cấy máu: (+) một hoặc nhiều lần. Và có ít nhất 1 trong các dấu hiệu: Sốt ≥ 38°C; Rét run; Tụt huyết áp.

Nhiễm khuẩn liên quan đến ống thông: Cấy đầu ống thông (+). Và có ít nhất một trong các dấu hiệu sau: Sốt ≥ 38°C; Sưng tấy, đỏ đau, có mủ tại vị trí đặt ống thông.

Nhiễm khuẩn tiết niệu: Cấy nước tiểu ≥ 10⁵ VK/ml; TPT nước tiểu: Bạch cầu (+) và hoặc Nitrite (+). Đái mủ ≥ 10 bạch cầu/mm³ nước tiểu; Và có ít nhất 2 trong 4 triệu chứng lâm sàng sau: Sốt ≥ 38°C; Đái khó; Đái buốt; Đau tức trên xương mu.

Nhiễm khuẩn vết mổ: NK trong vòng 30 ngày sau phẫu thuật và xuất hiện có ít nhất một trong các dấu hiệu sau: Chảy mủ ở dẫn lưu; Cây bệnh phẩm ở chỗ rạch da có VK(+); Có ít nhất một trong các dấu hiệu tại chỗ: đau, sưng, đỏ, nóng; Bác sỹ lâm sàng hoặc phẫu thuật viên chẩn đoán NK vết mổ.

Nhiễm khuẩn ổ bụng: Cây VK (+) từ mủ trong ổ bụng; Cây VK(+) từ dẫn lưu ổ bụng; Và bệnh nhân có ít nhất 2 trong các triệu chứng sau: Sốt >38°C; Nôn; Đau bụng; Vàng da.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.
Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ

Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn theo kết quả kháng sinh đồ

Bảng 1. Kết quả KSD của *Acinetobacter baumannii*

Kháng sinh	Số chủng	Nhạy Số chủng	Trung gian Số chủng	Kháng Số chủng
Imipenem	3	0	0	3
Meronem	3	0	0	3
Ceftazidime	3	0	0	3
Ampi + Sulbactam	3	0	0	3
Pipe + Tazobactam	3	0	0	3
Cefo + Sulbactam	3	0	0	3
Gentamicin	3	0	0	3
Amikacin	3	0	0	3
Ciprofloxacin	3	0	0	3
Doxycyclin	3	0	0	3
Tobramycin	3	0	0	3
Biseptol	3	0	0	3
Colistin	3	3	0	3

A.baumannii kháng hết nhóm carbapenem, aminoglycosid, quilonon. Còn tương đối nhạy với minocyclin 40%, doxycyclin 32%. cefoperazol+ sulbactam 25%. Nhạy 100% với colistin.

Bảng 2. Kết quả KSD của *Pseudomonas aeruginosa*

Kháng sinh	Số chủng	Nhạy Số chủng	Trung gian Số chủng	Kháng Số chủng
Imipenem	1	1	0	1
Meronem	1	0	0	1
Ceftazidime	1	0	0	1
Cefepime	1	0	1	1
Piperacillin	1	1	0	0
Pipe + Tazobactam	1	1	0	0
Gentamicin	1	0	0	1
Amikacin	1	0	1	0
Ciprofloxacin	1	0	0	1
Colistin	1	1	0	0

P.aeruginosa kháng với nhiều kháng sinh: ceftazidime, imipenem, gentamicin, ciprofloxacin. Các kháng sinh còn nhạy với *P. aeruginosa*: Piperacillin, piperacillin + tazobactam, colistin.

Bảng 3. Kết quả KSD của *Klebsiella pneumoniae*

Kháng sinh	Số chủng	Nhạy Số chủng	Trung gian Số chủng	Kháng Số chủng
Ampicilin	1	0	0	1
Ertapenem	1	0	0	1
Imipenem	1	1	0	0
Meronem	1	1	0	0
Ceftazidime	1	0	0	1
Ceftriaxone	1	0	0	1
Cefepime	1	0	0	1
Amo+A.clavulanic	1	0	0	1
Pipe + Tazobactam	1	0	1	0
Cefo + Sulbactam	1	0	1	0

Gentamicin	1	0	1	0
Amikacin	1	1	0	0
Levofloxacin	1	0	1	0
Biseptol	1	0	0	1
Fosmycin	1	1	0	0

Các kháng sinh còn nhạy với *Klebsiella pneumoniae* là: imipenem, meronem, amikacin, fosmycin. Các KS bị đề kháng cao là ampicilin, ceftazidime, Biseptol, levofloxacin.

Bảng 4. Kết quả KSD của *Escherichia coli*

Kháng sinh	Số chủng	Nhạy	Trung gian	Kháng
		Số chủng	Số chủng	Số chủng
Ampicilin	2	0	0	2
Imipenem	2	2	0	0
Meropenem	2	2	1	0
Ceftazidime	2	0	2	0
Ceftriaxone	2	0	0	2
Cefepime	2	0	2	0
Pipe + Tazobactam	2	2	0	0
Gentamicin	2	0	2	0
Amikacin	2	2	0	0
Ciprofloxacin	2	0	0	2
Levofloxacin	2	0	0	2
Biseptol	2	0	0	2
Fosmycin	2	2	0	0

Các kháng sinh nhạy cảm với *E. coli*: fosmycin, imipenem, amikacin. *E. coli* đề kháng với Biseptol, levofloxacin, ceftriaxone.

Bảng 5. Kết quả KSD của *Staphylococcus aureus*

Kháng sinh	Số chủng	Nhạy	Trung gian	Kháng
		Số chủng	Số chủng	Số chủng
Penicillin	2	0	0	2
Ampicilin	2	0	0	2
Piperacillin	2	0	0	2
Methicillin	2	0	0	2
Imipenem	2	0	0	2
Meropenem	2	0	0	2
Cephalothine	2	0	0	2
Ceftriaxone	2	0	0	2
Amo+A.clavulanic	2	0	0	2
Pipe + Tazobactam	2	0	0	2
Cefo + Sulbactam	2	0	0	2
Erythromycin	2	0	0	2
Clindamycin	2	1	1	0
Vancomycin	2	2	0	0
Moxifloxacin	2	0	2	0

S.aureus kháng methicillin và kháng với hầu hết các kháng sinh khác. Chưa phát hiện chủng *S. aureus* nào kháng vancomycin.

- **Tình hình sử dụng kháng sinh:** Tỷ lệ điều trị kháng sinh phù hợp ở các bệnh nhân NKBV còn thấp 56,9%.

Bảng 6. KS điều trị NKBV ở hai nhóm điều trị phù hợp và không phù hợp

Các kháng sinh	Phù hợp (n= 8)	Không phù hợp (n= 6)
Dùng $\geq$ 2KS, n(%)	8	6
Imipenem/cilastatine, n(%)	1	1
Meropenem, n(%)	1	1
Ceftazidime, n(%)	0	1
Pipe + Tazobactam, n(%)	1	1
Cefo + Sulbactam, n(%)	1	1
Amikacin, n(%)	0	1

Ciprofloxacin, n(%)	0	0
Levofloxacin, n(%)	0	0
Vancomycin, n(%)	2	0
Colistin, n(%)	2	0

Đa số các bệnh nhân đều áp dụng 2 kháng sinh điều trị NKBV, nhưng không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p=0,659$).

- Ảnh hưởng của việc điều trị không phù hợp

Bảng 7. So sánh ảnh hưởng giữa 2 nhóm điều trị phù hợp và không phù hợp

Các chỉ tiêu đánh giá	Phù hợp (n= 8)	Không phù hợp (n= 6)
Sốc nhiễm khuẩn	1(12,5%)	2 (33%)
Tử vong	1(12,5%)	3 (50%)
Tg ĐT tại khoa HSTC (ngày), trung vị	15	21

Tỷ lệ NKBV gây sốc nhiễm khuẩn ở nhóm điều trị KS phù hợp thấp hơn nhóm không phù hợp. Các bệnh nhân trong nhóm điều trị phù hợp có thời gian điều trị tại khoa HSTC ngắn hơn so với nhóm không phù hợp (15 ngày so với 21 ngày).

IV. BÀN LUẬN

Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn:

Acinetobacter baumannii: So sánh với tỉ lệ nhạy cảm (%) kháng sinh của *A.baumannii* năm 2011 tại khoa HSTC – Bệnh viện Bạch Mai Colistin 100%, Minocyclin 95,59%, Doxycyclin 96,2%. Nghiên cứu của chúng tôi chứng *A.baumannii* chỉ nhạy với Colistin. Việc điều trị bệnh nhân NKBV do *A.baumannii* đang ngày càng trở lên khó khăn vì không còn những kháng sinh đủ mạnh có thể ngăn chặn sự phát triển vi khuẩn, trong khi đó nếu sử dụng kháng sinh mạnh không hợp lý lại tạo nên sức ép kháng sinh cho vi khuẩn tạo đề kháng với kháng sinh đó.

Pseudomonas aeruginosa: NKBV do *Pseudomonas aeruginosa* thực sự đang là vấn nạn ở các khoa HSTC trên toàn thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi *P. aeruginosa* đã đề kháng với nhiều loại kháng sinh và mức độ đề kháng tăng dần so với những năm trước. *P.aeruginosa* kháng với kháng sinh: ceftazidime, imipenem, gentamicin, ciprofloxacin. Các kháng sinh còn nhạy với *P. aeruginosa*: Piperacillin, piperacillin + tazobactam, colistin. Kết quả này tương đồng với kết quả tại khoa HSTC – BV Bạch Mai 2011.

Klebsiella pneumoniae và các vi khuẩn Gram âm khác: Các kháng sinh còn nhạy với *Klebsiella pneumoniae* là: imipenem, meronem, amikacin, fosmycin. Các KS bị đề kháng cao là ampicillin, ceftazidime, Biseptol, levofloxacin. Kết quả này tương đồng với kết quả tại khoa HSTC – BV Bạch Mai 2011. Một trong những nguyên nhân quan trọng làm xuất hiện các chủng *K.pneumoniae* kháng cephalosporin là do sử dụng quá nhiều các kháng sinh phổ rộng. Tại một BV ở Malaysia và Ấn Độ, cùng với việc giảm 80% sử dụng cephalosporin từ năm 1996, tỉ lệ *K.pneumoniae*

kháng ceftazidime đã tăng 76% ở các khoa HSTC. Các bác sỹ lâm sàng đã thay thế cephalosporin bằng imipenem trong các trường hợp nhiễm *K.pneumoniae* đa kháng. Cũng như *K.pneumoniae*, *E. coli* và *Proteus* là các trực khuẩn Gram(-) có khả năng sinh ESBL qua trung gian plasmid, do đó đề kháng với các kháng sinh nhóm cephalosporin và aztreonam. *E. coli* thường hình thành 3 kiểu kháng với aminoglycosid do chúng có thể sản xuất ra một số enzyme như acetyl transferase và nucleotidyl transferase. Đề kháng chéo của *E. Coli* với quinolone xảy ra ở nhiều mức độ thay đổi tùy theo từng thuốc.

Staphylococcus aureus: Trong số các vi khuẩn Gram (+), *S.aureus* là tác nhân quan trọng nhất gây NKBV. Vi khuẩn này có đặc tính sinh beta – lactamase (80- 90%) nên không thể điều trị bằng các kháng sinh nhóm beta – lactam thông thường như penicillin, ampicillin. Nghiên cứu của chúng tôi thấy 100% *S.aureus* kháng với penicillin. Các thống kê ở nhiều bệnh viện trong cả nước cũng cho kết quả tương tự (Bảng 4.6). Các chủng *S.aureus* kháng penicillin này được coi như kháng với các penicillin khác không bền với beta – lactamase như ampicillin, piperacillin, ticarcillin, mezlocillin. Các *S.aureus* kháng penicillin nhưng còn nhạy với oxacilin thì vẫn còn nhạy với các KS bền với beta – lactamase. Oxacilin là đại diện của nhóm penicillin bán tổng hợp có khả năng kháng enzyme penicillinase, tuy vậy tỷ lệ *S.aureus* kháng với KS này đã tăng dần trong những năm gần đây. Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy *S.aureus* nhạy 100% với vancomycin và trung gian với clindamycin.

Các vi khuẩn Gram dương khác: Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng cùng với *S.aureus*, *Enterococcus* và *Streptococcus group*

D cũng góp phần đáng kể trong các vi khuẩn gram (+) gây bệnh và chỉ có vancomycin và chloramphenicol là các KS tác dụng tốt với các chủng VK này còn lại hầu hết đã bị kháng. Một nghiên cứu tại Hoa Kỳ năm 2012 cho thấy *Streptococcus group D* là tác nhân gây NKBV chiếm tỷ lệ 6% chủ yếu là viêm nội tâm mạc NK và NK huyết. Các kháng sinh còn nhạy cảm là vancomycin, chloramphenicol, cefotaxim, penicillin. Tại một số bệnh viện VRE chiếm tới trên 20% các NK do *Enterococci*. Các bệnh nhân điều trị KS cephalosporin thế hệ 3, metronidazol, quinolon kéo dài thường tăng nguy cơ nhiễm VRE. Các bệnh nhân nhiễm VRE dễ bị nhiễm khuẩn bởi MRSA hoặc *Clostridium difficile*. Chúng tôi gặp 6 chủng *Enterococcus* nhưng chưa phát hiện chủng nào kháng vancomycin, lizonalid và chloramphenicol.

Tình hình sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ điều trị KS ban đầu không phù hợp là 43,1%. Việc điều trị KS ban đầu phù hợp hiện nay đang là vấn đề thời sự đang được quan tâm trong nước cũng như toàn thế giới. Tác giả Cheol-In Kang (2005) nghiên cứu trên 286 bệnh nhân mắc NKBV do: *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *Enterobacter* được điều trị KS sớm trong 24 giờ đầu. Kết quả có 135 BN (47,2%) được điều trị KS ban đầu phù hợp, 151 BN (52,8%) điều trị không phù hợp. Trong nhóm điều trị phù hợp có 27,4% BN tử vong, trong khi nhóm điều trị không phù hợp tỷ lệ tử vong là 38,4% ($p = 0,049$).

Các nghiên cứu đã chứng minh việc điều trị không phù hợp có liên quan đến sử dụng KS trước đó, nồng độ albumin huyết tương giảm, thủ thuật đặt ống thông trong lòng mạch, tăng số ngày lưu ống thông TMTT, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan.

Các can thiệp như thận nhân tạo, thay huyết tương, lọc máu liên tục trong hai nhóm ở nghiên cứu của chúng tôi cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Khảo sát các KS điều trị NKBV chúng tôi thấy đa số các bệnh nhân đều được kết hợp KS, tỷ lệ này ở nhóm điều trị không phù hợp cao hơn (55,1% so với 44,9%) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các KS cephalosporin, aminoglycosid, quinolon được sử dụng ở nhóm điều trị không phù hợp cao hơn. Ngược lại imipenem, colistin lại được sử dụng ở nhóm điều trị phù hợp cao hơn và các khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Để đánh giá ảnh hưởng của việc điều trị không phù hợp trên lâm sàng chúng tôi thấy rằng tỷ lệ sốc nhiễm khuẩn, và số ngày điều trị tại khoa HSTC của các bệnh nhân NKBV được điều trị KS phù hợp nhỏ hơn nhóm không phù hợp. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác. Việc điều trị KS khởi đầu không phù hợp đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ tử vong của các bệnh nhân NKBV. So sánh tỷ lệ tử vong của một số tác giả trong nước ta có bảng sau:

Bảng 8. So sánh tỷ lệ tử vong của 2 nhóm điều trị KS qua các năm ở HSTC BV Bạch Mai

Tác giả	Năm	Tỷ lệ tử vong		p
		Không phù hợp	Phù hợp	
Giang Thục Anh ⁽⁰⁾	2004	15,9%	2,1%	$p < 0,05$
Vũ Hải Vinh	2005	46,1%	5,9%	$p < 0,05$
Lê Bảo Huy ⁽⁴⁾	2008	Không phù hợp: Cao gấp 16,9 lần		$p < 0,05$
Nguyễn Ngọc Quang ⁽⁶⁾	2011	73,3%	36,5%	$p < 0,001$
Bùi Hồng Giang	2012	49%	21,5%	$p < 0,001$
Chúng tôi	2016	1(12,5%)	3 (50%)	

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tử vong trong nhóm điều trị KS phù hợp 12,5% thấp hơn nhóm điều trị không phù hợp 50%, Tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê do mẫu của chúng tôi quá bé.

V. KẾT LUẬN

A. baumannii kháng với nhiều KS: kháng imipenem, meropenem, ceftazidime, còn tương đối nhạy với Doxycyclin, Minocyclin. Nhạy 100% với colistin. *P.aeruginosa* còn nhạy với piperacillin + tazobactam, kháng nhóm carbapenem. Chưa phát hiện chủng nào kháng colistin. *E. coli* kháng cephalosporin, kháng quinolon, nhạy cảm cao với nhóm carbapenem. Tụ cầu vàng kháng

methicillin 100%, nhạy hoàn toàn với vancomycin và linezolid.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ điều trị KS ban đầu không phù hợp là 43,1%. Trong nhóm điều trị kháng sinh không phù hợp tỷ lệ nhiễm khuẩn do các VK gram(-) đa kháng cao hơn đặc biệt là *A.baumannii*, *P.aeruginosa*. Các bệnh nhân được điều trị kháng sinh phù hợp có số ngày điều trị tại khoa HSTC ngắn hơn, tỷ lệ sốc NK và tỷ lệ tử vong thấp hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giàng Thục Anh (2004)**, "Đánh giá sử dụng kháng sinh Hồi sức nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai năm 2003-2004". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện. Đại học Y Hà Nội.
2. **DC Grolman, G Richardh (2005)**, "Nosocomial intra-abdominal", The Southern African Journal of Epidemiology and Infection, 20(2): 20-3.
3. **Hà Mạnh Tuấn, Hoàng Trọng Kim (2005)**, "Tần suất nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức cấp cứu nhi", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 9(2): 78-85.
4. **Lê Bảo Huy (2009)**, "Đặc điểm viêm phổi liên quan đến thở máy khởi phát sớm và muộn tại khoa Hồi sức cấp cứu - BV Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh", Hội thảo toàn quốc về hồi sức cấp cứu và chống độc lần thứ 9 năm: 206.
5. **Lê Thanh Duyên (2008)**, "Xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan tại khoa hồi sức cấp cứu Bệnh viện Nhi trung ương". Luận văn thạc sĩ y khoa. Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Ngọc Quang (2011)**, "Nghiên cứu tình hình và hiệu quả điều trị viêm phổi liên quan đến thở máy". Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Việt Hùng, Trương Anh Thư, Nguyễn Gia Bình và CS (2006)**, "Nhiễm khuẩn phổi bệnh viện tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai: tỉ lệ, căn nguyên và các yếu tố nguy cơ", Công trình nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai, 2: 167-73.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN ĐỊNH HƯỚNG HỌC TẬP VÀ VIỆC LÀM SAU TỐT NGHIỆP CỦA TÂN BÁC SỸ TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Dương Huy Lương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến định hướng học tập và việc làm sau tốt nghiệp của tân bác sĩ Trường Đại học Y Hà Nội năm 2011. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Lý do chính cho dự định học tập và việc làm sau tốt nghiệp của tân bác sĩ là nâng cao trình độ chuyên môn (48,8%). Môi trường thuận lợi và gần nhà là hai yếu tố chính quyết định lựa chọn địa phương làm việc. Các yếu tố mong đợi nhất của tân bác sĩ ở nơi dự định làm việc là môi trường làm việc, cơ hội đào tạo và tài chính. Các nguyện vọng nghề nghiệp của nhóm đồng ý làm việc tại tuyến Y tế cơ sở bao gồm: lương (36,9%); môi trường làm việc (19,4%) và ưu đãi về đào tạo (14,6%). **Kết luận:** Các yếu tố chính liên quan đến định hướng học tập và việc làm của tân bác sĩ là: môi trường làm việc, mức lương và đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.

Từ khóa: tân bác sĩ, các yếu tố liên quan, định hướng học tập, định hướng việc làm.

SUMMARY

THE FACTORS TO WORK-STUDY ORIENTATION OF NEW DOCTORS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY

Objective: to describe related factors to work-study orientation of new doctors at Hanoi Medical University in 2011. **Method:** a cross – sectional study. **Results:** the main reason for the intend study and work after graduated of new physicians was enhance professional

qualifications (48.8%). An enabling environment and close to home were two main factors deciding workplace. The most anticipated of new doctors about where they intend to work were the work environment, training opportunities and financial. The career aspirations of group agreed to work at grass root-level health unit included: salary (36.9%), work environment (19.4%) and training incentives (14.6%). **Conclusions:** The main related factors to work-study orientation of new doctors were: work environment, salary and training to improve professional qualifications.

Key words: new doctors, related factors, work-study orientation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhân lực y tế là một trong 6 thành phần cơ bản và quan trọng nhất của một hệ thống y tế, trong đó nguồn nhân lực được coi là chủ thể của toàn bộ hệ thống [1]. Trong khi đó, vấn đề thiếu hụt cả về số lượng, chất lượng và đặc biệt là sự phân bố không cân bằng nhân lực y tế đang là một thách thức lớn đối với ngành y tế toàn cầu. Để giải quyết vấn đề mất cân bằng nhân lực y tế, một số nước nói tiếng Pháp ở châu Phi cận Sahara đã đào tạo quá nhiều nhân lực y tế đã dẫn đến tỷ lệ thất nghiệp ở khu vực đô thị và sự thiếu hụt trong các khu vực nông thôn. Kể cả các nước phát triển như Canada, Anh, Mỹ... cũng gặp nhiều khó khăn do sự phân bố chênh lệch này [2]. Các yếu tố để thu hút và giữ chân các bác sĩ, đặc biệt là ở các vùng nông thôn là một vấn đề rất cần được nghiên cứu đối với các nhà hoạch định chính sách trong nước và quốc tế. Hiểu được các yếu tố tác động đến định hướng học tập và việc làm sau tốt nghiệp của

*Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế,
Chịu trách nhiệm chính: Dương Huy Lương
Email: dr.luong.vn@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2017
Ngày duyệt bài: 28.4.2017

các tân bác sỹ có ý nghĩa quan trọng trong việc cung cấp các bằng chứng khoa học góp phần quản lý nguồn nhân lực y tế hiệu quả và xây dựng các chính sách phù hợp nhằm giải quyết những vấn đề khó khăn về nhân lực y tế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: mô tả một số yếu tố liên quan đến định hướng học tập và việc làm sau tốt nghiệp của tân bác sỹ Trường Đại học Y Hà Nội năm 2011.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

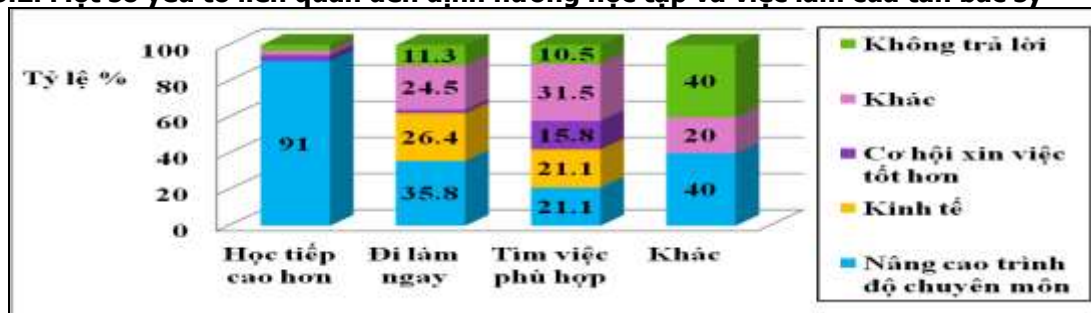
2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các tân bác sỹ tốt nghiệp năm 2011 của Trường Đại học Y Hà Nội đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đối tượng		n	%
Giới	Nam	66	40%
	Nữ	100	60%
Bằng tốt nghiệp	Giỏi	14	8,4
	Khá	124	74,7
	Trung bình khá	27	16,3
	Trung bình	10	0,6

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tân bác sỹ là nữ giới cao hơn nam giới với tỷ lệ lần lượt là 60% và 40%. Phần lớn là bằng khá (74,7%), tỷ lệ đạt bằng giỏi chỉ chiếm 8,4%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến định hướng học tập và việc làm của tân bác sỹ



Biểu đồ 1. Lý do định hướng học tập và việc làm sau tốt nghiệp

Ở nhóm học tiếp cao hơn lý do chính là nâng cao trình độ chuyên môn (91%). Ở nhóm đi làm ngay các lý do chính là nâng cao trình độ chuyên môn (35,8%) và kinh tế (26,4%). Ngược lại, nhóm tìm việc phù hợp thì lý do chính là do có cơ hội xin việc tốt hơn (31,5%).

Bảng 2. Lý do dự định địa phương sẽ làm việc của tân bác sỹ

Lý do	Hà Nội n (%)	Tỉnh quê nhà n (%)	Khác n (%)	Chưa xác định n (%)	Tổng n (%)
Môi trường thuận lợi	49 (29,5)	2 (1,2)	2 (1,2)	2 (1,2)	55 (33,1)
Gần nhà	49 (29,5)	23 (13,9)	3 (1,8)	0	75 (45,2)
Thu nhập	2 (1,2)	0	1 (0,6)	0	3 (1,8)
Khác	5 (3,0)	3 (1,8)	4 (2,4)	4 (2,4)	14 (8,6)
Không trả lời	10 (6,1)	2 (1,2)	0	5 (3,0)	17 (10,3)
Tổng	115 (69,3)	30 (18,1)	10 (6,0)	11 (6,6)	166 (100)

69,3% tân bác sỹ có dự định làm việc ở Hà Nội và hai lý do chủ yếu là vì môi trường thuận lợi và vì gần nhà (29,5%). Nhóm dự định làm địa phương chiếm 18,1% và lý do chủ yếu là gần nhà.

Bảng 3. Nguyên vọng chính về ưu đãi nếu đi cơ sở của tân bác sỹ

Nguyên vọng	n	%
Lương	61	36,9%
Môi trường làm việc	32	19,4%

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu toàn bộ, tất cả các tân bác sỹ có mặt trong buổi lễ tốt nghiệp Trường Đại học Y Hà Nội và đồng ý tham gia nghiên cứu đều được lựa chọn, bao gồm 166 người.

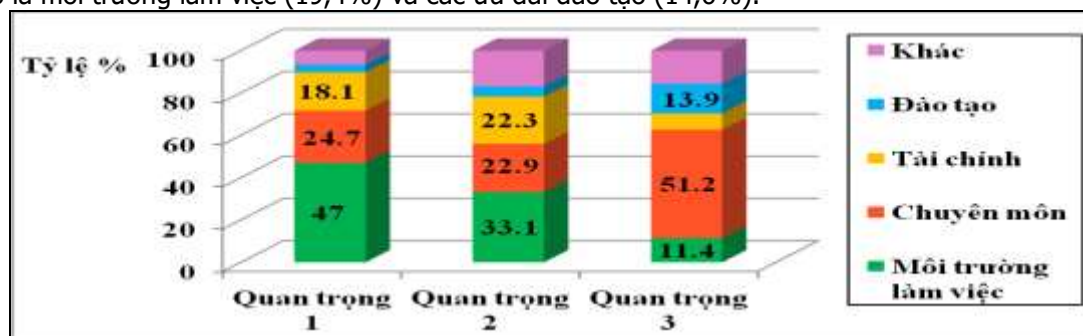
2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1 và được phân tích bằng phần mềm STATA 10.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Ưu đãi đào tạo	24	14,6%
Môi trường sống	16	9,7%
Ưu đãi việc làm	11	6,8%
Khác	21	12,6%

Các nguyện vọng chính của tân bác sỹ đồng ý làm việc tại tuyến cơ sở là mức lương (36,9%), tiếp theo là môi trường làm việc (19,4%) và các ưu đãi đào tạo (14,6%).



Biểu đồ 2. Mong đợi về nơi dự định làm việc của tân bác sỹ

Có 3 yếu tố mà tân bác sỹ mong đợi nhất ở nơi dự định làm việc xếp theo thứ tự giảm dần là: môi trường làm việc, chuyên môn và tài chính.

IV. BÀN LUẬN

Về lý do của dự định học tập và việc làm sau tốt nghiệp: chủ yếu là nâng cao trình độ chuyên môn, sau đó là lý do kinh tế và các lý do khác (cơ hội xin việc, muốn ổn định...). Dự định học tập sau tốt nghiệp của tân bác sỹ chiếm 53,6% cho thấy nhu cầu được đào tạo tiếp tục và chuyên sâu của tân bác sỹ là rất lớn vì các tân bác sỹ thấy kiến thức, kỹ năng hiện tại chưa đáp ứng được yêu cầu công việc. Kết quả này đặt ra câu hỏi về chất lượng của các bác sỹ mới tốt nghiệp? Việc đào tạo, tăng chỉ tiêu tuyển sinh trong những năm gần đây đã hợp lý, phù hợp với khả năng đào tạo của trường chưa? Nhiều tân bác sỹ cũng chia sẻ nguyện vọng sẽ có những thay đổi trong nội dung đào tạo phù hợp, cập nhật hơn, tăng thêm thời gian học lâm sàng, tạo điều kiện để sinh viên thực tập nhiều hơn để bác sỹ ra trường có đủ khả năng làm việc độc lập.

Lý do về dự định địa phương sẽ làm việc: hai lý do được đưa ra nhiều nhất về dự định nơi làm việc đó là môi trường thuận lợi và gần nhà. Trong đó, phần lớn các bác sỹ chọn về địa phương làm việc là vì gần nhà. Nhiều bác sỹ chia sẻ rằng học yêu gia đình, yêu quê hương, mong muốn góp phần xây dựng quê hương nhưng do điều kiện môi trường sống, làm việc và cơ hội đào tạo gặp nhiều khó khăn nên các bác sỹ trẻ cũng chỉ muốn về công tác tại tuyến tỉnh, thay vì tuyến huyện/xã. Thêm vào đó, phần lớn đối tượng chọn Hà Nội và các khu đô thị khác là nơi làm việc vì thu nhập cao hơn; điều kiện môi trường sống, làm việc và phát triển chuyên môn

thuận lợi hơn. Do đó, việc tạo môi trường làm việc thuận lợi, giảm sự chênh lệch về điều kiện sống, làm việc và thu nhập giữa thành thị và nông thôn, vùng sâu vùng xa là hết sức cần thiết, có vai trò quyết định trong thu hút và giữ chân bác sỹ ở tuyến y tế cơ sở.

Có 3 yếu tố mong đợi nhất ở nơi dự định làm việc xếp theo thứ tự giảm dần là môi trường làm việc, cơ hội đào tạo nâng cao chuyên môn và thu nhập. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [3],[4]. Môi trường làm việc và cơ hội đào tạo nâng cao chuyên môn được ưu tiên hơn nhưng lại khó thay đổi và cần thời gian, vì vậy thu nhập là yếu tố trước tiên, ngay lập tức để thu hút bác sỹ, đặc biệt đối với bác sỹ đã có gia đình. Thêm vào đó, nâng cao trình độ chuyên môn là cần thiết cho mỗi bác sỹ vì ngành y cần nghiên cứu, cập nhật kiến thức liên tục và suốt đời, góp phần nâng cao thu nhập cho bác sỹ và có ý nghĩa gia tăng chất lượng bác sỹ chung cho ngành y tế.

Nguyện vọng chính về ưu đãi của tân bác sỹ đồng ý làm việc tại tuyến cơ sở là mức lương (36,9%), tiếp theo là môi trường làm việc (19,4%) và ưu đãi về đào tạo sau khi đi cơ sở (14,6%). Nhiều tân bác sỹ tỏ ra rất quan tâm tới những khó khăn, thiệt thòi trong chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng tại tuyến y tế cơ sở và đồng ý công tác tại cơ sở một vài năm nếu có những ưu đãi thích hợp về tạo môi trường làm việc thuận lợi, ưu đãi về đào tạo chuyên môn và việc làm sau khi làm việc tại tuyến y tế cơ sở, lương cao, hỗ trợ chi phí đi lại. Theo nghiên cứu của

Phạm Trí Dũng và cộng sự (2010), tỷ lệ hài lòng của bác sĩ với từng yếu tố đạt rất thấp: về cơ sở vật chất là 6,7%; lương và phúc lợi 17,6%; kiến thức, kỹ năng và kết quả công việc 7,5%[5]. Một nghiên cứu khác được tiến hành bởi Lưu Hoài Chuẩn và cộng sự đưa bác sĩ về công tác tại xã đã đem lại nhiều chuyển biến tích cực, là một chủ trương đúng đắn và cần thiết. Tuy nhiên, 80% bác sĩ hiện đang gặp khó khăn trong cuộc sống, 70% thiếu kiến thức, 60% thiếu trang thiết bị, 40% thiếu thuốc[6]. Như vậy, để thu hút các bác sĩ về làm việc tại các tuyến y tế cơ sở cần phối hợp nhiều chế độ chính sách, đãi ngộ phù hợp: tăng cường đầu tư nâng cấp cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế cơ sở; chính sách về tài chính như nâng mức lương khởi điểm cho bác sĩ mới tốt nghiệp, chế độ phụ cấp ưu đãi ngành, phụ cấp thâm niên, phụ cấp cho bác sĩ công tác ở vùng nông thôn - vùng sâu vùng xa, phụ cấp cho những chuyên khoa đặc biệt.

V. KẾT LUẬN

Lý do dự định học tập và việc làm sau tốt nghiệp của tân bác sĩ là nâng cao trình độ chuyên môn (48,8%). Môi trường thuận lợi và gần nhà là hai yếu tố chính quyết định lựa chọn địa phương làm việc. Ba yếu tố tân bác sĩ mong đợi nhất ở nơi dự định làm việc xếp theo thứ tự quan trọng là môi trường làm việc, chuyên môn và tài chính. Nguyên vọng chính về ưu đãi của tân bác sĩ đồng ý làm việc tại tuyến Y tế cơ sở

đúng đầu là mức lương (36,9%); môi trường làm việc (19,4%) và tiếp theo là ưu đãi về đào tạo sau khi đi cơ sở (14,6%).

Các yếu tố chính liên quan đến định hướng học tập và làm việc của tân bác sĩ là: môi trường làm việc, mức lương và đào tạo nâng cao trình độ chuyên môn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization** (2007). Everybody Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action, chủ biên, Geneva, Switzerland.
2. **World Health Organization** (2009). Increasing access to health worker in remote and rural areas through improved retention.
3. **Witter S, Bui Thi Thu Ha, Shengalia B, et al.** (2011). Understanding the 'four directions of travel': qualitative research into the factors affecting recruitment and retention of doctors in rural Vietnam. *Human Resources for Health*, 9(1), p. 20.
4. **Viện Chiến lược và Chính sách y tế** (2011). Bảo vệ cấp cơ sở để tài thực trạng và nhu cầu sử dụng bác sĩ và cử nhân điều dưỡng sau tốt nghiệp.
5. **Phạm Trí Dũng, Đặng Thị Như Hằng, Nguyễn Trí và cộng sự** (2010). Thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại các Trung tâm y tế dự phòng tuyến huyện, tỉnh Bình Thuận. *Tạp chí Y tế Công cộng*, 16(16).
6. **Lưu Hoài Chuẩn, Vũ Thị Minh Hạnh và các cộng sự** (2003). Đánh giá hiệu quả hoạt động của bác sĩ xã/phường tại một số địa phương. *Vụ Khoa học Đào tạo - Bộ Y tế*.

NGHIÊN CỨU NIỆU ĐỘNG HỌC RỐI LOẠN CHỨC NĂNG BÀNG QUANG Ở BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TỬ SỐNG NĂM 2009-2010

Đỗ Đào Vũ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân loại bàng quang ở bệnh nhân tổn thương tủy sống bằng máy đo niệu động học tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai năm 2009-2010. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 39 bệnh nhân tổn thương tủy sống. **Kết quả:** Trong số 22 bệnh nhân bàng quang tăng hoạt, bệnh nhân có tổn thương trên D10 chiếm 76,47%; 3 bệnh nhân tổn thương dưới S2 có bàng quang giảm hoạt (chiếm 100%). Bất đồng vận bàng quang cơ thắt xảy ra ở 8

bệnh nhân (trên D10 chiếm 35,29%). Mất cảm giác bàng quang được thấy ở 6 bệnh nhân nhóm liệt hoàn toàn và 1 bệnh nhân (3,57%) liệt không hoàn toàn (54,54%). Trong số 17 bệnh nhân có chỉ định test nước đái, 5 bệnh nhân có kết quả dương tính. **Kết luận:** Tổn thương tủy từ mức trung tâm giao cảm tủy có xu hướng gây ra bàng quang tăng hoạt và kèm theo bất đồng vận bàng quang cơ thắt, trong khi với tổn thương thấp dưới S2, bàng quang thường giảm hoạt kèm theo có độ giãn nở bàng quang giảm.

Từ khóa: niệu động học, tổn thương tủy sống

SUMMARY

AN URODYNAMIC STUDY ON BLADDER DYSFUNCTION OF SPINAL CORD INJURED PATIENTS IN 2009-2010

Objectives: To classify bladder of spinal cord injured patients by urodynamic machine in Rehabilitation Center at Bach Mai hospital in 2009-

* *Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2017

Ngày duyệt bài: 20.4.2017

2010. *Subjects and methodology*: a descriptive cross sectional study on 39 spinal cord injured patients.

Results: Of 22 patients with overactive bladder, those with above-D10 lesions account for 76.47%; 3 patients with below-S2 injuries have underactive bladder (100%). Detrusor sphincter dyssynergia was seen in 8 patients (above D10 lesions account for 35.29%). 6 completely paralyzed patients (54.54%) and 1 incompletely paralyzed patient (3.57%) lost bladder sensation. 5 out of 17, in whom ice water test was carried out, had positive results. **Conclusion:** Patients who have injuries from spinal sympathetic center above tended to have overactive bladder combined with detrusor sphincter dyssynergia while injuries below S2 might cause underactive bladder together with decreased compliance.

Key words: urodynamics, spinal cord injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thăm dò niệu động học là phương pháp duy nhất để mô tả khách quan chức năng/rối loạn chức năng đường tiểu dưới, là phương pháp then chốt để mô tả tình trạng đường tiểu dưới ở bệnh nhân rối loạn chức năng bàng quang cơ thắt do nguyên nhân thần kinh [1]. Rối loạn chức năng bàng quang ở bệnh nhân tổn thương tủy sống với biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, khó xác định được các dạng rối loạn chức năng nếu chỉ dựa đơn thuần qua thăm khám lâm sàng và hỏi bệnh. Đánh giá rối loạn chức năng bàng quang bằng thăm dò niệu động học thường được đề xuất như là xét nghiệm quan trọng để chẩn đoán chính xác giúp định hướng điều trị và theo dõi đúng cho bệnh nhân bị tổn thương tủy sống. Trong những thập niên qua, các tác giả trên thế giới Sakakibara, Madersbacher,... đã sử dụng niệu động học như là thăm dò thường quy trong đánh giá chức năng bàng quang cho bệnh nhân tổn thương tủy sống [5] [6]. Tuy nhiên, ở nước ta việc áp dụng niệu động học để phân loại rối loạn chức năng bàng quang còn mới mẻ, ít được quan tâm. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Phân loại bàng quang ở bệnh nhân tổn thương tủy sống bàng máy đo niệu động học tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai năm 2009-2010"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Bệnh nhân tuổi từ 18 đến 75; (2) Bệnh nhân bị chấn thương tủy sống sau giai đoạn sốc có rối loạn chức năng tiểu tiện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: (1) 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 dễ gây chảy máu, 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 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 39 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.1.4. Vật liệu và công cụ phục vụ nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu; máy thăm dò niệu động học do hãng Laborie của Canada sản xuất, mẫu đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 4/2009 đến 1/2010.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 39 bệnh nhân chấn thương tủy sống có rối loạn chức năng tiểu tiện.

2.2.2. Các tiêu chuẩn chẩn đoán

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương tủy sống theo thang điểm Hiệp hội Tổn thương Tủy sống Mỹ (ASIA: American Spinal Cord Injury Association)

- Tiêu chuẩn phân loại rối loạn chức năng bàng quang theo Madersbacher [5]

(1) Bất đồng vận cơ bàng quang và cơ thắt niệu đạo; (2) Bàng quang tăng hoạt, cơ thắt giảm hoạt; (3) Bàng quang giảm hoạt, cơ thắt tăng hoạt; (4) Bàng quang giảm hoạt, cơ thắt giảm hoạt. Tiêu chuẩn chẩn đoán bàng quang tăng hoạt, bàng quang giảm hoạt: theo ICS 2002 [2]. Tiêu chuẩn làm rét nước đá cho những bệnh nhân có tổn thương tủy thấp hoặc chưa qua giai đoạn sốc tủy. Kết quả dương tính khi truyền 50ml nước lạnh 4 độ C vào bàng quang, sẽ xuất hiện cơn co bóp bàng quang [4]

2.2.3. Các chỉ số đánh giá: Tuổi, giới, thời gian bị bệnh, mức độ, vị trí chấn thương tủy sống dựa vào thang điểm phân loại của Hiệp hội Tổn thương Tủy sống Mỹ (ASIA: American Spinal Cord Injury Association); Cảm giác bàng quang buồn tiểu gấp, Hiện tượng bất đồng vận bàng quang - cơ thắt, Số cơn co bóp bàng quang không tự chủ, bàng quan (tăng hoạt, giảm hoạt), rét nước đá (dương tính, âm tính)

2.2.4. Quy trình thăm dò niệu động học

Bước 1: Đặt các ống thông bàng quang và trực tràng vào đúng vị trí:

Bước 2: Nối máy thăm dò niệu động học với các ống thông bàng quang, trực tràng:

Bước 3: Đưa các đường biểu diễn áp lực về áp lực bằng 0:

Bước 4: Theo dõi, kiểm soát tín hiệu áp lực bàng quang, áp lực ổ bụng và điện cơ ghi lại hoạt động cơ thắt vân niệu đạo khi thăm dò niệu động học

Bước 5: Kết thúc thăm dò, kiểm tra lại và giải thích cho bệnh nhân.

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.

3.2. Phân loại rối loạn chức năng bàng quang

Bảng 2.1. Kết quả niệu động học theo vị trí tổn thương tủy sống

Vị trí tổn thương	Bàng quang tăng hoạt (n[%])	Bàng quang giảm hoạt (n[%])	Tổng (n[%])
Trên D10	13 (76,47%)	4 (23,53%)	17 (100%)
D10-S2	9 (47,37%)	10 (52,63%)	19(100%)
Dưới S2	0 (0%)	3 (100%)	3(100%)
Tổng	22	17	39

Có 22 bệnh nhân bàng quang tăng hoạt, nhóm trên D10 chiếm nhiều nhất 76,47%, nhóm bàng quang giảm hoạt có 17 bệnh nhân, dưới S2 có 3 bệnh nhân chiếm 100%

Bảng 2.2. Rối loạn bất đồng vận bàng quang cơ thắt theo vị trí tổn thương tủy sống

Vị trí tổn thương	Rối loạn bất đồng vận (n[%])	Không bất đồng vận (n[%])	Tổng (n[%])
Trên D10	6 (35,29%)	11 (64,71%)	17(100%)
D10-S2	2 (10,53%)	17 (89,47%)	19(100%)
Dưới S2	0 (0%)	3 (100%)	3(100%)
Tổng	8	31	39

Trong số 8 bệnh nhân có bất đồng vận bàng quang cơ thắt, nhóm trên D10 chiếm 35,29%, nhóm tổn thương thấp dưới S2 không có bệnh nhân nào.

Bảng 2.3. Cảm giác bàng quang giai đoạn đồ đầy theo mức độ tổn thương tủy sống

Mức độ	Còn cảm giác bàng quang (n[%])	Mất cảm giác bàng quang(n[%])
Liệt hoàn toàn (n=11)	5 (45,45%)	6 (54,54%)
Liệt không hoàn toàn (n=28)	27 (96,43%)	1 (3,57%)

Có 6 trong số 11 bệnh nhân (54,54%) liệt hoàn toàn không còn cảm giác bàng quang, trong khi nhóm liệt không hoàn toàn chỉ có 1/28 bệnh nhân (3,57%).

Bảng 2.4. Kết quả xét nước đái trong khi thăm dò niệu động học

Vị trí tổn thương	Kết quả xét nước đái	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Trên D10 (n=17)	Dương tính	4	23,53%
	Âm tính	0	0%
D10-S2 (n=19)	Dương tính	1	5,88%
	Âm tính	9	23,53%
Dưới S2 (n= 3)	Dương tính	0	0%
	Âm tính	3	47,06%
Tổng		17	100%

Có 5/17 trường hợp được làm xét nước đái cho kết quả dương tính.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm tổn thương trên D10 có bàng quang tăng hoạt chiếm tỷ lệ cao nhất 13/17 bệnh nhân, dưới S2 có 3/3 bệnh nhân có bàng quang giảm hoạt động. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh chi phối hoạt động thần kinh của bàng quang. Theo tác giả Wyndaele, đa số bệnh nhân tổn thương tủy trên mức D10 có bàng quang tăng hoạt động và 100% bệnh nhân có mức tổn thương dưới S2 có bàng quang giảm hoạt động

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $38,52 \pm 13,7$ (tuổi). Thời gian bị bệnh là $6,41 \pm 2,15$ tuần. Phân bố theo giới tính cho thấy tỷ lệ nam cao hơn 3,26 lần so với nữ. Mức tổn thương ASIA-A là 11 bệnh nhân, ASA- B,C,D với 28 bệnh nhân.

[7]. Tổn thương tủy sống từ D10-S2 phụ thuộc từng vị trí tổn thương cụ thể hoặc thời gian bị bệnh. Để xác định chính xác dạng rối loạn chức năng bàng quang cho những bệnh nhân này, test nước đái được chỉ định. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các tác giả Wyndaele và Madesbacher, bàng quang tăng hoạt điển hình cho tổn thương tủy cao, bàng quang giảm hoạt đặc trưng cho tổn thương neuron vận động thấp với tổn thương phần nón

và các sợi đuôi ngựa [5],[7]. Kết quả bảng 2.2 cho thấy 6/17 bệnh nhân (35,29%) tổn thương trên D10 có rối loạn bất đồng vận cơ thắt niệu đạo, đây là dạng tổn thương nguy hiểm và thường gây biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản dẫn đến viêm nhiễm và suy thận. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Wyndaele, Madesbacher: tỷ lệ biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản hay gặp nhất ở bệnh nhân có tổn thương tủy cao [5],[7]. Mức tổn thương từ S2 trở xuống thường mất chức năng cơ thắt do đây là vùng chi phối cho hoạt động cơ thắt. Phân tích cảm giác bàng quang giai đoạn đồ đầy cho thấy có 5/11 bệnh nhân liệt hoàn toàn nhưng vẫn còn cảm giác bàng quang, tuy nhiên cảm giác này thường giảm hoặc kém nhạy cảm hơn. Điều này đã được tác giả Wyndaele kết luận có nhiều bệnh nhân còn cảm giác trong giai đoạn đồ đầy so với gợi ý qua khám lâm sàng [7]. Có 1 bệnh nhân liệt không hoàn toàn nhưng lại mất cảm giác trong giai đoạn đồ đầy bàng quang, có thể được lý giải là do chất lượng cảm giác được bảo tồn kém khiến bệnh nhân khó cảm nhận được. Kết quả này tương đồng với nhận xét của Erosoz và Akyzu (2004) cảm giác bàng quang đôi khi không thực sự tốt ở một số bệnh nhân tổn thương tủy sống không hoàn toàn [3]. Trong số 17 trường hợp được làm xét nghiệm đá kết quả cho thấy có 4/5 bệnh nhân có tổn thương tủy cao trên D10 dương tính. Kết quả này tương tự như báo cáo của tác giả Geirsson và Fall cho rằng hầu hết bệnh nhân có tổn thương tủy sống cao đều có xét nghiệm đá dương tính [4].

V. KẾT LUẬN

Trong số 22 bệnh nhân bàng quang tăng hoạt, trên D10 chiếm 76,47%, 3 bệnh nhân tổn thương dưới S2 có bàng quang giảm hoạt (chiếm 100%). Bất đồng vận bàng quang cơ thắt có ở 8 bệnh nhân, trên D10 chiếm 35,29%. Mất cảm giác bàng quang xảy ra với 6 bệnh nhân nhóm liệt hoàn toàn (54,54%) và 1 bệnh nhân liệt không hoàn toàn (3,57%). 5 bệnh nhân có kết quả xét nghiệm đá dương tính trong 17 bệnh nhân có chỉ định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abrams P**, Uroynamics; *Springer-Verlag London Limited*: 2006; 1-147
2. **Abrams P, Cardozo L, Fall M, et al.** The standardisation of terminology in lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International Continence Society. *Neurourology & Urodynamics*; 2002; 21(2):167-78
3. **Erosoz M, Akyuz M.** Bladder-filling sensation in patients with spinal cord injury and the potential for sensation-dependent bladder emptying. *Spinal Cord* 2004 Feb;42(2): 110-6.
4. **Geirsson, G., Fall, M., Lindstrom, S.:** The ice-water test--a simple and valuable supplement to routine cystometry. *Br J Urol*. 71:681,1993.
5. **Madesbacher H, Died P.** Urodynamic practice in neuro-urological patients: techniques and clinical value. *Paraplegia* 1984 Jun;22(3):145-56.
6. **Sakakibara R, Hattori T, Uchiyama T, Yamanishi T, Ito H, Ito K.** Neurogenic failures of the external urethral sphincter closure and relaxation; a videourodynamic study. *Auton Neurosci* 2001 Jan 14;86(3):208-15.
7. **Wyndaele JJ** Investigation of the afferent nerves of the lower urinary tract in patients with 'complete' and 'incomplete' spinal cord injury. *Paraplegia*. 1991 Sep;29(7):490-4.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH NHÂN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TRÀ VINH TRONG 2 NĂM 2015 – 2016

Phạm Thế Hiền*, Lê Minh Dũng**

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 82568 trẻ vào khám và điều trị tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh (BVSNTV) trong 2 năm 2015 đến 2016, kết quả như sau:

-Ba nhóm bệnh chủ yếu thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi

* Trường Đại học Trà Vinh

** Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền

Email: hien_fr@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

tại BVSNTV là: bệnh hệ hô hấp (56,61%), bệnh hệ tiêu hóa (9,97%), bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật (9,95%).

-Nhóm bệnh hô hấp chủ yếu là: Viêm cấp đường hô hấp trên khác (46,82%), viêm họng và viêm amidan cấp (39,37%), viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp (9,40%) là ba bệnh chủ yếu.

-Nhóm bệnh đường tiêu hóa chủ yếu là: Viêm dạ dày và tá tràng (5,62%), Bệnh khác của ruột non và màng bụng (3,76%) là hai bệnh chủ yếu.

-Nhóm bệnh đường tiết niệu sinh dục chủ yếu là: Tổn thương viêm khác của các cơ quan khung chậu nữ (33,55%), rối loạn kinh nguyệt (17,08%), tổn thương không viêm của buồng trứng, vòi fallope và dây chằng rộng (13,20%) là 3 bệnh chủ yếu.

-Nhóm bệnh nhiễm khuẩn: Các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác (58,62%); Ỉa chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn (34,94%) là hai bệnh chủ yếu.

- Tỷ lệ trẻ nam nhập viện điều trị là 58,99%, tỷ lệ trẻ nữ nhập viện điều trị là 41,01%.

- Tỷ lệ trẻ mắc bệnh theo nhóm tuổi chiếm đa số từ 1 đến 5 tuổi là 41,79%.

-Tỷ lệ trẻ nhập viện điều trị chủ yếu tập trung chủ yếu ở hai khu vực là: TP. Trà Vinh (20,01%) và huyện Càng Long (19,99%).

Từ khóa: Mô hình bệnh nhi, Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh (BVSNTV), Bệnh viện (BV)

SUMMARY

RESEARCH MODEL PATIENTS TRA VINH OBSTETRICAL AND PEDIATRICAL HOSPITAL IN 2015 - 2016

By studying 82,568 children in care and treatment at Children's Hospital Is Tra Vinh in 2015 and 2016 2, the results are as follows:

- Three major groups of common diseases in children under 5 years old at the Children's Hospital Is Tra Vinh are: respiratory diseases (56.61%), digestive system diseases (9.97%), infections and up organisms (9.95%).

- Group primarily respiratory disease: Inflammation of the upper respiratory another level (46.82%), pharyngitis and tonsillitis level 39.37%), bronchitis and bronchiolitis level (9.40%) the three major diseases.

-Group of gastrointestinal diseases mainly: gastritis and duodenal (5.62%), other disease of the small intestine and peritoneum (3.76%) are the two major diseases.

- Group genital urinary tract diseases mainly: other inflammatory lesions of the female pelvic organs (33.55%), menstrual disorders (17.08%), non-inflammatory lesions of the ovaries, tubes fallopian and broad ligament (13.20%) are 3 major diseases.

- Group of infectious diseases: The other intestinal infections (58.62%); Diarrhea, inflammation of the stomach, small intestine derived infections (34.94%) are the two major diseases.

- The proportion of children hospitalized men was 58.99%, the proportion of children hospitalized women is 41.01%.

- The percentage of children infected by age group accounted for a majority of between 1 and 5 years of age is 41.79%.

Bảng 1. Phân loại bệnh theo ICD-10

Chẩn đoán	Tổng cộng	
	Số ca	Tỷ lệ %
Bệnh nhiễm khuẩn và kí sinh vật	7781	9,95
Khối u	557	0,71
Bệnh của máu, cơ quan tạo máu và cơ chế miễn dịch	183	0,23
Bệnh nội tiết, dinh dưỡng chuyển hoá	114	0,15
Rối loạn tâm thần và hành vi	30	0,04
Bệnh của hệ thống thần kinh	245	0,31
Bệnh của mắt và phần phụ	148	0,19
Bệnh của tai và xương chũm	177	0,23
Bệnh của hệ tuần hoàn	81	0,10
Bệnh của hệ hô hấp	44290	56,61

- The proportion of children hospitalized mainly concentrated in two areas are: TP. Tra Vinh (20.01%) and Cang Long district (19.99%).

Keywords: model of pediatric patients, Tra Vinh obstetrical hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật của một quốc gia, một cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế-xã hội của quốc gia hay cộng đồng đó, việc nghiên cứu cơ cấu bệnh tại một BV góp phần giúp chúng ta nhận biết tình hình bệnh tật hằng năm cùng xu hướng bệnh theo thời gian trong một vùng hay cả nước để bệnh viện có kế hoạch cho những năm sắp đến về nhiều mặt như nhân sự, cơ sở vật chất, trang thiết bị, dược, huấn luyện, đào tạo và nghiên cứu khoa học. BVSNTV được xây mới và đưa vào sử dụng từ năm 2014. Việc xác định mô hình bệnh nhi tại BVSNTV nhằm 3 mục tiêu:

-Xác định mô hình bệnh nhi theo phân loại ICD 10 trong 2 năm (2015 – 2016).

-Xác định các nhóm bệnh thường gặp.

-Xác định sự phân bố của nhóm bệnh thường gặp theo yếu tố dịch tễ: tuổi, giới, khu vực cư trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ trẻ sơ sinh nhập viện điều trị tại BVSNTV từ ngày 1/1/2015 đến ngày 31/12/2016.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

Phương pháp tiến hành: Thu thập thông tin lưu trữ tại phòng kế hoạch tổng hợp BVSNTV

-Xếp loại bệnh tật theo Bảng Phân loại quốc tế ICD 10.

-Thống kê và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 14.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Mô hình bệnh Nhi theo phân loại ICD 10 trong 2 năm (2015 – 2016)

Bệnh của hệ tiêu hoá	7797	9,97
Bệnh của da và tổ chức dưới da	1966	2,51
Bệnh của hệ thống cơ xương và mô liên kết	172	0,22
Bệnh của hệ tiết niệu sinh dục	5194	6,64
Phân loại khác	9496	12,14
Tổng cộng	78231	100

Nhóm bệnh chủ yếu thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi tại BVSNTV là: bệnh hệ hô hấp (56,61%), bệnh hệ tiêu hóa (9,97%), bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật (9,95%).

3.2. Đặc điểm các nhóm bệnh thường gặp

Bảng 2. Nhóm bệnh đường hô hấp

Chẩn đoán	Mã ICD10	Tổng cộng	
		Số ca	Tỷ lệ %
Viêm họng và viêm amidan cấp	J02- J03	17488	39.37
Viêm thanh, khí quản cấp	J04	23	0.05
Viêm cấp đường hô hấp trên khác	J00- J01, J05-J06	20799	46.82
Cúm	J10- J11	0	0.00
Các bệnh viêm phổi	J12 -J18	260	0.59
Viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp	J20- J21	4178	9.40
Viêm xoang mạn tính	J32	4	0.01
Bệnh của mũi và các xoang phụ của mũi	J30- J31, J33-J34	1199	2.70
Bệnh mạn tính của amidan và của VA	J35	2	0.00
Bệnh khác đường hô hấp trên	J36- J39	0	0.00
Viêm phế quản tràn khí và các bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	J40- J44	0	0.00
Hen	J45- J46	467	1.05
Giãn phế quản	J47	0	0.00
Bệnh phổi không do phế cầu khuẩn	J60	0	0.00
Bệnh khác của bộ máy hô hấp	J22, J66-J99	4	0.01
Tổng		44424	100

Viêm cấp đường hô hấp trên khác (46,82%), viêm họng và viêm amidan cấp (39,37%), viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp (9,40%) là ba bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 3. Nhóm bệnh đường tiêu hóa

Chẩn đoán	Mã ICD10	Tổng cộng	
		Tần số	Tỷ lệ %
Sâu răng	K02	86	1.10
Tổn thương khác liên quan đến răng và mô quanh răng	K03- K08, K00- K01	66	0.84
Bệnh khác của khoang miệng, tuyến nước bọt và hàm	K09- K14	74	0.95
Loét dạ dày và tá tràng	K25- K27	1	0.01
Viêm dạ dày và tá tràng	K29	440	5.62
Bệnh khác của thực quản, dạ dày và tá tràng	K20-K23, K28, K30-K31	6.589	0.08
Bệnh của ruột thừa	K35- K38	76	0.97
Thoát vị bẹn	K40	85	1.09
Các thoát vị khác	K41-K46	6	0.08
Bệnh Crohn (viêm ruột non từng vùng) và viêm loét đại tràng	K50-K51	5	0.06
Tắc liệt ruột và tắc ruột không do thoát vị	K56	81	1.04
Bệnh túi thừa của ruột non	K57	1	0.01
Bệnh khác của ruột non và màng bụng	K52-K55, K58-K67	294	3.76
Bệnh gan do rượu	K70	0	0.00
Các bệnh khác của gan	K71- K77	8	0.10
Sỏi mật và viêm túi mật	K80-K81	2	0.03
Viêm tụy cấp và bệnh khác của tụy	K85-K86	1	0.01
Bệnh khác của bộ máy tiêu hoá	K87-K93, K82-K83	11	0.14
Tổng		7826	100

Viêm dạ dày và tá tràng (5,62%), Bệnh khác của ruột non và màng bụng (3,76%) là hai bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 4. Nhóm bệnh đường tiết niệu sinh dục

Chẩn đoán	Mã ICD10	Tổng cộng	
		Số ca	Tỷ lệ %
Hội chứng viêm thận cấp và tiến triển nhanh	N00-N01	36	0.56
Bệnh cầu thận khác	N02-N08	467	7.21
Bệnh ống thận kẽ	N10-N16	7	0.11
Suy thận	N17-N19	12	0.19
Sỏi tiết niệu	N20-N23	6	0.09
Viêm bàng quang	N30	27	0.42
Bệnh khác của bộ máy tiết niệu	N25-N29, N31-N39	413	6.38
Quá sản tuyến tiền liệt	N40	0	0.00
Tổn thương khác của tuyến tiền liệt	N41-N42	0	0.00
Tràn dịch tinh mạc, u nang tinh dịch	N43	11	0.17
Thừa bao qui đầu, hẹp và nghẹt bao qui đầu	N47	49	0.76
Bệnh khác của cơ quan sinh dục nam	N44- N46, N49-N51	63	0.97
Tổn thương của vú	N60-N64	20	0.31
Viêm vòi trứng và viêm buồng trứng	N70	0	0.00
Viêm nhiễm cổ tử cung	N72	509	7.86
Tổn thương viêm khác của các cơ quan khung chậu nữ	N71, N73-N77	2173	33.55
Viêm niêm mạc tử cung	N80	4	0.06
Sa sinh dục nữ	N81	194	3.00
Tổn thương không viêm của buồng trứng, vòi fallope và dây chằng rộng	N83	855	13.20
Rối loạn kinh nguyệt	N91-N92	1106	17.08
Rối loạn mãn kinh và xung quanh mãn kinh khác	N95	310	4.79
Vô sinh nữ	N97	0	0.00
Bệnh khác của bộ máy sinh dục tiết niệu	N82, N84-N90, N93-N94, N96, N98-N99	214	3.30
Tổng		6476	100

Tổn thương viêm khác của các cơ quan khung chậu nữ (33,55%), rối loạn kinh nguyệt (17,08%), tổn thương không viêm của buồng trứng, vòi fallope và dây chằng rộng (13,20%) là 3 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất.

Bảng 5. Nhóm bệnh nhiễm khuẩn

Chẩn đoán	Mã ICD 10	Tổng cộng	
		Số ca	Tỷ lệ %
Tả	A00	3	0.17
Thương hàn, phó thương hàn	A01	0	0.00
Iả chảy do Shigella - Shigellosis	A03	0	0.00
Ly Amip	A06	56	3.25
Iả chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn	A09	602	34.94
Các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác	A02, A04-A05, A07-A08	1010	58.62
Lao bộ máy hô hấp	A15-A16	0	0.00
Các dạng lao khác	A17-A19	4	0.23
Dịch hạch	A20	0	0.00
Bệnh do Brucella	A23	0	0.00
Phong	A30	0	0.00
Uốn ván sơ sinh	A33	0	0.00
Các dạng uốn ván khác	A34-A35	0	0.00
Bạch hầu	A36	0	0.00
Ho gà	A37	0	0.00
Nhiễm khuẩn não mô cầu	A39	0	0.00
Nhiễm khuẩn huyết	A40-A41	1	0.06

Các bệnh do vi khuẩn khác	A21-A22, A24-A28, A31-A32, A38, A42-A49	9	0.52
Giang mai bẩm sinh	A49	10	0.58
Giang mai sớm	A50	0	0.00
Các loại giang mai khác	A51	0	0.00
Nhiễm lậu cầu khuẩn	A54	0	0.00
Nhiễm khuẩn Chlamydia lây truyền đường tình dục	A55-A56	0	0.00
Nhiễm khuẩn khác lây đường tình dục	A57-A64	0	0.00
Sốt hồi quy	A68	0	0.00
Mắt hột	A71	2	0.12
Sốt Rickettsia	A75	23	1.33
Bại liệt cấp	A80	0	0.00
Dại	A82	0	0.00
Viêm não Virut	A83-A86	0	0.00
Sốt vàng	A95	1	0.06
Sốt virut khác do tiết tủy truyền và sốt virus xuất huyết	A90-A94, A96-A99	2	0.12
Tổng	736	1723	100

Các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác (58,62%); Iả chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn (34,94%) là hai bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.3. Sự phân bố của nhóm bệnh thường gặp theo yếu tố dịch tễ (tuổi, giới, khu vực cư trú)

Bảng 6. Phân bố trẻ theo giới tính

Giới tính \ Năm	Tần số	Tỷ lệ %
Nam	9263	58,99
Nữ	6439	41,01
Tổng cộng	15702	100

- Tỷ lệ trẻ nam nhập viện điều trị (58,99%) cao hơn tỷ lệ trẻ nữ nhập viện điều trị (41,01%).

- Trẻ nam nhập viện điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất là năm 2016 với 58,21%.

Bảng 7. Tỷ lệ trẻ theo nhóm tuổi

Năm	Tần số	Tỷ lệ %
< 1 tháng	2660	16,82
1- 12 tháng	3351	21,19
1- 5 tuổi	6608	41,79
> 15 tuổi	3195	20,20
Tổng cộng	15814	100

- Tỷ lệ trẻ cao nhất theo nhóm tuổi chiếm đa số là từ 1 đến 5 tuổi (41,79%).

- Tỷ lệ trẻ thấp nhất theo nhóm tuổi chiếm đa số là dưới 1 tháng (16,82%).

Bảng 8. Phân bố trẻ theo khu vực cư trú

Khu vực cư trú	Tần số	Tỷ lệ %
TP. Trà Vinh	1178	20,01
H. Cầu Kè	217	3,68
H. Càng Long	1177	19,99
H. Tiểu Cần	470	7,98
H. Châu Thành	1541	26,18
H. Trà Cú	607	10,31
H. Cầu Ngang	351	5,96
Tổng cộng	5887	100

- Tỷ lệ trẻ nhập viện điều trị chủ yếu tập trung cao nhất ở hai khu vực là: TP. Trà Vinh (20,01%) và huyện Càng Long (19,99%).

- Tỷ lệ trẻ nhập viện điều trị thấp nhất huyện Cầu Kè (3,68%).

Trong các nhóm bệnh, ba nhóm bệnh chủ yếu thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi tại BVSNTV là: bệnh hệ hô hấp (56,61%), bệnh hệ tiêu hóa (9,97%), bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật (9,95%). Theo nghiên cứu của Huỳnh Thuận và cộng sự tại BV Nhi Quảng Nam trong 5 năm (2009 đến 2013), bệnh hô hấp và bệnh nhiễm

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân loại bệnh tật theo ICD -10

trùng chiếm tỷ lệ cao nhất và lần lượt là: 34,4% và 17,3%. Và cũng theo nghiên cứu của Nguyễn Đình Thoại tại BV Nhi Quảng Nam năm 2005, bệnh đường hô hấp và nhiễm khuẩn đường ruột chiếm tỷ lệ cao nhất và lần lượt là 29,3% và 12,6%. Nghiên cứu của tôi cũng cho thấy bệnh hệ hô hấp và bệnh nhiễm trùng chiếm tỷ lệ cao, đây là hai nhóm bệnh phổ biến thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi, do trẻ tiếp xúc với môi trường không trong lành, thường xuyên tiếp xúc với đất, các vật dụng đồ chơi.

4.2. Đặc điểm các nhóm bệnh thường gặp

Nhóm bệnh hô hấp: Viêm cấp đường hô hấp trên khác (46,82%), viêm họng và viêm amidan cấp (39,37%), viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp (9,40%) là ba bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất. So sánh với mô hình bệnh tật tại BV Nhi năm 2005 thì kết quả của chúng tôi không có gì khác biệt nhiều. Các bệnh này chiếm tỷ lệ cao vì: Trà Vinh là vùng trũng nằm trong vùng đồng bằng sông Cửu Long, có điều kiện ánh sáng bức xạ dồi dào, nhiệt độ cao và ổn định, có đặc thù của vùng khí hậu ven biển tỉnh Trà Vinh có một số hạn chế về mặt khí tượng như gió chướng mạnh, bốc hơi cao, mưa ít. Chính vì vậy, trẻ em dễ mắc phải các bệnh liên quan đến đường hô hấp như: viêm đường hô hấp, viêm họng và amidan, viêm phế quản. Mặt khác, do đội ngũ y bác sĩ còn thiếu nên việc phục vụ khám chữa bệnh cho người dân, đặc biệt khám chữa bệnh cho trẻ em còn chưa đáp ứng kịp thời và đồng bộ, đặc biệt còn thiếu các bác sĩ chuyên môn Nhi.

Nhóm bệnh đường tiêu hóa: Viêm dạ dày và tá tràng (5,62%), Bệnh khác của ruột non và màng bụng (3,76%) là hai bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này cho thấy được một số cha mẹ còn chưa quan tâm sâu sắc đến việc phòng bệnh cho trẻ, chưa có điều kiện thuận lợi để tiếp xúc với các dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại, khó khăn trong việc đi lại, việc vệ sinh cá nhân cho trẻ còn chưa thực hiện tốt, việc vệ sinh ăn uống còn chưa được các bậc cha mẹ quan tâm. Trẻ dưới 5 tuổi có đặc điểm là hiếu động, thường tiếp xúc với môi trường có nhiều yếu tố gây bệnh (bụi, đất, cát, nước bẩn, môi trường ô nhiễm, đồ chơi...) nên dễ mắc bệnh về tiêu hóa. Vì vậy, các bệnh về tiêu hóa như: Bệnh của thực quản, dạ dày và tá tràng viêm dạ dày và tá tràng dễ xảy ra với trẻ.

Nhóm bệnh đường tiết niệu sinh dục: Tổn thương viêm khác của các cơ quan khung chậu nữ (33,55%), rối loạn kinh nguyệt (17,08%), tổn thương không viêm của buồng trứng, vòi fallope

và dây chằng rộng (13,20%) là 3 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này cho thấy trẻ nữ dễ mắc các bệnh liên quan đến phụ khoa, việc vệ sinh cá nhân của trẻ còn chưa được thực hiện tốt, việc phòng bệnh đường sinh dục cho trẻ chưa được các bậc cha mẹ quan tâm.

Nhóm bệnh nhiễm khuẩn: Các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác (58,62%); Iạ chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn (34,94%) là hai bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả nghiên cứu này tương tự nghiên cứu của Lê Huy Thạch tại Bệnh viện đa khoa Ninh Thuận năm 2009 là 77,4%, nghiên cứu của Nguyễn Đình Thoại tại BV Nhi Quảng Nam năm 2005 là 66,9%. Điều này cho thấy nhu cầu chăm sóc sức khỏe và nhu cầu phòng bệnh cho trẻ dưới 5 tuổi còn chưa cao, ý thức phòng bệnh còn thấp, chưa có điều kiện thuận lợi để tiếp xúc với các dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại, khó khăn trong việc đi lại, việc vệ sinh cá nhân của trẻ còn chưa được thực hiện tốt, trẻ thường xuyên tiếp xúc với môi trường lao động có nhiều yếu tố gây bệnh (bụi, thuốc trừ sâu, nước bẩn,...) nên dễ mắc bệnh nhiễm khuẩn.

4.3. Các yếu tố dịch tễ học (giới, nhóm tuổi, khu vực cư trú)

- Tỷ lệ trẻ nam nhập viện điều trị cao hơn tỷ lệ trẻ nữ nhập viện điều trị. Điều này cho thấy trẻ nam dễ mắc bệnh hơn trẻ nữ, do trẻ nam hiếu động, tinh nghịch, thích chơi đùa và tiếp xúc nhiều với môi trường (đất, cát, nước,...). Bên cạnh đó, điều này cũng cho thấy thiếu sự quan tâm về mặt sức khỏe của cha mẹ dành cho trẻ nam.

- Tỷ lệ trẻ cao nhất theo nhóm tuổi chiếm đa số là từ 1 đến 5 tuổi (41,79%). Nhóm tuổi này mắc bệnh nhiều là do các em đang trong độ tuổi hiếu động, tinh nghịch, thích khám phá cái mới, bắt chước những công việc của người lớn. Vì vậy, việc vệ sinh cá nhân của các em chưa được chú trọng, các em thường xuyên có điều kiện tiếp xúc với môi trường bị ô nhiễm nên việc mắc bệnh thường gặp luôn xảy ra ở nhóm tuổi này.

- Tỷ lệ trẻ nhập viện đến điều trị chủ yếu tập trung cao nhất ở hai khu vực là: TP.Trà Vinh (20,01%) và huyện Càng Long (19,99%). Bởi vì BVSNTV đóng trên địa bàn thành phố Trà Vinh và gần huyện Càng Long nên số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị tại bệnh viện nhiều. Điều này cho thấy người dân ở hai khu vực này ý thức được vai trò quan trọng của việc phòng bệnh cho trẻ, công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho trẻ được các bậc phụ huynh quan tâm sâu sắc.

V. KẾT LUẬN

-Ba nhóm bệnh chủ yếu thường gặp ở trẻ dưới 5 tuổi tại BVSNTV là: bệnh hệ hô hấp (56,61%), bệnh hệ tiêu hóa (9,97%), bệnh nhiễm khuẩn và ký sinh vật (9,95%).

-Nhóm bệnh hô hấp chủ yếu là: Viêm cấp đường hô hấp trên khác (46,82%), viêm họng và viêm amidan cấp (39,37%), viêm phế quản và viêm tiểu phế quản cấp (9,40%) là ba bệnh chủ yếu.

-Nhóm bệnh đường tiêu hóa chủ yếu là: Viêm dạ dày và tá tràng (5,62%), Bệnh khác của ruột non và màng bụng (3,76%) là hai bệnh chủ yếu.

-Nhóm bệnh đường tiết niệu sinh dục chủ yếu là: Tổn thương viêm khác của các cơ quan khung chậu nữ (33,55%), rối loạn kinh nguyệt (17,08%), tổn thương không viêm của buồng trứng, vòi fallope và dây chằng rộng (13,20%) là 3 bệnh chủ yếu.

-Nhóm bệnh nhiễm khuẩn: Các bệnh nhiễm khuẩn ruột khác (58,62%); Ía chảy, viêm dạ dày, ruột non có nguồn gốc nhiễm khuẩn (34,94%) là hai bệnh chủ yếu.

-Tỷ lệ trẻ nam nhập viện điều trị là 58,99%, tỷ lệ trẻ nữ nhập viện điều trị là 41,01%.

-Tỷ lệ trẻ mắc bệnh theo nhóm tuổi chiếm đa số từ 1 đến 5 tuổi là 41,79%.

-Tỷ lệ trẻ nhập viện điều trị chủ yếu tập trung chủ yếu ở hai khu vực là: TP.Trà Vinh (20,01%) và huyện Càng Long (19,99%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế. *Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật Việt Anh lần thứ 10 (ICD10)*, nhà xuất bản Y học, 2001.
2. Huỳnh Thuận và cộng sự (2014). Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Nhi Quảng Nam trong 5 năm (2009 – 2013).
3. Trương Thị Mai Hồng, Lê Thanh Hải, Phạm Ngọc Toàn, Đỗ Quang Vỹ, Lê Thị Dung. (2012). *Mô hình bệnh tật tại Khoa cấp cứu, bệnh viện Nhi Trung ương 2011*.
4. Nguyễn Đình Thoại, Lê Văn Dũng (2005). *Tình hình bệnh tật và tử vong tại Bệnh viện Nhi Quảng Nam trong 9 tháng (1/2004 – 10/2004)*.
5. Nguyễn Thị Xuân Hương, Hoàng Thị Huệ (2011). *Tình hình bệnh tật và tử vong so sinh tại bệnh viện tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008-2010)*.
6. Võ Phương Khanh, Trịnh Hữu Tùng, Thái Thanh Tùng. *Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 (2005 – 2007)*.
7. Lawn JE (2004) "Why are 4 million dying each year", *The lancet*, vol 364.

THỰC TRẠNG NHẬN THỨC VỀ BẠO LỰC HỌC ĐƯỜNG CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG LÊ QUÝ ĐÔN THÀNH PHỐ THÁI BÌNH NĂM 2014

Trần Thị Khuyên¹, Nguyễn Văn Tiến¹, Đỗ Văn Dung²

TÓM TẮT

Bạo lực học đường đang trở thành vấn nạn của toàn xã hội. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 399 học sinh của trường trung học phổ thông Lê Quý Đôn thành phố Thái Bình năm 2014 nhằm mô tả nhận thức về vấn đề bạo lực học đường của học sinh. Kết quả cho thấy tỷ lệ học sinh chưa nhận thức đầy đủ về bạo lực và bạo lực học đường cao, tương ứng là 53% và 71%. 90,5% học sinh có nhận thức đúng về hình thức dùng vũ lực: Tát, đấm đá, giật tóc, lột quần áo. Theo học sinh: 88,2% bạo lực học đường thường xảy ra giữa nhóm đối tượng học sinh với học sinh; Đối tượng tham gia cả nam và nữ chiếm tỷ lệ cao là 90,8%, nguyên nhân gây bạo lực học đường là từ 4 bên: gia đình, nhà trường, xã hội,

bản thân đều cao trên 73% trong đó nguyên nhân từ bản thân là cao nhất chiếm 93%.

Từ khóa: Bạo lực học đường, nhận thức, học sinh trung học phổ thông, Thái Bình.

SUMMARY

SITUATION OF VIOLENCE AWARENESS SCHOOL OF HIGH SCHOOL PUPILS OF LE QUY DON, CITY THAI BINH IN 2014

School violence is becoming the problem of the whole society. Cross-sectional descriptive study was conducted on 399 high school students from Le Quy Don School City Thai Binh in 2014 to describe the awareness of school violence problems of students. The results showed that the percentage of students are not fully aware of violence and school violence high, respectively 53% and 71%. 90.5% of students are aware of the right to use force forms: Slapping, kicking, hair pulling, stripped. According to the students: 88.2% of school violence occurs between student groups with students; Subjects participated in both men and women at high percentage is 90.8%, the cause of school violence is from 4 sides: family, school, society, are themselves high above 73% of which cause itself is the highest from 93%.

¹Trường Đại học Y dược Thái Bình

²Liên hiệp các hội Khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 26.4.2017

Keywords: School Violence, knowledge, high school pupils, Thai Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuổi vị thành niên là lứa tuổi phát triển mau lẹ cả về thể chất và các thay đổi giới tính. Đây là giai đoạn mà trong đó con người cố gắng khẳng định "ý thức cá tính" là một cá nhân, một người trưởng thành, một người đàn ông hay một người phụ nữ [1]. Nhưng sự phát triển một cách không đầy đủ về cả tâm lý và thể chất sẽ khiến cho trẻ trong độ tuổi này hay bị khủng hoảng tâm lý, dẫn đến những suy nghĩ và hành động sai lệch. Một trong số những hành động sai lệch đó là tình trạng bạo lực học đường đã và đang diễn ra phổ biến và phức tạp dưới nhiều hình thức khác nhau. Xuất phát từ thực trạng bạo lực học đường ngày càng trở nên phức tạp và nghiêm trọng hơn, nhằm tìm hiểu về vấn đề bạo lực học đường, trên cơ sở đó cung cấp những dữ liệu cho các nhà hoạch định chính sách có những giải pháp hữu hiệu can thiệp để giảm tình trạng bạo lực học đường, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Thực trạng nhận thức về bạo lực học đường của học sinh tại trường trung học phổ thông Lê Quý Đôn thành phố Thái Bình năm 2014", với mục tiêu nghiên cứu: *Mô tả thực trạng nhận thức về bạo lực*

học đường của học sinh trung học phổ thông Lê Quý Đôn, thành phố Thái Bình năm 2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại trường trung học phổ thông Lê Quý Đôn, thành phố Thái Bình

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh trường THPT Lê Quý Đôn

Tiêu chuẩn chọn đối tượng: Học sinh đang học tại trường.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng có tổn thương về thần kinh, tâm thần.

- Các đối tượng không tham gia, hợp tác.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu áp dụng cho điều tra cắt ngang:

$$n = Z_{\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{(ep)^2}$$
 Trên thực tế chúng tôi đã điều tra được 399 học sinh.

III. KẾT QUẢ

Nhận thức của học sinh về bạo lực học đường:

Bảng 1. Nhận thức của học sinh về bạo lực và bạo lực học đường (n = 399)

Nội dung	Nhận thức đúng		Nhận thức chưa đúng		Nhận thức sai	
	n	TL%	n	TL%	n	TL%
Bạo lực	162	40,5	211	52,9	26	6,6
Bạo lực học đường	98	24,5	283	70,9	18	4,6

Qua kết quả bảng 1 cho thấy: tỷ lệ học sinh nhận thức chưa đúng về bạo lực và bạo lực học đường còn cao, tương ứng là 52,9% và 70,9%.

Bảng 2. Nhận thức của học sinh về các hình thức bạo lực học đường (n=399)

Nội dung	Đúng		Sai		Không biết	
	n	TL%	n	TL%	n	TL%
Chửi thề, nói xấu, chia bè phái, miệt thị	231	57,9	122	30,6	46	11,5
Nhắn tin, gửi thư uy hiếp	242	60,7	109	27,3	48	12,0
Bắt nạt lột trần đồ và tiền	310	77,7	63	15,8	26	6,5
Uy hiếp bằng hình ảnh, video, thông tin mang tính chất bạo lực, đồi trụy	236	59,1	109	27,3	54	13,5
Dùng vũ lực: tát, đá, đấm, giật tóc, lột quần áo...	361	90,5	24	6,0	14	3,5

Qua kết quả bảng 2 cho thấy: Học sinh có nhận thức về hình thức dùng vũ lực: Tát đấm đá giật tóc lột quần áo chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 90,5%, hình thức bắt nạt trần đồ và tiền chiếm tỷ lệ cao thứ hai 77,7%, hình thức nhắn tin, gửi thư uy hiếp chiếm tỷ lệ là 60,7%, hình thức uy hiếp bằng hình ảnh, video, thông tin mang tính chất bạo lực đồi trụy chiếm tỷ lệ là 59,1%, hình thức chửi thề nói xấu chia bè phái miệt thị chiếm tỷ lệ thấp nhất là 57,9%.

Bảng 3. Nhận thức của học sinh về nhóm đối tượng thường gây ra bạo lực học đường (n=399)

Nhóm đối tượng	Có		Không	
	n	TL%	n	TL%
Giữa học sinh với học sinh	352	88,2	47	11,8
Giữa giáo viên với học sinh	206	51,6	193	48,4
Giữa giáo viên với giáo viên	51	12,8	348	87,2
Giữa học sinh với đối tượng ngoài trường	190	47,6	259	52,4

Qua kết quả bảng 3 cho thấy: Bạo lực học đường thường xảy ra giữa nhóm đối tượng học sinh với học sinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 88,2%, nhóm đối tượng giữa giáo viên với học sinh chiếm tỷ lệ cao thứ hai với tỷ lệ là 51,6%, nhóm đối tượng giữa học sinh và đối tượng ngoài trường chiếm tỷ lệ 47,8%, nhóm đối tượng giữa giáo viên với giáo viên chiếm 12,8%.

Bảng 4. Nhận thức của học sinh về nguyên nhân bạo lực học đường từ bản thân (n= 371)

Nội dung	Có	
	n	TL%
Tâm lý lứa tuổi: bốc đồng thiếu suy nghĩ khi hành động	322	86,8
Thích thể hiện bản thân	290	78,2
Tranh giành người yêu	256	69,0
Có hành động bông bột, ngông cuồng	303	81,7
Bạn bè rủ rê	193	52,0
Khác	1	0,3

Qua kết quả bảng 4 cho thấy: Nguyên nhân do tâm lý lứa tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (86,8%), nguyên nhân do có hành động bông bột, ngông cuồng chiếm tỷ lệ 81,7%, do thích thể hiện bản thân là 78,2%, do tranh giành người yêu là 69%, do bạn bè rủ rê là 52,0%. Chỉ có một phần rất nhỏ chọn nguyên nhân khác chiếm 0,3%.

Bảng 5. Nhận thức của học sinh về hậu quả bạo lực học đường (n=399)

Hậu quả	Có	
	n	TL%
Tổn thương thể xác, tính mạng	340	85,2
Tổn thương tinh thần	316	83,0
Ảnh hưởng đến học tập	323	81,0
Không ảnh hưởng	24	6,0
Không biết	27	6,8

Qua kết quả bảng 5 cho thấy: Đa số các em đều cho rằng bạo lực có ảnh hưởng (chiếm >80%), có 6% số học cho rằng không có ảnh hưởng do bạo lực, 6% chọn không biết hậu quả của bạo lực học đường là gì.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu có thể thấy rằng hầu hết các em có thể trả lời các câu hỏi về hình thức bạo lực thể chất một cách chính xác đến 90,5%. Hằng ngày các em đến trường sẽ thấy những hành vi gây gổ, đánh nhau do mâu thuẫn giữa các bạn học sinh. Có 6% học sinh không cho rằng "Dùng vũ lực: tát, đá, đấm, giật tóc, lột quần áo" và có 3,5% không biết việc dùng vũ lực như vậy có phải là bạo lực hay không. Trong nghiên cứu về "nhận thức của học sinh về vấn đề bạo lực học đường của trường THPT Nguyễn Trường Tộ TP.Vinh-Nghệ An có 8,3% cho rằng "đấm, đá, đập vào bạn khác" không phải là bạo lực học đường [3]. Qua nghiên cứu có 9,3% học sinh không cho rằng việc dùng vũ lực là bạo lực học đường và cao hơn so với nghiên cứu trường THPT Nguyễn Trường Tộ. Hầu hết sự thiếu nhận thức này thường gặp ở những học sinh có thái độ thờ ơ không quan tâm tới bạo lực học đường. Tuy nhiên, cũng có một số học sinh đã nhận biết được một số hành vi bạo lực học đường gây tổn hại đến tinh thần, như: chửi thề, nói xấu, chia bè phái, miệt thị 57,9%; uy hiếp bằng hình ảnh, video, thông tin mang tính chất bạo lực, đòi truy 59,1%; nhắn tin, gửi thư uy hiếp 60,7%. Trong nghiên cứu này tỷ lệ học sinh có nhận thức về

hình thức bạo lực tinh thần thấp hơn so với nghiên cứu tại trường THPT Nguyễn Trường Tộ "có lời nói hăm dọa, cảnh cáo bạn khác là 76,7%; Viết thư khủng bố tinh thần là 65,8%. Qua đây có thể thấy rằng việc bạo lực về tinh thần có ảnh hưởng rất lớn tới tâm lý, tình cảm của học sinh trong môi trường học đường. Đây là những hành vi gây sức ép nặng nề về mặt tâm lý, tinh thần của khách thể. Việc các em chưa có nhận thức đầy đủ về hình thức bạo lực này có thể khiến các em thực hiện nó mà vô hình các em không lường trước được hậu quả mà mình làm. Đặc biệt tỷ lệ các em có nhận thức về hình thức bạo lực này còn thấp chỉ chiếm khoảng 59,2%.

Mặc dù hầu hết học sinh đều biết đến bạo lực học đường, đều nhận thức được sự tồn tại của bạo lực học đường trong thực tế nhưng phần lớn học sinh vẫn chưa hiểu đúng bản chất của bạo lực học đường. Chính vì chưa hiểu được bản chất của vấn đề nên học sinh không có sự thống nhất trong tư duy khi phân biệt và nhận diện các loại bạo lực học đường trong thực tiễn.

Nguyên nhân bạo lực học đường là từ 4 bên: gia đình, nhà trường, xã hội, bản thân đều cao trong đó có 93,0% đối tượng nghiên cứu cho rằng bạo lực học đường có nguyên nhân do bản thân học sinh. Tâm lý lứa tuổi học sinh trung học

phổ thông với sự phát triển chưa hoàn thiện: cái "tôi", bản tính "anh hùng" muốn thể hiện bản thân trước bạn bè và không muốn thua thiệt "bùng phát" làm cho các em đôi khi chưa biết kiềm chế cảm xúc, dễ dẫn đến những hành vi xô xát, gây gổ đánh nhau. Khả năng nhận thức cũng như tư duy chưa hoàn thiện, vốn kỹ năng sống chưa trang bị đủ, hiểu biết về xã hội còn quá ít làm cho các em rất dễ bị kích động bởi những sự việc đơn giản, đôi khi đó chỉ là sự hiểu nhầm rất nhỏ. Trên thực tế không thiếu những hành vi bạo lực học đường nghiêm trọng mà xuất phát điểm chỉ là những xích mích, hiểu lầm nhỏ giữa học sinh với nhau. Nguyên nhân tâm lý của bạo lực học đường ít được các nhà giáo dục, các nhà nghiên cứu, các nhà xã hội, các bậc cha mẹ quan tâm đúng mức, mỗi học sinh có một phong cách sống khác nhau. Không ai kiểm soát được diễn biến tâm lý xảy ra hằng ngày với học sinh đó. Do vậy không ai nghĩ đến việc ngăn chặn bạo lực học đường từ ngay các bạo lực từ đời sống nội tâm, có thể do việc tác động những nghịch cảnh bên ngoài, tác động bởi điều kiện không thuận lợi làm cho tâm con người xảy lên sóng gió cho chính mình. Nguyên nhân tâm lý bị xem thường đó lại là nguyên nhân chính.

Vì thế cần tổ chức tư vấn, tham vấn tâm lý học đường trong các trường học để hỗ trợ học sinh vượt qua các khó khăn tâm lý, định hướng các ứng xử lành mạnh, thân thiện. Cần có các chương trình hướng tới các nhóm học sinh có dấu hiệu hành vi bạo lực nguy cơ cao, có các chương trình giáo dục kỹ năng xã hội cho học sinh.

Hậu quả bạo lực học đường: Phần lớn học sinh đã nhận biết được ảnh hưởng tiêu cực của bạo lực học đường tổn thương thể xác, tính mạng 85,2%, tổn thương tinh thần 83,0%. So nghiên cứu "Tìm hiểu nhận thức của nữ sinh về BLHĐ tại Thành Phố Hồ Chí Minh" [2] cho rằng

hậu quả gây tổn thương thể xác chiếm 74,0%, gây tổn thương tinh thần là 64,7%" thì tỷ lệ học sinh trong nghiên cứu này có nhận thức đúng về hậu quả của bạo lực chiếm tỷ lệ. Tuy nhiên thì cũng có 12,8% cho rằng bạo lực học đường không gây ảnh hưởng gì và tỷ lệ này còn chiếm tỷ lệ khá cao. Có thể thấy rằng sự thiếu nhận thức của các em về hậu quả là một trong những nguyên nhân gây nên bạo lực và có những hậu quả nghiêm trọng mà các em chưa lường trước được.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ học sinh chưa nhận thức đầy đủ về bạo lực và bạo lực học đường cao, tương ứng là 53% và 71%.

- Học sinh có nhận thức đúng về hình thức dùng vũ lực: Tát đấm đá giết tóc lột quần áo chiếm tỷ lệ 90,5%, các hình thức khác tỷ lệ nhận biết thấp.

- Theo học sinh:

+ Bạo lực học đường thường xảy ra giữa nhóm đối tượng học sinh với học sinh chiếm tỷ lệ là 88,2%.

+ Nguyên nhân gây bạo lực học đường là từ 4 bên: gia đình, nhà trường, xã hội, bản thân đều cao trên 73% trong đó nguyên nhân từ bản thân là cao nhất chiếm 93%. Nguyên nhân từ bản thân chủ yếu do tâm lý lứa tuổi chiếm 86,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Tâm lý học (2013), *Tâm lý y học*, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
2. Lưu Thị Mỹ Hiền. (2010). *Tìm hiểu nhận thức của nữ sinh và các yếu tố tác động đến hành vi bạo lực học đường trong nữ sinh tại thành phố Hồ Chí Minh*. Đề tài nghiên cứu khoa học, Đại học Văn Hiến.
3. Nguyễn Thị Thùy Dung, Trường Đại học Khoa Học Xã hội và Nhân văn (2012), *Nhận thức của học sinh trường THPT Nguyễn Trường Tộ (TP.Vinh-Nghệ An) và vấn đề bạo lực học đường*, Trường Đại học Khoa Học Xã hội và Nhân văn.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BƯỚU GIÁP THỒNG TRUNG THẤT

Trần Trọng Kiểm*

TÓM TẮT

Mục tiêu Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu giáp thồng trung thất. **Phương pháp:** Hồi cứu phân

*Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Kiểm

Email: dr.trantrongkiem.b4.h108@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

tích 70 bệnh nhân bị bệnh bướu cổ đơn thuần. **Kết quả:** Từ tháng 4/2010 đến 4/2015, trong 3100 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp có 70 (2,26%) bệnh nhân có bướu giáp thồng trung thất, tuổi trung bình (53,6±6,5); 54 nữ, 16 nam, 65 (92,85%) bệnh nhân có khối u vùng cổ, không triệu chứng lâm sàng 5 (7,14%) bệnh nhân; 50 (71,4%) bệnh nhân triệu chứng kéo dài từ 3 đến 9 năm; 12 (17,14%) bệnh nhân chèn ép khí quản gây khó thở; kích thước bướu trung bình 9,15 ± 2,6 cm; bướu thồng trung thất trước 62(88,57%) bệnh nhân; trung thất sau 8 (11,43%) bệnh nhân; phẫu thuật qua đường cổ 65

(92,86%) bệnh nhân; 05 (7,14%) bệnh nhân kết hợp qua đường ngực sau bên phải. Kết quả phẫu thuật tốt, không có biến chứng lớn sau phẫu thuật, 2 (2,86%) bệnh nhân suy cận giáp thoáng qua và 1 (1,43%) bệnh nhân khàn tiếng thoáng qua. Giải phẫu bệnh: 68 bệnh nhân bướu giáp lành tính, 02 bệnh nhân carcinoma thể nhú. Thời gian nằm viện $4,5 \pm 0,5$ ngày (4 - 7) ngày. **Kết luận:** Phần lớn phẫu thuật cắt bướu giáp thông trung thất qua đường cổ, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp.

Từ khóa: Bướu giáp thông trung thất.

SUMMARY

EVALUATING RESULTS OF SUBSTERNAL GOITERS SURGERY

Objective: Evaluation results of substernal goiters surgery. **Method:** We retrospectively analyzed 70 patients with substernal goiters. **Results:** From 4/2010 to 4/2016, 3600 patients were referred to our hospital for thyroidectomy, 70(1,94%) patients had substernal goiter, mean age was (53,6 +6,5), 54 females, 16 males, The most common symptoms were a cervical mass (92,85%); 5(7,15%) patients had asymptomatic; 50(71,4%) patients had symptomatic from 3 years to 9 years; 12(17,14%) patients with symptom are related to compression of the airways, and represented by dyspnea; average size $9,15 \pm 2,6$ cm; anterior mediastinum 62(88,57%); posterior mediastinum 8(11,43%); 65 (92.86%) by a cervical approach and 5 (7.15%) combine right post lateral. All surgeries were successful, with no major postoperative complications. 2(2,86%) Minor postoperative complications of transient hypocalcemia and 1(1,43%) transient paralysis of the recurrent laryngeal nerve.

Conclusion: Almost Substernal goiter can be removed through a cervical incision, with low complications.

Key words: Substernal goiter.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp thông trung thất chiếm tỷ lệ (3 - 20%) [6,7] trong các trường hợp bướu giáp. Phần lớn bướu giáp thông trung thất cắt được qua đường cổ. Tuy nhiên, một số trường hợp bướu dính chặt và thông xuống trung thất sau đòi hỏi phải mở ngực kết hợp hoặc mở xương ức. Ở những cơ sở phẫu thuật ít, Phẫu thuật bướu giáp thông trung thất vẫn còn nhiều khó khăn về chiến thuật mổ để gây chảy máu hoặc

tai biến, biến chứng còn cao so với phẫu thuật tuyến giáp thông thường do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cắt bướu thông trung thất và mô tả một vài kỹ thuật ứng dụng trong quá trình phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 70 bệnh nhân được chẩn đoán bướu giáp thông trung thất và được phẫu thuật tại khoa phẫu thuật lồng ngực – Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 từ tháng 4/2010 đến tháng 4/2015.

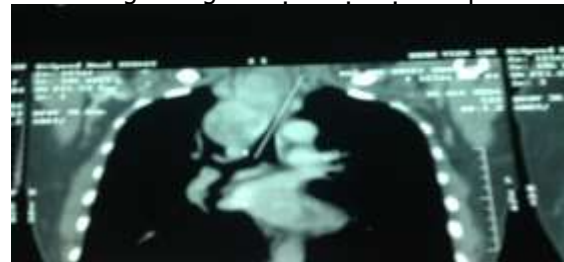
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu phân tích

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân có bướu giáp với hơn 50% kích thước nằm trong lồng ngực hoặc cực dưới đến đốt sống ngực 4

- Hồ sơ đầy đủ

- Không chống chỉ định đặt nội khí quản



Ảnh: Bệnh Viện 108

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- 54 nam, 16 nữ

- Tuổi trung bình: $53,6 \pm 6,5$

- Trong 3100 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp có 70 (2,26%) bệnh nhân bướu giáp thông trung thất.



Ảnh: Bệnh Viện 108

Bảng 3.1: Thời gian từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện, và triệu chứng lâm sàng.

Triệu chứng	Thời gian có triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện				Triệu chứng lâm sàng	
	6 tháng – <3 năm		3 – 9 năm		Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)
	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)		
Bướu vùng cổ	20	28,6	50	71,4	65	92,85
Khó thở					12	17,14
Cường giáp					5	7,15
Nuốt khó					6	8,57
Không có triệu chứng					5	7,15

Bảng 3.2: Hình ảnh CT và xạ hình tuyến giáp

Kích thước, vị trí nằm trong trung thất	Đo trên CT		Mô tả trên xạ hình tuyến giáp	
	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
>50% - 60%	30	42,85	26	41,93
>60% - 70%	35	50	31	50
>70%	5	7,15	5	8,06
Trung thất trước	62	88,57%	58	93,54
Trung thất sau	8	11,43%	4	6,45
Hai thùy	25	35,71	21	33,87
Một thùy	45	64,28	41	66,12

Bảng 3.3: Đường mổ, phương pháp phẫu thuật

Đường mổ, phương pháp phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ
Đường cổ	65	92,85
Đường cổ kết hợp đường ngực mổ mở	2	2,86
Đường cổ kết hợp đường ngực nội soi	3	4,28
Cắt toàn bộ 1 thùy	5	7,15
Cắt toàn bộ 1 thùy, gần toàn bộ 1 thùy	63	90
Cắt toàn bộ 2 thùy	2	2,86

Bảng 3.4: Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật (phút)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
60 - 90	42	60,0
>90 - 120	23	32,85
>120	5	7,14

Thời gian mổ trung bình: 83,28 phút

Bảng 3.5: Tai biến, biến chứng

Tai biến, biến chứng	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Chảy máu sau phẫu thuật	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Khàn tiếng tạm thời	1	1,43
Tetani tạm thời	2	2,86

3.6. Kết quả giải phẫu bệnh lý

Kết quả giải phẫu bệnh lý	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Bướu lành tính	68	97,14
Ung thư tuyến giáp thể nhú	2	2,86

Ngày nằm viện sau phẫu thuật trung bình 05 ngày

IV. BÀN LUẬN

• Trong nghiên cứu có 70 bệnh nhân, nữ giới 54 bệnh nhân, nam giới 16 bệnh nhân, tuổi trung bình ở nhóm nghiên cứu: 53,6+6,5 tuổi, nhỏ tuổi nhất 45 tuổi, lớn tuổi nhất 78 tuổi, theo Murilo Catafesta Das Neves [6] phần lớn bệnh nhân là người lớn tuổi, thông thường trên 70 tuổi. Nghiên cứu của Paul Vadasz và cộng sự [7] có 131 nữ, nam 44, tuổi trung bình 56. Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có bướu giáp thông trung thất chiếm 2,26% (70) Trong 3100 bệnh nhân phẫu thuật tuyến giáp. Erbil Y [3] nghiên cứu 170 bệnh nhân bướu giáp thông trung thất trong 2650 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị bệnh lý tuyến giáp, chiếm 6,41%. Phần lớn bệnh nhân có triệu chứng u vùng cổ kéo dài từ 3 đến 9 năm, chiếm tỷ lệ 71,4%, triệu chứng u vùng cổ chiếm 92,85% (65), khó thở

chiếm 17,14% (12), nuốt khó 8,57% (6), cường giáp 7,15% (5), không triệu chứng 7,15% (5). Theo nghiên cứu của Erbil Y [3], U vùng cổ 88%, Khó thở 35%, không triệu chứng 26%, Chụp X quang vùng cổ cho bằng chứng 77%. Nghiên cứu 33 bệnh nhân Murilo Catafesta Das Neves và cộng sự [6] nhận thấy 30% khó thở, 21% nuốt khó, 21% có cả triệu chứng khó thở và nuốt khó, 6% cường giáp, 7(21%) không triệu chứng. Một số tác giả cho rằng tỷ lệ không có triệu chứng chiếm từ 10% đến 30% [3,5,7], thậm trí có tác giả báo cáo tỷ lệ không có triệu chứng rất cao đến 50%[6]. Nghiên cứu của chúng tôi 100% (70) được chụp CT vùng cổ ngực, 100% bệnh nhân có kích thước nằm trong trung thất chiếm > 50% kích thước, 57,15% có hơn 60% kích thước nằm trong trung thất. 62/70 bệnh nhân được làm xạ hình tuyến giáp, 100%

số bệnh nhân được làm xạ hình đều đánh giá có trên 50% kích thước nằm trong trung thất. Chụp CT và xạ hình tuyến giáp có giá trị cao trong chẩn đoán bướu giáp thông trung thất, đặc biệt chẩn đoán phân biệt u trung thất với bướu giáp thông trung thất, xạ hình tuyến giáp với I-131 rất có giá trị. Phần lớn các nghiên cứu khi nghi ngờ có bướu giáp thông trung thất đều chụp CT vùng cổ ngực [4].

Về đường mổ và kỹ thuật mổ: nghiên cứu của chúng tôi 92,85% (65) phẫu thuật qua đường cổ, (2)2,86% phẫu thuật qua đường cổ kết hợp với mổ đường ngực sau bên bên phải, 3(4,28%) phẫu thuật qua đường cổ kết hợp với phẫu thuật nội soi ngực, hầu hết các tác giả cho rằng cắt bướu giáp thông trung thất phần lớn qua đường cổ, chỉ 0% đến 13% [1,2,3,5,6,7] cần thiết mổ xương ức hoặc mổ ngực, duy nhất 1 tác giả công bố 29%[3].

Kỹ thuật mổ cắt bướu qua đường cổ của chúng tôi:

- Rạch da theo đường Kocher
- Lật vạt da lên trên, qua đường giữa vào bộc lộ 2 thùy tuyến giáp, bộc lộ cắt động mạch giáp trạng trên, cắt bướu giáp từ cực trên lật ra mặt sau tuyến giáp, cắt ngược từ trên xuống dưới, đẩy, bóc tách dần đến cực dưới nằm trong trung thất, với kỹ thuật mổ này an toàn, lấy được toàn bộ phần bướu nằm trong trung thất. trong một số trường hợp bướu không dính có thể dùng ngón tay thăm dò, móc kéo cực dưới nằm trong trung thất lên, với cách này nhanh nhưng không an toàn, nguy cơ gây chảy máu. Trong nghiên cứu, chúng tôi có 03 trường hợp cần nội soi lồng ngực kết hợp để lấy hết u nằm trong lồng ngực.

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được cắt toàn bộ 1 thùy và gần toàn bộ một thùy đối diện 63(90%). Thời gian mổ trung bình 83,28 phút.

Trong 70 ca phẫu thuật, chúng tôi chỉ gặp 1,43% khàn tiếng tạm thời, sau 01 tháng bệnh nhân nói bình thường. 2,86% thiếu canxi tạm thời, sau 03 ngày dùng canxi truyền tĩnh mạch 2gam/ngày bệnh nhân ổn định. Nghiên cứu 33 bệnh nhân, tác giả Murilo Catafesta Das Neves và cộng sự [6] cho thấy có 1,65% bị thiếu canxi tạm thời, theo các tác giả liệt nhẹ dây quặt ngược chiếm 0,7-8%[1,2,3,5,7], liệt dây quặt ngược khoảng 0-4%[1,2,3,5,7], thiếu canxi vĩnh viễn chiếm từ 0-0,6%[1,2,3,5,7]. theo Murilo Catafesta Das Neves và cộng sự [6] thì tỷ lệ liệt nhẹ dây quặt ngược 2/33 bệnh nhân, 02 mổ lại

vì tụ máu vùng cổ. Nghiên cứu của Paul Vadasz; Lajos Kotsis [7] trên 175 bệnh nhân có 2 bệnh nhân tử vong khi hậu phẫu, 1 trường hợp do suy tuần hoàn hô hấp, 1 trường hợp do huyết khối động mạch phổi, biến chứng nhẹ 26%, tổn thương dây quặt ngược 8%, nhuyễn khí quản 10% phải lưu khí quản 4-6 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi, kết quả giải phẫu bệnh lý phần lớn là bướu giáp thể hỗn hợp lạnh tính, có 2(2,86%) ung thư tuyến giáp thể nhú. Theo các tác giả tỷ lệ ác tính chiếm 4-16%[1,2,3,5,7]. Trong nghiên cứu của Murilo Catafesta Das Neves và cộng sự [6] có 6 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp thể biệt hóa. Kết quả nghiên cứu của Paul Vadasz; Lajos Kotsis trên 175 bệnh nhân có 10 bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể biệt hóa.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là phương pháp điều trị có kết quả tốt cho bướu giáp thông trung thất, với đường mổ chủ yếu qua đường cổ, một số trường hợp dính hoặc với kích thước lớn, nằm gần hoàn toàn trong trung thất cần được mở qua đường xương ức hoặc qua đường mổ ngực hoặc phẫu thuật kết hợp cả hai đường. Kết quả điều trị tốt, không có tai biến lớn, khàn tiếng tạm thời 1,43%, tổn thương tuyến cận giáp thoáng qua chiếm 2,86%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Arici C, Dertsiz L, Altunbas H, Demircan A, Emek K.(2001).** " Operative management of substernal goiter: analysis of 52 patients". Int Surg. 86(4):220-4.
2. **Ben Nun A, Soudack M, Best LA.(2006).**" Retrosternal thyroid goiter: 15 years experience". Isr Med Assoc J. 8(2):106-9.
3. **Erbil Y, Bozbora A, Barbaros U, Ozarmagan S, Azezi A, Molvalilar S.(2004)** "Surgical management of substernal goiters: clinical experience of 170 cases". Surg Today;34(9):732-6.
4. **Grainger J, Saranappa N, D'Souza A, Wilcock D. (2005)** " The surgical approach to retrosternal goiters: The role of computerized tomography". Otolaryngol Head Neck Surg ;32:849-51
5. **Moran JC, Singer A, Sardi A (1998).** "Retrosternal Goiter: A six year Institutional Review". The Am Surg. 64:889-92.
6. **Murilo Catafesta Das Neves; Marcello Rosano; Flávio Carneiro Hojaij and et all. (2004).** "A critical analysis of 33 patients with substernal goiter surgically treated by neck incision". Rev. Bras. Otorrinolaringol, volume 34, issue 9, pp 732-736.
7. **Paul Vadasz; Lajos Kotsis (1998).** "Surgical aspects of 175 mediastinal goiters". Eur J Cardiothorac Surg, 14 (4): 393-397.

TIỀN SỬ TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VÀ TĂNG LIPID MÁU CỦA PHỤ NỮ 20-59 TUỔI BÉO PHÌ TRUNG TÂM TẠI PHƯỜNG CỔ NHUẾ VÀ XUÂN ĐÌNH, BẮC TỪ LIÊM, HÀ NỘI

Ngô Thị Thu Huyền¹, Cao Thị Thu Hương¹

TÓM TẮT

Một nghiên cứu điều tra cắt ngang mô tả trên 250 đối tượng có béo phì trung tâm. Đối tượng được hỏi về tiền sử huyết áp, đái tháo đường (ĐTĐ) và tăng lipid máu đồng thời đối tượng được đo huyết áp (HA), lấy máu ven lúc đói để phân tích nồng độ glucose, triglycerid và HDL-C huyết tương. Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng HA và ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO). Đối tượng được coi là tăng triglycerid khi triglycerid huyết tương $\geq 2,26$ mmol/L, HDL -C thấp khi HDL-C huyết tương $<1,03$ mmol/L. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ đối tượng đã từng được kiểm tra huyết áp, glucose và lipid máu tương ứng là 84,0%; 62,8% và 49,2%. Tỷ lệ đối tượng được chẩn đoán sớm tăng HA, tăng glucose và tăng lipid máu là: 39,8%; 77,2% và 39,8% và tỷ lệ đối tượng hiện tại được điều trị tương ứng là 39,8%; 63,6% và 22,7%. Tỷ lệ đối tượng được khuyên chế độ ăn giảm muối (32,0%), tiêu thụ 5 đơn vị trái cây/rau (22,4%), giảm chất béo trong chế độ ăn (44,0%), hoạt động thể lực (35,6%) và giảm cân (47,2%).

Từ khóa: Tăng huyết áp, tăng glucose máu, tăng lipid máu

SUMMARY

HISTORY OF HYPERTENSION, HYPERGLYCEMIA AND RAISED LIPID IN WOMEN AGED 20-59 YEAR HAVING CENTRAL OBESITY IN CO NHUE AND XUAN DINH COMMUNE, BAC TU LIEM, HANOI

A Cross-sectional study was conducted in 250 women having central obesity. Subjects were interviewed on history of hypertension, diabetic and raised lipid as well as were measured blood pressure, and taken fasting venous blood to analyse plasma glucose, triglycerid and HDL-C. Hypertension and diabetic was defined by criteria of WHO. Raise triglycerid was defined as plasma triglycerid ≥ 2.26 mmol/L, low HDL-C was defined when plasma HDL-C <1.03 mmol/L. Result showed that: prevalence of subjects had ever checked blood pressure, blood glucose and lipid respectively 84.0: 62.8% and 49.2%. Prevalence of subject were early diagnosed hypertension, hyperglycemia, raised lipid respectively 39.8%; 77.2% và 39.8% and prevalence of subject

were treated that was respectively 39.8%; 63.6% và 22.7%. Prevalence of subjects was advised reducing salt consumption (32.0), consuming 5 unit fruit/vegetable (22.4%), reducing fat in diet (44.0%), doing physical activity (35.6%) and reducing weight (47.2%).

Key word: hypertension, hyperglycemia, raised lipid

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mắc các bệnh không lây nhiễm (BKNL) liên quan tới dinh dưỡng như tim mạch (đột quỵ, nhồi máu cơ tim, đái tháo đường, ung thư) ngày càng gia tăng trên thế giới và Việt Nam. BKNL là nguyên nhân tử vong hàng đầu chiếm 68% trong số 56 triệu ca tử vong trên toàn cầu (2012) và 3/4 trong số đó là ở các nước thu nhập thấp và trung bình [1]. Ở Việt Nam, tỷ lệ tử vong do BKNL chiếm 73% tổng số ca tử vong, trong đó cao nhất là do bệnh tim mạch 33%, ung thư 16%, đái tháo đường 3% [2]. Cùng với sự gia tăng các yếu tố nguy cơ do đô thị hóa và già hóa dân số, BKNL sẽ trở nên trầm trọng, có tính bùng phát như đại dịch của thế kỷ 21. Ước tính năm 2012, gánh nặng bệnh tật (DALY) của BKNL chiếm 66% tổng gánh nặng bệnh tật toàn quốc [3]. Năm 2013, Tổ chức Y tế Thế giới đã đưa ra kế hoạch phòng chống BKNL trên toàn cầu giai đoạn 2013-2020 trong đó việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ là cấu phần cốt lõi. Nhiều bằng chứng khoa học đã chỉ ra: béo phì đặc biệt là béo phì trung tâm là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch và đái tháo đường. Năm 2014, một cuộc điều tra về tình trạng thừa cân-béo phì và béo phì trung tâm của phụ nữ 20-59 tuổi đã được tiến hành tại 2 phường thuộc quận Bắc Từ Liêm, Hà Nội, một câu hỏi được đặt ra: tiền sử tăng huyết áp, tăng glucose máu và lipid máu của đối tượng béo phì trung tâm thế nào, đó chính là mục tiêu nghiên cứu của đề tài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu:

Đối tượng: Phụ nữ 20-59 tuổi có BP trung tâm (chu vi vòng eo ≥ 80 cm) không mắc một số bệnh lây nhiễm (bệnh lao, HIV) có khả năng giao tiếp (không bị câm, điếc).

Địa điểm: 2 phường Cổ Nhuế và Xuân Đình

Thời gian: Tháng 8-12 năm 2014

¹Viện Dinh dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương

Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 1.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích

2.3 Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: dựa trên nền mẫu đã được tính toán cho điều tra tỷ lệ thừa cân-béo phì và HCCH là 250 đối tượng.

Chọn mẫu: Chọn tất cả đối tượng (250 đối tượng) đã được tham gia đánh giá các yếu tố nguy cơ mắc HCCH (chọn ngẫu nhiên hệ thống theo từng nhóm tuổi của đối tượng có béo phì trung tâm)

2.4. Phương pháp thu thập số liệu và các chỉ tiêu đánh giá

Thu thập số liệu:

- Vòng eo đo bằng thước dây không co giãn.
- Phỏng vấn đối tượng bằng bộ câu hỏi đã được thiết kế dựa trên câu hỏi điều tra WHO STEPS về tiền sử mắc một số bệnh không lây nhiễm.
- Đo huyết áp (HA) theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO).
- Lấy máu khi đói vào buổi sáng (6h30-8h30).

Đánh giá, nhận định kết quả

- Đối tượng được coi là tăng HA khi có HA tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc HA tâm trương ≥ 90 mmHg hoặc đang dùng thuốc hạ HA [4]

- Đái tháo đường khi có tăng Glucose máu (đường huyết khi đói $\geq 7,0$ mmol/L) hoặc đang điều trị đái tháo đường [5]

- Tăng triglycerid khi triglycerid huyết tương $\geq 2,26$ mmol/L, triglycerid ở ngưỡng tăng giới hạn khi triglycerid huyết tương từ $1,7 - < 2,26$ mmol/L [6]

- HDL-C thấp khi HDL-C huyết tương $< 1,03$ mmol/L, HDL-C ở giới hạn thấp khi HDL-C huyết tương từ $1,03 - < 1,29$ mmol/L [6]

2.5. Nhập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

2.6. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu đã tuân thủ đầy đủ các khía cạnh đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Tiền sử và bệnh tăng huyết áp

Biến số		20-29 tuổi	30-39 tuổi	40-49 tuổi	50-59 tuổi	Tổng
Tiền sử	Đã từng kiểm tra HA	24 (85,7)	53 (86,9)	44 (75,9)	89 (86,4)	210 (84,0)
	Được chẩn đoán tăng HA trong 12 tháng qua	0 (0)	2 (3,3)	4 (6,9)	27 (26,2)	33 (13,2)
	Có uống thuốc HA trong 2 tuần qua	0 (0)	1 (1,9)	2 (3,8)	21 (20,4)	24 (10,3)
Hiện tại	Hiện tại dùng thuốc HA	0 (0)	2 (3,3)	4 (6,9)	27 (26,2)	33 (13,2)
	Tăng HA/ dùng thuốc HA	2 (7,1)	7 (11,5)	12 (20,7)	62 (60,2)	83 (33,2)

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ đối tượng đã từng được kiểm tra HA chiếm tỷ lệ là 84,0%. Tỷ lệ đối tượng được chẩn đoán trong 12 tháng qua (13,2%), có uống thuốc hạ HA trong 2 tuần qua (10,3%). Hiện tại: tỷ lệ đối tượng có sử dụng thuốc hạ HA là 13,2%. Tỷ lệ đối tượng có tăng HA là 33,2%. Nhóm đối tượng 50-59 tuổi có tỷ lệ tăng HA cao nhất (60,2%).

Bảng 3.2. Tiền sử tăng glucose máu và bệnh đái tháo đường của đối tượng

Biến số		20-29 tuổi n(%)	30-39 tuổi n(%)	40-49 tuổi n(%)	50-59 tuổi n(%)	Tổng
Tiền sử	Kiểm tra Glucose máu	17 (60,7)	31 (50,8)	34 (58,6)	75 (72,8)	157 (62,8)
	Được chẩn đoán ĐTĐ trong 12 tháng	0 (0)	2 (3,3)	0 (0)	15 (14,6)	17 (6,8)
	Đã uống thuốc 2 tuần qua	0 (0)	2 (3,3)	0 (0)	11 (10,7)	13 (5,2)
	Dùng insulin	0 (0)	0 (0)	0 (0)	3 (2,9)	3 (1,2)
	Thuốc khác	0 (0)	2 (3,3)	0 (0)	9 (8,7)	11 (4,4)
Hiện tại	Glucose: 6,1 -6,9 mmol/L (rối loạn glucose máu)	1 (3,6)	5 (8,2)	7 (12,1)	12 (11,7)	25 (10,0)
	Glucose ≥ 7 mmol/L (tăng glucose)	0(0)	2 (3,3)	2 (3,4)	9 (8,7)	13 (5,2)
	ĐTĐ (Glucose ≥ 7 mmol/L hoặc đang điều trị ĐTĐ)	0(0)	2(3,3)	3(5,2)	17 (16,5)	22 (8,8)

Nhận xét: Có 62,8% đối tượng đã từng được kiểm tra đường huyết lúc đói. Tỷ lệ đối tượng được chẩn đoán có tăng glucose 12 tháng qua là 6,8%. Tỷ lệ đối tượng dùng thuốc trong 2 tuần qua là

5,2%. Tỷ lệ đối tượng dùng thuốc điều trị ĐTĐ là 5,6% (1,2% dùng insulin và 4,4% dùng thuốc khác). Hiện tại có 10,0% đối tượng có rối loạn đường huyết (glucose huyết tương từ 6,1-6,9 mmol/L). ĐTĐ được xác định khi glucose máu lúc đói ≥ 7 mmol/L hoặc đối tượng đang điều trị ĐTĐ. Tỷ lệ đối tượng có glucose máu lúc đói ≥ 7 mmol/L hoặc đang điều trị ĐTĐ là 8,8%; trong đó đối tượng 50-59 tuổi có tỷ lệ cao nhất 16,5%; chưa có đối tượng nào ở nhóm 20-29 tuổi bị ĐTĐ.

Bảng 3.3. Tiền sử tăng cholesterol máu và hiện tại của đối tượng

Biến số		20-29 tuổi	30-39 tuổi	40-49 tuổi	50-59 tuổi	Tổng
Tiền sử	Đã từng kiểm tra lipid máu	9 (32,1)	21 (34,4)	26 (44,8)	67 (65,0)	123 (49,2)
	Được chẩn đoán tăng lipid máu trong 12 tháng qua	0 (0)	4 (6,5)	3 (5,2)	28 (27,2)	35 (14,0)
	Uống thuốc giảm lipid máu trong 2 tuần qua	0 (0)	1 (1,6)	1 (1,7)	6 (5,8)	9 (3,2)
Hiện tại	Triglycerid huyết $\geq 2,26$ mmol/L (cao)	5 (17,9)	12 (19,7)	15 (25,9)	45 (43,7)	77 (30,8)
	Điều trị giảm lipid máu	0 (0)	3 (4,9)	2 (3,4)	15 (14,6)	20 (8,0)
	Tăng triglycerid: Dùng thuốc giảm lipid hoặc triglycerid $\geq 2,26$ mmol/L	5 (17,9)	15 (24,6)	15 (25,9)	53 (51,5)	88 (35,2)

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng đã từng kiểm tra lipid máu là 49,2%, tỷ lệ đối tượng được chẩn đoán có tăng lipid máu (14,0%); uống thuốc giảm lipid máu trong 2 tuần qua (3,2%). Hiện tại: tỷ lệ đối tượng ở ngưỡng cao là 30,8%, đối tượng có uống thuốc điều trị giảm lipid là 8,0%. Tỷ lệ đối tượng có tăng lipid máu (đang dùng thuốc giảm lipid máu hoặc có triglycerid $\geq 2,26$ mmol/L) là 35,2%; trong đó tỷ lệ này ở nhóm 50-59 tuổi là 51,5%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ HDL-C thấp và giới hạn thấp hiện tại của đối tượng

Nồng độ HDL-C huyết tương	20-29 tuổi	30-39 tuổi	40-49 tuổi	50-59 tuổi	Tổng
<1,03 mmol/L (thấp)	3 (10,7)	13 (21,3)	14 (24,1)	24 (23,3)	54 (21,6)
1,03-1,28 mmol/L (giới hạn thấp)	16 (57,1)	26 (42,6)	25 (43,1)	60 (58,3)	127 (50,8)
Tổng	19 (67,8)	39 (63,9)	39 (67,2)	84 (81,6)	181 (72,4)

Nhận xét: Tỷ lệ có HDL-C thấp (<1,03 mmol/L) là 21,6%. Tỷ lệ đối tượng có HDL-C ở mức từ 1,03- 1,28 mmol/L là 50,8%. Tổng tỷ lệ đối tượng có HDL-C HT<1,29 mmol/L là 72,4% trong đó, tỷ lệ này cao nhất ở nhóm đối tượng 50-59 tuổi (81,6%).

Bảng 3.5. Tỷ lệ người mắc tăng HA, tăng glucose và lipid máu được phát hiện và điều trị

	Tăng huyết áp (n=83)	Tăng glucose máu/đang điều trị ĐTĐ (n=22)	Tăng lipid/triglycerid (n=88)
Tỷ lệ người được chẩn đoán trước 12 tháng (%)	33 (39,8)	17 (77,2)	35 (39,8)
Tỷ lệ đối tượng hiện tại đang điều trị: n(%)	33 (39,8)	14 (63,6)	20 (22,7)

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng được phát hiện có tăng huyết áp, tăng glucose máu/đang điều trị ĐTĐ và tăng lipid máu so với kết quả được chẩn đoán trong điều tra nghiên cứu chiếm tỷ lệ tương ứng là 39,8%; 77,2% và 39,8%. Tỷ lệ đối tượng hiện tại đang điều trị là 39,8%; 63,6% và 22,7%.

Bảng 3.6. Tỷ lệ đối tượng được nhân viên y tế cho lời khuyên

Lời khuyên	20-29 tuổi	30-39 tuổi	40-49 tuổi	50-59 tuổi	Tổng
Giảm muối	5 (17,9)	11 (18,0)	12 (20,7)	52 (50,5)	80 (32,0)
Ăn 5 đơn vị rau/trái cây	3 (10,7)	13 (21,3)	13 (22,4)	27 (26,2)	56 (22,4)
Giảm chất béo trong chế độ ăn	5 (17,9)	16 (26,2)	34 (58,6)	62 (55,3)	112 (44,8)
Hoạt động thể lực	6 (21,4)	16 (26,2)	17 (29,3)	50 (48,5)	89 (35,6)
Giảm cân.	6 (21,4)	29 (47,5)	16 (27,6)	67 (65)	118 (47,2)

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng đã từng được khuyến giảm muối trong chế độ ăn là 32,0%; ăn 5 đơn vị rau/trái cây (80g/đơn vị) mỗi ngày là 22,4%. Tỷ lệ đối tượng được khuyến giảm chất béo trong chế độ ăn, cần hoạt động thể lực/thể thao/giải trí tương ứng là 44,8% và 35,6%. Có 47,2% đối tượng khuyến giảm cân.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam những năm gần đây, tỷ lệ người mắc các biến chứng tim mạch từ xơ vữa động mạch ngày càng tăng cao và trẻ hóa. Việc phòng ngừa các yếu tố nguy cơ gây ra xơ vữa động mạch rất quan trọng để ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra. Tổ chức Y tế Thế giới cảnh báo, bệnh tim mạch là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới hiện nay. Ước tính trong năm 2008, khoảng 17,3 triệu người chết vì bệnh tim mạch, tương ứng với 30% các ca tử vong trên toàn cầu. Vào năm 2030, con số này sẽ lên đến 25 triệu người [3].

Bản chất BKLN là tiến triển từ từ, nếu không được theo dõi và kiểm soát thì bệnh sẽ tiến triển đến mức không có khả năng phục hồi hoặc tử vong. Những người có nguy cơ mắc BKLN cần được kiểm tra định kỳ huyết áp, glucose máu và lipid máu, tuy nhiên kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ kiểm tra HA là 84,0%; tỷ lệ đã từng kiểm tra xét nghiệm glucose máu (đường huyết) và lipid máu tương ứng chỉ đạt 62,8% và 49,2%. Tỷ lệ đối tượng được chẩn đoán có tăng HA (13,2%), tăng glucose máu (6,8%) và rối loạn lipid máu (14,0%) thấp hơn so với thời điểm hiện tại điều tra trong nghiên cứu tương ứng là 33,2%; 8,8% và 35,2%. Đối tượng ở nhóm tuổi 50-59 có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất: tăng HA (60,2%), ĐĐT (16,5%), tăng triglycerid (51,5%) và HDL ở dưới ngưỡng bình thường (81,6%).

Trong số những đối tượng phát hiện có tăng HA, chỉ có 39,8% biết trước mình có tăng huyết áp (phát hiện sớm). Như vậy vẫn có 60,2% đối tượng không biết mình có tăng HA. Kết quả điều tra toàn quốc năm 2015 về yếu tố nguy cơ BKLN đưa ra tỷ lệ những đối tượng được phát hiện sớm có tăng HA là 43,1% [7]. Tuy nhiên tỷ lệ tăng Glucose máu được chẩn đoán sớm chỉ chiếm 31,1%, trong khi đó trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ này là 77,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi không phân tích lượng cholesterol toàn phần nhưng các đối tượng được định lượng triglycerid và HDL-C huyết tương. Triglycerid và HDL-C là 2 trong số 3 thành phần chính của lipid máu (thành phần thứ 3 là LDL). Triglyceride nhiều trong máu bám vào các thành mạch tạo nên các mảng mỡ trên động mạch gây hẹp cản trở đường lưu thông của máu, gây xơ vữa động mạch, đột quỵ và nhồi máu cơ tim. HDL-C (HDL-Cholesterol) được coi là cholesterol tốt, HDL-C có khả năng lấy những cholesterol dư thừa trong thành mạch máu về gan để chuyển hóa, giảm nguy cơ tai biến, nhồi máu cơ tim. Trong số những người được kiểm tra lipid máu

trong nghiên cứu, chỉ có 39,8% là đã biết mình có tăng lipid máu (tăng triglycerid). Như vậy cũng có 60,2% đối tượng không biết mình có tăng lipid máu từ trước. Tỷ lệ đối tượng đang được điều trị HA, ĐĐT và tăng lipid/tăng triglycerid tương ứng là 39,8%; 63,6% và 22,7%. Ngoài đối tượng được xác định ĐĐT vẫn còn một tỷ lệ đối tượng có glucose máu ở ngưỡng từ 6,1-6,9mmol/L là 10% trong khi đó tỷ lệ này ở cuộc điều tra toàn quốc chỉ có 3,2% [7]. HDL-C được coi là cholesterol tốt, do đó nồng độ HDL-C trong huyết tương thấp là nguyên nhân dẫn đến một số bệnh tim mạch. Kết quả nghiên cứu ghi nhận có 72,4% đối tượng có HDL-C HT ở giới hạn thấp và thấp (HDL-C HT từ 1,03-1,28mmol/L).

Đối tượng trong nghiên cứu - đối tượng béo phì trung tâm là những đối tượng có nguy cơ mắc BKLN, nhưng tỷ lệ được tư vấn và nhận được lời khuyên về chế độ ăn, hoạt động thể lực vẫn còn thấp: được khuyên giảm tiêu thụ muối (32,0%), cần tiêu thụ 5 đơn vị trái cây (22,4%) mỗi ngày, giảm chất béo trong chế độ ăn (44,0%), cần có hoạt động thể lực (35,6%) và tư vấn về cân nặng nên phù hợp nên có (47,2%).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đối tượng đã từng được kiểm tra HA, glucose và lipid máu tương ứng là 84,0%; 62,8% và 49,2%. Tỷ lệ đối tượng (trong 12 tháng qua) biết mình có tăng HA (13,2%), tăng glucose máu (6,8%) và tăng lipid máu (14,0%) thấp hơn so với hiện tại được xác định trong nghiên cứu tương ứng là 33,2%; 8,8% và 35,2% (triglycerid). Tỷ lệ đối tượng được xác định sớm tăng HA, tăng glucose và tăng lipid máu là: 39,8%; 77,2% và 39,8%; và tỷ lệ đối tượng hiện tại được điều trị tương ứng là 39,8%; 63,6% và 22,7%. Tỷ lệ đối tượng được khuyên chế độ ăn giảm muối (32,0%), tiêu thụ 5 đơn vị trái cây/rau (22,4%), giảm chất béo trong chế độ ăn (44,0%), hoạt động thể lực (35,6%) và duy trì/giảm cân (47,2%).

KHUYẾN NGHỊ

Cần tuyên truyền cho các đối tượng béo phì trung tâm kiểm tra định kỳ HA, glucose và lipid máu đồng thời hướng dẫn chế độ ăn và hoạt động thể lực hợp lý nhằm kiểm soát bệnh không lây nhiễm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy*. Seattle, WA: IHME 2013

2. **WHO (2014).** *Non-Communicable Diseases (NCD) Country Profiles*, 2014. WHO, Geneva, Switzerland
3. **WHO (2012).** *Health statistics and information systems*. Global Health Estimates for the years 2000–2012. WHO, Geneva, Switzerland
4. **WHO (2006).** *Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation*. WHO, Geneva, Switzerland.
5. **WHO/ISH (2003).** "World Health Organization (WHO) and International Society of Hypertension (ISH) statement on management on hypertension". *Journal of hypertension*, Vol 21, No 11: 1983-92
6. **National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report (2002).** "Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP)". *Detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults (Adult treatment panel III)*. *Circulation* 17;106(25): 3143-421
7. **Bộ Y tế - Cục Y tế Dự phòng (2016).** Điều tra yếu tố nguy cơ bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam, năm 2015.

THAY ĐỔI VỀ TẾ BÀO TRONG MÁU NGOẠI BIÊN Ở TRẺ TRONG CƠN HEN PHẾ CẤP CÓ NHIỄM VIRUS HỢP BÀO HÔ HẤP

Nguyễn Thị Diệu Thúy*

TÓM TẮT

Hen phế quản là bệnh viêm mạn tính đường thở. Virus hợp bào hô hấp (RSV) được cho là nguyên nhân hàng đầu gây khởi phát cơn hen cấp ở trẻ nhỏ. Câu hỏi nghiên cứu là liệu có sự thay đổi các tế bào trong máu ngoại biên ở trẻ trong cơn hen cấp có nhiễm RSV. Phương pháp: Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 42 trẻ trong cơn hen cấp dưới 5 tuổi có chỉ định nhập viện. Các trẻ được lấy dịch tỵ hầu tìm RSV và xét nghiệm các tế bào trong máu ngoại biên. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm RSV trong cơn hen cấp là 33,3%. Tỷ lệ bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu là 61,9%, tăng bạch cầu ái toan là 23,81% và tăng bạch cầu đa nhân trung tính là 73,81%. Không có sự khác biệt về số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính giữa trẻ HPQ có nhiễm RSV và trẻ HPQ không nhiễm RSV. Trẻ HPQ có nhiễm RSV có tăng bạch cầu ái toan là 42,85% so với 14,29% ở nhóm không nhiễm RSV ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tế bào miễn dịch giữa trẻ HPQ có nhiễm RSV và trẻ HPQ không nhiễm RSV (CD3, CD4, CD8). **Kết luận:** Nhiễm RSV làm tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính trên trẻ HPQ có cơ địa dị ứng

Từ khóa: Hen phế quản, RSV, tế bào trong máu ngoại biên

SUMMARY

CHANGES IN PERIPHERAL BLOOD CELLS IN CHILDREN WITH ASTHMA EXACERBATION INFECTED RESPIRATORY SYNCYTIAL VIRUS

Asthma is a chronic inflammatory airway disease. Respiratory syncytial virus (RSV) is the one of the leading cause triggers acute asthma in children. The question is whether there is a change of peripheral

blood cells in children with acute asthma with RSV infection. **Methods:** This was a descriptive cross-sectional study of 42 children under 5 years old had suffered from acute asthma. The children were taken nasopharyngeal aspiration for detecting RSV and blood tests. **Results:** The proportion of RSV infection in acute asthma was 33.3%. There were 61.9% of children having increased white blood cell, 23.81% of them had an increase in eosinophils and the increased neutrophils was 73.81%. There were no differences in the number of white blood cells and polymorphonuclear cells between children with and without RSV infection. The percentage of blood eosinophils in children without RSV infection was 14.29% in comparison with 42.85% of RSV-infected group ($p < 0.05$). There were no differences in immune cells (CD3, CD4, CD8) between two groups. **Conclusion:** RSV infection causes an increase in the number of white blood cells and polymorphonuclear cells in children with atopic asthma.

Keywords: Asthma, RSV, white blood cells

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là bệnh đường hô hấp mạn tính thường gặp nhất ở trẻ em. Có nhiều yếu tố khác nhau gây khởi phát cơn hen cấp. Virus hợp bào hô hấp (RSV) là virus hay gây viêm tiểu phế quản, là nguyên nhân hàng đầu gây khởi phát cơn hen cấp ở trẻ em đặc biệt là trẻ em dưới 5 tuổi. Nhiễm RSV gặp ở 65% trẻ nhũ nhi. Nhiễm RSV trong 3 tháng đầu đời làm cơ thể chuyển đáp ứng miễn dịch từ Th0 sang Th2. Nhiễm RSV ở trẻ có cơ địa dị ứng gây rối loạn chức năng đường thở tái đi tái lại ở những lần nhiễm RSV sau.

Thực tế, nhiễm RSV trên cá thể có cơ địa dị ứng làm tăng tính đáp ứng viêm và tăng tính phản ứng phế quản. Sau khi nhiễm RSV, rất nhiều tế bào tham gia phản ứng viêm tại phổi như bạch cầu ưa acid, tế bào gai, đại bào, tế bào

*Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2017

Ngày duyệt bài: 18.4.2017

diệt tự nhiên NK, tế bào lympho T CD8, và bạch cầu đa nhân trung tính [1].

Các nghiên cứu mới đây cho thấy vai trò quan trọng của tế bào T CD4, là một dưới nhóm của tế bào Th2 sản xuất ra các cytokine kháng viêm trong hen cũng như các bệnh dị ứng khác [2],[3]. Câu hỏi nghiên cứu đặt ra là đáp ứng tế bào viêm trong máu ngoại biên trong cơn hen cấp ở trẻ có nhiễm RSV có khác gì trẻ không nhiễm RSV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm nghiên cứu sự biến đổi tế bào trong máu ngoại biên ở trẻ trong cơn hen cấp nhiễm RSV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Tất cả trẻ < 5 tuổi được chẩn đoán trong cơn hen phế quản cấp, điều trị nội trú tại Khoa Miễn dịch

- Dị ứng – Khớp, Bệnh viện Nhi Trung Ương.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhi: Bệnh nhi được chẩn đoán hen phế quản (HPQ) theo GINA 2009 [4].

- Bệnh nhi dưới 15 tuổi.

- Bệnh nhi trong cơn hen cấp

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhi HPQ vào viện vì nguyên nhân khác không phải cơn hen cấp

Thiết kế nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Thuận tiện, nghiên cứu thu nhận tất cả trẻ HPQ dưới 5 tuổi nhập viện vì cơn hen cấp trong thời gian nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Bệnh nhân được xác định trong cơn hen cấp dưới 5 tuổi có chỉ định nhập viện

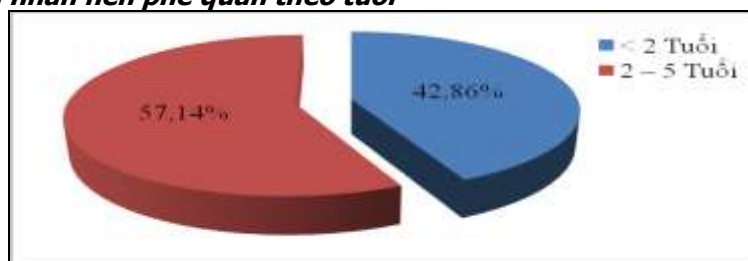
- Các bệnh nhân được lấy dịch tỵ hầu xét nghiệm tìm virus hợp bào hô hấp

- Tất cả các bệnh nhân được làm các xét nghiệm công thức máu, định lượng tế bào CD3, CD4, CD8.

III. KẾT QUẢ

Có 42 bệnh nhân trong cơn hen cấp đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu

Phân bố bệnh nhân hen phế quản theo tuổi



Biểu đồ 3.1: Phân bố bệnh nhân HPQ theo tuổi

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình là $2,4 \pm 1,8$ tuổi, trong đó tuổi nhỏ nhất là 13 tháng, tuổi lớn nhất là 48 tháng. Tỷ lệ trẻ HPQ dưới 2 tuổi là 42,86%.

Biến đổi bạch cầu trong máu ở trẻ trong cơn hen cấp

Bảng 3.1. Biến đổi bạch cầu trong cơn hen cấp

Bạch cầu	Bình thường		Tăng	
	n	%	n	%
Số lượng Bạch cầu	16	38,1	26	61,9
Bạch cầu ái toan	32	76,19	10	23,81
Bạch cầu trung tính	11	26,19	31	73,81

Nhận xét: Nhóm bệnh nhi có tăng số lượng bạch cầu là 61,9%, tăng bạch cầu ái toan là 23,81% và tăng bạch cầu đa nhân trung tính là 73,81%.

Biến đổi bạch cầu trong máu ở trẻ HPQ có nhiễm RSV

Bảng 3.2. Biến đổi bạch cầu trong cơn hen cấp ở trẻ HPQ có nhiễm RSV

Virus	RSV (+)		RSV (-)		p
	Bình thường	Tăng	Bình thường	Tăng	
Số lượng Bạch cầu	6	8	10	18	>0,05
Bạch cầu ái toan	8	6	24	4	<0,05
Bạch cầu trung tính	4	10	7	21	>0,05

Nhận xét: Không có sự khác biệt về số lượng bạch cầu, bạch cầu đa nhân trung tính giữa trẻ HPQ có nhiễm RSV và trẻ HPQ không nhiễm RSV. Trẻ HPQ có nhiễm RSV có tỷ lệ bạch cầu ái toan cao là 42,85% so với 14,29% ở nhóm không nhiễm RSV, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Biến đổi một số tế bào miễn dịch trong máu ngoại vi

Bảng 3.3. Biến đổi một số tế bào miễn dịch trong máu ngoại vi

	Chỉ số	n = 42	%
CD3	< 2100/ml	0	0
	2100 – 6200/ml	40	95,2
	> 6200/ml	2	4,8
CD4	< 1300/ml	1	2,4
	1300 – 4300/ml	41	97,6
	> 43 00/ml	0	0
CD8	< 500	0	0
	500 – 2000/ml	42	100
	> 2000/ml	0	0
CD4/CD8	< 1,2	0	0
	1,2 – 1,5	42	100
	> 1,5	0	0

Nhận xét: Hầu hết các tế bào TCD3, TCD4, TCD8 và tỷ số CD4/CD8 nằm trong giới hạn bình thường.

Biến đổi một số tế bào miễn dịch trong máu ngoại vi ở trẻ HPQ có nhiễm RSV

Bảng 3.4. Biến đổi một số tế bào miễn dịch trong máu ngoại vi ở trẻ HPQ có nhiễm RSV

	Chỉ số	RSV(+)	RSV (-)	p
CD3	< 2100/ml	0	0	p>0,05
	2100 – 6200/ml	13	27	
	> 6200/ml	1	1	
CD4	< 1300/ml	0	1	p>0,05
	1300 – 4300/ml	14	27	
	> 43 00/ml	0	0	
CD8	< 500	0	0	
	500 – 2000/ml	14	28	
	> 2000/ml	0	0	
CD4/CD8	< 1,2	0	0	
	1,2 – 1,5	14	28	
	> 1,5	0	0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tế bào miễn dịch giữa trẻ HPQ có nhiễm RSV và trẻ HPQ không nhiễm RSV.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 42 trẻ trong cơn hen cấp cho thấy 61,9% bệnh nhân có tăng bạch cầu trong máu. Trong đó tỷ lệ tăng bạch cầu đa nhân trung tính là 73,81%, tăng bạch cầu ái toan là 23,81%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Diệu Thúy năm 2012 tại khoa Miễn dịch- Dị ứng bệnh viện Nhi Trung ương trên 145 trẻ trong cơn hen cấp cho thấy có 62,33% bệnh nhân có tăng bạch cầu trong máu. Trong đó tỷ lệ tăng bạch cầu đa nhân trung tính là 71,92%, tăng bạch cầu ái toan chiếm 29,5% [5].

Các nghiên cứu chỉ ra rằng bạch cầu đa nhân trung tính là tế bào chủ yếu bị kích hoạt trong giai đoạn cảm lạnh [6]. RSV được biết đến là virus thường hoạt động vào mùa lạnh, vì thế hen được khởi phát bởi RSV thường có biểu hiện tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính.

Schwarze nhận thấy chuột nhiễm RSV gây tăng miễn cảm đường thở, tăng phản ứng viêm với sự tập chung bạch cầu đa nhân trung tính và bạch cầu ái toan [7].

Nghiên cứu mới đây nhằm phòng nhiễm RSV ở trẻ không có cơ địa dị ứng cho thấy nguy cơ khô khè tái diễn giảm tới 80%, tuy nhiên việc phòng ngừa này không có hiệu quả trên trẻ có cơ địa dị ứng hoặc tiền sử gia đình có cơ địa dị ứng. Như vậy RSV gây khô khè chủ yếu trên các cá thể có cơ địa dị ứng [1].

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhi HPQ có nhiễm RSV và không nhiễm RSV đều có tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính trong máu. Tuy nhiên trẻ nhiễm RSV có tỷ lệ tăng bạch cầu ái toan cao hơn hẳn nhóm không nhiễm RSV (75% so với 16,7%, p= 0,01). Điều này có thể lý giải do RSV dường như rất có ái lực với trẻ nhỏ có cơ địa dị ứng [1]. Tăng bạch cầu ái toan là một bằng chứng của cá thể có cơ địa dị ứng. Vì thế trẻ tăng bạch cầu ái toan thường dễ nhiễm RSV.

Thời điểm nhiễm RSV có vai trò quyết định trong đáp ứng dị ứng chống lại RSV. Nhiễm RSV ở cơ thể đã có cơ địa dị ứng quyết định tính đáp ứng viêm theo hướng Th2 trong khi nếu cơ thể không có cơ địa dị ứng sẽ hoạt động theo hướng

Th1. Như vậy, nếu trẻ nhỏ nhiễm khuẩn RSV sớm, trẻ được tiếp xúc với dị nguyên trước khi nhiễm RSV làm mất cân bằng đáp ứng miễn dịch của hệ thống Th1/Th2. Nhiễm RSV sau miễn cảm mạc nhà kích thích tổng hợp các cytokine theo hướng Th2, gây viêm mãn tính đường thở và tăng tính miễn cảm đường thở. Sự bài tiết IL-4 sau khi trình diện kháng nguyên tại đường thở làm giảm sự hoạt động diệt tế bào của TCD8. Cách đáp ứng của hệ miễn dịch theo hướng Th2 làm giảm khả năng diệt RSV tại đường thở. RSV kích hoạt cơ địa dị ứng gây đáp ứng viêm theo hướng Th2, bài tiết ra các cytokine của tế bào Th2.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ định lượng được các tế bào miễn dịch thuộc nhóm lympho T, đó là TCD3, TCD4 và TCD8. Kết quả nghiên cứu cho thấy số lượng các tế bào này đều nằm trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt giữa nhóm trẻ bình thường và nhóm trẻ HPQ. Đồng thời nhóm trẻ HPQ có nhiễm RSV có các tế bào TCD3, TCD4 và TCD8 tương tự nhóm HPQ không nhiễm RSV.

Nghiên cứu của chúng tôi không thấy sự thay đổi lympho T có thể được giải thích do ngày lấy xét nghiệm làm nghiên cứu. Bình thường, viện Nhi Trung ương chỉ định lượng các tế bào miễn dịch vào ngày thứ 3 và thứ 5, vì thế có thể đã qua giai đoạn cấp của bệnh. Hơn nữa, đáp ứng viêm trong HPQ xảy ra mạnh mẽ tại đường thở, nhưng ở nghiên cứu này chúng tôi chỉ định lượng được tế bào và cytokine trong máu ngoại

biên, vì thế có thể không phản ánh chính xác phản ứng viêm ở trẻ HPQ.

V. KẾT LUẬN

RSV là virus thường gây khởi phát cơn hen cấp ở trẻ dưới 5 tuổi. Nhiễm RSV làm tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính trên trẻ HPQ có cơ địa dị ứng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Han J, Takeda K, Gelfand EW (2011). *The Role of RSV Infection in Asthma Initiation and Progression: Findings in a Mouse Model*. Pulmonary Medicine. Vol 2011, Article ID 748038.
- 2- Machura E, Mazur B, Rusek-Zychma M, Czarnecka MB (2010) *Cytokine Production by Peripheral Blood CD4⁺ and CD8⁺ T Cells in Atopic Childhood Asthma*. Clin Dev Immunol, Vol. 2010, Article ID 606139.
- 3- Bogie M, Savic N, Jovicic Z et al (2004) *Clinical significance of measurement of interleukin 4 and interleukine 5 serum concentrations in bronchial asthma*. Jugoslov Med Biochem, Vol 23, 51–54.
- 4- GINA (2009) *Pocket guide for asthma management and prevention in children*.
- 5- Nguyễn Thị Diệu Thúy (2012) "Đặc điểm cơn hen phế quản cấp khởi phát do Rhinovirus ở trẻ em (2012). Nghiên cứu Y học 80 (3D): 27-33.
- 6- Gern JE and Busse WW (1999) "Association of Rhinovirus Infections with Asthma". Clin Microbiol Rev. Vol. 12 (1) 9-18.
- 7- Schwarze J, Hamelmann E, Bradley KL et al (1997), "Respiratory syncytial virus infection results in airway hyperresponsiveness and enhanced airway sensitization to allergen" J Clin Invest, Vol. 100 (1) 226–233.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC TRƯỢT ĐỔT SỐNG THẮT LƯNG L₄-L₅ TẠI KHOA PHẪU THUẬT CỘT SỐNG – BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trượt đốt sống thắt lưng L₄-L₅. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** các triệu chứng lâm sàng chính bao gồm: đau cột sống thắt lưng 100%; đau kiểu rễ 61,8%; đau cách hồi 67,6%; rối loạn cảm giác 61,8%. Chụp X quang quy ước cột sống thắt lưng là phương pháp có ưu thế đánh giá tình trạng mất vững cột sống: 58,8% bệnh nhân trượt

đốt sống do khe hở eo; 41,2% trượt đốt sống do thoái hóa; 94,1% bệnh nhân có độ trượt thấp (độ I và độ II); 5,9% bệnh nhân trượt độ III, không có bệnh nhân trượt độ IV. **Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh trượt đốt sống thắt lưng, chẩn đoán nguyên nhân và mức độ bệnh.

Từ khóa: Trượt đốt sống, đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh.

SUMMARY

**CLINICAL FEATURES AND IMAGE
ANALYSIS OF L₄ – L₅ LUMBAR
SPONDYLOLISTHESIS AT SPINE SURGERY
DEPARTMENT – VIET DUC HOSPITAL**

Objective: To describe clinical features and image analysis of L₄ – L₅ lumbar spondylolisthesis.

*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: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

Method: A retrospective cross-sectional study.
Results: the main clinical symptoms include: 100% of patients had lower back pain, 61.8% of radicular pain, 67.6% of neurological claudication and 61.8% of sensory disturbances. Conventional X-ray of the lumbar spine was a dominant method to evaluate the status instability: 58.8% of patients with spondylolisthesis by pars interarticularis, 41.2% of due to degenerative spondylolisthesis, 94.1% of patients had a low level (level I and level II), 5.9% of patients had level III, no level IV patients. **Conclusion:** MRI was precious in the diagnosis of lumbar spondylolisthesis, diagnosis causes and extent of the disease.

Keywords: lumbar spondylolisthesis, clinical features, image analysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống là hiện tượng dịch chuyển của đốt sống phía trên so với phía dưới. Ở Việt Nam nghiên cứu của một số tác giả cho kết quả trượt đốt sống thắt lưng hay gặp ở các đốt sống L₄–L₅ hơn các tầng còn lại [1].

Trượt đốt sống thắt lưng do nhiều nguyên nhân nhưng hay gặp trượt đốt sống thắt lưng do nguyên nhân thoái hóa và khuyết hở eo đốt sống [2]. Dấu hiệu phản ánh chính xác sự mất vững cột sống dựa vào các hình ảnh X quang có giá trị tiên lượng mức độ nặng của bệnh bao gồm: biến dạng gấp góc, độ trượt của đốt sống lớn hơn 50%, biến dạng hình thang của thân đốt trượt [3]. Chẩn đoán hình ảnh là một phần không thể thiếu trong chẩn đoán, điều trị, theo dõi và đánh giá kết quả điều trị bệnh trượt đốt sống thắt lưng. Sự phối hợp các phương pháp chẩn đoán hình ảnh: X quang, cộng hưởng từ... là cần thiết và đem lại nhiều thông tin về thương tổn của bệnh lý này. Tại Việt Nam hiện nay chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng cũng như chẩn đoán hình ảnh của trượt đốt sống thắt lưng, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh trượt đốt sống thắt lưng L₄ – L₅ tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 68 bệnh nhân được chẩn đoán xác định trượt đốt sống L₄–L₅ và được điều trị phẫu thuật lấy đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt L₄–L₅, cố định cột sống bằng phương pháp vít qua cuống tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức từ 01/2012 – 01/2014.

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

3. Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập vào bệnh án đã được xây dựng sẵn. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả trong quá trình điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Khám lại bệnh nhân sau khi kết thúc nghiên cứu.

4. Xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu có sự đồng thuận của đối tượng tham gia và các thông tin của bệnh nhân trong hồ sơ hoàn toàn bảo mật, chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

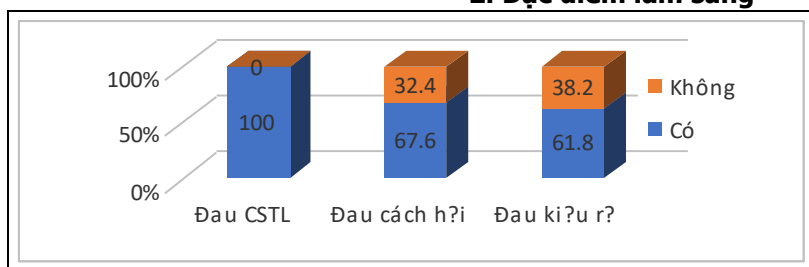
1. Đặc điểm chung

1.1. Đặc điểm về tuổi giới của đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $49,5 \pm 10,1$ tuổi, thấp nhất là 28 tuổi và cao nhất là 73 tuổi. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất trong nghiên cứu là từ 50 – 59 tuổi gồm 24 bệnh nhân chiếm 35,3%. Tính cả 2 nhóm gặp nhiều nhất là từ 40 – 59 tuổi với tổng số 44 bệnh nhân chiếm 64,7%. Tỷ lệ nữ/nam là 2,74.

1.2. Tiền sử bệnh và lí do vào viện:

Không bệnh nhân nào có tiền sử phẫu thuật cột sống thắt lưng cũ; 89,7% bệnh nhân có biểu hiện đau cột sống thắt lưng kéo dài từ trước; 8,8% bệnh nhân không nhớ rõ về tiền sử bệnh của họ. Hầu hết các bệnh nhân vào viện đều có triệu chứng lâm sàng; 100% bệnh nhân có biểu hiện đau thắt lưng; 61,8% bệnh nhân có đau kiểu rễ đơn thuần; 61,8% bệnh nhân có biểu hiện cả 2 triệu chứng trên.

2. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1: Tỷ lệ triệu chứng cơ năng trước mổ

100% bệnh nhân đều có đau cột sống thắt lưng; 67,6% bệnh nhân đau cách hồi thần kinh và có 61,8% bệnh nhân có biểu hiện chèn ép rễ.

Bảng 2: Các triệu chứng thực thể trước mổ

	N	%
Tỷ lệ các triệu chứng thực thể trước mổ		
Dấu hiệu bậc thang	24	35,3
Co cứng cạnh sống	43	63,2
Lasègue dương tính	40	58,8
Rối loạn cảm giác	42	61,8
Rối loạn vận động	11	16,2
Teo cơ	2	2,9
Rối loạn cơ tròn	0	0
Rối loạn cảm giác		
Tê bì	37	88,1
Giảm cảm giác	3	7,1
Tê bì và giảm cảm giác	2	4,8

Dấu hiệu bậc thang cột sống thắt lưng chỉ thấy ở 24 bệnh nhân (35,3%), 43 bệnh nhân (63,2%) có biểu hiện co cứng cơ cạnh sống, 40 bệnh nhân (58,8%) dương tính với nghiệm pháp lasègue, 42 bệnh nhân (61,8%) biểu hiện rối loạn cảm giác và 11 bệnh nhân (16,2%) biểu hiện rối loạn vận động tùy mức độ. Chỉ 2 bệnh nhân (2,9%) bị teo cơ chi dưới và không có bệnh nhân bị rối loạn cơ tròn.

Trong số các bệnh nhân có rối loạn cảm giác 88,1% bệnh nhân có biểu hiện tê bì; 7,1% bệnh nhân có biểu hiện giảm cảm giác; 4,8% bệnh nhân có cả hai dấu hiệu trên.

3. Chẩn đoán hình ảnh

Bảng 3: Phân loại chẩn đoán hình ảnh dựa vào X quang

	n	%
Nguyên nhân trượt đốt sống		
Khuyết eo	40	58,8
Thoái hóa	28	41,2
Phân loại trượt đốt sống theo Meyerding		
Độ 1	43	63,2
Độ 2	21	30,9
Độ 3	4	5,9
Độ 4	0	0
Chiều cao khe đĩa đệm tại đốt sống		
2 – 4	18	26,5
5 – 7	32	47,0
8 – 10	18	26,5

Nguyên nhân gây trượt đốt sống có 40 bệnh nhân chiếm 58,8% bị trượt đốt sống do khuyết eo, còn lại là số bệnh nhân bị trượt đốt sống do thoái hóa chiếm 41,2%.

Tỷ lệ bệnh nhân trượt độ I là cao nhất là 63,2%; bệnh nhân trượt độ II là 30,9%; bệnh nhân trượt độ III là 5,9%; không có bệnh nhân trượt độ IV. 18 bệnh nhân (26,5%) có chiều cao đĩa đệm từ 2 – 4mm; 18 bệnh nhân (26,5%) chiều cao đĩa đệm 8– 10mm. Đa số bệnh nhân có chiều cao đĩa đệm L4-L5 từ 5 – 7mm, chiếm 47% tổng số bệnh nhân. Trung bình: $5,9 \pm 2,4$ mm (Min 2mm – Max 10mm).

Bảng 4: Đánh giá kết quả chụp cộng hưởng từ

	n	%
Hẹp ống sống	46	67,6
Hẹp lỗ liên hợp	33	48,5

46 bệnh nhân (67,6%) có hình ảnh hẹp ống sống, 23 bệnh nhân (33,8%) có hình ảnh hẹp lỗ liên hợp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra không có bệnh nhân nào có tiền sử phẫu thuật cột sống thắt lưng trước đó: 89,7% bệnh nhân có biểu hiện đau cột sống thắt lưng không do chấn thương; 8,8% bệnh nhân

không nhớ rõ tiền sử đau lưng; 100% bệnh nhân đau thắt lưng trong đó 61,8% bệnh nhân đau kiểu rề kèm theo. Đa phần các bệnh nhân đến viện do đau cột sống thắt lưng và đau kiểu rề, không có yếu tố chấn thương từ trước. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện đau cách hồi thần kinh

khi đi bộ dưới 100m chiếm 67,6%, tỷ lệ này ở nghiên cứu khác là 90,7% [4]. Đau cách hồi thần kinh thể hiện mức độ trầm trọng của hiện tượng chèn ép ống sống gây hẹp ống sống và cũng là triệu chứng ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt của bệnh nhân khiến họ phải tới các cơ sở y tế để điều trị.

Các dấu hiệu triệu chứng thực thể chiếm tỷ lệ lớn của nghiên cứu chỉ ra: Bệnh nhân có biểu hiện co cứng cơ cạnh sống chiếm 63,2%; 58,8% dương tính với nghiệm pháp Lasègue; 61,8% có biểu hiện rối loạn cảm giác. Ở một nghiên cứu trong nước, dấu hiệu co cứng cơ cạnh sống chiếm 72,1%; dấu hiệu kích thích rễ (nghiệm pháp Lasègue) chiếm 58,1% và rối loạn cảm giác chiếm 97,7% [4]. Co cứng cơ cạnh sống do đau là biểu hiện lâm sàng của hội chứng cột sống và dấu hiệu kích thích rễ là triệu chứng đánh giá khách quan sự chèn ép rễ thần kinh trong khi rối loạn cảm giác là dấu hiệu xuất hiện ở giai đoạn tổn thương nặng hơn sau giai đoạn có kích thích rễ.

Như vậy bệnh cảnh lâm sàng chính của bệnh trượt đốt sống thắt lưng L₄-L₅ là sự kết hợp của hai hội chứng: Hội chứng cột sống, hội chứng hẹp ống sống và dấu hiệu chèn ép rễ. Bệnh khởi phát ở những bệnh nhân thường lao động nặng, có tiền sử đau cột sống thắt lưng từ trước, khởi phát đau cột sống thắt lưng, biến dạng cong vẹo cột sống phối hợp với rối loạn cảm giác kiểu tê bì và rối loạn vận động theo thương tổn rễ thần kinh chi phối. Khám thấy có biểu hiện kích thích rễ và tổn thương rễ từ nhẹ đến nặng (yếu chi, teo cơ) đặc biệt là đau cách hồi thần kinh và dấu hiệu bậc thang vùng cột sống thắt lưng bị trượt.

Trung bình chiều cao đĩa đệm đốt sống trượt do chụp X quang là $5,9 \pm 2,4$ mm, ở một nghiên cứu nước ngoài cũng có kết quả chiều cao đĩa đệm trung bình là 6,8 mm [5]. Giải thích điều này chúng tôi cho rằng nhóm bệnh nhân của chúng tôi cao tuổi hơn, tỷ lệ thoái hóa cột sống gặp nhiều hơn. Khi có bất thường cuống sống, tiêu gai ngang, khớp giả, gây biến dạng diện khớp hay phì đại các mấu khớp sẽ gây khó khăn trong việc xác định mốc giải phẫu để bắt vít, giải ép trong phẫu thuật.

Phim cộng hưởng từ đánh giá được tình trạng ống sống đặc biệt là tại vị trí trượt đốt sống có gây hẹp hay không. Kết quả chụp cộng hưởng từ thu được 67,6% bệnh nhân có hình ảnh hẹp ống sống ở mức đốt sống trượt và 48,5% có hình ảnh của hẹp lỗ liên hợp. Hẹp lỗ liên hợp gây chèn ép rễ do nhiều nguyên nhân kết hợp như: Di lệch trượt của thân đốt sống về phía trước và

do giảm chiều cao đĩa đệm [6]. So sánh tỷ lệ hẹp lỗ liên hợp với các tác giả không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Như vậy có thể thấy hẹp lỗ liên hợp là một trong những nguyên nhân gây đau rễ thần kinh [7].

V. KẾT LUẬN

Bệnh cảnh lâm sàng chính của bệnh trượt đốt sống thắt lưng L₄-L₅ là sự kết hợp của hai hội chứng: Hội chứng cột sống, hội chứng hẹp ống sống và dấu hiệu chèn ép rễ. Đa phần các bệnh nhân đến viện do đau cột sống thắt lưng và đau kiểu rễ, không có yếu tố chấn thương từ trước: đau cột sống thắt lưng 100%; đau kiểu rễ 61,8%, trong đó đau kiểu rễ L₅ đơn thuần 42,6%; đau cách hồi 67,6%; dấu hiệu bậc thang cột sống thắt lưng 35,3%; Lasègue dương tính 58,8%; rối loạn cảm giác 61,8%.

Chụp Xquang quy ước cột sống thắt lưng là phương pháp có ưu thế đánh giá tình trạng mất vững cột sống và chụp cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán rất có giá trị trong chẩn đoán bệnh trượt đốt sống thắt lưng, chẩn đoán nguyên nhân và mức độ bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jacobsen S., Sonne - Holm S., Røvsing H., et al (2007).** Degenerative Lumbar Spondylolisthesis: An Epidemiological Perspective. The Copenhagen Osteoarthritis Study. *J Spine*. **32(1)**, 120-125.
2. **Nguyễn Danh Đô và cộng sự (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**, 99-102.
3. **Wiltse L.L., Grobler L.J (1991).** Classification, Non-operative and Operative treatment of Spondylolisthesis. *The adult spine: Principles and practice*. **2**, 1865 - 1922.
4. **Nguyễn Vũ, Hà Kim Trung (2010).** Chẩn đoán và kết quả phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng bằng cố định qua cuống kèm hàn xương liên thân đốt tại bệnh viện Việt Đức. *Y học Thực Hành*, **733+734**, 377-383.
5. **Herkowitz H.N., Kurz L.T (1991).** Degenerative lumbar spondylolisthesis with spinal stenosis. A prospective study comparing decompression with decompression and intertransverse process arthrodesis. *J Bone Joint Surg Am*. **73(6)**, 802-808.
6. **Hasegawa, T., An H.S., Haughton V.M., et al (1995).** Lumbar foraminal stenosis: critical heights of the intervertebral discs and foramina. A cryomicrotome study in cadavera. *J Bone Joint Surg Am*. **77(1)**, 32- 38.
7. **Edelson J.G., Nathan H (1986).** Nerve root compression in spondylolysis and spondylolisthesis. *J Bone Joint Surg Br*. **68(4)**, 596 - 599.

Nguyễn Xuân Thực*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị sỏi tuyến nước bọt dưới hàm tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang và can thiệp lâm sàng không đối chứng. Theo cách chọn mẫu thuận tiện gồm 67 bệnh nhân sỏi tuyến nước bọt dưới hàm, được điều trị tại khoa RHM bệnh viện Bạch Mai, để đánh giá kết quả điều trị. Từ kết quả đó, đề ra các biện pháp cải tiến kỹ thuật và khắc phục những nhược điểm trong quá trình điều trị.

Kết quả: Phẫu thuật lấy sỏi qua đường miệng (46,3%), phẫu thuật cắt bỏ tuyến lấy sỏi chiếm (53,7%). Sau mổ 1 tuần kết quả tốt đạt (88,1%), không có kết quả kém. Sau mổ 6 tháng, tỷ lệ tái khám đạt 59/67 bệnh nhân, kết quả tốt chiếm (93,2%), kết quả kém (1,7%). Lấy sỏi qua đường trong miệng không có biến chứng và không để lại di chứng. Với phương pháp cắt tuyến lấy sỏi có tỷ lệ biến chứng và di chứng nhỏ: Sau mổ 1 tuần tỷ lệ nhiễm trùng (4,5%), tổn thương thần kinh mặt là (1,5%), thần kinh lưỡi (6,0%); Sau mổ 6 tháng, tổn thương thần kinh lưỡi là (1,7%). **Kết luận:** Kết quả điều trị phẫu thuật lấy sỏi tuyến dưới hàm là tương đối tốt với tỷ lệ biến chứng thấp. Điều trị bằng phẫu thuật là phương pháp tương đối an toàn, tỷ lệ thành công cao, và có thể áp dụng rộng rãi.

Từ khóa: sỏi tuyến nước bọt dưới hàm, thần kinh lưỡi.

SUMMARY

Objective: The study aimed to evaluate the results of treatment of submandibular salivary gland stones at the Department of Dentistry Bach Mai hospital. **Subjects and Methods:** Apply the Cross-sectional study and non-clinical interventions. According to a convenience samples consisting of 67 patients with submandibular salivary gland stones, were treated at the Department of Dentistry Bach Mai hospital, to evaluate treatment outcomes. From this result, suggest the measures to improve technique and overcome the disadvantages of the treatment process. **Outcome:** Surgical remove the stones through the mouth (46.3%), surgical removal the gland (53.7%). One week after surgery, good results

achieved (88.1%), no poor results. Six months after surgery, follow up rate reached 59/67, good results achieved (93.2%), poor results (1.7%). Removing stone through the mouth without complications and sequelae. Removing the gland has a small rate of complications and sequelae: 1 week after surgery the infection rates (4.5%), nerve damage in the face's (1.5%), tongue's (6.0%); 6 months after surgery, nerve damage in the tongue's (1.7%). **Conclusion:** Results of surgical treatment Submandibular salivary gland stones is relatively good with a low rate of complications. Treatment with surgery is relatively safe method, high success rate, and widely applicable.

Keywords: Submandibular salivary gland stones, tongue nerve.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tuyến nước bọt dưới hàm cũng góp phần đáng kể vào các nguyên nhân gây viêm nhiễm vùng hàm mặt. Bệnh cảnh tuy không có triệu chứng lâm sàng điển hình, rầm rộ nhưng lại gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Khoa RHM bệnh viện Bạch Mai đã tiếp nhận điều trị rất nhiều bệnh nhân được chẩn đoán là sỏi tuyến dưới hàm. Rất nhiều trường hợp sỏi to và phức tạp đã được điều trị thành công. Tuy nhiên, phẫu thuật luôn có nguy cơ tổn thương nhánh hàm dưới của thần kinh (TK) VII, thần kinh hạ thiệt, thần kinh lưỡi cũng như cấu trúc cơ, mạch máu khác. Ngày nay, trên Thế giới đã đưa ra được phương pháp điều trị mới, lấy sỏi qua đường miệng dưới hướng dẫn của nội soi nhằm tránh được các tổn thương thần kinh không mong muốn [3], [4].

Nhằm đánh giá hiệu quả của quá trình điều trị để cải tiến, nâng cao chất lượng của bệnh viện cũng như hướng tới sự phục vụ tốt nhất cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm đạt được mục tiêu: "đánh giá kết quả điều trị sỏi tuyến nước bọt dưới hàm tại khoa RHM bệnh viện Bạch Mai"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Địa bàn nghiên cứu: Khoa RHM bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

Đối tượng nghiên cứu: 67 bệnh nhân được chẩn đoán sỏi tuyến nước bọt dưới hàm và được điều trị phẫu thuật tại khoa RHM bệnh viện Bạch Mai Hà Nội.

*Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email: thuchrmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 06/2013 đến tháng 05/2015.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp can thiệp lâm sàng không đối chứng

Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, thu nhận 67 BN vào nhóm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các BN được chẩn đoán và điều trị sỏi tuyến dưới hàm trong thời gian nghiên cứu, đều được lựa chọn tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN không hợp tác tham gia nghiên cứu, các BN được chẩn đoán sỏi tuyến dưới hàm nhưng không điều trị phẫu thuật.

Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật: Trong tuần đầu sau mổ (BN đang điều trị sau mổ tại bệnh viện) đánh giá sự xuất hiện các biến chứng: chảy máu, sốt, chảy dịch dẫn lưu, nhiễm trùng vết mổ, đau và mức độ đau. Sau 6 tháng tiến hành viết thư mời hoặc gọi điện lấy thông tin của bệnh nhân về các tình trạng như khô miệng, tê bì vùng lưỡi.

Hiệu quả điều trị được chia ra theo tiêu chí của Huỳnh Văn Dương [5].

-Kết quả tốt khi: Lấy hết sỏi và không có bất kỳ biến chứng nào trong, sau mổ.

-Kết quả trung bình khi: Lấy hết sỏi và có

biến chứng trong và ngay sau mổ như chảy máu, nhiễm trùng, tổn thương thần kinh.

-Kết quả xấu khi lấy không hết sỏi, biến chứng xa sau 6 tháng kiểm tra như tổn thương thần kinh, sỏi tái phát, sẹo co kéo ảnh hưởng tới chức năng.

Chúng tôi tiến hành đánh giá sẹo mổ theo thang điểm điểm của Tonny Brook [6]. Tổng điểm từ 0 (rất xấu) đến 5 (rất đẹp)

-Tổng điểm từ 0 đến 2: Sẹo xấu

-Tổng điểm từ 3 đến 5: Sẹo đẹp

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính, xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Dùng phương pháp thống kê y học để phân tích số liệu. Kiểm định các đại lượng bằng χ^2 test, Fisher Exact test.

III. KẾT QUẢ

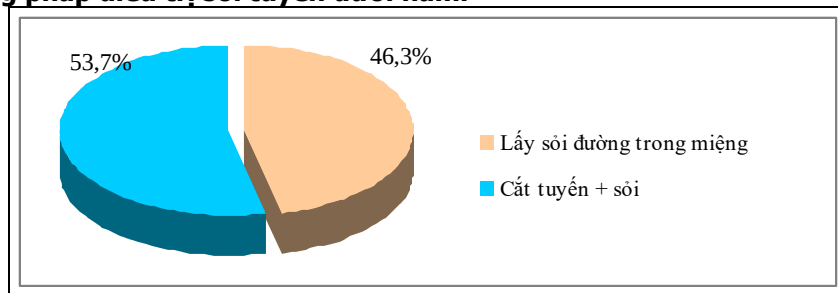
3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

○ Tuổi mắc bệnh trung bình là $43,2 \pm 16,7$ thấp nhất là 7 cao nhất là 74.

○ Nam chiếm 58,2% (39 BN), nữ chiếm 41,8% (28 BN), tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1.

○ Thời gian khởi phát bệnh nhìn chung hay gặp từ 2 đến 3 năm (55,2%), tỷ lệ diễn biến bệnh trên 3 năm ít gặp (13,4%).

3.2 Phương pháp điều trị sỏi tuyến dưới hàm.

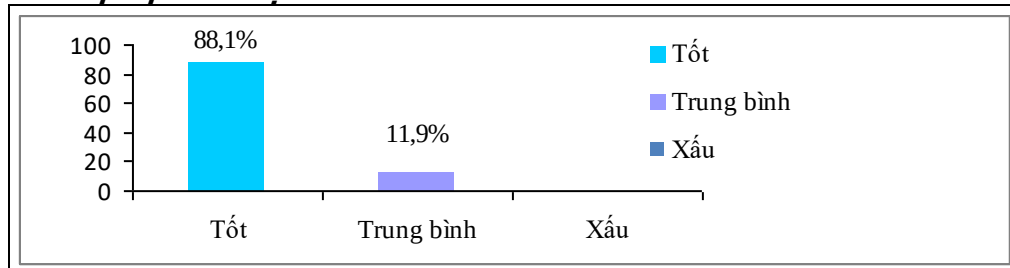


Biểu đồ 3.1 Phân bố phương pháp phẫu thuật lấy sỏi

Nhận xét: Phẫu thuật lấy sỏi qua đường trong miệng bảo tồn tuyến chiếm 46,3%. Tuy nhiên, với các trường hợp khó khi sỏi lớn nằm sâu, hoặc/và tuyến phì đại mất bù thì phải phẫu thuật cắt tuyến lấy sỏi chiếm 53,7%.

3.2 Đánh giá kết quả điều trị

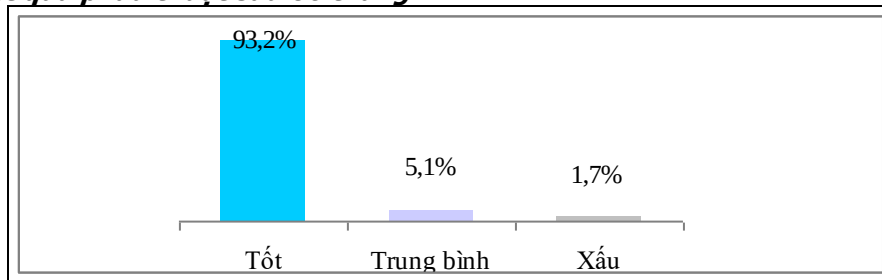
3.2.1 Kết quả phẫu thuật 01 tuần sau mổ



Biểu đồ 3.2. Kết quả phẫu thuật một tuần sau mổ

Nhận xét: Kết quả phẫu thuật tốt đạt kết quả cao 88,1%. Kết quả trung bình có 8 trường hợp chiếm 11,9% trong đó có 3 trường hợp có biểu hiện nhiễm trùng tuần đầu sau mổ.

3.3.2. Kết quả phẫu thuật sau 06 tháng



Biểu đồ 3.3. Kết quả phẫu thuật sau 06 tháng

Nhận xét: Tỷ lệ tái khám sau 6 tháng đạt 88,1% (59/67). Phẫu thuật đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao 93,2%. Chỉ có 3 trường hợp than phiền mất cảm giác mơ hồ vùng lưỡi chiếm 5,1%. Đặc biệt có 1 trường hợp bị khó cử động lưỡi sang bên 1,7%.

Bảng 3.1. Tình trạng sẹo mô sau 6 tháng

Yếu tố	Đường mổ		Trong miệng		Ngoài miệng	
			n	%	n	%
Sẹo đẹp			23	100	34	94,4
Sẹo xấu			0	0	2	5,6
Tổng			23	100	36	100

Nhận xét: Tỷ lệ khám lại sau 6 tháng đạt (88,1% 59/67 BN), trong đó phẫu thuật đường ngoài miệng đạt 100% (36 BN). Có 2 bệnh nhân than phiền vết mổ co kéo gây khó chịu gấp trong nhóm phẫu thuật đường ngoài miệng (5,6%)

3.3.3. Biến chứng và di chứng

Bảng 3.2. Các biến chứng sau phẫu thuật trong 24h, tuần đầu

Các biến chứng	24h (n = 67)		Tuần đầu (n = 67)	
	n	%	n	%
Chảy máu	4	6,0	0	0
Nhiễm trùng	0	0	3	4,5
Tổn thương thần kinh	0	0	5	7,5
Tổng	4	6,0	8	11,9

Nhận xét: Trong 24h đầu có 4 trường hợp có biến chứng chảy máu chiếm tỷ lệ thấp 6,0%. Trong tuần đầu có 5 bệnh nhân than phiền tê bì và khó cử động lưỡi chiếm tỷ lệ 7,5%; 3 BN có biến chứng nhiễm trùng (4,5%). Tất cả các bệnh nhân có biểu hiện trên đều nằm trong nhóm phẫu thuật đường ngoài miệng cắt toàn bộ tuyến lấy sỏi.

Bảng 3.3. Di chứng sau mổ 6 tháng

Di chứng	n = 59	%
Khô miệng	0	0
Tổn thương thần kinh mặt	0	0
Tổn thương thần kinh lưỡi	1	1,7
Không có di chứng	58	98,3

Nhận xét: 6 tháng sau mổ không có bệnh nhân nào than phiền khô miệng. Duy nhất 3 trường hợp than phiền có cảm giác tê lưỡi và 1 than phiền khó vận động lưỡi sang bên chiếm 6,8% trong. Tất cả các bệnh nhân này nằm trong nhóm phẫu thuật đường ngoài miệng cắt toàn bộ tuyến lấy sỏi.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Phương pháp điều trị sỏi tuyến nước bọt dưới hàm: Sỏi tuyến nước bọt là loại bệnh lý điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật. Phẫu thuật lấy sỏi đường ngoài miệng kèm theo cắt toàn bộ tuyến thường được chỉ định trong các trường hợp sỏi nằm sâu trong tuyến, kích thước lớn. Đặc biệt thời gian ủ bệnh kéo dài đã viêm đi viêm lại nhiều

lần, điều trị nội khoa không có kết quả. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 31 trường hợp lấy sỏi qua đường miệng, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến nước bọt dưới hàm kèm theo sỏi là 36 bệnh nhân chiếm 53,7%. Các trường hợp lấy sỏi qua đường trong miệng bảo tồn tuyến gặp trong các trường hợp phát hiện sỏi lần đầu, sỏi nằm trong ống tuyến, đặc biệt là các trường hợp sỏi

nằm ở 1/3 trước gần miệng ống tuyến. Các trường hợp sỏi to nằm sâu ở 1/3 sau gần với rốn tuyến phẫu thuật theo đường trong miệng gặp nhiều khó khăn. Các trường hợp sỏi nằm ở rốn tuyến, trong nhu mô hoặc sỏi tái phát, tuyến phì đại mất bù thường được lựa chọn phương pháp phẫu thuật đường ngoài miệng cắt tuyến lấy sỏi triệt căn. Vì sỏi tuyến dưới hàm chúng tôi gặp trong nghiên cứu này chủ yếu là sỏi kích thước lớn vị trí nằm sâu trong nhu mô tuyến, tình trạng viêm nhiễm của tuyến đã kéo dài nên việc cắt bỏ toàn bộ tuyến lấy sỏi chiếm tới 53,7%. Theo Woo S. phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến lấy sỏi chỉ có 17,7%. Có sự khác biệt này do bệnh nhân đến viện thường đã viêm nhiễm tuyến nước bọt dưới hàm nhiều lần, một số bệnh nhân đã lấy sỏi qua đường miệng tại tuyến cơ sở và thất bại, chức năng tuyến đã kém, tuyến phì đại, xơ hóa nhu mô tuyến.

Loại phẫu thuật được áp dụng nhiều nhất trên thế giới hiện nay cho các viên sỏi nằm xa phía rốn tuyến, kích thước nhỏ, ranh giới rõ là phẫu thuật tán sỏi dưới hướng dẫn của nội soi. Loại phẫu thuật này thường chỉ định cho vị trí sỏi ở nông. Nó có ưu điểm là tương đối dễ thực hiện, nhanh chóng, lấy được triệt để sỏi, ít sang chấn, thời gian hậu phẫu ngắn, theo dõi bệnh nhân dễ dàng, tuy nhiên lại yêu cầu cao về kỹ thuật nội soi. Nhiều tác giả trên thế giới báo cáo kỹ thuật này đem lại thành công cao trong điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào được thực hiện theo phương pháp này. Đây là phương pháp còn khá mới ở Việt Nam, ít có cơ sở y tế nào thực hiện thủ thuật này.

4.2 Kết quả điều trị: Kết quả phẫu thuật tốt đạt kết quả cao 88,1%. Kết quả trung bình có 8 trường hợp chiếm 11,9% trong đó có 3 trường hợp có biểu hiện nhiễm trùng tuần đầu sau mổ. Tỷ lệ tái khám sau 6 tháng đạt 88,1% (59/67). Phẫu thuật đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao 93,2%. Chỉ có 3 trường hợp than phiền mất cảm giác mơ hồ vùng lưỡi chiếm 5,1%. Đặc biệt có 1 trường hợp bị khó cử động lưỡi sang bên 1,7%.

Như vậy có thể thấy cả kết quả gần và kết quả xa (sau 6 tháng) của phương pháp điều trị phẫu thuật lấy sỏi tuyến dưới hàm đều rất khả quan, tỷ lệ tốt đạt trên 85% và tỷ lệ xấu rất thấp dưới 5%. Do đó đây là phương pháp an toàn và hiệu quả. Đặc biệt với phương pháp lấy sỏi qua đường trong miệng trong những trường hợp có chỉ định cho thấy kết quả rất tốt.

Phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến nước bọt dưới hàm và lấy sỏi kèm theo được áp dụng hiệu quả trong các trường hợp sỏi nằm sâu trong lòng nhu

mô tuyến, kích thước sỏi to. Trong nghiên cứu này, phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến dưới hàm bảo tồn thần kinh chiếm 53,7%. Nghiên cứu của Matsunobu T. (Nhật Bản) tỷ lệ này là 57,7%; của Bowen M. là 76%. Đây là phẫu thuật khó đòi hỏi tỷ mỉ, chính xác và kiên nhẫn có thể gây biến chứng thần kinh cũng như chảy máu. Theo Walvekar R biến chứng chung là 25%, biến chứng thần kinh là 2%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành theo dõi bệnh nhân trong vòng 24h đầu, khám lại bệnh nhân 01 tuần sau mổ trước khi ra viện. Trong 24h đầu có 4 trường hợp có biến chứng chảy máu chiếm tỷ lệ 6,0%. Trong tuần đầu có 5 bệnh nhân than phiền tê bì và khó cử động lưỡi chiếm tỷ lệ 7,5%; 3 BN có biến chứng nhiễm trùng (4,5%). Tất cả các bệnh nhân có biểu hiện trên đều nằm trong nhóm phẫu thuật đường ngoài miệng cắt toàn bộ tuyến lấy sỏi. Thời điểm 6 tháng sau mổ không có bệnh nhân nào than phiền khô miệng. Có 3 trường hợp than phiền có cảm giác tê lưỡi và 1 than phiền khó vận động lưỡi sang bên chiếm 6,8%. Tất cả các bệnh nhân này nằm trong nhóm phẫu thuật đường ngoài miệng cắt toàn bộ tuyến lấy sỏi. Kết quả nghiên cứu này cũng phù hợp với kết luận của tác giả Klein.

V. KẾT LUẬN

- Sỏi tuyến nước bọt dưới hàm được điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật. Phẫu thuật lấy sỏi qua đường miệng (46,3%), phẫu thuật cắt bỏ tuyến lấy sỏi chiếm (53,7%).

- Sau mổ 1 tuần kết quả tốt đạt (88,1%), không có kết quả kém. Sau mổ 6 tháng, tỷ lệ tái khám đạt 55/59 bệnh nhân, kết quả tốt chiếm (93,2%), kết quả kém (1,7%).

- Lấy sỏi qua đường trong miệng không có biến chứng và không để lại di chứng. Với phương pháp cắt tuyến lấy sỏi có tỷ lệ biến chứng và di chứng nhỏ: Sau mổ 1 tuần tỷ lệ nhiễm trùng (4,5%), tổn thương thần kinh mặt là (1,5%), thần kinh lưỡi (6,0%); Sau mổ 6 tháng, tổn thương thần kinh lưỡi là (1,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Sơn và cộng sự (2003).** Bệnh lý tuyến nước bọt, Bệnh lý và phẫu thuật hàm mặt, *Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam*, 212-224.
2. **Hupp JR Ellis E, Tucker MR (2012).** Contemporary oral and maxillofacial surgery (5th ed.), *St. Louis, Mo.: Mosby Elsevier*, 398, 407-409.
3. **Lawler B.et al (2004).** The diagnosis and surgical management of major salivary gland pathology, *Aust Dent J*, 1, 9-15.
4. **Hernando M.et al (2012).** Surgical complications of submandibular gland excision, *Acta*

- Otorrinolaringol Esp, 1, 42-6.
5. **Huỳnh Văn Dương (2009).** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh và kết quả điều trị u tuyến dưới hàm tại Viện Răng Hàm Mặt Quốc Gia từ năm 1999 đến năm 2009.

6. **Fearmonti R.et al (2010).** A review of scar scales and scar measuring devices, *Eplasty*, e43.
7. **Woo S. H.et al (2009).** Long-term outcomes of intraoral submandibular stone removal in children as compared with adults, *Laryngoscope*, 1, 116-20.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN TẬT KHÚC XẠ ĐIỀU TRỊ LASER EXCIMER TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Hiệp*

TÓM TẮT³⁵

Mục tiêu: đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân (BN) có tật khúc xạ điều trị Laser excimer tại Bệnh viện Mắt Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, bệnh nhân bị tật khúc xạ có nhu cầu mổ Laser Excimer, ≥ 18 tuổi, khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng. **Loại trừ:** Bệnh nhân mắt đục nhất hoặc có bệnh khác tại mắt và bệnh toàn thân cấp tính hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** nam chiếm 41,3%. 90,7% mổ hai mắt. 83,3% bệnh nhân đeo kính gọng nhưng chỉ 37,8% đeo đúng số. 96,3% mắt cận thị trong đó 37,8% mắt cận thị nhẹ, 34,2 cận thị vừa, 15,2% cận thị nặng và 12,8% cận thị rất nặng. 58,2% bệnh nhân có lệch khúc xạ. Độ dày giác mạc trung bình của nhóm cận thị nhẹ là 525,64 μm , cận thị nặng là 524,6 μm , loạn thị là 529,19 μm và nhóm viễn thị là 551,28 μm . Trục nhãn cầu trung bình là 25,17mm (19,5 mm đến 33mm). Tỷ lệ điện võng mạc giảm ở nhóm cận thị rất nặng là 38,5%. Trước mổ thị lực không kính trung bình là 0,10 và 81,4% sau chỉnh kính đạt thị lực trên 7/10. Trong nhóm nghiên cứu có 96,3% là mắt cận thị, trung bình 5,09D và mắt cận thị càng nặng thì mức độ loạn thị đi kèm càng cao. **Kết luận:** Bệnh nhân tật khúc xạ có nhu cầu mổ Laser Excimer có đặc điểm riêng biệt như chủ yếu là cận thị, thị lực kém, thường lệch khúc xạ giữa hai mắt và có loạn thị đi kèm. Tỷ lệ điện võng mạc giảm sút khá cao ở nhóm cận thị nặng.

Từ khóa: Cận thị, Laser Excimer

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH REFRACTIVE ERROR CORRECTED BY LASER EXCIMER AT VIETNAM NATIONAL HOSPITAL OF OPHTHALMOLOGY

Objectives: Describe clinical characteristics of patients with refractive error corrected by laser excimer at Vietnam National Institute of Ophthalmology. **Subject and method:** Descriptive cross-sectional study on patient with refractive error corrected by Laser Excimer, over 18 year old, stable refraction for

at least 6 months. **Results and discussion:** male accounted for 41.3%. 90.7% operated in both eyes. 83.3% of the patients wearing glasses, but only 37.8% wearing correct numbers. 96.3% of myopic eyes including 37.8% of mild myopia, 34.2 moderate myopia, 15.2% of high myopia and 12.8% of severe myopia. The average corneal thickness of the myopia group was 525.64 μm , severe myopia was 524.6 μm , astigmatism was 529.19 μm and the farsighted group was 551.28 μm . The average axial length was 25.17 mm (19.5 mm to 33 mm). The rate of decreased ERG in the myopia group was very high at 38.5%. UCVA preoperative is 1/10 and 81.4% of BCVA is above 7/10. 96.3% of patients has myopia, average 5.09D and the higher the myopia, the higher level of astigmatism. **Conclusions:** Refractive error patients who undergone laser excimer surgery has particular characteristics such as myopia, low VA, often asymmetry between two eyes and associated with astigmatism. ERG is significantly reduced in the severe myopia group.

Keywords: myopia, laser excimer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cận thị là nguyên nhân chính gây giảm thị lực với tỷ lệ khá cao ở các nước Châu Âu và châu Á [1],[2], ở Việt Nam theo thống kê của Bệnh viện Mắt TW là 10,38%[3]. Việc áp dụng Laser Excimer trong điều trị tật khúc xạ cũng như việc phát triển các dụng cụ phẫu thuật có độ an toàn chính xác cao đã tạo ra cuộc cách mạng trong điều trị cận thị. Tại Việt Nam Laser Excimer bắt đầu được ứng dụng và triển khai bước đầu đã thu được kết quả đáng khích lệ. Việc nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân tật khúc xạ nói chung và cận thị nói riêng có nguyên vọng điều trị Laser excimer là cần thiết để từ đó nghiên cứu chuyên sâu về một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bằng phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân (BN) có tật khúc xạ có nhu cầu mổ Laser Excimer, từ 18 tuổi trở lên và tật khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng trước mổ.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN mắt đục nhất, có bệnh khác tại mắt và bệnh toàn thân cấp tính hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hiệp

Email: nguyentuanhiiepvnio@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: 617 mắt của 336 bệnh nhân

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu: Máy soi đáy mắt, máy sinh hiển vi, máy khúc xạ kế, bộ soi bóng đồng tử, bảng thị lực, hộp kính, máy đo độ dày giác mạc, máy siêu âm. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang không có nhóm chứng.

2.2.4. Cách thức nghiên cứu:

Hỏi bệnh: Tuổi, lý do đến phẫu thuật, địa chỉ ở, đã điều trị gì, kết quả

Khám: Đo khúc xạ bằng khúc xạ máy. Mức độ khúc xạ tính theo tương đương cầu (CS) theo công thức $CS = \text{khúc xạ cầu} + \frac{1}{2} \text{khúc xạ trụ}$. Cận thị chia theo 4 mức: Nhẹ khi cận $\leq 3D$, trung bình khi cận từ 3,1D đến 6D, nặng khi cận từ 6,1D đến 9D và rất nặng khi cận trên 9D. Đo nhãn áp bằng nhãn áp kế Maclakop và độ dày giác mạc (μm).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Tuổi: Số BN là 336, nam chiếm 41,3% trong đó 293 BN mổ hai mắt (90,7%). Tổng số mắt trong nghiên cứu là 617 mắt. Tuổi trung bình là $23,04 \pm 5,77$ (18 đến 48 tuổi), thấp hơn so với Konorz (38 tuổi) [4], Maldorado (31,5 tuổi) [5]. Lứa tuổi học sinh, sinh viên chiếm 80,2%, công chức 27,6% và nghề tự do là 12,5% và 79,1% đến từ các thành phố lớn. Điều này cho thấy đối với những kỹ thuật mới lớp trẻ và những BN sống ở thành thị dễ tiếp cận nhanh hơn, mạnh dạn đến với phẫu thuật hơn. Trên thực tế, trong thời gian đầu khi Laser excimer mới được áp dụng, các tác giả trong và ngoài nước chỉ phẫu thuật ở những BN trên 20 tuổi vì ở lứa tuổi đó tật khúc xạ thường mới ổn định. Sau đó do tính an toàn, hiệu quả, Laser excimer được các tác giả áp dụng ở lứa tuổi thấp hơn, thậm chí gần đây còn mở rộng chỉ định đối với trẻ em có lệch khúc xạ để tránh nhược thị cho mắt có tật khúc xạ nặng [6].

Ngược lại, chỉ có 6/336 BN trên 40 tuổi trong nghiên cứu, chỉ chiếm 1,7% chứng tỏ sự thận trọng của lứa tuổi này đối với kỹ thuật mới. Hiện tại hầu như chưa có giới hạn tuổi cao nhất có thể mổ laser, tuy nhiên các tác giả đều khuyến cáo không nên phẫu thuật điều trị cận thị ở BN trên 40 tuổi vì họ đã ở trạng thái lão thị hoặc đục thủy tinh thể.

3.2 Tình hình đeo kính trước mổ: 83,3% BN có đeo kính gọng trước mổ trong đó có

37,8% đeo đúng số. Không đeo kính hoặc đeo kính không đúng số là những lý do làm cho mắt bị nhược thị và hạn chế kết quả sau mổ. Hầu hết bệnh nhân (83,3%) đang đeo kính gọng có nhu cầu phẫu thuật vì vấn đề thẩm mỹ và để tránh những bất tiện mà kính gọng gây ra.

Tỷ lệ đeo kính tiếp xúc trước mổ chiếm 6,7% và tập trung ở các bệnh nhân sống tại các thành phố lớn, điều đó cho thấy kính tiếp xúc có lẽ chưa thích hợp với BN bị tật khúc xạ ở Việt Nam do chi phí còn cao, môi trường nóng ẩm chưa phù hợp và có thể do kỹ năng sử dụng kính tiếp xúc của người Việt Nam chưa tốt.

3.3 Tình hình tật khúc xạ: 641 mắt trước mổ bao gồm 617 mắt cận thị (chiếm 96,3%), 14 mắt viễn thị (2,1%) và 10 mắt loạn thị (1,5%). Trong nhóm cận thị có 233 mắt cận thị nhẹ (37,8%), 211 mắt cận thị vừa (34,2%), 94 mắt cận thị nặng (15,2%) và 79 mắt cận thị rất nặng (12,8%). Kết quả cho thấy đại đa số BN đi mổ là cận thị, là những người khi không đeo kính nhìn xa mờ hay nói cách khác là mục đích phẫu thuật nhằm cải thiện thị lực khi nhìn xa. Trong khuôn khổ nghiên cứu này chúng tôi không chi tiết về nhóm viễn thị và loạn thị. Thị lực gần cũng là một vấn đề mà trong tương lai ngành nhãn khoa cần tuyên truyền rộng rãi về hiệu quả của phẫu thuật đối với thị lực gần và thị lực gần chính là một trong các mục tiêu quan trọng cần đạt được trong chất lượng thị giác.

3.4 Mức độ lệch khúc xạ: Có 196/336 BN (58,2%) có lệch khúc xạ, trong đó 37 BN có lệch khúc xạ hai mắt trên 3D. Đây cũng là một đặc điểm của nhóm có nhu cầu được phẫu thuật laser và đây cũng chính là đối tượng mà laser cũng như kính tiếp xúc nhắm tới vì tính ưu việt của hai phương pháp này so với kính gọng. Một đặc điểm nữa là 3% số mắt mặc dù cận thị dưới 3D vẫn bị nhược thị và do vậy các phẫu thuật viên cần phát hiện sớm để tư vấn và tiên lượng tốt hơn.

3.5 Nhãn áp trước mổ: Nhãn áp của các mắt mổ đều nằm trong giới hạn bình thường, ở mức từ 16mmHg đến 24 mmHg (trung bình là $19,51 \pm 1,48$ mmHg). Nhãn áp bình thường cũng là một trong các tiêu chuẩn để BN có tật khúc xạ có thể được mổ.

3.6 Độ dày giác mạc trước mổ: Độ dày giác mạc trung bình của nhóm cận thị nhẹ là 525,64 μm , cận thị nặng là 524,6 μm , loạn thị là 529,19 μm và nhóm viễn thị là 551,28 μm . Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa

thống kê về độ dày giác mạc giữa các nhóm có tật khúc xạ khác nhau.

Độ dày giác mạc trung bình trong nghiên cứu này là $528,77\mu\text{m}$; thấp hơn Nguyễn Đức Anh ($537 \pm 34,59\mu\text{m}$) [7]. Số liệu về độ dày giác mạc của chúng tôi và Nguyễn Đức Anh ở người Việt Nam thấp hơn độ dày giác mạc của các nước phương Tây, phẫu thuật viên khúc xạ cần biết điều này vì độ dày giác mạc cũng ảnh hưởng tới khả năng điều chỉnh tật khúc xạ.

3.7 Trục nhãn cầu trước mổ: Trục nhãn cầu dao động trong khoảng từ 19,5 mm đến 33mm (trung bình là $25,17 \pm 1,73\text{mm}$). Chúng tôi thấy có mối liên hệ giữa trục nhãn cầu và mức độ tật khúc xạ. Trục nhãn cầu tỷ lệ thuận với mức độ cận thị: độ cận thị càng lớn thì trục nhãn cầu càng dài. Trục nhãn cầu của nhóm viễn thị thấp hơn so với trục nhãn cầu của các nhóm cận thị và loạn thị.

3.8 Chức năng võng mạc trước mổ: Điện võng mạc giảm ở nhóm BN cận thị nhẹ là 2,35%, cận thị nặng là 27,2% trong khi ở nhóm cận thị rất nặng là 38,5%. Trên thực tế ít nghiên cứu về Laser Excimer đánh giá tình trạng chức năng điện võng mạc tuy nhiên kết quả này cũng cho thấy cần thiết làm xét nghiệm điện võng mạc để

tiền lượng hoặc để loại trừ Laser Excimer nếu có một số bệnh mà trên lâm sàng khó phát hiện.

3.9 Thị lực trước mổ: Thị lực không kính trung bình của các mắt phẫu thuật là $0,10 \pm 0,13$ (0,02 tương đương ĐNT 2m đến 0,6 tương đương 6/10). Thị lực ở mức $\leq 3/10$ chiếm 98,1% và không có mắt nào thị lực trên 7/10. Thị lực trước mổ khi đã chỉnh kính tối ưu có tới 81,4% mắt đạt thị lực trên 7/10. Kết quả đạt được chưa có sự khác biệt giữa các nhóm tật khúc xạ có thể do số mắt viễn thị và loạn thị chưa đủ lớn. Tuy nhiên tỷ lệ đạt thị lực trên 7/10 sau chỉnh kính có sự khác biệt giữa các nhóm có mức độ khúc xạ khác nhau, nhóm cận thị nhẹ đạt 97,9%, cận thị vừa là 93,8%, cận thị nặng 78,7%, cận thị rất nặng 17,7% như vậy cận thị càng nặng thị lực chỉnh kính tối ưu đạt được với tỷ lệ thấp hơn so với các nhóm còn lại một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

3.10 Tình trạng khúc xạ: Trong nghiên cứu có tới 96,3% là những mắt cận thị với 4 mức độ và trung bình là 5,09D và hầu hết đều có loạn thị đi kèm tuy nhiên mắt cận thị càng nặng thì mức độ loạn thị đi kèm càng cao một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tình trạng khúc xạ cầu và loạn thị giữa các nhóm

Mức độ cận thị	Số mắt (%)	KX cầu TB (D)	Độ loạn TB (D)
$\leq 3D$	233 (36,2%)	$-2,24 \pm 0,63$	$0,13 \pm 0,41$
3,1D – 6D	211 (32,9%)	$-4,43 \pm 0,98$	$0,24 \pm 0,67$
6,1D – 9D	94 (11,6%)	$-7,02 \pm 1,57$	$0,35 \pm 0,61$
$> 9D$	79 (11%)	$-13,07 \pm 2,98$	$0,39 \pm 0,77$
TS	617	$-5,09 \pm 2,34$	$0,18 \pm 0,65$

Đây cũng là một đặc điểm để các phẫu thuật khúc xạ lưu tâm trước khi đặt kế hoạch phẫu thuật và cân nhắc để đạt mục đích điều chỉnh đồng thời cả tật khúc xạ cầu hay loạn trong một thì phẫu thuật.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh nhân tật khúc xạ có nhu cầu mổ Laser Excimer có đặc điểm riêng biệt như chủ yếu là mắt tật khúc xạ cận thị, thị lực kém, hai mắt thường có chênh lệch khúc xạ và có loạn thị đi kèm. Tỷ lệ điện võng mạc giảm sút khá cao ở nhóm cận thị nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eugenio M., Silviana B., Sergio R.M. et al.** Refractive error study in children: results from La Florida, Chile. Am J Ophthal 2000;129:445-454.
2. **Sek Jin C., Peter T. Refractive Error:** Etiology, Incidence, Prevention and Nonsurgical Management in Refractive Surgery: Current Techniques and Management. Olivian N. Serdarevig, eds. Igaku-Shoin, Tokyo;1997:1-18.

3. **Nguyễn Thị Nhung và CS.** Điều tra dịch tễ học tật khúc xạ ở học sinh phổ thông Hà Nội. Sở Y tế HN 1999.
4. **Louise E.P., Omar J.H. and Bruce D.N.** Lasik Results from TLC, The London Laser Center in the Art of Lasik, Thorofare, NJ: Slack Incorporated;1999:339-359.
5. **Maldonado-Bas A., Onnis R.** Excimer laser in situ keratomileusis for myopia. J Cataract Refract Surg 1995;11:229-233.
6. **Saragoussi J.J. and Arne J.L.** Indications et resultats des traitements de chirurgie refractive chez l'enfant en 2006. J Francais Ophthalmol; 112 Congres de la Societe Francaise d'Ophthalmol;204.
7. **Nguyễn Đức Anh và Nguyễn Thị Minh.** Đo độ dày giác mạc bằng siêu âm. Y học thực hành. Số 11, Bộ Y tế 2000:18-20.

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG SUY GIẢM NHẬN THỨC TRÊN BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT

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. Tình cảm của bệnh nhân trở nên khô lạnh dần, khả năng làm việc, học tập ngày một sút kém, có những hành vi, ý nghĩ kỳ dị, khó hiểu. Suy giảm nhận thức là nhóm triệu chứng gặp nhiều ở bệnh nhân tâm thần phân liệt nhưng chưa được nghiên cứu sâu. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan tới suy giảm nhận thức trên bệnh nhân tâm thần phân liệt. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả lâm sàng cắt ngang từng ca trên 67 bệnh nhân điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân tâm thần phân liệt không duy trì được học tập, công việc của mình: 62,7%. Giảm tập trung chú ý là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất, bao gồm: giảm duy trì chú ý: 82,1%; giảm chú ý có chọn lọc 80,6%; giảm di chuyển chú ý: 61,2%. Rối loạn định hướng có liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của suy giảm nhận thức, trong đó chiếm tỷ lệ cao nhất là RL định hướng bản thân: 8,9%. Trong các yếu tố liên quan: Thời gian mắc bệnh kéo dài có liên quan tới suy giảm nhận thức và nhóm bệnh nhân sử dụng thuốc an thần kinh mới có điểm số trắc nghiệm trí nhớ cao hơn so với nhóm dùng thuốc cổ điển. **Kết luận:** Các triệu chứng suy giảm nhận thức chiếm tỷ lệ khá cao ở các bệnh nhân tâm thần phân liệt, ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và khả năng tái hòa nhập của bệnh nhân.

SUMMARY

CLINICAL RESEARCH ON COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS SCHIZOPHRENIA

Background: Schizophrenia (schizophrenia) is a severe psychotic illness progresses, tend chronic, etiology is not clear at present, that the patient gradually separated from the outside world, collected gradually into the inner world. The feelings of the patient becomes colder dry, ability to work, study days a faltering, behaviors, thoughts bizarre, incomprehensible. Group cognitive impairment symptoms occur more frequently in patients with schizophrenia have not been studied intensively. **Objective:** Describe clinical characteristics and a number of factors related to cognitive impairment in patients with schizophrenia. Subjects and research

methods: retrospective study, clinical description of each song on the 67 cut-treated patients at the Mental Health Institute of Bach Mai Hospital. Results: Most patients with schizophrenia fail to maintain academic, his work: 62.7%. Reduced attention is symptomatic highest proportion, including: reduced maintenance attention: 82.1%; selective inattention 80.6%; reducing migration note: 61.2%. Disorientation closely associated with the severity of cognitive impairment, which account for the highest rate of self-orientation RL: 8.9%. In related factors: prolonged duration of diabetes-related cognitive decline and patient groups use new neuroleptics memory test scores higher than classical drugs group. **Conclusion:** The symptoms of cognitive impairment relatively high proportion of patients with schizophrenia, which affects the quality of life and ability to reintegrate the patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng, có khuynh hướng tiến triển mạn tính và hay tái phát, căn nguyên cho đến nay còn chưa rõ. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ người mắc bệnh tâm thần phân liệt là 0,3 - 1% dân số. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh rất phong phú, phức tạp và luôn biến đổi. Gần đây, bên cạnh nhóm triệu chứng dương tính và nhóm âm tính thì suy giảm nhận thức là một nhóm các triệu chứng đã được nghiên cứu. Suy giảm nhận thức là tình trạng suy giảm các hoạt động như trí nhớ, sự định hướng, tri giác, tư duy... Năm 1998, Heinrichs và Zakzanis đã tiến hành tổng quan bao gồm 204 nghiên cứu, cho biết 70-80% bệnh nhân có suy giảm nhận thức. Suy giảm nhận thức của bệnh nhân có ảnh hưởng nặng tới khả năng sống tự lập cũng như khả năng tái hòa nhập và thích ứng xã hội của họ. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đi sâu về suy giảm nhận thức trên bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và nhận xét một số yếu tố liên quan tới suy giảm nhận thức trên bệnh nhân tâm thần phân liệt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 67 bệnh nhân chẩn đoán là tâm thần phân liệt ở tất cả các thể lâm sàng theo tiêu chuẩn ICD - 10 của Tổ chức Y tế Thế giới và có các triệu chứng suy giảm nhận thức điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2014.

Nghiên cứu tiến hành theo phương pháp hồi cứu, mô tả cắt ngang từng trường hợp, sử dụng

*Viện sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: dr.drungbm@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017
Ngày duyệt bài: 26.4.2017

một số trắc nghiệm tâm lý để đánh giá các chức năng nhận thức của bệnh nhân:

Xử lý số liệu thu thập được bằng phương pháp toán thống kê dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Nghề nghiệp hiện tại

Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
Nông dân	9	13,4
Công nhân	4	6
Học sinh, sinh viên	9	13,4
Cán bộ, công/viên chức	3	4,5
Thất nghiệp	42	62,7

Nhận xét: Số bệnh nhân không thể làm việc hoặc không tiếp tục theo học chiếm tỷ lệ cao nhất 62,7%.

2. Đặc điểm lâm sàng của các triệu chứng suy giảm nhận thức trên đối tượng nghiên cứu

Bảng 2: Đặc điểm suy giảm chú ý

Các biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Giảm duy trì chú ý	55	82,1
Giảm chú ý có chọn lọc	54	80,6
Giảm di chuyển chú ý	41	61,2

Nhận xét: Đa số bệnh nhân tâm thần phân liệt có suy giảm chú ý, trong đó triệu chứng giảm chú ý chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 3: Đặc điểm suy giảm trí nhớ

Các biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
Giảm trí nhớ tức thì	19	28,4
Giảm trí nhớ ngắn hạn:	43	64,2
Giảm trí nhớ dài hạn:		
Các sự kiện quan trọng trong cuộc sống	34	50,7
Các kiến thức, khái niệm đã học	30	44,7
Các quy trình, động tác đã học	29	43,3

Nhận xét: giảm trí nhớ ngắn hạn là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến là giảm trí nhớ dài hạn. Trí nhớ tức thì chỉ chiếm 28,4% bệnh nhân

Bảng 4. Triệu chứng rối loạn định hướng

Các biểu hiện	Số lượng	Tỷ lệ %
RL định hướng thời gian	5	7,4
RL định hướng không gian	3	4,5
RL định hướng về bản thân	6	8,9
RL định hướng xung quanh	3	4,5

Nhận xét: rối loạn định hướng chiếm tỷ lệ thấp ở bệnh nhân tâm thần phân liệt, trong các rối loạn này gặp nhiều nhất là rối loạn định hướng về bản thân: 8,9%

Bảng 5: Trắc nghiệm đọc dãy số

	Điểm trung bình
Đọc xuôi dãy số	$7,3 \pm 1,7$
Đọc ngược dãy số	$5 \pm 1,5$

Nhận xét: Trong trắc nghiệm đọc xuôi dãy số: Điểm trung bình: $7,3 \pm 1,7$; Trong trắc nghiệm đọc ngược dãy số: Điểm trung bình: $5 \pm 1,5$

1. Một số yếu tố liên quan tới suy giảm nhận thức trên bệnh nhân tâm thần phân liệt

Bảng 6: Liên quan với thời gian mắc bệnh

	Dưới 1 năm		Từ 1 đến 3 năm		Trên 3 năm		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Suy giảm nhận thức	14	20,9	20	29,9	33	49,3	<0,05

Nhận xét: Trong số những bệnh nhân tâm thần phân liệt có suy giảm nhận thức: tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh trên 3 năm cao hơn rõ rệt so với mắc bệnh dưới 1 năm và từ 1 đến 3 năm, với $p < 0,05$.

Bảng 7: Điểm số trắc nghiệm trí nhớ từ theo thuốc an thần kinh mà bệnh nhân dùng

Trắc nghiệm	ATK cổ điển	ATK mới	P
Nhớ lại ngay	$19,3 \pm 4,2$	$22,3 \pm 2,4$	<0,05
Nhớ lại có tri hoãn	$5,5 \pm 1,2$	$6,4 \pm 1,2$	< 0,05
Nhận biết muộn	$4,9 \pm 1,9$	$5,9 \pm 1,3$	>0,05

Nhận xét: Điểm số trắc nghiệm nhớ lại ngay và nhớ lại có trị hoãn cao hơn rõ rệt ở nhóm bệnh nhân dùng thuốc ATK mới so với ATK cổ điển, với p lần lượt là 0,21 và 0,026.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Theo bảng 1, có 62,7% bệnh nhân không làm việc được, không đi học được mà sống ở nhà phụ thuộc vào người thân. Số còn lại chủ yếu là những bệnh nhân có thể làm được các công việc lao động chân tay như nông dân và công nhân (tỷ lệ 19,4%). Các công việc đòi hỏi hoạt động trí óc, bao gồm cả học sinh sinh viên và cán bộ công chức chỉ chiếm 17,9%, tuy nhiên trong số này, công việc, học tập của bệnh nhân đều suy giảm so với trước.

Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu về bệnh tâm thần phân liệt ở nước ta khi cho biết phần lớn bệnh nhân tâm thần phân liệt không có nghề nghiệp ổn định. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, kết quả này cũng tương đối phù hợp. Theo nghiên cứu tổng quan về TTPL và nghề nghiệp ở các nước châu Âu, Marwaha S. đã rút ra kết luận chỉ có từ 10% đến 20% bệnh nhân có nghề nghiệp ổn định. Các yếu tố cản trở người bệnh có được việc làm là sự kỳ thị, thiếu các trợ giúp xã hội, và bản thân những trở ngại do triệu chứng bệnh mang lại.

1.1. Suy giảm chú ý: Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng giảm chú ý gặp ở đa số các bệnh nhân TTPL. Điều này phù hợp với rất nhiều tác giả khi cho rằng giảm chú ý rất thường gặp và là triệu chứng cơ bản của suy giảm nhận thức trong bệnh TTPL.

Cũng theo bảng 2, kết quả cho thấy 80,6% bệnh nhân suy giảm chú ý có chọn lọc. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá chú ý có chọn lọc bằng cách yêu cầu bệnh nhân khoanh tròn vào những chữ số theo thứ tự tăng dần trong một bảng gồm 25 chữ số ngẫu nhiên. Điều này tương đối phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, ví dụ trong nghiên cứu của Marina M. W. và cs (1991) có 85% bệnh nhân TTPL bị suy giảm chú ý có chọn lọc so với nhóm chứng.

Trong quá trình khai thác bệnh sử của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng giảm chú ý là triệu chứng xuất hiện khá sớm. Trong nhiều trường hợp, triệu chứng này biểu hiện một cách rõ rệt trước khi xuất hiện các triệu chứng như hoang tưởng, ảo giác hoặc sự thiếu hòa hợp về cảm xúc và hành vi. Với những bệnh nhân là học sinh, sự giảm chú ý biểu hiện ở sự mất tập trung vào bài giảng trên lớp, hay lơ đãng, không làm hết các bài kiểm tra, hay bị điểm kém, kết quả học tập giảm dần. Các bệnh nhân khác thì được mô tả như là: đầu óc trống

rỗng, kém tập trung vào công việc hiện có, trở nên cầu thả, hay quên, không làm theo được các hướng dẫn, chỉ dẫn.

1.2. Suy giảm trí nhớ: Khi khảo sát về lĩnh vực trí nhớ, kết quả nghiên cứu trong bảng 3 cho thấy phần lớn bệnh nhân bị suy giảm trí nhớ, trong đó trí nhớ ngắn hạn bị suy giảm nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 64,2%. Theo một nghiên cứu tổng quan của Lee J. và Park S. (2005) thực hiện trên 124 nghiên cứu từ năm 1980 đến năm 2004 đã cho biết đa số các bệnh nhân TTPL bị suy giảm trí nhớ so với nhóm chứng

1.3. Triệu chứng rối loạn định hướng:

Trong kết quả nghiên cứu ở bảng 4, rối loạn định hướng về bản thân gặp nhiều nhất: 8,9%; tiếp theo là định hướng thời gian: 7,4%; định hướng không gian và định hướng xung quanh gặp ít nhất: 4,5%.

Trong định hướng về bản thân, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân thường trả lời đúng các câu hỏi về tên, nhưng thường sai sót hoặc không trả lời được câu hỏi về tuổi, năm sinh. Đối với định hướng không gian, bệnh nhân TTPL nhận biết tốt môi trường quen thuộc, nhưng thường bị lạc ở môi trường mới.

Theo tác giả M Stevens (1978), bệnh nhân tâm thần phân liệt có rối loạn định hướng có tuổi khởi phát bệnh sớm hơn và thời gian nằm viện lâu hơn, đồng thời có tiên lượng bệnh kém hơn. Các bệnh tâm thần khác (không phải sa sút trí tuệ) hầu như không có rối loạn định hướng so với bệnh TTPL. Điều này chứng minh giả thuyết rằng TTPL và suy giảm nhận thức có mối quan hệ rất mật thiết với nhau. Đối với bệnh TTPL, những bệnh nhân có rối loạn định hướng là những người suy giảm nhận thức nặng, khởi phát bệnh sớm, thời gian mắc bệnh kéo dài.

1.4. Điểm số trắc nghiệm đọc dãy số:

Trắc nghiệm đọc dãy số được chia thành hai trắc nghiệm nhỏ: đọc xuôi và đọc ngược dãy số. Đây là một trắc nghiệm được sử dụng rộng rãi trong đánh giá nhận thức ở bệnh nhân TTPL. Mục đích của trắc nghiệm này là vừa đo lường khả năng duy trì chú ý, đồng thời đo lường khả năng ghi nhận thông tin (trí nhớ tức thì) của người bệnh.

Theo bảng 7: Điểm trung bình của trắc nghiệm đọc xuôi dãy số là $7,3 \pm 1,7$. Điểm trung bình của trắc nghiệm đọc ngược dãy số là $5 \pm 1,5$. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu trên thế giới, ví dụ như Stefan Klingberg (2008) khi nghiên cứu trên đối tượng là 151 bệnh nhân tâm thần phân liệt, điểm lần lượt là $7,67 \pm 2,06$ và $5,44 \pm 2,49$. Theo Eric

Y.H. Chen và cộng sự (1994), điểm số của trắc nghiệm này ở bệnh nhân tâm thần phân liệt giảm rõ rệt so với nhóm chứng với $p < 0,01$.

2. Nhận xét một số yếu tố liên quan tới suy giảm nhận thức trên đối tượng nghiên cứu

2.1. Liên quan với thời gian mắc bệnh:

Theo bảng 6, trong số bệnh nhân tâm thần phân liệt có suy giảm nhận thức, tỷ lệ bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài cao hơn đáng kể so với bệnh nhân mắc bệnh trong thời gian ngắn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số nghiên cứu cắt ngang khác, ví dụ như tác giả Chen E.Y.H. (1994) đã cho biết những bệnh nhân có thời gian mắc bệnh kéo dài thường suy giảm nặng nề hơn ở trí nhớ và khả năng điều hành.

2.2. Liên quan với thuốc an thần kinh mà người bệnh sử dụng: Trong nghiên cứu này chúng tôi đã tiến hành việc hồi cứu lại việc sử dụng thuốc an thần kinh của người bệnh. Chúng tôi xếp loại bệnh nhân theo bốn nhóm là: đã dùng thuốc cổ điển; thuốc thế hệ mới; kết hợp cả cổ điển và mới; và nhóm không dùng thuốc hoặc dùng thuốc dưới ba tháng. Theo bảng 7, suy giảm nhận thức có thể gặp ở cả bệnh nhân có dùng thuốc và không dùng thuốc. Điều này phù hợp với tác giả Philip D. Harvey (2006) khi bác bỏ giả thuyết rằng suy giảm nhận thức do thuốc an thần kinh gây ra. Chúng tôi cho rằng điều này gợi ý các thuốc an thần kinh mới có khả năng cải thiện trí nhớ ở bệnh nhân TTPL. Do vậy vấn đề này cần được tìm hiểu sâu hơn nữa ở Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

▪ Bệnh tâm thần phân liệt khởi phát ở lứa tuổi trẻ, trong đó đa số bệnh nhân phải ở nhà, không có việc làm hoặc không tiếp tục theo học

được: 62,7%. **Chú ý:** đa số bệnh nhân TTPL đều giảm khả năng tập trung chú ý. Bao gồm: giảm duy trì chú ý: 82,1%; giảm chú ý có chọn lọc 80,6%; giảm di chuyển chú ý: 61,2%. **Trí nhớ:** 64,2% bệnh nhân TTPL giảm một hoặc nhiều khía cạnh của trí nhớ. **Năng lực định hướng:** chiếm tỷ lệ cao nhất là RL định hướng bản thân: 8,9%. Rối loạn định hướng có liên quan chặt chẽ với mức độ nặng của suy giảm nhận thức.

▪ **Thời gian mắc bệnh:** Gặp nhiều nhất là nhóm bệnh nhân mắc bệnh trên 3 năm: 49,3%. **Thuốc ATK:** Nhóm bệnh nhân sử dụng thuốc ATK mới có điểm số trắc nghiệm trí nhớ cao hơn so với nhóm dùng thuốc ATK cổ điển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Bình An, Trần Việt Nghi (2001). "Bệnh tâm thần phân liệt". *Bệnh học tâm thần nội sinh*. Bộ môn Tâm thần, trường Đại học Y Hà Nội, trang 5-12.
2. Tổ chức Y tế Thế giới (1992). "Bệnh tâm thần phân liệt". Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi, mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán. World Health Organization, Geneva (bản dịch tiếng Việt), trang 52-63.
3. Heinrichs R. W., Zakzanis K.K (1998). "Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence". *Neuropsychology*, vol. 13 (3). P 426-445.
4. Marwaha S., Johnson S. (2004). "Schizophrenia and employment - a review". *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, vol 39 (5). P 337-349.
5. Philip D. Harvey (2006). "Cognitive Deficits as a Core Feature of Schizophrenia". *Thinking about cognition: Concepts, targets and therapeutics*. IOS Press, Netherlands. P 30-40.
6. Stefan Klingberg et al (2008). "Course of cognitive functioning during the stabilization phase of schizophrenia". *Journal of Psychiatric Research Germany*, vol 42. P 259-267.

KHẢO SÁT CƠ BẢN TỶ LỆ TINH TRÙNG DI ĐỘNG THẲNG VÀ XOAY QUANH TRỤC

Nguyễn Minh Đức*, Nguyễn Thanh Tùng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tỷ lệ tinh trùng di động thẳng và xoay đầu quanh trục trên bệnh nhân đến khám về hiếm muộn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu mô tả tỷ lệ tinh trùng di động thẳng xoay đầu quanh trục trong mẫu tinh dịch

*Bệnh viện nam học và hiếm muộn Hà Nội

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Tùng

Email: bstung@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

của 490 bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện chuyên khoa Nam học và Hiếm muộn Hà Nội. Những mẫu này được đánh giá tinh dịch đồ theo tiêu chuẩn WHO 2010. **Kết quả:** so sánh tỷ lệ tinh trùng di động thẳng và xoay đầu trong mỗi một nhóm theo từng tiêu chí chúng tôi thu được kết quả như sau: nhóm di động tiến tới trên 32% có tỷ lệ di động xoay đầu lớn hơn nhóm dưới 32% (26,47% so với 4,63%), nhóm có mật độ tinh trùng trên 15triệu/ml có tỷ lệ di động xoay đầu lớn hơn nhóm dưới 15 triệu/ml (25,94% so với 4,83%), nhóm có tổng số tinh trùng trong một lần xuất tinh lớn hơn 39 triệu có tỷ lệ tinh trùng xoay đầu lớn hơn nhóm còn lại (30,91% so với 14,97%) và nhóm có tỷ lệ hình thái tinh trùng bình thường trên 4% có tỷ lệ tinh trùng xoay đầu lớn hơn nhóm có tỷ lệ

dưới 4% (26,71% so với 3,54%), sự khác biệt giữa các nhóm này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$, riêng nhóm vô sinh nguyên phát so với nhóm vô sinh thứ phát thì không có sự khác biệt (18,34% so với 17,88%). **Kết luận:** bước đầu khảo sát cho thấy tỷ lệ tinh trùng xoay đầu có liên quan với những đặc điểm như mật độ tinh trùng, tỷ lệ di động, tổng số lượng tinh trùng và tỷ lệ tinh trùng hình dạng bình thường.

Từ khóa: tinh trùng, tỷ lệ di động xoay đầu, chất lượng tinh trùng.

SUMMARY

RESEARCH ON THE PROGRESSIVE AND ROTATIONAL SWIMMING OF HUMAN SPERMATOZOA

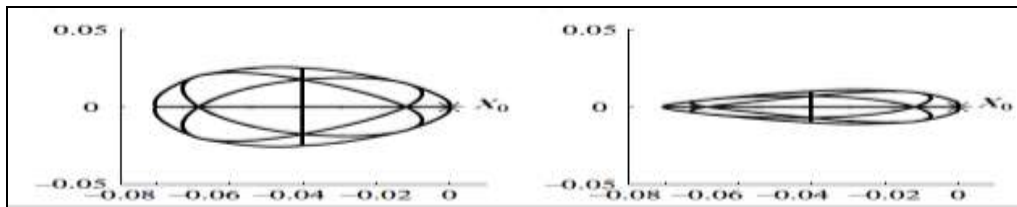
Aim: this research was conducted to study the rotational swimming rate on sperm samples. **Method:** 490 sperm patient samples were collected at Andrology and Fertility Hospital of Hanoi. All sperm samples were analyzed following WHO 2010 criteria. **Results:** we compared the average rate of rotational sperm in a pair following five criteria: Four of them showed the significant differences among each pair. In four pairs, the motility rate over 32%, the sperm

concentration over 15 millions/ml, the total ejaculate sperm count over 39 millions and the normal morphological sperm rate over 4% have the rotational sperm rate higher than others in their pair (26,47% versus 4,63%, 25.94% versus 4.83%, 30.91% versus 14.97%, and 26.71 versus 3.54%, respectively, $p < 0.005$). Whereas, the last pair included primary and second infertility, is not different significantly (18.34% versus 17.88%). **Conclusion:** The rotational sperm rate is involved in four criteria: the sperm concentration, the motility rate, the total ejaculate sperm, and the normal morphological sperm rate.

Key words: sperm, the rotational rate, and sperm criteria.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh trùng có ba phần đầu, cổ và đuôi, toàn bộ cấu tạo của tinh trùng phục vụ cho chức năng vận động để thụ tinh. Phần đầu có hai phần gồm nhân chứa vật chất di truyền và cực đầu chiếm 40 đến 70%. Tinh trùng có phần đầu dẹt, một mặt hình giống ô van, mặt còn lại gần giống hình viên đạn [5] (Hình 1).



Hình 1. Hình ảnh đầu tinh trùng với hai mặt khác nhau [5].

Phương pháp nhuộm Papanicolau trên tiêu bản dàn cho thấy tinh trùng thường chỉ biểu hiện mặt dẹt ô van. Chính vì vậy, quan sát tinh trùng khi di động giúp thấy được cả hai mặt của tinh trùng. Phần cổ tinh trùng chứa ty thể và hai trung thể. Ty thể cung cấp năng lượng cho tinh trùng vận động còn trung thể sẽ tham gia vào quá trình thụ tinh, hình thành hợp tử [2]. Phần đuôi tinh trùng thực hiện chức năng vận động của tinh trùng, tạo lực để đẩy tinh trùng về phía trước, lực này tạo ra tử kiểu xoắn nên phần đầu tinh trùng phải xoay theo chiều của đuôi [6].

Để quan sát được việc xoay trục của tinh trùng, có hai cách quan sát: qua kính phân cực, quan sát dọc từ đỉnh tinh trùng xuống đuôi và quan sát theo đầu hai mặt tinh trùng đối nhau trên vi trường 40X của kính hiển vi quang học [5]. Trong điều kiện phòng xét nghiệm Nam khoa đơn thuần, chúng ta chỉ có cách duy nhất là quan sát trên vi trường 40X, điều này dễ dàng quan sát hơn nếu sử dụng môi trường có độ đậm đặc vật chất cao [6]. Tuy nhiên, không phải tinh trùng nào cũng thực hiện một cách điển hình như vậy. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành khảo sát tỷ lệ tinh trùng di động thẳng và xoay

đầu quanh trục trên bệnh nhân đến khám về hiếm muộn để đánh giá sự khác biệt trong từng loại đối tượng nghiên cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả.
- Thu thập mẫu: mẫu tinh dịch thu được sau khi ly giải hoàn toàn sẽ được thực hiện đánh giá tinh dịch đồ theo tiêu chuẩn WHO 2010.
- Quan sát vật kính 40X trên kính Olympus để đếm số lượng tinh trùng xoay quanh trục trong 100 tinh trùng di động thẳng.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 9 năm 2016

2.3. Đối tượng nghiên cứu: WHO 2010 không đưa ra một tiêu chuẩn cụ thể về tinh trùng để đảm bảo khả năng cho đối tác có thai trong vòng 1 năm. Tuy nhiên, theo thống kê của mẫu tinh trùng của nam giới trong vòng 1 năm mà đối tác của họ có thai, WHO đưa ra ngưỡng là 95% mẫu đều đạt được chỉ tiêu này, mật độ trên 15triệu/ml, tổng số tinh trùng trên 39triệu/ml, độ di động tiến tới là 32% và hình dạng bình thường của tinh trùng là 4% [1].

Tính trùng cần có di động để xác định tính xoay đầu vì vậy mỗi một mẫu vào thống kê cần có ít nhất 1% di động tiến tới. Dựa vào tiêu chuẩn này, chúng tôi tiến hành khảo sát so sánh với 490 bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Chuyên khoa Nam học và Hiếm muộn Hà Nội,

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS v.20.

Bảng 1: Đặc điểm của 490 mẫu nghiên cứu

Chỉ tiêu	Trung bình
Tuổi	33,6 ± 7,2
Thể tích (ml)	2,0 ± 1,0
Mật độ (triệu/ml)	27,8 ± 15,5
Tỷ lệ di động (%)	47,1 ± 22,5
Tổng số tinh trùng/1 lần xuất tinh (triệu)	55,6 ± 41,4
Tỷ lệ hình dạng bình thường (%)	6,2 ± 2,7
Tỷ lệ tinh trùng xoay đầu (%)	21,0 ± 16,4

Với đặc điểm bệnh nhân như vậy, chúng tôi tiến hành phân nhóm theo các tiêu chí định ra và so sánh với thông số về tỷ lệ xoay đầu.

Bảng 2: Tiêu chí về mật độ tinh trùng

Chỉ tiêu	Nhóm 1A (mật độ dưới 15 triệu/ml)	Nhóm 1B (mật độ trên 15 triệu/ml)	P
Số lượng mẫu	115	375	
Tuổi	33,4 ± 7,0	33,7 ± 7,3	p = 0,75
Tỷ lệ xoay đầu %	4,8 ± 4,4	25,9 ± 15,5	p < 0,001

Tỷ lệ xoay đầu ở nhóm 1A thấp hơn nhóm 1B với p < 0,001.

Bảng 3. Tiêu chí về tổng số tinh trùng trong một lần xuất tinh

Chỉ tiêu	Nhóm 2A (tổng số tinh trùng dưới 39 triệu/lần xuất tinh)	Nhóm 2B (tổng số tinh trùng trên 39 triệu/lần xuất tinh)	P
Số lượng mẫu	207	283	
Tuổi	33,3 ± 7,0	33,8 ± 7,4	p = 0,50
Tỷ lệ xoay đầu %	11,1 ± 11,2	28,2 ± 15,7	p < 0,001

Tỷ lệ xoay đầu ở nhóm 2A thấp hơn nhóm 2B với p < 0,001.

Bảng 4. Tiêu chí về tỷ lệ di động của tinh trùng

Chỉ tiêu	Nhóm 3A (tỷ lệ di động của tinh trùng dưới 32%)	Nhóm 3B (tỷ lệ di động của tinh trùng trên 32%)	P
Số lượng mẫu	123	367	
Tuổi	33,9 ± 6,6	33,6 ± 7,4	p = 0,50
Tỷ lệ xoay đầu %	4,6 ± 4,0	26,5 ± 15,2	p < 0,001

Tỷ lệ xoay đầu ở nhóm 3A thấp hơn nhóm 3B với p < 0,001.

Bảng 5. Tiêu chí về tỷ lệ tinh trùng hình dạng bình thường

Chỉ tiêu	Nhóm 4A (tỷ lệ tinh trùng hình dạng bình thường dưới 4%)	Nhóm 4B (tỷ lệ tinh trùng hình dạng bình thường trên 4%)	P
Số lượng mẫu	122	368	
Tuổi	33,7 ± 6,2	33,6 ± 7,6	p = 0,92
Tỷ lệ xoay đầu %	3,5 ± 2,3	26,8 ± 14,8	p < 0,001

Tỷ lệ xoay đầu ở nhóm 4A thấp hơn nhóm 4B với p < 0,001. Khảo sát về các yếu tố bao gồm mật độ tinh trùng (bảng 2), tổng số tinh trùng trong một lần xuất tinh (bảng 3), tỷ lệ tinh trùng di động (bảng 4) và tỷ lệ tinh trùng hình dạng

III. KẾT QUẢ

490 bệnh nhân có đặc điểm như sau: tuổi trung bình là 33,6, ít tuổi nhất là 15 tuổi và nhiều nhất là 61 tuổi. Thể tích trung bình 2,0ml. Mật độ trung bình là 27,8 triệu/ml. Di động đạt 47,1%. Tổng số tinh trùng 55,6 triệu/1 lần xuất tinh. Hình dạng bình thường đạt 6,2%. Tinh trùng có đầu xoay mà di động thẳng đạt 21,0% (Bảng 1).

bình thường (bảng 5) thì ở hai nhóm A và B, yếu tố tuổi không khác nhau lần lượt qua từng yếu tố như sau 33,4% so với 33,7% (bảng 2), 33,3% so với 33,8% (bảng 3), 33,9% so với 33,6% (bảng 4), và 33,7% so với 33,6% (bảng 5)

($p > 0,05$). Nhưng tất cả tỷ lệ tinh trùng xoay đầu của nhóm B với các yếu tố này là cao hơn nhóm A lần lượt là 25,9% so với 4,8% (bảng 2), 28,2%

so với 11,1% (bảng 3), 26,5% so với 4,6% (bảng 4) và 26,8% so với 3,5% (bảng 5) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 6. Tiêu chí về loại vô sinh

Chỉ tiêu	Nhóm 5A (vô sinh nguyên phát)	Nhóm 5B (vô sinh thứ phát)	P
Số lượng mẫu	45	41	
Tuổi	32,0 ± 5,3	38,7 ± 8,2	p = 0,001
Tỷ lệ xoay đầu %	17,9 ± 14,9	18,3 ± 13,4	p = 0,88
Mật độ (triệu/ml)	25,0 ± 14,3	28,0 ± 16,7	p = 0,39
Tỷ lệ di động %	43,7 ± 23,4	48,5 ± 19,8	P = 0,31
Tổng số tinh trùng (triệu)	49,6 ± 39,4	50,7 ± 42,4	P = 0,90
Tỷ lệ tinh trùng hình dạng bình thường %	5,7 ± 0,9	6,0 ± 1,0	P = 0,92

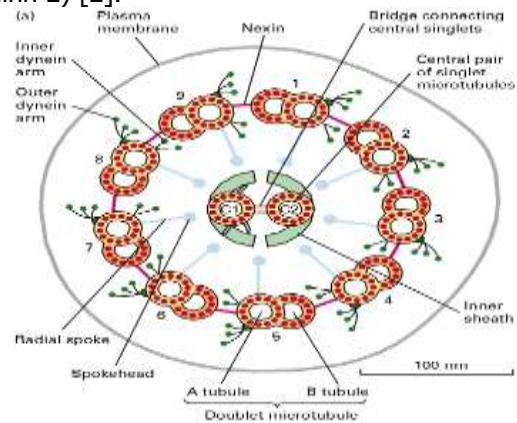
Khảo sát với tiêu chí phân loại về nguyên nhân vô sinh, hai nhóm 5A và 5B có sự khác biệt về tuổi. Nhóm 5A vô sinh nguyên phát ở độ tuổi trẻ hơn so với nhóm 5B vô sinh thứ phát 32,0 so với 38,7 ($p < 0,001$). Nhưng tỷ lệ tinh trùng xoay đầu của hai nhóm lại không có sự khác biệt 17,9 so với 18,3 khi $p = 0,88 > 0,05$. Khảo sát về các yếu tố khác như mật độ, tỷ lệ di động, tổng số tinh trùng và tỷ lệ tinh trùng hình dạng bình thường của hai nhóm 5A và 5B thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Dựa vào kết quả nghiên cứu trên, chúng ta thấy rằng tỷ lệ tinh trùng xoay đầu luôn đi kèm với các yếu tố tinh trùng bao gồm mật độ, tổng số tinh trùng, tỷ lệ tinh trùng di động và tỷ lệ tinh trùng hình dạng bình thường. Bên cạnh đó, khảo sát về tỷ lệ xoay đầu theo loại vô sinh thì không thấy có khác biệt, tuy nhiên, chất lượng tinh trùng của hai nhóm đối tượng vô sinh nguyên phát và thứ phát lại có kết quả tương đương. Vì vậy, chúng tôi đặt ra một giả thuyết rằng tinh trùng xoay đầu cũng có thể là một đặc điểm mang tính chất có lợi cho tinh trùng trong quá trình di chuyển. Điều này được giải thích khi đi sâu vào cấu tạo và sinh lý vận động của đuôi tinh trùng.

Về cấu tạo, phần đuôi là một cấu trúc đặc biệt phục vụ cho việc vận động của tinh trùng.

Cấu trúc Axoneme 9+2 gồm 9 ống sợi (fibers) xếp quanh 2 vi sợi ở giữa (microtubules) sẽ cùng với việc gập khúc để tinh trùng có thể vận động (hình 2) [2].



Hình 2. Cấu trúc Axoneme của đuôi tinh trùng [2]

Về sinh lý vận động của đuôi, quá trình vận động của tinh trùng giống với các vận động của roi (flagellum) của các sinh vật nhân chuẩn. Vận động này theo dạng bẻ cong từng phần của các ống tubulin và vận xoắn để truyền chuyển động. Việc vận động này theo kiểu xoắn để đẩy tinh trùng đi kiểu xoắn ốc về phía trước. Điều này khiến cho đầu tinh trùng cũng vận xoắn và xoay theo trục di chuyển của tinh trùng (Hình 3).



Hình 3. Vận động xoắn của tinh trùng.

Như vậy, một tinh trùng di động nhanh và thẳng theo sinh lý và cấu tạo thì phần đầu tinh trùng phải xoay theo nhịp của đuôi [3]. Smith (2009) cho rằng phần đầu luôn được đẩy từ phía

sau, nhưng chứa vật chất di truyền quan trọng đến thụ tinh, vì vậy, lực tác động và mô men xoắn của phần đầu phải được cân bằng để tránh gây tổn thương cho tinh trùng trong quá trình

vận động [5,6]. Rigler và Thyberg (1984) đã xác định phần đầu của tinh trùng xoay 4 vòng trong một giây [7], mỗi một lần xoay trong điều kiện không có sức cản lớn thì tinh trùng đi được 10µm [4]. Tất cả kết quả của hai tác giả trên đều sử dụng tinh trùng đã được lọc rửa và chọn những tinh trùng có khả năng di động tốt nhất để quan sát. Điều này cho thấy rằng, đặc điểm tinh trùng xoay đầu xuất hiện ở những tinh trùng được đánh giá cao về chất lượng.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tinh trùng xoay đầu có liên quan với những đặc điểm như mật độ tinh trùng, tỷ lệ di động, tổng số lượng tinh trùng và tỷ lệ tinh trùng hình dạng bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cooper TG, Noonan E, Eckardstein SV, Auger J, Baker, Behre HM, Haugen TB, Kruger T, Wang C, Mbizvo MT, and Vogelsong KM. World Health Organization reference values for human semen characteristics. Human Reproduction Update. 2010; 16 (3): 231-245.
2. Lodish H, Berk A, Zipursky SL, Matsudaira P, Baltimore D, and Darnell J. Molecular of the Cell. W H Freeman, New York. 2000; fifth edition: 836.
3. Mortimer ST. A critical review of the physiological importance and analysis of sperm movement in mammals. Human Reproduction Update. 1997; 3 (5): 403-439.
4. Rigler R and Thyberg P. Rotational and translational swimming of human spermatozoa: A dynamic laser light scattering study. Cytometry. 1984; 5:327-332.
5. Smith DJ, Gaffney EA, Blake JR, and Kirkman-Brown JC. Human sperm accumulation near surfaces: a simulation study J. Fluid Mech. 2009; 621: 289-320
6. Smith DJ, Gaffney EA, Gadêlha H, Kapur N, and Kirkman-Brown JC. Bend Propagation in the Flagella of Migrating Human Sperm, and Its Modulation by Viscosity. Cell Motility and the Cytoskeleton. 2009; 66: 220-236.
7. Sumio Ishijima, Hamaguchi MS, Naruse M, Ishijima SA and Hamaguchi Y. Rotational movement of a spermatozoon around its long axis. J. exp. Biol. 1992; 163: 15-31.

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG PHỤC HỒI THỊ LỰC SAU PHẪU THUẬT PHACO Ở TRẺ EM

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Đục thể thủy tinh (ĐTTT) ở trẻ em từ lâu vẫn là vấn đề được quan tâm đặc biệt trong ngành nhãn khoa vì giá trị sử dụng kéo dài theo tuổi thọ và nếu có biến chứng nặng thì khó khắc phục. Tuy nhiên khác với người lớn, trẻ em có một khả năng hồi phục TL nhanh hơn. Khả năng nhanh như thế nào là điều khiến chúng tôi tiến hành nghiên cứu này. **Mục tiêu:** Xác định thời điểm thị lực được hồi phục. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, có can thiệp lâm sàng, không đối chứng. **Kết quả:** Nghiên cứu thu thập được 77 bệnh nhi với 81 mắt phẫu thuật trong thời gian 12 tháng từ tháng 02/2016 đến tháng 01/2017. Sau phẫu thuật không còn mù mắt nữa, tỷ lệ đạt thị lực >7/10 sau 01 tháng là 75,3%, sau 03 tháng là 72,5% và sau 06 tháng là 70%. **Kết luận:** trẻ em đục thể thủy tinh có tỷ lệ nam/nữ như nhau. Hầu hết các nhóm thị lực đều ổn định số lượng sau khi xuất viện.

Từ khóa: đục thể thủy tinh, phaco, phục hồi thị lực

SUMMARY

EVALUATION OF ABILITY OF VISUAL ACUITY RECOVERY IN CATARACT CHILDREN BY PHACO SURGERY

Cataract in children has been specially considered for a long time in ophthalmology because of using validity would be prolonged all along their lifespan, and it is very difficult to control surgical complications. However, on contrary to the adult are that the children have ability of quick visual acuity recovery. To evaluate that ability, we launched this research. **Purpose:** To recognize the time point of visual acuity recovery. **Method:** Prospective description, non-control clinical trial. **Results:** The research collected 77 cataract children with 81 eyes which operated in the duration of 12 months, from Feb. 2016 to Jan. 2017. After surgery there was no blind eye, the rate of visual acuity above 7/10 at postoperative one-month was 75.3%, three-month was 72.5% and six-month was 70%. **Conclusion:** In cataract children, the ratio of male vs female was approximate. Almost of the visual acuity groups were stable in the rate since leaving hospital.

Keywords: cataract, phaco surgery, visual acuity recovery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTTT là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây mù lòa, không chỉ xảy ra ở người lớn mà

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

còn xảy ra ở trẻ em. ĐTTT ở trẻ em ngăn cản quá trình phát triển thị giác của trẻ, hầu như tất cả trẻ em bị ĐTTT một mắt đều bị nhược thị, rung giật nhãn cầu hoặc lè [1], [2]. Lúc đó sự hồi phục TL sau phẫu thuật sẽ kém. Việc điều trị rất khó khăn, đặc biệt là trẻ < 24 tháng tuổi. Hiện nay với sự tiến bộ của kỹ thuật và thiết bị phẫu thuật đã đạt được kết quả tốt về giải phẫu, giúp trẻ hồi phục thị lực nhanh chóng hơn. Tuy nhiên khả năng hồi phục thị lực của trẻ em sau phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều yếu tố cần được đánh giá một cách hệ thống. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm hai mục tiêu:

1. *Đánh giá thị lực sau phẫu thuật đục thể thủy tinh ở trẻ em.*

2. *Sự cải thiện thị lực sau chỉnh kính và tập nhược thị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả mắt trẻ em <16 tuổi đã được phẫu thuật phaco tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng trong 12 tháng từ tháng 02/2016 đến tháng 01/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- ĐTTT bẩm sinh một hoặc hai mắt.
- ĐTTT thứ phát: sau chấn thương, do các bệnh lý

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Không hợp tác nghiên cứu.
- Có kèm bệnh lý ở mắt gây ảnh hưởng kết quả phẫu thuật

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Hệ thống khám sinh hiển vi, các máy đo TL, siêu âm, máy mổ phaco Infinity, dụng cụ vi phẫu, phiếu nghiên cứu.

2.2.3. Các tiêu chí đánh giá

- Đánh giá vào các thời điểm 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật.

3.2. Thị lực trước phẫu thuật theo nguyên nhân

Bảng 1: Thị lực trước phẫu thuật

Thị lực	do bẩm sinh		do chấn thương		do bệnh lý		TS	
	n	%	n	%	n	%	N=81	%
< 3 m ĐNT	24	36,92	6	60	5	83,33	35	43,2%
3mĐNT - <1/10	18	27,69	3	30	0	0	21	25,92%
1/10 - <3/10	21	32,30	1	1	1	16,67	23	28,40%
3/10 - 6/10	2	3,07	0	0	0	0	2	2,47%
Tổng cộng	65	100%	10	100%	6	100%	81	100%

Nhận xét: TL < 3m ĐNT (mù theo định nghĩa của TCYTG) có đến 35 mắt (43,20%); TL ≥ 3/10 rất ít chỉ có 2 mắt (2,44%). Nhóm TL yếu vừa đến yếu cũng rất nhiều, lần lượt là 23 mắt (28,40%) và 21 mắt (25,92%).

- Thị lực: có kính, phân loại theo Tổ chức Y tế thế giới với chia độ thập phân: Mù: TL < 3m; Yếu: $3m \leq TL \leq 1/10$; Yếu vừa: $1/10 < TL < 3/10$; gần bình thường: $3/10 \leq TL \leq 6/10$; Bình thường: $TL \geq 7/10$. (m: mét, ĐNT: đếm ngón tay)

- Các biến chứng trong và sau phẫu thuật.

2.2.4. Các bước tiến hành: Khám lâm sàng và cận lâm sàng. Đo xác định công suất kính nội nhãn cần thiết. Tiền phẫu: vệ sinh tại chỗ, nhỏ thuốc giãn đồng tử, chuẩn bị tiền mê. Phẫu thuật: đường rạch giác mạc thái dương 2.2mm, xé bao, tán nhuyễn TTT, hút rửa nhân và lớp vỏ, đặt kính nội nhãn vào đúng vị trí trong bao TTT.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phương pháp thống kê y học và phần mềm SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu thập được 77 bệnh nhi với 81 mắt, từ 02/2016 đến 01/2017.

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng

- Tuổi nhỏ nhất là 2 tháng tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất 14 tuổi. Tuổi trung bình của trẻ: $6,34 \pm 3,52$ tuổi

- Nam 40, nữ 37, tỉ lệ nam: nữ là xấp xỉ ngang nhau (1,08:1)

- Nguyên nhân đục TTT (81 mắt): bẩm sinh có tỷ lệ cao nhất với 65 mắt (80,25%), do chấn thương 10 mắt (12,35%), do các bệnh lý khác là ít nhất với 6 mắt (7,40%)

- Các hình thái ĐTTT: Đục bao trước 21 (25,92%); đục cực sau 5 mắt (6,17%); đục nhân 19 (23,46%); đục toàn bộ 36 (69,14%). Vậy hình thái đục toàn bộ vẫn nhiều nhất và ít nhất là đục cực sau.

- Các bệnh lý tại chỗ kèm theo ĐTTT: Rung giật nhãn cầu 7 mắt (8,64%); lác 11 mắt (13,58%); glôcôm 4 mắt (4,94%). Số mắt không có bệnh kèm chiếm 72,84%.

- Các bệnh lý toàn thân kèm theo ĐTTT: Hội chứng Marfan 01 mắt (1,23%); câm điếc 2 mắt (2,47%). Vậy có đến 96,29% là toàn thân bình thường.

3.3. Thị lực sau phẫu thuật**3.3.1. Thị lực sau các thời điểm tái khám****Bảng 2: Kết quả TL có chỉnh kính**

Thời gian \ TL		3mĐNT -<1/10	1/10-<3/10	3/10-6/10	≥7/10	Tổng
Lúc ra viện	n	2	5	14	60	81
	%	2,47	6,18	17,28	74,07	100
1 tháng	n	2	5	13	61	81
	%	2,47	6,18	16,04	75,30	100
3 tháng	n	2	5	15	58	80
	%	2,50	6,25	18,75	72,5	100
6 tháng	n	2	5	17	56	80
	%	2,50	6,25	21,25	70	100

Thị lực khi xuất viện: Khi xuất viện có 81 mắt được đo TL, không còn mắt nào TL < 3m ĐNT; TL < 1/10 có 2 mắt chiếm tỉ lệ 2,47%, thị lực 1/10 – < 3/10 chỉ có 5 mắt chiếm 6,7%. Nhóm thị lực ≥ 3/10 có 14 mắt chiếm tỉ lệ 17,28. Nhiều nhất là TL ≥ 7/10 có 60 mắt chiếm 74,07%. So với TL < 7/10 sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Thị lực tái khám sau 1 tháng có điều chỉnh kính: Sau 1 tháng thị lực không thay đổi đáng kể so với lúc xuất viện, nhóm thị lực ≥ 7/10 chiếm tỉ lệ 75,3% cao hơn so với nhóm thị lực < 3/10 (8,64%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Thị lực tái khám sau 3 tháng có điều chỉnh kính: Sau 3 tháng có hao hụt 01 mắt do bệnh nhân chuyển đi định cư ở xa, nhóm TL 3/10 - 6/10 và TL cao ≥ 7/10 vẫn duy trì sau 3 tháng và vẫn có sự khác biệt với nhóm thị lực thấp (< 3/10) với $p < 0,05$.

Thị lực tái khám sau 6 tháng có chỉnh kính: Sau phẫu thuật 6 tháng, sau khi chỉnh kính thị lực nhìn chung tăng đáng kể, nhóm thị lực ≥ 3/10 có 73 mắt chiếm 91,25% cao hơn so với nhóm thị lực < 3/10, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tuy nhiên nhóm thị lực cao ≥ 7/10 có giảm đi so với lúc sau phẫu thuật 01 tháng và 03 tháng nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.2. Kết quả thị lực sau phẫu thuật theo nguyên nhân**Bảng 3: Kết quả Thị lực theo nguyên nhân đục TTT sau 01 tháng**

Nguyên nhân \ TL		<1/10	1/10-<3/10	3/10-6/10	≥7/10	Tổng
Bẩm sinh	n	1	3	13	48	65
	%	1,53	6,62	20,00	73,84	100
Chấn thương Bệnh lý	n	1	2	10	3	16
	%	6,25	12,5	62,65	18,75	100

- Nhóm ĐTTT bẩm sinh: trước phẫu thuật có 36,92% mù (TL < 3m ĐNT) nhưng sau phẫu thuật không còn mắt nào mù. Trước phẫu thuật chỉ có 02 mắt có TL > 3/10 (3,07%), nhưng sau phẫu thuật có 61 mắt (93,84%) trong số 65 mắt ĐTTT bẩm sinh.

- Nhóm chấn thương và bệnh lý trước phẫu thuật lần lượt có tỷ lệ TL thấp rất cao: 60% và 83,33% và không có mắt nào có TL ≥ 7/10.

Nhưng sau phẫu thuật không còn mắt nào mù và có 18,74% đạt TL cao ≥ 7/10.

- So sánh kết quả TL cao (≥ 7/10) sau phẫu thuật giữa 2 nhóm (73,84% và 18,75%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), nhưng so các mức TL khác của 2 nhóm này sau phẫu thuật thì có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4. Biến chứng phẫu thuật**Bảng 2: Biến chứng các thời kỳ**

STT	Biến chứng	Trong mổ		Sau mổ sớm		Sau mổ muộn	
		n	%	n	%	n	%
1	Xé bao trước không hoàn chỉnh	23	28,40				
2	Rách bao sau ra dịch kính	8	9,87				
3	Chảy máu tiền phòng	2	2,47				
4	Tổn thương mống mắt	2	2,47				
5	Phù Giác mạc			3	3,70		
6	Rò vết mổ			4	4,94		

7	Tăng nhãn áp			2	2,47		
8	Lệch đồng tử			4	4,94		
9	Viêm màng bồ đào			6			
10	TTTNT cõi bờ đồng tử					3	3,70
11	Đục bao sau					21	24,70
Tổng cộng		35	30,86	19	23,45	24	29,63

Ở đây biến chứng muộn được kiểm tra sau 3 tháng đến 6 tháng> Biến chứng trong phẫu thuật chủ yếu xảy ra ở thì xé bao (28,40%). Trong thời gian hậu phẫu gặp 3,70% phù giác mạc, có 4,94% rò vết mổ làm cho thủy dịch chảy ra gây xẹp tiền phòng. Trong thời gian sau 3-6 tháng mắt ổn định, không con viêm cấp mà chủ yếu là đục bao sau (24,7%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng

- Trong nghiên cứu này chỉ có bệnh nhi lớn tuổi nhất là 14 tuổi. Giải thích là do ngẫu nhiên vì trong các nghiên cứu trước đều có tuổi 15. Sở dĩ tuổi nhỏ nhất là 2 vì tuổi này mới có chỉ định phẫu thuật và an toàn gây mê.

- Tỷ lệ nam/nữ gần bằng nhau phù hợp với các nghiên cứu của Trivedi RH [5].

- Nguyên nhân đục TTT (81 mắt): Khi mới sinh ra trẻ có thể đã bị ĐTTT trong bào thai, hầu hết có hiện tượng "đồng tử trắng" nên bố mẹ rất dễ phát hiện. Trong nghiên cứu này có đến 80,25% là do bẩm sinh. Số trẻ em lớn tuổi thường phát hiện muộn do chỉ bị một mắt, mắt kia nhìn bình thường nên bố mẹ không thể phát hiện sớm hơn mà thường ở tuổi đi học. Chấn thương hay gặp ở tuổi hiếu động và chưa ý thức cao trong sinh hoạt, 6-12 tuổi, tỷ lệ loại nguyên nhân này là 12,3%, khác biệt với tác giả nước ngoài Yee Fong Choon [6] do an toàn giao thông cũng như quản lý trò chơi học đường tốt hơn nước ta.

- Các hình thái ĐTTT: Sở dĩ đục toàn bộ chiếm tỷ lệ cao nhất là vì dễ phát hiện và giảm thị lực trầm trọng (69,14%). Trong khi đó đục bao trước và đục nhân chiếm tỷ lệ cao (25,92% và 23,46%) có thể do liên quan mật thiết đến việc lạm dụng thuốc chống viêm giảm đau trong quá trình mang thai. Tỷ lệ đục bao trước của chúng tôi cao hơn tác giả Gillespie RL [3] khó giải thích tuy nhiên trong các y văn có khẳng định vai trò dinh dưỡng và tập quán sống. Vì vậy hình thái đục toàn bộ vẫn nhiều nhất và ít nhất là đục cực sau.

- Các bệnh lý tại chỗ kèm theo ĐTTT: Trong đục TTT bẩm sinh thường kèm theo các bất thường khác, nếu phát hiện muộn sẽ bị rung giật nhãn cầu hoặc lác do không hoàn chỉnh quá trình định thị trước 3 tuổi [1], [2]. Tuy vậy nghiên cứu của chúng tôi có đến 72,84% mắt không có bệnh kèm ở mắt.

- Các bệnh lý toàn thân kèm theo ĐTTT trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: Hội chứng

Marfan 01 mắt (1,23%; câm điếc 2 mắt (2,47%). Đây là biểu hiện của bệnh lý về gen, có tính di truyền nhưng chúng tôi chưa thể nghiên cứu tìm hiểu sâu hơn phả hệ. Có đến 96,29% là toàn thân bình thường. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Ossoon RJ [4].

4.2. Thị lực trước phẫu thuật theo nguyên nhân: Trong các nguyên nhân ĐTTT nguyên nhân bệnh lý có tỷ lệ TL thấp (3mĐT) cao nhất (83,33%) và không có mắt nào có thị lực $\geq 3/10$. Điều này được lý giải rằng loại ĐTTT này bao giờ cũng là hậu quả của các bệnh lý phức tạp và kèm theo nhiều biến đổi ở màng bồ đào, thị thần kinh... khiến TL thấp [1].

4.3. Thị lực sau phẫu thuật

4.3.1. Thị lực sau các thời điểm tái khám: Mù theo định nghĩa của Tổ chức Y tế Thế giới là TL < 3mĐNT, trước phẫu thuật có đến 43,2% nhưng sau phẫu thuật, ngay cả lúc xuất viện cũng như các tháng về sau cũng không có mắt nào TL mù như trước. Có 60 mắt đạt TL $\geq 7/10$ chiếm 74,07%. So với trước phẫu thuật không có mắt nào có TL $\geq 7/10$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Lý giải được kết quả TL tốt này là nhờ chúng tôi áp dụng kỹ thuật phaco Ozil đây là một phần mềm cắt hút nhân hiệu quả nhất hiện nay, ít va chạm và diễn ra nhanh hơn các chế độ phaco khác và phát hiện bệnh sớm.

Chúng tôi sử dụng TL có chỉnh kính dù nhiều trẻ nhỏ khó mang kính chủ động, mắt trẻ em còn có sự biến đổi về khúc xạ nên TL có kính mới phản ánh được sự hồi phục TL cả trẻ em. Nếu TL trung bình sau khi xuất viện còn thay đổi nhiều chứng tỏ chưa ổn định. Vậy sự so sánh TL trung bình các lần tái khám sẽ minh chứng được khả năng hồi phục TL của trẻ em.

Lúc xuất viện: 5,25/10; sau 01 tháng 5,28/10; sau 3 tháng 5,34/10 và sau 6 tháng 5,29/10. Như vậy sau phẫu thuật mắt trẻ em có khả năng hồi phục TL sớm, chỉ cần khi xuất viện, trung bình 3-5 ngày.

4.3.2. Kết quả thị lực sau phẫu thuật theo nguyên nhân: Tất cả các nguyên nhân,

không còn mắt nào mù lúc bệnh nhân xuất viện. Nhóm ĐTTT bẩm sinh sau phẫu thuật có 61 mắt (93,84%). Nhóm chấn thương và bệnh lý có 18,74% đạt TL cao $\geq 7/10$.

So sánh kết quả TL cao cao ($\geq 7/10$) sau phẫu thuật giữa 2 nhóm (73,84% và 18,75%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) nhưng so các mức TL khác của 2 nhóm này sau phẫu thuật thì khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Lý do là chấn thương thường kèm theo các tổn thương khác ngăn cản kết quả phẫu thuật TTT và bệnh nhân được chuyển đến muộn làm bệnh cảnh nặng nề thêm.

4.4. Biến chứng phẫu thuật: Xé bao là thi đầu tiên của phẫu thuật, bao TTT trẻ em rất trun giãn và khó nhìn thấy, dù có thuốc nhuộm bao. Hơn nữa áp lực trong TTT luôn cao khiến bao dễ bị toát ra vô định hình khi xé. Tỷ lệ bao rách không như ý muốn chiếm 28,40% là phù hợp với các nghiên cứu nước ngoài [3]. Ngày nay nhờ việc không chế tốt biến chứng này nhờ đưa vào sử dụng các loại chất nhầy phẫu thuật tiên tiến. Hậu phẫu phù giác mạc ít là do TTT trẻ em rất mềm, mổ nhanh. Nhưng phản ứng viêm màng bồ đào là phổ biến do thuộc tính nhạy cảm của mắt trẻ em. Biến chứng muộn chỉ có đục bao sau là nhiều nhất. Điều này giải quyết dễ dàng bằng laser Nd: YAG đối với trẻ lớn, và mổ lại rạch bao sau đối với trẻ nhỏ không hợp tác được phải gây mê.

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm lâm sàng của đục thể thủy tinh trẻ em: 72,84% không có bệnh lý kèm tại mắt và 96,29% không có bệnh kèm toàn thân

- Nguyên nhân ĐTTT: bẩm sinh 46,4%; do chấn thương chiếm 37,7%, do bệnh lý chiếm 15,9%
- Trước mổ có 43,2% bệnh nhân có TL mù ($< 3mĐNT$)

5.2. Kết quả điều trị: Chỉ một phương pháp là phaco. Biến chứng tuy tỷ lệ cao nhưng nhẹ và giải quyết được. Khả năng hồi phục TL của trẻ em rất tốt và sớm, chỉ sau 3-5 ngày, không cần vài tháng như người lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tôn Thị Kim Thanh (1993).** Bước đầu đặt thể thủy tinh nhân tạo ở mắt trẻ em. Kỷ yếu công trình ngành Mắt toàn quốc, Huế, 147, Bệnh viện Mắt TW, Hà Nội.
2. **Thực hành nhãn khoa (2001),** Đại học Y Hà Nội, NXB Y học, tr.310-322
3. **Gillespie RL, O'Sullivan J, et al. (2014).** Personalized diagnosis and management of congenital cataract by next-generation sequencing. *Ophthalmology*. 121(11):2124-2137 e1-2.
4. **Osson RJ, Werner L. (2010).** New intraocular lens technology. *Am J Ophthalmol* 140: 709-616.
5. **Trivedi RH, Wilson ME (2011).** Prediction error after pediatric cataract surgery with intraocular lens implantation: Contact versus immersion A-scan biometry. *J Cataract Refract Surg*.;37(3):501-505.
6. **Yee Fong Choon (2017),** Pediatric Surgery Cataract, 32nd Asia-Pacific Academy of Ophthalmology, Singapore, pp 73.A

KẾT QUẢ NỘI SOI CẮT LỌC ĐIỀU TRỊ TỔN THƯƠNG RÁCH ĐỒNG THỜI HAI SỤN CHÊM KHỚP GỐI

Trần Trung Dũng*, Đào Xuân Thành*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rách sụn chêm là một tổn thương thường gặp tại khớp gối đối với bác sỹ chuyên ngành y học thể thao. Rách cả hai sụn chêm do chấn thương khớp gối mà không kèm tổn thương khác rất hiếm gặp. Nội soi khớp gối cắt một phần sụn chêm rách là một lựa chọn điều trị cho loại tổn thương này. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm hiểu kết quả gần của phương pháp phẫu thuật cắt một phần sụn chêm qua nội soi. **Phương pháp:** Chúng tôi nghiên cứu

một nhóm 22 bệnh nhân rách cả 2 sụn chêm khớp gối đã được nội soi cắt lọc từ tháng 4/2014 đến tháng 4/2016. Bệnh nhân không có phẫu thuật tại đầu gối trước đó, tất cả khớp gối đều vững và không có bất kỳ chấn thương dây chằng nào. Tìm hiểu các tổn thương và phương pháp phẫu thuật cắt bỏ sụn chêm dựa trên bệnh án. Kết quả phẫu thuật được đánh giá theo thang điểm Lysholm. **Kết quả:** Kết quả lâm sàng tốt nhất quan sát được ở những bệnh nhân đã được phẫu thuật trong vòng 12 tháng sau chấn thương. Bệnh nhân có độ tuổi dưới 35 có kết quả tốt hơn so với nhóm người trên tuổi 35 năm. Kết quả chung cho thấy 86,4% kết quả rất tốt và tốt theo thang điểm Lysholm. **Kết luận:** Nội soi cắt lọc rách đồng thời hai sụn chêm khớp gối kết quả lâm sàng ban đầu tốt khi thực hiện sớm và ở những bệnh nhân có độ tuổi dưới 35 tuổi.

Từ khóa: Rách sụn chêm; Phẫu thuật nội soi khớp.

* Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trung Dũng

Email: dungbacsy@dungbacsy.com

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

SUMMARY**RESULTS OF ARTHROSCOPIC PARTIAL MENISCECTOMY IN KNEES WITH MENISCUS TEAR BOTH SIDES**

Background: Meniscus tears are common knee injuries presenting to an arthroscopy surgeon. Traumatic tear of both menisci on the same knee without associated damage is a rare phenomenon. Arthroscopic partial meniscectomy is the treatment of choice for meniscal tears. This study was done to determine the short-term results of arthroscopic partial meniscectomy. **Methods:** We studied a cohort of 22 patients who had undergone both sides meniscectomy in one knee between 4/2014 and 4/2016. There was no previous knee surgery and all knees were stable without any ligaments injuries. The type of meniscal tear and surgical resection was ascertained by review of medical records. The results were assessed on the basis of Lysholm scoring system. **Results:** The best clinical results were observed in patients who were operated within 12 months after injury. Patients below the age of 35 showed consistently better results than those above the age of 35 years. The overall scoring showed 86,4% excellent and good results in the Lysholm scoring method. **Conclusion:** Arthroscopic partial meniscectomy gives good short-term clinical results when performed early and in patients below the age of 35 years for meniscal injuries.

Keywords: Meniscal tear; Arthroscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển xã hội về kinh tế và trong quá trình hội nhập toàn cầu hóa của nước ta trong những năm gần đây đã thúc đẩy phát triển phong trào tập luyện thể dục thể thao, nhu cầu vui chơi giải trí, đặc biệt có sự gia tăng các phương tiện giao thông và nhịp độ xây dựng làm cho số lượng chấn thương khớp gối nói chung và tổn thương sụn chêm nói riêng ngày càng nhiều. Điều trị tổn thương sụn chêm khớp gối do chấn thương như nắn lại sụn bị kẹt hoặc bất động khớp gối sau chấn thương đã có những kết quả nhất định. Kết quả điều trị của phương pháp này phụ thuộc vào tính chất, hình thái, vào vị trí của đường rách. Tuy nhiên nó có nhược điểm là thời gian bất động kéo dài sau chấn thương. Phương pháp điều trị phẫu thuật mổ mở khớp gối để cắt sụn chêm bán phần hay toàn phần đã được áp dụng trong một thời gian dài với ưu điểm xử trí triệt để thương tổn nhưng cũng phải bất động sau mổ, thời gian điều trị kéo dài, tổn thương đến các thành phần khác của khớp gối. Phẫu thuật nội soi khớp gối ngày nay được áp dụng thông dụng trên thế giới cho các bệnh nhân chấn thương khớp gối nói chung và tổn thương sụn chêm nói riêng nhờ vào các ưu điểm: vừa chẩn đoán vừa điều trị, xác định đủ chính xác

các tổn thương bên trong khớp gối, hạn chế tối đa tổn thương giải phẫu do phẫu thuật mở khớp gối, thời gian nằm viện ngắn có thể điều trị trong ngày, thời gian phục hồi chức năng của bệnh nhân được rút ngắn để sớm trở lại tham gia thể thao cũng như trong sinh hoạt và lao động thường ngày. Thông thường tổn thương sụn chêm thường rách một sụn chêm chiếm tỉ lệ ~ 95%, tỉ lệ rách đồng thời hai sụn chêm với tỉ lệ thấp ~ 5 % [1]. Với rách đồng thời hai sụn chêm thường xảy ra với một chấn thương mạnh, hoặc gặp ở bệnh nhân cao tuổi, do đó việc điều trị thường gặp nhiều khó khăn đặc biệt đánh giá tiên lượng hậu quả về lâu dài như thoái hóa, hạn chế vận động, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị tổn thương đồng thời hai sụn chêm bằng phương pháp cắt sụn chêm qua nội soi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 22 bệnh nhân tổn thương đồng thời hai sụn chêm không tổn thương dây chằng khớp gối đã được chẩn đoán và phẫu thuật bằng cắt lọc qua nội soi khớp gối tại Bệnh viện Việt Đức và Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội từ tháng 4/2014-4/2016.

Tiêu chuẩn chọn: Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân tổn thương đồng thời hai sụn chêm không kèm theo tổn thương dây chằng. Tất cả các bệnh nhân không phân biệt giới, tuổi, có tiền sử chấn thương kín khớp gối. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tổn thương đồng thời hai sụn chêm sụn chêm qua nội soi. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tổn thương sụn chêm điều trị phẫu thuật theo phương pháp mổ mở hoặc khâu sụn chêm. Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Các tổn thương mà có trật khớp gối, lỏng gối phức tạp do tổn thương nhiều dây chằng, gãy xương vùng gối đi kèm, tổn thương một sụn chêm.

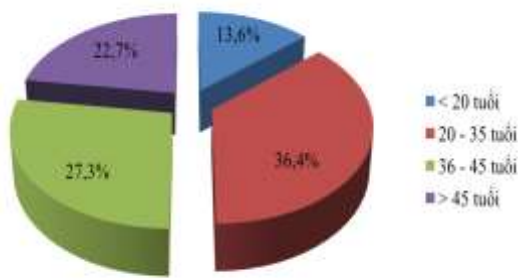
2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Đánh giá kết quả: Bệnh nhân được mời đến khám lại. Đánh giá sự phục hồi tầm vận động của khớp gối dựa vào thang điểm Lysholm [3]. Đánh giá kết quả chung: *Rất tốt: 91 - 100 điểm*

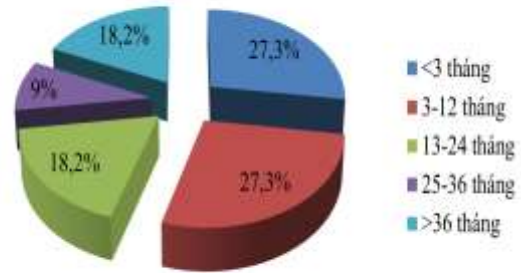
+ Tốt: 77 – 90 điểm
+ Trung bình: 68 – 76 điểm
+ Xấu: < 68 điểm

III. KẾT QUẢ

Nam 11/22 (chiếm 50%), nữ 11/22 (chiếm 50%). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1.



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng theo tuổi
Nhận xét: Nhóm tuổi <20 là 13,6%, nhóm 20-35 là 36,4% chiếm tỉ lệ cao nhất, nhóm từ 36-45 chiếm 27,3% và nhóm tuổi > 45 là 22,7%.



Biểu đồ 2. Thời gian khi bị chấn thương đến phẫu thuật
Nhận xét: Thời gian trung bình khi chấn thương đến khi phẫu thuật là $18,7 \pm 23,0$ tháng. Trong đó chủ yếu nhóm dưới 12 tháng chiếm tổng số 54,6%.

Bảng 1. Chẩn đoán vị trí rách sụn chêm trong nội soi

Đặc điểm		n	%
Rách sụn chêm ngoài	Sừng trước	5	22,7
	Sừng giữa	8	36,4
	Sừng sau	9	40,9
Rách sụn chêm trong	Sừng trước	6	27,3
	Sừng giữa	3	13,6
	Sừng sau	13	59,1

Nhận xét: tổn thương sụn chêm ngoài chủ yếu là sừng sau chiếm 40,9%, sừng giữa chiếm 36,4%, sừng trước ít với 22,7%. Tương tự với tổn thương sụn chêm trong chủ yếu là sừng sau chiếm 59,1%, sừng trước chiếm 27,3% và sừng giữa chiếm 13,6%.

Bảng 2. Chẩn đoán hình thái tổn thương rách sụn chêm trong nội soi theo O'Connor

Hình thái tổn thương	Sụn chêm trong		Sụn chêm ngoài		Tổng số	
	n	%	n	%	N	%
Rách dọc	10	45,5	11	50	21	47,7
Rách ngang	2	9,1	1	4,5	3	6,8
Rách chéo	5	22,7	6	27,4	11	25
Rách nan quạt	1	4,5	1	4,5	2	4,5
Rách biến dạng	4	18,2	3	13,6	7	3,3
Tổng số	22	100	22	100	44	100

Nhận xét: Tỷ lệ rách dọc chiếm 47,7%, rách ngang chiếm 6,8%, rách chéo 25%, rách nan quạt chiếm 4,5%, rách biến dạng chiếm 3,3%.

Bảng 3. Thang điểm Lyshome sau mổ 12 tháng.

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Khập khiễng	4,8	0,59
Cần dụng cụ trợ giúp	5	0,0
Hiện tượng "lục khục" trong khớp và kẹt khớp	13,2	2,5
Lỏng khớp	25	0,0
Đau	19,1	5,5
Sưng gối	9,5	1,4
Lên cầu thang	7,6	2,0
Ngồi xổm	4,2	0,43
Tổng điểm	88,4	9,2

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy bệnh nhân sau mổ không cần đi với dụng cụ trợ giúp, không có hiện tượng lỏng khớp. Dấu hiệu kẹt khớp được khắc phục với tất cả bệnh nhân. Các triệu chứng khác được cải thiện nhưng vẫn còn gặp ở hầu hết các bệnh nhân.

Bảng 4. Đánh giá kết quả chung theo thang điểm Lysholm

Số điểm	Kết quả	Bệnh nhân	Tỷ lệ %
91-100	Rất tốt	9	40,9

77-90	Tốt	10	45,5
68-76	Vừa	3	13,6
< 68	Xấu	0	0,0
Tổng số		22	100

Nhận xét: Tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm đa số chiếm 86,4%, kết quả trung bình chiếm 13,6%, không có bệnh nhân nào có kết quả xấu.

Bảng 5. Đánh giá kết quả theo tuổi theo thang điểm Lysholm

Tuổi	Rất tốt		Tốt		Trung bình		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	N	%
<20	3	33,3	0	0,0	0	0,0	3	13,6
20 - 35	5	55,6	3	30,0	0	0,0	8	36,4
35 - 45	1	11,1	3	30,0	2	66,7	6	27,3
>45	0	0,0	4	40,0	1	33,3	5	22,7
Tổng số	9	100	10	100	3	100	22	100

Nhận xét: Kết quả rất tốt gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi dưới 35 tuổi. Kết quả giảm dần ở bệnh nhân cao tuổi.

Bảng 6. Đánh giá kết quả theo thời gian theo thang điểm Lysholm

Thời gian từ khi chấn thương đến phẫu thuật	Rất tốt		Tốt		Trung bình		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	N	%
<3 tháng	4	44,4	1	10,0	1	33,3	6	27,3
3-12 tháng	4	44,4	2	20,0	0	0,0	6	27,3
12-24 tháng	1	11,1	1	10,0	1	33,3	3	13,6
24-36 tháng	0	0,0	1	10,0	1	33,3	2	9,1
>36 tháng	0	0,0	5	50,0	0	0,0	5	22,7
Tổng số	9	100	10	100	3	100	22	100

Nhận xét: Kết quả rất tốt chủ yếu ở nhóm phẫu thuật sớm dưới 12 tháng. Càng đến muộn tỷ lệ rất tốt giảm dần.

IV. BÀN LUẬN

Về thời điểm can thiệp phẫu thuật: Thời điểm tiến hành phẫu thuật là khoảng thời gian được tính từ khi bệnh nhân bị chấn thương đến lúc được can thiệp phẫu thuật. Đối với một chấn thương kín khớp gối thì nên bất động bằng nẹp sau khi đã chọc hút máu tụ, băng ép, kèm theo dùng thuốc kháng sinh giảm viêm chống phù nề. Sau thời gian khoảng ba tuần mới tiến hành can thiệp nội soi. Bất động giúp giảm đau, tạo điều kiện cho tổn thương có thể tự phục hồi được. Các tác giả cũng nhận thấy tiến hành nội soi ngay sau chấn thương khi khớp còn sưng nề, còn chảy máu sẽ gây khó khăn cho việc quan sát, đánh giá tổn thương, ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật. Cảm giác còn đau vẫn còn nhiều sẽ cản trở bệnh nhân tập vận động khớp.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung bình từ khi bị chấn thương đến khi được phẫu thuật là 18,7 tháng (bệnh nhân được phẫu thuật sớm nhất là 3 tuần và bệnh nhân được phẫu thuật muộn nhất là 50 tháng), chủ yếu các bệnh nhân được phẫu thuật trước 12 tháng chiếm 54,6%. Điều này cũng dễ hiểu, bởi dấu hiệu lâm sàng của rách sụn chêm thường không rõ ràng. Bệnh nhân thường chọn phương pháp điều trị khác đồng thời theo dõi đến khi các biện pháp ít mang lại hiệu quả mới chọn phẫu

thuật, hoặc bệnh nhân có dấu hiệu kẹt khớp hạn chế vận động gối nhiều mới đồng ý phẫu thuật. Chúng tôi hoàn toàn đồng ý với nhiều tác giả cho rằng biên độ vận động khớp gối phải được phục hồi hoàn toàn mới đặt chỉ định phẫu thuật để thuận lợi cho bệnh nhân trong quá trình luyện tập sau [4]. Tuy nhiên, với bệnh nhân thương tổn sụn chêm có hạn chế biên độ vận động khớp gối cần phân biệt với nguyên nhân có phải do sụn chêm kẹt vào khe khớp hay không. Đây là dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân có tổn thương dạng quai xách và đến điều trị ở giai đoạn sớm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy khi bệnh nhân được phẫu thuật sớm trước dưới 1 năm tỷ lệ rất tốt chiếm 67,7%, các bệnh nhân đến càng muộn tỷ lệ rất tốt giảm dần. Những bệnh nhân được phẫu thuật ở thời kỳ di chứng từ 3 tháng trở ra thường đến với các biểu hiện lâm sàng như dấu hiệu kẹt khớp, đau tại khe khớp hay teo cơ tứ đầu đùi... gây ảnh hưởng đến sinh hoạt. Khi nội soi thăm khám và điều trị cho các bệnh nhân này các tổn thương của sụn chêm thường phức tạp hơn và tỷ lệ có tổn thương bề mặt sụn khớp cũng cao hơn.

Những biến đổi sinh hóa học tại sụn khớp khi sụn chêm bị tổn thương sẽ ảnh hưởng đến chức năng vận động của khớp nếu không được điều trị kịp thời. Lysholm J. nhận thấy 78% bệnh

nhân được phẫu thuật trong khoảng thời gian 2 tháng kể từ khi chấn thương, thương tổn của sụn chêm là những đường rách dọc nhỏ và đôi khi không hết chiều dày sụn chêm. Can thiệp phẫu thuật đơn giản hơn, ít gây chấn thương hơn và kết quả phẫu thuật sẽ tốt hơn [5].

Đánh giá kết quả điều trị và các yếu tố ảnh hưởng: Có nhiều cách đánh giá kết quả sau phẫu thuật khác nhau, chúng tôi áp dụng đánh giá kết quả sau phẫu thuật dựa vào thang điểm Lysholm [3], bởi vì bảng đánh giá chức năng vận động của Lysholm là bảng đánh giá chức năng vận động của khớp gối nói chung, bao gồm các tiêu chuẩn dựa vào lâm sàng như đau, dáng đi, có dụng cụ hỗ trợ, sưng gối, lực khúc trong gối... Việc đánh giá theo bảng điểm này mang tính phổ cập, dễ thực hiện, phù hợp với các bác sĩ chấn thương chỉnh hình tại Việt Nam.

Qua kết quả ta thấy triệu chứng đau tuy có giảm trước mổ, xong hầu hết các bệnh nhân vẫn còn đau, chỉ có số ít 3 bệnh nhân trẻ tuổi phẫu thuật dưới 3 tháng, kèm theo quyết tâm tập vận động phục hồi chức năng sớm thì sau phẫu thuật trên 6 tháng không cảm thấy đau. Triệu chứng đau vẫn còn dai dẳng tùy thuộc vào thời tiết, cường độ vận động và đau nhiều hơn ở những người cao tuổi. Triệu chứng kẹt khớp được khắc phục hiệu quả nhất. Các bệnh nhân có dấu hiệu này sau mổ đều hết, số ít bệnh nhân vẫn nghe tiếng lục khục trong khớp. Đặc biệt tất cả bệnh nhân đều không cần dụng cụ trợ giúp. Các hoạt động chức năng khác như "Ngồi xổm và lên cầu thang" đều được cải thiện. Xong các dấu hiệu này phụ thuộc trực tiếp vào sự tập vận động của bệnh nhân. Hầu hết các bệnh nhân đều lo ngại không giám vận động nặng mặc dù triệu chứng đau đã được cải thiện. Và càng bệnh nhân cao tuổi càng lười tập luyện, kết hợp với tình trạng thoái hóa khớp gối, do đó những bệnh nhân cao tuổi thường hạn chế đi cầu thang và ngồi xổm. Vì vậy kết quả vừa chủ yếu ở nhóm bệnh nhân cao tuổi chiếm 13,6%.

Kết quả tầm vận động theo thang điểm Lysholm của chúng tôi tỉ lệ rất tốt và tốt chiếm 86,4% , kết quả vừa 13,6 % không có kết quả xấu. So sánh với một số tác giả khác như Nguyễn Quốc Dũng theo dõi sau 3 năm với 155 bệnh nhân phẫu thuật cắt sụn chêm có 71/155 (45.8%) rất tốt, 31/155 (20%) tốt, 34/155 (21,9%) vừa và 19/155 (12.3%) kém. Một số tác giả nước ngoài cho kết quả như Bonneux B. theo dõi 31 bệnh nhân vận động viên sau 8 năm có kết quả 35,5% rất tốt, 29% tốt, 9,7% vừa và xấu 25,8% [6]. Hoser C. Fink C. cho kết quả

14/31 (45,2%) rất tốt, 4/31 (12,9%) tốt, 5/31 (16,1%) vừa và 8/31 (25,8%) xấu khi cũng theo dõi 31 bệnh nhân cắt sửa sụn chêm trong 10 năm [7]. So sánh với kết quả nghiên cứu trong thời gian ngắn hơn 3 năm của một số tác giả: Nguyễn Quốc Dũng theo dõi 408 bệnh nhân sau 3 tháng có 73,8% rất tốt, 18,6% tốt, 5,4% vừa và 2,2% xấu [4]; Trương Kim Hùng theo dõi trước 3 năm có kết quả 58,0% tốt, 28,4% tốt, 11,2% vừa và 2,4% kém. Kết quả của chúng tôi tương đương với các kết quả trên. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào có kết quả xấu. Có thể do số lượng ít, song điều này thể hiện tính ưu việt của phẫu thuật nội soi khớp mang lại cho bệnh nhân.

Kết quả điều trị qua thang điểm Lysholm không chỉ phụ thuộc vào độ tuổi mà còn phụ thuộc vào vị trí rách của sụn chêm. Những bệnh nhân bị tổn thương sừng trước sụn chêm thường không than phiền gì đến năng vận động của khớp. Những bệnh nhân tổn thương ở thân và sừng sau thường than phiền về cảm giác đau khe khớp, đặc biệt ở tư thế gối gấp tối đa.

Từ thực tế lâm sàng chúng tôi thấy rằng, do khe khớp phía sau rất hẹp nên những thương tổn sụn chêm sừng sau thường khó quan sát hơn, việc kiểm tra, đánh giá chính xác và xử trí triệt để tổn thương cũng gặp nhiều khó khăn hơn những vị trí khác. Mặt khác, phải cân nhắc về vai trò quan trọng của sừng sau sụn chêm đối với chức năng vận động của khớp khi đưa ra quyết định cắt bỏ sụn chêm ở vị trí này.

Tương tự như vậy là những trường hợp đường rách dọc ở thân sụn chêm, đặc biệt là những đường rách ở phần trung gian, cả theo chiều dày của sụn chêm, khi kiểm tra bằng que thăm dò rất khó khăn đánh giá mức độ di lệch vào khe khớp của phần sụn chêm rách. Mặt khác, để thực hiện khâu lại sụn chêm ở vị trí này thường khó khăn nên chúng tôi phải cắt bỏ. Để xác định kích thước sụn chêm cần cắt bỏ khi toàn bộ phần sụn chêm ở vị trí này di lệch vào khe khớp, chúng tôi thường kéo sụn chêm ra bằng que thăm, chỉ cắt sụn chêm ở hai đầu đường rách, bảo tồn tối đa phần sụn chêm còn lại cho dù vẫn còn tồn tại đường rách dọc theo chiều dày. Sau phẫu thuật, không còn dấu hiệu kẹt khớp hay lục khục trong khớp nữa nhưng bệnh nhân vẫn có biểu hiện đau khớp gối khi xoay ngoài căng chân.

V.KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt lọc rách cả hai sụn chêm khớp gối ban đầu cho kết quả tốt. Mặc dù

vậy bệnh nhân vẫn còn một số triệu chứng không được cải thiện và cần theo dõi lâu dài hơn kết quả của phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Việt Sơn (2013).** *Đánh giá kết quả điều trị rách sụn chêm khớp gối bằng phẫu thuật nội soi khớp gối tại bệnh viện Việt Đức.* Luận văn thạc sỹ - Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Patrick E, Davide D, Bardana MD, Greis MD (2002),** *Meniscal injury: Basic science and Evaluation, J Am Acad Orthop Surg*, 10, 168-176.
3. **Lysholm J, Gillquist (1982),** The evaluation of the knee ligament surgery with special emphasis to the use of a knee scoring scale *Am.J. Sport Med*, Vol 10, No3, p150-154.
4. **Nguyễn Quốc Dũng, Nguyễn Tiến Bình, Nguyễn Năng Giỏi (2003),** Kết quả phẫu thuật cắt một phần sụn chêm khớp gối qua nội soi, *Y học Việt Nam số đặc biệt*, 69-74.
5. **Lysholm J., Gillquist J.,** (1981) Arthroscopic meniscectomy in athletes, *Am. J. Sports Med.*, 11, 436-438.
6. **Bonneux I., Vandekerckhove B.,** (2002), Arthroscopy Partial Lateral Meniscectomy. Long-term results in athletes, *Acta Orthopédica Belgica*, Vol. 68. P356-361.
7. **Hoser C., Fink C., Brown C., Reichkender M., Hackl W., Bartlett J.,** (2001) Long-term results of arthroscopic partial lateral meniscectomy in knees without associated damage, *J Bone and Joint Surg*, Vol 83-B, 513-516.

ĐO SỨC CẢN ĐƯỜNG THỞ BẰNG KỸ THUẬT NGẮT QUÃNG LƯU LƯỢNG VÀ TỶ LỆ PHỤC HỒI PHẾ QUẢN Ở TRẺ HEN TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Lê Thị Minh Hương*, Lê Thị Hồng Hanh*,
Nguyễn Duy Bộ*, Nguyễn Thị Vân Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ phục hồi phế quản ở trẻ em bị hen phế quản bằng phương pháp đo sức cản đường thở (kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng – Rint). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, đo sức cản đường thở bằng phương pháp Rint (Dyn'R®) và làm test phục hồi phế quản với 400µg Salbutamol thông qua buồng đệm cho 148 trẻ hen phế quản từ 2 đến 15 tuổi được quản lý tại khoa Miễn dịch- Dị ứng- Khớp, bệnh viện Nhi Trung Ương. **Kết quả:** Trong 148 trẻ tham gia nghiên cứu có 97,97% trẻ hợp tác và thực hiện đo được Rint. Tỷ lệ phục hồi phế quản với Rint thay đổi $\geq 35\%$ chiếm 9,66%, Rint thay đổi $\geq 20\%$ có 45,52%. Ở nhóm trẻ đến khám với biểu hiện ho và không có ran rít, ngay được làm test phục hồi phế quản cho thấy đến 41,67% có Rint thay đổi $\geq 20\%$ (35,0% thay đổi từ 20 đến 34%; 6,67% thay đổi $\geq 35\%$). **Kết luận:** Sức cản đường thở Rint là một kỹ thuật dễ thực hiện giúp đánh giá sự tắc nghẽn đường thở, ngay cả ở trẻ nhỏ. Tỷ lệ phục hồi phế quản với Rint thay đổi $\geq 35\%$ là 9,66%.

Từ khóa: hen phế quản, trẻ em, sức cản đường thở, kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng

SUMMARY

MESURING THE AIRWAYS RESISTANCE BY INTERRUPTURE TECHNIQUE AND THE

*Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hồng Hanh

Email: lehonghanhbvni@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2017

Ngày duyệt bài: 24.4.2017

RATIO OF BRONCHODILATOR RESPONSE IN ASTHMA CHILDREN IN NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Object: Measuring the ratio of bronchodilator response in asthma children by airways resistance (interrupter technique-Rint). **Subjects and methods:** prospective, discription, measuring the airways resistance by Rint. Rint was measure before and after 400 mcg Salbutamol inbuhaler with spacer in 148 children patients (from 2 year old to 15 years) in Department of Alergy-Immunology-Rheumatology, National Children's Hospital. **Results:** 97,97% patients have good colaboration and well carry out this technique. The Bronchodilator response with delta Rint $> 35\%$ is 9,66%, with delta Rint $> 20\%$ is 45,52%. The result of bronchodilator test of patients who cough but no wheezing: 41,67% patient have delta Rint $\geq 20\%$ (35,00% with delta Rint from 20- 34% ; 6,67% with delta Rint $\geq 35\%$). **Conclusion:** Interruption technique is suitable for children and pre-school children as well-who usually are no able to perform spirometry. It helps to determine the obstruction of airways. The ratio of bronchodilator response with delta Rint $\geq 35\%$ is 9,66%.

Key words: asthma, children, airways resistance, interrupter technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán hen ở trẻ em, đặc biệt là trẻ nhỏ vẫn còn là một thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng. Mặc dù số lượng trẻ đến khám vì ho, khò khè và khó thở là nhiều nhưng chỉ một phần trong số đó mắc hen hoặc sẽ tiến triển thành hen. Việc chẩn đoán hen đúng, sớm và can thiệp

điều trị hen phù hợp sẽ giúp trẻ hen phế quản có chức năng phổi tốt hơn. Thăm dò chức năng hô hấp là một công cụ được khuyến cáo nhằm hỗ trợ trong chẩn đoán, đánh giá mức độ nặng và theo dõi quá trình điều trị hen phế quản. Các thăm dò hô hấp gắng sức thường chỉ thực hiện được ở trẻ lớn. Đo sức cản đường thở bằng kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng - Rint là phương pháp không đòi hỏi gắng sức và có thể thực hiện dễ dàng ở trẻ nhỏ [1]. Hiện nay chưa có thông số tham chiếu thống nhất cho Rint tại các nước. Tuy nhiên so sánh kết quả đo sức cản đường thở trước sau dùng Salbutamol có thể cho phép đánh giá sự phục hồi phế quản. Tại Việt nam, tỷ lệ mắc hen phế quản ở trẻ em Hà Nội được báo cáo tương đương với các nước phát triển [2]. Trong khi đó ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về chức năng hô hấp, mức độ tắc nghẽn phế quản cũng như sự đáp ứng với Salbutamol ở trẻ hen phế quản, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Mục tiêu: *Xác định tỷ lệ phục hồi phế quản ở trẻ hen phế quản bằng phương pháp đo sức cản đường thở (kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng - Rint) tại khoa Miễn dịch- Dị ứng- Khớp, bệnh viện Nhi Trung Ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.2.1 Tiêu chuẩn chọn: Trẻ từ 2 đến 15 tuổi được chẩn đoán hen phế quản theo tiêu chuẩn của GINA 2014, đang được quản lý tại phòng khám chuyên khoa Miễn dịch – Dị ứng, bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2014.

2.2.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh hô hấp cấp và mãn tính khác

- Bệnh nhân đang trong cơn hen cấp nặng
- Bệnh nhân dùng thuốc dẫn phế quản tác dụng ngắn trước đó 6 giờ và/hoặc thuốc dẫn phế quản tác dụng kéo dài trước đó 24 giờ.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

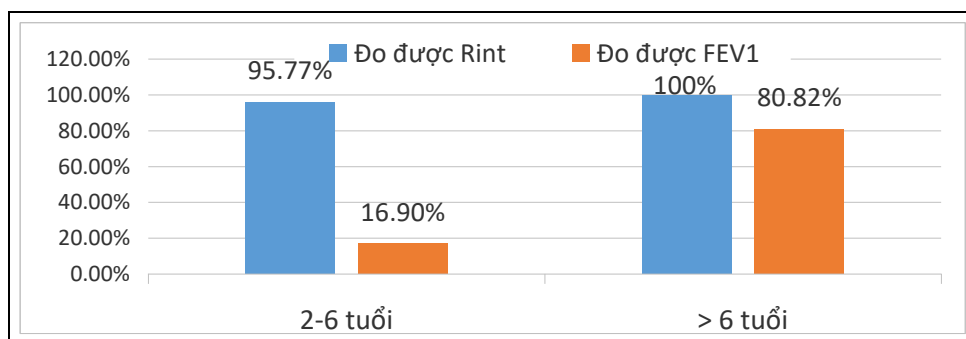
2.2.2 Cách thức nghiên cứu: Bệnh nhân hen tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh sử, khám lâm sàng, đo đường cong lưu lượng thể tích, sức cản đường thở (kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng đầu thì thở ra) trước và sau 15 phút hít 400µg Salbutamol (qua buồng đệm). Test phục hồi phế quản được coi là dương tính khi trẻ có Rint sau dùng Salbutamol giảm $\geq 35\%$ so với trước đó. Trẻ được coi là phục hồi phế quản một phần khi có Rint thay đổi từ 20 đến 34%.

2.3 Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm STATA 12 với những test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ

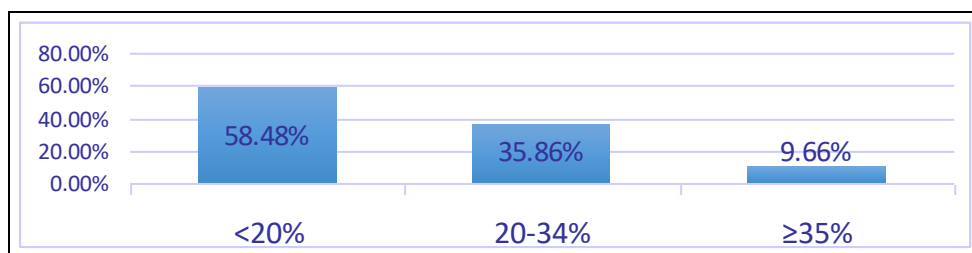
3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 6.94 ± 2.68 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân từ 2 đến 6 tuổi là 50.00%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 2.08/1. Trong số 148 bệnh nhân hen từ 2 đến 15 tuổi, có 145 bệnh nhân thực hiện được phương pháp đo sức cản đường thở bằng kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng. 3 bệnh nhân không thực hiện được kỹ thuật này đều dưới 3 tuổi. Trong khi đó tỷ lệ thực hiện được đường cong lưu lượng thể tích là 16.90% ở trẻ từ 2 đến 6 tuổi. Ở nhóm trẻ trên 6 tuổi, tỷ lệ thực hiện được đường cong lưu lượng thể tích là 80.82% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ đo được Rint và FEV1 ở trẻ hen phế quản

3.2 Tỷ lệ phục hồi phế quản: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 145 bệnh nhân đo được sức cản đường thở Rint. Phần trăm thay đổi Rint trung bình trước và sau Salbutamol là $17.97 \pm 13.89\%$. Tỷ lệ phục hồi phế quản với Rint thay đổi $\geq 35\%$ là 9.66%. Tỷ lệ bệnh nhân có Rint thay đổi $\geq 20\%$ là 45.52% (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2: Tỷ lệ phục hồi phế quản theo phương pháp đo sức cản đường thở Rint

Trong số 46 bệnh nhân đến khám không có biểu hiện lâm sàng (không ho, nghe phổi không có ran), có 1 bệnh nhân có Rint thay đổi $\geq 35\%$ so sánh trước và sau xịt Salbutamol, chiếm 2.17%. Tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân có biểu hiện ho nhưng nghe phổi không có ran là 6.67% (Bảng 1)

Bảng 1: Tỷ lệ phục hồi phế quản và triệu chứng lâm sàng

Delta Rint	Lâm sàng		
	Không ho, Không ran	Ho, Không ran	Ran rít, Ran ngáy
	N (%)	N (%)	N (%)
<20%	33 (71.74)	35 (58.33)	11 (28.21)
20-34%	12 (26.09)	21 (35.00)	19 (48.72)
≥35%	1 (2.17)	4 (6.67)	9 (23.08)
Tổng	46 (100)	60 (100)	39 (100)

IV. BÀN LUẬN

Đo sức cản đường thở bằng kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng là một kỹ thuật thăm dò chức năng hô hấp không đòi hỏi gắng sức, có khả năng thực hiện dễ dàng ở trẻ em kể cả ở trẻ nhỏ [1]. Tỷ lệ bệnh nhân thực hiện được phương pháp đo sức cản đường thở Rint trong nghiên cứu của chúng tôi là 97.97%. Có 3 bệnh nhân không thực hiện được kỹ thuật này đều dưới 3 tuổi. Trong khi đó tỷ lệ thực hiện được đường cong lưu lượng thể tích là 16.90% ở trẻ từ 2 đến 6 tuổi. Ở nhóm trẻ trên 6 tuổi, tỷ lệ thực hiện được đường cong lưu lượng thể tích là 80.82%. Vũ Thị Tuyết Lan và cộng sự nghiên cứu sức cản đường thở bằng kỹ thuật sóng dao động mạnh – FOT ở trẻ hen phế quản từ 6 đến 10 tuổi, tỷ lệ thực hiện được kỹ thuật này là 85.12% [3]. Đo sức cản đường thở Rint được đánh giá là một phương pháp tương đối nhạy cảm giúp đánh giá những thay đổi nhỏ của chức năng hô hấp [1,3]. Như vậy ở trẻ nhỏ chưa thực hiện được đường cong lưu lượng thể tích, thì đo sức cản đường thở Rint là một kỹ thuật có giá trị để đánh giá chức năng hô hấp.

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy điểm cut-off sự thay đổi của Rint để đánh giá sự đáp ứng với Salbutamol thay đổi từ 20 đến 35%. Cụ thể, Beydon và cộng sự nghiên cứu trên 74 trẻ hen và 84 trẻ khỏe mạnh từ 2 đến 8 tuổi cho thấy điểm cut-off 35% của Rint có độ nhạy là 24% và độ đặc hiệu là 92% trong việc xác định sự phục hồi phế quản [4]. McKenzie - nghiên cứu

63 trẻ khỏe mạnh, 58 trẻ ho và 82 trẻ khỏe từ 2 đến 5 tuổi - đưa ra điểm cut-off của test phục hồi phế quản với sự thay đổi của Rint là 20% với độ nhạy là 76% và độ đặc hiệu là 80%[5]. Nghiên cứu của Mele L và cộng sự đưa ra điểm cut-off là 32% với độ nhạy là 35.0% và độ đặc hiệu là 93.3%[6]. Theo khuyến cáo của ATS/ERS cũng như hầu hết các trung tâm trên thế giới chấp nhận điểm cut-off thay đổi 35% của Rint để xác định sự đáp ứng với Salbutamol ở trẻ hen phế quản [7]. Tại bệnh viện Nhi Trung ương, test phục hồi phế quản được coi là dương tính khi trẻ có Rint giảm $\geq 35\%$. Trẻ được coi là phục hồi phế quản một phần khi có Rint thay đổi từ 20 đến 34%. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ phục hồi phế quản với Rint thay đổi $\geq 35\%$ là 9.66%. Tỷ lệ bệnh nhân có Rint thay đổi $\geq 20\%$ là 45.52%.

Hen phế quản là một bệnh lý không đồng nhất, có sự tham gia của nhiều yếu tố bệnh sinh khác nhau. Sự biểu hiện triệu chứng lâm sàng cũng là kết quả của nhiều yếu tố bệnh sinh đó và khả năng chịu đựng của bệnh nhân. Trong số 46 bệnh nhân đến khám lại không có biểu hiện lâm sàng (không ho, nghe phổi không có ran), có 1 bệnh nhân có Rint thay đổi $\geq 35\%$ so sánh trước và sau xịt Salbutamol, chiếm 2.17%. Tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân có biểu hiện ho nhưng nghe phổi không có ran là 6.67%. Ở những bệnh nhân có phục hồi phế quản tuy nhiên không có biểu hiện cơn hen rõ ràng như trên thường là trẻ không tự cảm nhận được sự tắc nghẽn. Như vậy thông qua kết quả thăm dò sức cản đường thở bằng

phương pháp Rint này chúng tôi có thể xác định bệnh nhân này có thể thuộc nhóm hen dai dẳng và cần điều trị tích cực và theo dõi sát sao hơn.

Đây là kết quả nghiên cứu đầu tiên về sức cản đường thở bằng kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng ở trẻ hen tại Việt Nam. Nghiên cứu góp phần chỉ ra giá trị của kỹ thuật Rint trong việc đánh giá tình trạng tắc nghẽn đường thở ở trẻ em cũng như trong việc đánh giá đáp ứng của phế quản với Salbutamol. Tuy nhiên hiện nay chưa có nghiên cứu về giá trị tham chiếu của Rint ở trẻ em Việt Nam, cũng như giá trị này giữa các nghiên cứu khác nhau trên thế giới còn có sự khác biệt và chưa thống nhất. Do vậy, nghiên cứu của chúng tôi chưa đánh giá được sự tắc nghẽn phế quản cũng như mức độ tắc nghẽn phế quản dựa trên kỹ thuật này. Đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có bệnh nhân mắc hen phế quản mà chưa có nhóm chứng vì vậy, nghiên cứu chưa chỉ ra được mức độ khác biệt về đặc điểm của Rint giữa trẻ hen và trẻ khỏe mạnh cũng như giá trị của Rint trong chẩn đoán hen phế quản.

V. KẾT LUẬN

Sức cản đường thở Rint là một kỹ thuật dễ thực hiện giúp đánh giá sự tắc nghẽn đường thở, ngay cả ở trẻ nhỏ. Ở bệnh nhân chưa thực hiện được đường cong lưu lượng thể tích, đo sức cản đường thở Rint là một kỹ thuật có giá trị để đánh

giá chức năng hô hấp. Tỷ lệ phục hồi phế quản với Rint thay đổi $\geq 35\%$ là 9.66%. Ở những bệnh nhân có phục hồi phế quản tuy nhiên không có biểu hiện cơn hen rõ ràng như trên thường là trẻ không tự cảm nhận được sự tắc nghẽn. Trẻ này có thể thuộc nhóm hen dai dẳng và cần điều trị tích cực hơn

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kooi, E.M., et al., *Airway resistance measurements in pre-school children with asthmatic symptoms: the interrupter technique*. Respir Med, 2006. 100(6): p. 955-64.
2. Nga, N.N., et al., *ISAAC-based asthma and atopic symptoms among Ha Noi school children*. Pediatr Allergy Immunol, 2003. 14(4): p. 272-9.
3. Vu, L.T., et al., *Respiratory impedance and response to salbutamol in asthmatic Vietnamese children*. Pediatr Pulmonol, 2010. 45(4): p. 380-6.
4. Beydon, N., et al., *Pulmonary function tests in preschool children with asthma*. Am J Respir Crit Care Med, 2003. 168(6): p. 640-4.
5. McKenzie, S.A., P.D. Bridge, and M.J. Healy, *Airway resistance and atopy in preschool children with wheeze and cough*. Eur Respir J, 2000. 15(5): p. 833-8.
6. Mele, L., et al., *Assessment and validation of bronchodilation using the interrupter technique in preschool children*. Pediatr Pulmonol, 2010. 45(7): p. 633-8.
7. Beydon, N., et al., *An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: pulmonary function testing in preschool children*. Am J Respir Crit Care Med, 2007. 175(12): p. 1304-45.

NGHIÊN CỨU BIÊN ĐỘ ĐIỀU TIẾT Ở MẮT CẬN THỊ TRÊN NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH KHỎE MẠNH 19-21 TUỔI

Trần Mỹ Hạnh*, Nguyễn Thị Thu Hiền**, Lê Đình Tùng*

TÓM TẮT

Đo biên độ điều tiết là một trong những thăm khám thường quy trong lâm sàng nhãn khoa. Nghiên cứu này chúng tôi thực hiện với mục tiêu: *Xác định biên độ điều tiết và ảnh hưởng của một số yếu tố đến biên độ điều tiết trên mắt cận thị ở người trưởng thành khỏe mạnh lứa tuổi 19 -21*. 139 đối tượng gồm 46 nam và 93 nữ, sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội, có độ tuổi trung bình 19,21 được khám và nhận định mắc tật cận thị tham gia nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu được đo biên độ điều tiết bằng

thước RAF theo phương pháp push-up và pull-away sau khi đã chỉnh kính tối đa và thị lực từ 8/10 trở lên. Kết quả nghiên cứu cho thấy: biên độ điều tiết trung bình từng mắt đo bằng phương pháp push-up là $12,85 \pm 5,34$ D, đo bằng phương pháp pull-away là $11,74 \pm 2,80$ D. Biên độ điều tiết hai mắt đo bằng phương pháp push-up là $16,47 \pm 6,56$ D, đo bằng phương pháp pull-away là $13,44 \pm 3,64$ D. Biên độ điều tiết trung bình một mắt của mắt cận thị là $12,29 \pm 3,72$ D. Biên độ điều tiết trung bình hai mắt của mắt cận thị là $14,96 \pm 4,57$ D. Biên độ điều tiết của mắt cận thị đo bằng phương pháp push-up cho giá trị cao hơn so với phương pháp pull-away ($p < 0,01$). Biên độ điều tiết trung bình một mắt của mắt cận thị thấp hơn so với biên độ điều tiết hai mắt ($p < 0,01$); biên độ điều tiết một mắt và hai mắt có mối tương quan đồng biến. Sự khác biệt biên độ điều tiết ở mắt cận thị do giới, tuổi, mức độ cận thị và lệch khúc xạ giữa hai mắt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

*Trường Đại học Y Hà Nội;

**Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Tùng

Email: tung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

SUMMARY**STUDY ON ACCOMODATIVE AMPLITUDE IN MYOPIC EYE OF HEALTHY ADULTS AGED 19-21**

Aims: To determine the accommodative amplitude of myopic eyes and relationship between amplitude of accommodation with some effective factors in healthy adults aged 19-21. **Materials and Methods:** 139 subjects, 46 men and 93 women in the age group 19-21 years (mean = 19.24) who were first year students of Hanoi Medical University. All myopic subjects were an optimum refractive correction, giving visual acuities of 8/10 or better in both eyes were included. The amplitude of accommodation (AA) was calculated by using two common clinical techniques push-up and pull-away for one eye and both eyes. **Results:** The monocular and binocular amplitudes were obtained using the push-up method (12.85 ± 5.34 D) and (16.47 ± 6.56 D), while the pull-away technique gave the finding (11.74 ± 2.80 D) and (13.44 ± 3.64 D). A repeated-measures Analysis of Variance (ANOVA) showed a significant difference between these methods ($P < 0.01$). The monocular and binocular average amplitudes were (12.29 ± 3.72) and (14.96 ± 4.57 D). There was a positive relationship between monocular amplitude of accommodation with that of binocular accommodation. There were differences in accommodative amplitude between men and women; severe and average, mild myopic eye levels; ages; refractive difference, however, these differences were no statistical significance ($P > 0.5$). **Conclusion:** Our study showed monocular and binocular average amplitude of accommodation among myopes were 12.29 ± 3.72 D and 14.96 ± 4.57 D, in respectively. The amplitude of accommodation among myopes was higher when compared to emmetropes. There was no effect of gender, age, myopic severe and refractive difference on accommodative amplitude among myopes at aged 19-21.

Keywords: Amplitude of accommodation, refractive error, accommodation, myopia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biên độ điều tiết là đáp ứng điều tiết tối đa và được xác định bằng số đi-ốp (D) thay đổi công suất thể thủy tinh giúp cho mắt có thể nhìn rõ được vật ở điểm gần nhất. Trên lâm sàng, biên độ điều tiết được sử dụng để nhận định tình trạng suy giảm chức năng điều tiết của mắt [1]. Mối liên quan giữa nhìn gần, điều tiết và cận thị đã được đề cập đến trước đây [2], rất nhiều nghiên cứu đã tìm hiểu về sự thay đổi của biên độ điều tiết trên mắt mắt tật cận thị, nhưng kết quả thu được rất khác nhau, đây là vấn đề còn gây nhiều tranh cãi. Biên độ điều tiết của mắt cận thị thấp hơn so với biên độ điều tiết của mắt chính thị hoặc cao hơn so với mắt chính thị [3] song cũng có nghiên cứu cho rằng biên độ điều tiết của mắt cận thị không thay đổi so với mắt chính thị [4]. Hơn nữa, mức độ cận thị và biên

độ điều tiết có mối tương quan nghịch biến. Khi độ cận càng cao thì biên độ điều tiết càng giảm [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Vũ Bích Ngọc về biên độ điều tiết trên mắt cận thị và một số yếu tố ảnh hưởng [4]. Tuy nhiên, nghiên cứu này không dựa trên biên độ điều tiết mắt của mắt chính thị của người cùng lứa tuổi, chủng tộc,... để nhận định. Với mục đích góp phần làm sáng tỏ hơn về biên độ điều tiết của mắt cận thị, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định biên độ điều tiết và ảnh hưởng của một số yếu tố đến biên độ điều tiết trên mắt cận thị ở người trưởng thành khỏe mạnh lứa tuổi 19 - 21.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên năm thứ nhất của Trường Đại học Y Hà Nội.

- Địa điểm nghiên cứu: Bộ môn Sinh lý học, Trường Đại học Y Hà Nội.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Theo tiêu chuẩn của WHO [5], chúng tôi lựa chọn đối tượng có 2 mắt cận thị đơn thuần; Công suất cận thị từ - 0,50D trở lên; Thị lực nhìn xa một mắt và hai mắt sau khi chỉnh kính kiểm tra bằng bảng nhìn xa Landolt đạt $\geq 8/10$.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Đối tượng một mắt chính thị, mắt còn lại cận thị, viễn thị hoặc; mắt cận thị kèm loạn thị hoặc kèm theo lác; có các bệnh lý về mắt khác kèm theo; phối hợp kém hoặc tinh thần không ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang xác định giá trị trung bình trên 139 đối tượng có mắt cận thị được xác định theo công thức xác định giá trị trung bình với độ lệch chuẩn $\sigma = 1,01$ [2], sai số mong muốn $d = 0,1$.

- *Phương tiện nghiên cứu:* Bảng thị lực nhìn xa Landolt, thước RAF (Royal Air Force): gồm một thước thẳng dài 50 cm có một tay cầm và một đầu để giữ cố định thước, mặt trên cùng được chia độ theo cm, hai mặt bên đánh dấu các mốc tuổi và công suất điều tiết (D) tương ứng; một hình hộp chữ nhật có thể trượt nhẹ nhàng trên thước, mặt chữ của hình hộp chữ nhật có 4 dòng chữ đen trên nền trắng kiểu Times Roman với các kích cỡ chữ N5, N8, N10, N12.

- *Chỉ số nghiên cứu:* tuổi, giới, tình trạng mắt tật khúc xạ, mức độ cận thị, độ lệch khúc xạ [5]. Biên độ điều tiết mắt cận thị theo kỹ thuật push-up và pull-away cho một mắt và hai mắt đã được đeo kính chỉnh tật khúc xạ. Biên độ điều tiết trung bình được đánh giá bằng trung bình cộng của 3 lần đo của cả 2 phương pháp.

- *Xử lý số liệu:* số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần

mềm SPSS version 20.0 và Excel 2016. So sánh các giá trị trung bình bằng Student t-test và ANOVA test. Giá trị $p < 0,05$ xem như khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- **Đạo đức nghiên cứu:** kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học, không nhằm mục đích nào khác. Thông tin về các đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ kín. 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 đối tượng nghiên cứu:

139 đối tượng nghiên cứu bao gồm 46 đối tượng nam (36,25%) và 93 đối tượng nữ (63,75%), tuổi từ 19 đến 21, trung bình là $19,24 \pm 0,55$ tuổi.

- **Mức độ cận thị:** được chia thành 3 nhóm:

nhẹ, trung bình và nặng. Trong số 139 đối tượng cận thị, gặp nhiều nhất là cận thị nhẹ (48,92%) và cận thị trung bình (44,60%). Cận thị nặng có 9 đối tượng (6,48%).

- Tình trạng lệch khúc xạ giữa hai mắt:

Trong số 139 đối tượng cận thị, có 112 đối tượng không lệch khúc xạ (80,58%), có 27 đối tượng lệch khúc xạ (19,42%) và lệch khúc xạ $> 2,00D$ có 2 đối tượng (1,4%).

3.2. Kết quả đo biên độ điều tiết ở mắt

cận thị: Biên độ điều tiết trung bình từng mắt đo bằng phương pháp push-up là $12,85 \pm 5,34D$, giá trị thấp nhất là $3,76D$, cao nhất là $30,00D$. Biên độ điều tiết trung bình từng mắt đo bằng phương pháp pull-away là $11,74 \pm 2,80D$, giá trị thấp nhất là $3,10D$, cao nhất là $19,38D$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

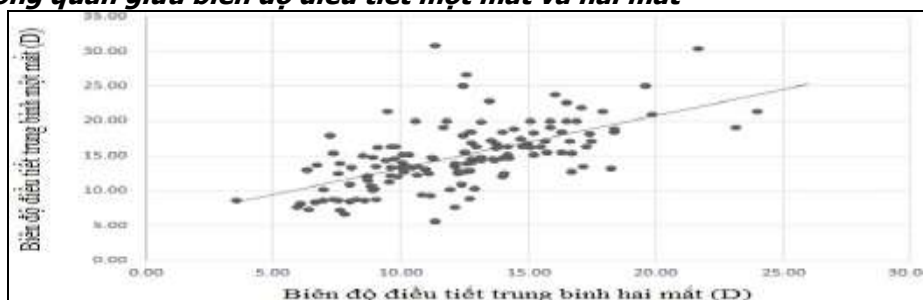
Bảng 3.1. Biên độ điều tiết của mắt cận thị đo bằng phương pháp push-up và pull-away

Phương pháp	Push-up (n = 139)	Pull-away (n = 139)	p
BĐĐT một mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	$12,85 \pm 5,34$	$11,74 \pm 2,80$	$< 0,01$
BĐĐT hai mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	$16,47 \pm 6,56$	$13,44 \pm 3,64$	$< 0,01$
P	$< 0,01$	$< 0,01$	

Student t-test: Biên độ điều tiết hai mắt đo bằng phương pháp push-up là $16,47 \pm 6,56D$, thấp nhất là $3,75D$, cao nhất là $42,86D$. Biên độ điều tiết hai mắt đo bằng phương pháp pull-away là $13,44 \pm 3,64D$, thấp nhất là $6,12D$ và cao nhất là $30,00D$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Ở cả hai phương pháp push-up và pull-away, biên độ điều tiết từng mắt thấp hơn biên độ điều tiết hai mắt ($p < 0,01$). Biên độ điều tiết trung bình một mắt của mắt

cận thị là $12,29 \pm 3,72D$, thấp nhất là $3,58D$ và cao nhất là $23,96D$. Biên độ điều tiết phân bố nhiều nhất ở khoảng giá trị từ $12,00D$ đến $14,00D$, ít nhất ở giá trị dưới $5,00D$ và trên $20,00D$. Biên độ điều tiết trung bình hai mắt của mắt cận thị là $14,96 \pm 4,57D$, thấp nhất là $5,60D$ và cao nhất là $30,80D$. Giá trị của biên độ điều tiết tập trung nhiều nhất ở quanh mức $15,00D$, dao động từ $12,00D$ đến $17,00D$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

Mối tương quan giữa biên độ điều tiết một mắt và hai mắt



Biểu đồ 3.2. Mối tương quan giữa biên độ điều tiết một mắt và hai mắt của mắt cận thị

Quan sát biểu đồ trên ta thấy biên độ điều tiết một mắt và hai mắt ở mắt cận thị có mối tương quan đồng biến với nhau ($R = 0,62$, $p < 0,01$). Biên độ điều tiết một mắt cao thì biên độ điều tiết hai mắt cao.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng tới biên độ điều tiết của mắt cận thị

Bảng 3.2. Biên độ điều tiết theo tuổi ở mắt cận thị

Tuổi (n)	Một mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	Hai mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)
19 (n = 114)	$12,31 \pm 3,81$	$14,97 \pm 4,79$
20 (n = 23)	$12,24 \pm 3,44$	$14,66 \pm 3,48$
21 (n = 2)	$11,79 \pm 3,10$	$17,29 \pm 1,47$
p	0,98	0,74

ANOVA test (one way). Ở nhóm đối tượng cận thị, biên độ điều tiết có xu hướng giảm dần theo tuổi, sự suy giảm này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Biên độ điều tiết theo giới ở mắt cận thị

Giới	Nam (n = 46)	Nữ (n = 93)	p
BĐĐT một mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	11,94 ± 3,74	12,47 ± 3,72	0,43
BĐĐT hai mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	13,94 ± 4,57	15,46 ± 4,50	0,07
p	< 0,01	< 0,01	

ANOVA test (one way) và t-test. Biên độ điều tiết trung bình một mắt và hai mắt ở nam đều thấp hơn so với giới nữ, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Mức độ cận thị và biên độ điều tiết của mắt

Mức độ cận thị	BĐĐT một mắt ($\bar{X} \pm SD$)	BĐĐT hai mắt ($\bar{X} \pm SD$)
Nhẹ (n = 68)	12,23 ± 3,76	14,63 ± 4,91
Trung bình (n = 62)	12,18 ± 3,70	15,21 ± 4,27
Nặng (n = 9)	13,56 ± 3,77	15,55 ± 4,08
P	0,58	0,71

ANOVA test (one way)

Biên độ điều tiết trung bình hai mắt cao nhất ở nhóm cận thị nặng, sau đó đến cận thị trung bình và nhỏ nhất ở nhóm cận thị nhẹ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Độ lệch khúc xạ và biên độ điều tiết của mắt

Độ lệch khúc xạ	BĐĐT một mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	BĐĐT hai mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)
Không lệch (n = 112)	12,01 ± 3,70	14,96 ± 4,72
Lệch 1 – 2D (n = 25)	13,44 ± 3,77	14,77 ± 3,94
Lệch > 2D (n = 2)	14,00 ± 1,56	17,19 ± 3,97
p	0,18	0,77

ANOVA test. Độ lệch khúc xạ giữa hai mắt tăng lên thì biên độ điều tiết trung bình một mắt và hai mắt cũng tăng theo, tuy vậy sự tăng lên này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu và các yếu tố ảnh hưởng: đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở độ tuổi từ 19 đến 21 tuổi, tuổi trung bình là 19,24 ± 0,55 tuổi, có hoạt động nhìn gần tương đương nhau, chưa từng tiếp cận với phương pháp đo biên độ điều tiết trước đó. Về giới tính, có 36,25% nam và 63,75% nữ, sự chênh lệch này tương đối lớn, tuy nhiên kết quả biên độ điều tiết đo được lại không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Trong nghiên cứu của chúng tôi, mức độ cận thị được chia làm 3 nhóm: nhẹ, trung bình và nặng. Chúng tôi gặp chủ yếu là cận thị nhẹ và trung bình (93,52%), cận thị nặng trên -6,00D chỉ chiếm 6,48%. Cận thị nặng gặp với tỷ lệ thấp do cận thị nặng thường kèm theo loạn thị hoặc có thoái hóa võng mạc, thị lực kém không đạt 8/10 nên bị loại khỏi nhóm nghiên cứu. Khảo sát 139 đối tượng cận thị, chúng tôi thấy lệch khúc xạ giữa 2 mắt có 27/139 đối tượng (19,42%). Trong đó, lệch khúc xạ từ 1,00–2,00D chiếm 18,02%, lệch khúc xạ trên 2,00D chỉ chiếm 1,4%. Nghiên cứu chúng tôi ít gặp trường hợp lệch khúc xạ cao trên 2,00D do có kèm theo nhược thị gây giảm thị lực nên không đủ tiêu chuẩn để được đưa vào nghiên cứu.

4.2. Biên độ điều tiết của mắt cận thị:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biên độ điều tiết trung bình từng mắt đo bằng phương pháp push-up là 12,85 ± 5,34D, đo bằng phương pháp pull-away là 11,74 ± 2,80D. Biên độ điều tiết hai mắt đo bằng phương pháp push-up là 16,47 ± 6,56D, đo bằng phương pháp pull-away là 13,44 ± 3,64D. Biên độ điều tiết trung bình một mắt của mắt cận thị là 12,29 ± 3,72D. Biên độ điều tiết trung bình hai mắt của mắt cận thị là 14,96 ± 4,57D. Biên độ điều tiết của mắt cận thị đo bằng phương pháp push-up cho giá trị cao hơn so với phương pháp pull-away ($p < 0,01$). Biên độ điều tiết trung bình một mắt của mắt cận thị thấp hơn so với biên độ điều tiết hai mắt ($p < 0,01$); biên độ điều tiết một mắt và hai mắt có mối tương quan đồng biến, biên độ điều tiết một mắt cao thì biên độ điều tiết hai mắt cũng cao. Những điều này có thể lý giải tương tự như với biên độ điều tiết của mắt chính thị. So sánh với kết quả biên độ điều tiết của các tác giả khác nghiên cứu trên cùng độ tuổi [2],[3] cho thấy, biên độ điều tiết mắt cận thị trong nghiên cứu của chúng tôi có giá trị cao hơn. Sự chênh lệch này có thể do tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ

hơn (19,24 tuổi), các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu ở độ tuổi 19 (80,5%).

4.3. So sánh biên độ điều tiết trên mắt chính thị và mắt cận thị: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả của một số tác giả thấy rằng biên độ điều tiết trên mắt cận thị cao hơn mắt chính thị [3]. Sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do sử dụng phương pháp và kỹ thuật đo khác nhau. Đặc biệt ở phương pháp push-up và pull-away sử dụng thước RAF thì kết quả đo phụ thuộc nhiều vào yếu tố tâm lý và mang tính chủ quan của bệnh nhân [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biên độ điều tiết của mắt cận thị lớn hơn mắt chính thị có thể là do trong khoảng cách gần, khả năng nhìn vật thể của mắt cận thị tốt hơn so với mắt chính thị, cận điểm của mắt cận thị ở gần mắt hơn, dẫn đến biên độ điều tiết cao hơn [7].

4.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến biên độ điều tiết: Biên độ điều tiết ở nhóm đối tượng cận thị trong nghiên cứu của chúng tôi giảm dần theo tuổi. Kết quả này phù hợp với tất cả các nghiên cứu từ trước đến nay về biên độ điều tiết trên mắt cận thị. Nghiên cứu của Edward Jcho thấy sự mỏi điều tiết có liên quan đến mức độ của cận thị [2]. Khi độ cận càng tăng, khoảng nhìn rõ của mắt càng thu hẹp lại [6],[7]. Điều này có thể lý giải tại sao mắt cận thị càng nặng thì biên độ điều tiết càng giảm. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt, nhóm cận thị nặng có biên độ điều tiết trung bình hai mắt cao hơn nhóm cận thị trung bình và cao hơn cận thị nhẹ ($p > 0,05$). Sự khác biệt này có thể do việc lặp lại các lần khám dẫn đến việc quen với hình ảnh trên bảng thị lực, từ đó đối tượng có thể nhanh chóng nhận ra khi dòng chữ trở nên nét hoặc duy trì được độ nét của dòng chữ trước khi bắt đầu thấy mờ làm thay đổi cận điểm điều tiết. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi cũng cho thấy, biên độ điều tiết một mắt cao nhất ở nhóm có độ lệch khúc xạ trên 2D, thấp nhất ở nhóm không có tình trạng lệch khúc xạ. Biên độ điều tiết hai mắt có giá trị cao nhất ở nhóm có độ lệch khúc xạ trên 2D, thấp nhất ở nhóm có độ lệch khúc xạ từ 1D đến 2D. Giá trị biên độ điều tiết đo được ở mỗi nhóm là khác nhau ở cả một mắt và hai mắt, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

- Biên độ điều tiết trung bình một mắt: $12,29 \pm 3,72D$; Biên độ điều tiết trung bình hai mắt: $14,96 \pm 4,57D$.

- Biên độ điều tiết của mắt cận thị cao hơn mắt chính thị. Biên độ điều tiết trung bình một mắt nhỏ hơn biên độ điều tiết trung bình hai mắt và có mối tương quan đồng biến.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alex. Duane (1908). An attempt to determine the normal range of accommodation at various ages being a revision of donders' experiments. *Trans Am Ophthalmol Soc*, 1(3), 634-641.
2. Peter M. Allen and Daniel J. O'Leary (2005). Accommodation functions: Co-dependency and relations to refractive error. *Vision research*, 46, 491-505.
3. McBrien NA and Millodot M. (1986). Amplitude of accommodation and refractive error. *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 27, 1187-1190.
4. Vũ Bích Ngọc (2015). Góp phần nghiên cứu biên độ điều tiết trên mắt cận thị. *Luận văn bác sĩ nội trú, học viện quân y*.
5. Đỗ Như Hân (2014). *Nhãn khoa*, tái bản lần 1, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 1.
6. Antona B. et al. (2008). Repeatability intraexaminer and agreement in amplitude of accommodation measurements. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 247, 121-127.
7. Editha Ong, Kenneth J, Ciufreda (1997). *Accommodation, nearwork and myopia*. Optometric Extension Program. Springer.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI VẬN CHUYỂN KHÔNG AN TOÀN BỆNH NHI CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 21.4.2017

Mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố liên quan tới vận chuyển không an toàn bệnh nhi cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả tiến cứu: 410 bệnh nhân từ tháng 4/2013 đến tháng 11/2013. **Kết quả:** 142 trường hợp vận chuyển không an toàn (34,6%), số vận chuyển an toàn là 268 bệnh nhân (65,4%). Các yếu tố liên quan đến vận chuyển không an toàn bệnh nhi cấp cứu gồm: Đặc điểm bệnh nhi (trẻ < 1 tuổi là 39,5% so nhóm trẻ trên 1 tuổi là 25,7%), nhân viên y

tế, trang thiết bị, phương tiện vận chuyển cấp cứu (không có đội vận chuyển cấp cứu 37%, so với có đội vận chuyển là 19,6%). **Kết luận:** cần phải đánh giá chính xác bệnh nhi trước vận chuyển, đào tạo tốt nhân viên y tế về cấp cứu, có đội vận chuyển cấp cứu chuyên biệt.

Từ khóa: vận chuyển an toàn, APLS

SUMMARY

FACTORS RELATED TO UNSAFE TRANSPORT FOR CHILDREN WITH SERIOUS ILLNESSES IN THE NATIONAL CHILDREN HOSPITAL

Objective: to investigate some factors related to unsafe transport for children with serious illnesses. **Subject and method:** a descriptive study to analyzed 410 patients from April to November of 2013. **Results:** 142 cases were unsafe transportation (34.6%), and 268 patients were safely transferred to the children hospital (65.4%). Associated factors to the unsafe transport included: age (39.5% of children under 12 months of age were unsafe transportat while the rate in children over 12 months were 25.7%), healthcare workers in the transportation teams, equipments, transportation team (with transportation teams, the rate of unsafe were 19.6%, while without the teams, the rate increased to 37%). **Conclusion:** in order to guarantee safety in transportation, it was needed to precisely evaluate patients' situations, open advance pediatric life support training for healthcare workers and set up professional transport teams.

Keywords: safe transport, APLS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vận chuyển an toàn là kết quả của quá trình vận chuyển bệnh nhi bao gồm tất cả các khâu từ can thiệp từ trước khi vận chuyển, xử trí khi có sự cố trong khi vận chuyển và tiếp nhận bệnh nhi. Xác định được các yếu tố ảnh hưởng đến vận chuyển không an toàn ở bệnh nhi chuyển tuyến để tìm ra giảm pháp giảm tỷ lệ tử vong 24 giờ tại bệnh viện, đảm bảo sức khỏe, tính mạng trẻ. Nhiều bệnh nhi tử vong do những thiếu sót trong phương thức vận chuyển. Tình trạng vận chuyển không an toàn đối với bệnh nhân nặng

chiếm 90% trong các ca vận chuyển, tỷ lệ tử vong trong 24h đầu còn cao [1],[2]. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Một số yếu tố liên quan đến vận chuyển không an toàn bệnh nhi cấp cứu từ bệnh viện tỉnh và tương đương đến bệnh viện Nhi TW.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: quá trình vận chuyển cấp cứu.

***Bệnh nhân được vận chuyển cấp cứu:** tới khoa cấp cứu, khoa hồi sức cấp cứu và phòng khám cấp cứu: từ sơ sinh đến 15 tuổi.

***Nhân viên vận chuyển cấp cứu:** bác sỹ, điều dưỡng viên, hoặc nữ hộ sinh.

***Trang thiết bị y tế, thuốc vận chuyển cấp cứu, xe vận chuyển**

Tiêu chuẩn loại trừ

***Bệnh nhi vận chuyển:** cấp cứu vượt tuyến, không trong tình trạng cấp cứu

***Cán bộ y tế tham gia vận chuyển cấp cứu chuyển tuyến bệnh nhi:** không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm: Từ tháng 4/2013 đến 11/2013 tại khoa Cấp cứu-Chống độc, phòng khám Cấp cứu, bệnh viện Nhi TW.

3. Thiết kế nghiên cứu: quan sát mô tả cắt ngang tiến cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 23.038 bệnh nhân chuyển tuyến có 410 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. 142 trường hợp vận chuyển không an toàn chiếm tỷ lệ 34,6%, số vận chuyển an toàn là 268 bệnh nhi chiếm 65,4%. Tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện có 42 trường hợp chiếm tỷ lệ 10,2%. Các yếu tố liên quan đến vận chuyển không an toàn bệnh nhi cấp cứu gồm:

1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng1. Mối liên quan giữa đặc điểm BN với tính an toàn VCCC

Yếu tố		Phân loại	An toàn VCCC				p	OR (95%CI)
			Không		An toàn			
			SL	TL	SL	TL		
Tuổi	≤ 1 tuổi	105	39,5	161	60,5	0,0051	1,89 [1,21 – 2,95]	
	> 1 tuổi	37	25,7	107	74,3			
Giới	Nam	86	34,0	167	66,0	0,7287	0,93 [0,61- 1,41]	
	Nữ	56	35,7	101	64,3			
Sơ sinh	Có	37	84,1	7	15,9	<0,001	13,14 [5,68- 30,40]	
	Không	105	28,7	261	71,3			
Đẻ non	Có	65	34,9	121	65,1	0,9037	1,03 [0,68- 1,54]	
	Không	77	34,4	147	65,6			
Nhe cân	Có	18	56,3	14	43,8	0,0074	2,63	

sau sinh	Không	124	32,8	254	67,2		[1,27- 5,47]
Địa dư	Khác	112	38,0	183	62,0	0,0231	1,73
	Hà Nội	30	26,1	85	73,9		[1,08- 2,80]
Lý do chuyển tuyến	Bệnh nặng	117	41,6	164	58,4	<0,001	2,97
	Y kiến GD	25	19,4	104	80,6		[1,81- 4,88]
Thời gian vận chuyển	≥ 3 giờ	62	43,1	82	56,9	0,0084	1,76
	< 3 giờ	80	30,1	186	69,9		[1,15- 2,68]
Ổn định trước chuyển	Không	79	80,6	19	19,4	<0,001	16,43
	Có	63	20,2	249	79,8		[9,28- 29,12]
Tổng		142	34,6	268	65,4		

Nhận xét: Tuổi (trẻ sơ sinh, nhẹ cân sau sinh), địa dư, lý do chuyển tuyến, thời gian vận chuyển và sự ổn định trước khi vận chuyển ($p < 0,05$) là các đặc điểm của bệnh nhi ảnh hưởng đến tính an toàn khi vận chuyển. Trong đó, tỷ lệ không an toàn nhóm trẻ dưới 1 tuổi là 39,5%, nhóm trẻ trên 1 tuổi là 25,7%

2. Kỹ năng nhân viên vận chuyển

Bảng 2. Liên quan giữa kỹ năng nhân viên y tế với tính an toàn VCCC

Yếu tố		Phân loại	Không an toàn		An toàn		p	OR (95%CI)
		SL	TL	SL	TL			
Vị trí cán bộ	ĐD	138	34,8	259	65,2	0,999*	1,20	
	BS	4	30,8	9	69,2		[0,36- 3,96]	
Kinh nghiệm làm cấp cứu	Không	136	36,5	237	63,5	0,0136	2,96	
	Có	6	16,2	31	83,8		[1,21- 7,29]	
Thường xuyên VCCC	Không	115	38,0	188	62,0	0,0174	1,81	
	Có	27	25,2	80	74,8		[1,11- 2,97]	
Đã được học APLS	Không	86	39,8	130	60,2	0,02	1,63	
	Có	56	28,9	138	71,1		[1,08- 2,46]	
Đạt kỹ năng cấp cứu	Không	138	62,7	82	37,3	<0,001*	78,26	
	Đạt	4	2,1	186	97,9		[28,01-218,65]	
Tổng		142	34,6	268	65,4			

(*Kiểm định Fisher's exact 2 phía)

Nhận xét: Kỹ năng của đội ngũ cán bộ cấp cứu gồm kinh nghiệm, thường xuyên vận chuyển cấp cứu, học APLS(cấp cứu Nhi nâng cao) và kỹ năng cấp cứu của nhân viên y tế có ảnh hưởng đến tính an toàn khi vận chuyển bệnh nhi ($p < 0,05$).

3. Phương tiện, trang thiết bị vận chuyển

Bảng 3. Mối liên quan giữa TTB, phương tiện với tính an toàn VCCC

Yếu tố		Phân loại	Không an toàn		An toàn		p	OR (95%CI)
			SL	TL	SL	TL		
BV có đội vận chuyển cấp cứu	Không	131	37,0	223	63,0	0,0112	2,40 [1,20- 4,81]	
	Có	11	19,6	45	80,4			
Đầy đủ TTB cấp cứu cơ bản	Không	141	36,0	251	64,0	0,009*	9,55 [1,26- 72,52]	
	Đầy đủ	1	5,6	17	94,4			
Tổng		142	34,6	268	65,4			

(*Kiểm định Fisher's exact 2 phía)

Nhận xét: Đội vận chuyển cấp cứu có đầy đủ trang thiết bị cấp cứu có ảnh hưởng đến tính an toàn trong vận chuyển cấp cứu ($p < 0,05$).

4. Kỹ năng xử trí của cán bộ vận chuyển

Bảng 4. Liên quan giữa kỹ năng xử trí của cán bộ với tính an toàn VCCC

Yếu tố \ Phân loại		Không an toàn		An toàn		p	OR (95%CI)
		SL	TL	SL	TL		
Được xử trí ở tuyến trước	Không	78	47,6	86	52,4	<0,001	2,58
	Có	64	26,0	182	74,0		[1,70- 3,92]
Liên hệ trước chuyển	Không	141	36,1	250	63,9	0,005*	10,15
	Có	1	5,3	18	94,7		[1,34- 76,85];
Thông tin chuyển tuyến	Không	74	77,9	21	22,1	<0,001	12,80
	Đầy đủ	68	21,6	247	78,4		[7,36- 22,27]

Hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển	Không	133	45,2	161	54,8	<0,001	9,82 [4,79- 20,14]
	Có	9	7,8	107	92,2		
Truyền dịch khi vận chuyển	Không	138	36,5	240	63,5	0,006*	4,03 [1,38- 11,72];
	Có	4	12,5	28	87,5		
Tổng		142	34,6	268	65,4		

(*Kiểm định Fisher's exact 2 phía)

Nhận xét: Các yếu tố trong xử trí trong chuyển tuyến cấp cứu đều ảnh hưởng đến tính an toàn trong cấp cứu ($p < 0,05$). Các yếu tố liên quan: xử trí ở tuyến trước, được liên hệ, thảo luận trước chuyển tuyến, đầy đủ thông tin, sự hỗ trợ hô hấp, dịch truyền.

IV. BÀN LUẬN

***Đặc điểm bệnh nhi:** Tuổi, trẻ sơ sinh, nhẹ cân sau sinh, địa dư, lý do chuyển tuyến, thời gian chuyển tuyến, ổn định trước khi là các yếu tố ảnh hưởng đến vận chuyển không an toàn ($p < 0,05$). Nguy cơ vận chuyển chuyển tuyến không an toàn từ dưới 1 tuổi (tỷ lệ 39,5%) cao gấp 1,80 lần trẻ trên 1 tuổi (tỷ lệ 25,7%); do trẻ nhỏ miễn dịch chưa đầy đủ khả năng mắc các bệnh nặng cao cũng như khả năng chịu cuộc vận chuyển kém, ảnh hưởng đến kết quả vận chuyển, đặc biệt nhóm trẻ sơ sinh và cân nặng thấp; Nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm trẻ khu vực ngoài Hà Nội cao hơn trong nội thành vì khoảng cách địa lý ảnh hưởng tới thời gian vận chuyển. Thời gian vận chuyển càng kéo dài càng nguy hiểm. Ngoài ra còn do 1 số yếu tố khác: bệnh nặng, thời gian vận chuyển kéo dài, trẻ không được điều trị ổn định trước khi chuyển gây ra chuyển tuyến không an toàn. Các kết quả của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu về chuyển tuyến cấp cứu tại bệnh viện Nhi Đồng I của tác giả Hoàng Trọng Kim và cộng sự [3] cũng cho thấy chuyển viện không an toàn ở lứa tuổi dưới 1 tuổi chiếm 35,7%, chuyển viện trên 1 tuổi không an toàn là 20,5%; OR = 2.14, $p < 0,001$. Các đơn vị cấp cứu cần có các trang thiết bị như máy ủ ấm, lồng ấp, các thiết bị hỗ trợ hô hấp, dịch truyền phù hợp với trẻ sơ sinh, trẻ dưới 1 tuổi. Đồng thời cũng cần quan tâm đến các nhóm thời gian vận chuyển trên 3 giờ và nhóm bệnh nặng và cần có sự ổn định trước khi vận chuyển.

***Nhân lực, trang thiết bị trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu nhi**

Nhân lực: Các yếu tố: kinh nghiệm cán bộ, thường xuyên vận chuyển cấp cứu, được học APLS và kỹ năng cấp cứu có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính an toàn trong vận chuyển ($p < 0,05$). Nguy cơ vận chuyển không an toàn ở người không được học APLS, không có kỹ năng cấp cứu cao do vậy để tăng tỷ lệ vận chuyển an toàn cần nâng cao kinh nghiệm cán

bộ làm cấp cứu, đảm bảo các lớp học APLS, tăng kỹ năng cấp cứu cho cán bộ làm công tác vận chuyển cấp cứu. Tại bệnh viện Nhi Trung ương cũng đã có các lớp đào tạo, tập huấn về cấp cứu bệnh nhi [4], song các lớp chủ yếu là các khóa tập huấn ngắn ngày.

Trang thiết bị: Các yếu tố thuộc về trang thiết bị, phương tiện có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với tính an toàn trong vận chuyển ($p < 0,05$). Do đó cần đảm bảo trang thiết bị phục vụ công tác vận chuyển cấp cứu nhi ở các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh.

***Kỹ năng xử trí trong vận chuyển chuyển viện cấp cứu:** Bao gồm được xử trí ở tuyến trước; liên hệ, thảo luận trước vận chuyển; thông tin chuyển tuyến, hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển; truyền dịch khi vận chuyển. Bệnh nhi được xử lý tốt ở tuyến dưới như điều trị ổn định bệnh nhân: điều trị sốc, ...giảm nhiều nguy cơ vận chuyển không an toàn vì trong quá trình vận chuyển xử lý cấp cứu không tốt như tại chỗ, hơn nữa trong quá trình vận chuyển còn bị ảnh hưởng bởi kỹ năng cấp cứu của nhân viên vận chuyển. Nhóm trẻ được liên hệ chuyển tuyến sẽ tốt hơn không được liên hệ vì khi liên hệ nhân viên vận chuyển còn nhận được hướng dẫn và trợ giúp của tuyến trên.

Nguy cơ vận chuyển không an toàn ở nhóm bệnh nhi không có sự hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển (tỷ lệ 45,2%) cao gấp 9,82 lần nhóm bệnh nhi được hỗ trợ hô hấp khi vận chuyển (tỷ lệ 7,8%). Về các biện pháp xử trí như đặt nội khí quản, thở oxy, truyền dịch nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim [3] trong đó: chuyển viện không an toàn ở nhóm bệnh nhân có nội khí quản là 91,7%, so với nhóm bệnh nhân không có nội khí quản là 26,7 (OR = 30,2; $p < 0,001$); Chuyển bệnh nhân không an toàn có thở ô xy 68,1%, so với không có ô xy là 15,3%, OR = 11,7, $p < 0,001$.

Qua phân tích kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy vai trò của công tác xử trí đối với sự an toàn trong vận chuyển chuyển tuyến cấp cứu,

trong đó cần thiết xử trí ở tuyến trước trước khi vận chuyển bệnh nhân lên tuyến trên. Ngoài ra cũng cần đảm bảo viện liên hệ thảo luận trước khi vận chuyển, trong quá trình vận chuyển cần có sự hỗ trợ về hô hấp, truyền dịch ở trẻ đối với từng bệnh và chỉ định điều trị.

V. KẾT LUẬN

Vận chuyển không an toàn: 34,6%. Một số yếu tố ảnh hưởng đến vận chuyển không an toàn: Đặc điểm bệnh nhi, nhân viên y tế, trang thiết bị, phương tiện vận chuyển

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Hải** (2009), *Đánh giá vận chuyển bệnh nhi nặng từ tuyến tỉnh đến khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Trung ương năm 2009*, Tạp chí Nhi khoa, tr. 15-19
2. **Phạm Bích Vân** (2003), *Nghiên cứu tử vong trước 24 giờ nhập viện của trẻ em 1 tháng đến 15 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương*, Báo cáo HNKH
3. **Hoàng Trọng Kim** (2004), *Tính an toàn của các trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 1*, Tạp chí Y học thực hành-Bộ Y tế, tr.116-121
4. **Bộ Y tế** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng và đánh giá chương trình cấp cứu Nhi khoa năng cao (APLS) nhằm góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trong 24h đầu ở tuyến tỉnh*, Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài cấp Bộ, Chủ nhiệm đề tài: Lê Thanh Hải-Bệnh viện Nhi Trung ương, tr.1-57.

KẾT QUẢ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁP ỨNG KÉM VỚI PHÁC ĐỒ ANTAGONIST TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Hợi¹, Nguyễn Mạnh Hà²

TÓM TẮT⁴³

Nghiên cứu hồi cứu trên các bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist nhằm đánh giá kết quả kích thích buồng trứng ở các bệnh nhân đáp ứng kém với tiêu chuẩn số noãn thu được ≤ 3 . Kết quả thu được: 43,5% bệnh nhân sử dụng liều rFSH ban đầu từ 200 – 300 IU, thời gian tiêm rFSH trung bình trong $9,72 \pm 1,28$ ngày, nồng độ E2 ngày tiêm hCG trung bình 1307 ± 881 pg/ml, với nồng độ ≤ 1000 pg/ml thì có nguy cơ đáp ứng kém với kích thích buồng trứng. Độ dày niêm mạc tử cung trung bình $10,57 \pm 2,01$ mm, số noãn thu được trung bình $2,23 \pm 0,74$. Liều FSH ban đầu và tổng liều FSH ở nhóm bệnh nhân đáp ứng kém cao hơn mức trung bình, số nang noãn thu được thấp.

Từ khóa: thụ tinh trong ống nghiệm, GnRH antagonist, FSH, AFC, E2. Liều FSH.

SUMMARY

RESULTS OF OVARIAN STIMULATION IN POOR RESPONSE WOMEN UNDERGONE ANTAGONIST PROTOCOL AT NATIONAL OBSTETRIC AND GYNAECOLOGY HOSPITAL

The study was carried out to evaluate results of ovarian stimulation in poor response women undergone GnRH antagonist therapy for in vitro

fertilization at National Obstetrics and Gynecology Hospital. A poor response was defined as ≤ 3 oocytes retrieved. Our data showed that the starting dose of rFSH was 200 - 300 IU for 43.5% of patients. Duration of stimulation was 9.72 ± 1.28 days. Average E2 levels on the day of hCG injection was 1307 ± 881 pg/ml, and this E2 levels can be used as a predictive value for poor ovarian response. Endometrial thickness was 10.57 ± 2.01 , average number of oocytes retrieved were 2.23 ± 0.74 . The starting dose of rFSH and total rFSH dosage were higher than that of normal IVF women, and number of oocytes retrieved decreased.

Keywords: in vitro fertilization, GnRH antagonist, FSH, AFC, E2, rFSH dose

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mục tiêu quan trọng nhất của thụ tinh trong ống nghiệm là làm tăng tỷ lệ có thai lâm sàng cho các cặp vợ chồng vô sinh. Trong những năm vừa qua, kích thích buồng trứng bằng các thuốc nội tiết đóng vai trò rất lớn trong thành công của thụ tinh trong ống nghiệm. Tuy nhiên, đáp ứng của bệnh nhân với kích thích buồng trứng rất khác nhau và không phải lúc nào cũng như mong đợi. Những bệnh nhân sau khi kích thích buồng trứng mà thu được số noãn ít, nồng độ estradiol thấp được gọi là đáp ứng kém [1]. Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng là một khó khăn ảnh hưởng rất nhiều tới kết quả của thụ tinh trong ống nghiệm vì ở những bệnh nhân này thì số lượng trứng thu được ít, số lượng phôi thu được cũng ít, tỷ lệ hủy chu kỳ cao vì vậy tỷ lệ có thai lâm sàng cũng thấp. Đặc biệt trong xu hướng hiện nay thì tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng kém

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email: doctorhoi@gmail.com

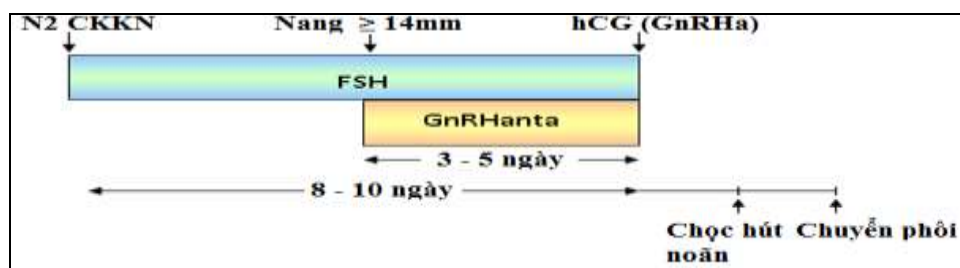
Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

ngày càng gia tăng. Để cải thiện kết quả của thụ tinh trong ống nghiệm việc lựa chọn một phác đồ kích thích buồng trứng thích hợp nhằm tối ưu hóa số noãn thu được đặc biệt trên nhóm bệnh nhân đáp ứng kém vẫn luôn là thử thách cho các nhà lâm sàng. Có rất nhiều các thử nghiệm lâm sàng được thực hiện nhằm tìm ra phác đồ tốt nhất tuy nhiên câu trả lời phác đồ nào tốt nhất cho các bệnh nhân đáp ứng kém vẫn còn nhiều tranh cãi. Phác đồ antagonist ra đời đã mang lại nhiều hi vọng mới trong việc quản lý các bệnh nhân đáp ứng kém với nhiều ưu thế như ngăn đỉnh LH sớm, loại bỏ sự ức chế buồng trứng trong giai đoạn chiều mộ các nang trứng, giảm được số ngày điều trị, giảm số lượng thuốc nội tiết...[2]. Chính vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá hiệu quả của kích thích buồng trứng ở nhóm đối tượng đáp ứng kém với phác đồ antagonist.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU



Hình 1: Phác đồ antagonist linh hoạt.

Các biến số nghiên cứu:

- Liều FSH sử dụng ban đầu: là số đơn vị FSH sử dụng vào ngày đầu tiên dùng FSH, tính bằng IU.
- Thời gian KTBT: là số ngày dùng FSH.
- Tổng liều FSH: tổng liều FSH sử dụng trong đợt kích thích buồng trứng.
- Nồng độ E2 ngày 7: Tính bằng pg/ml. Là nồng độ E2 trong huyết thanh xét nghiệm vào ngày thứ 7 dùng rFSH.
- Nồng độ E2 vào ngày tiêm hCG: tính bằng pg/ml. Ngày tiêm hCG là ngày sau khi kích thích buồng trứng bằng rFSH có ít nhất 2 nang noãn kích thước ≥ 18 mm.
- Độ dày NMTC vào ngày tiêm hCG: được đo trên mặt phẳng siêu âm theo trục dọc giữa của tử cung, đo từ chỗ tiếp giáp của lớp NMTC với cơ tử cung của một bên và đối xứng qua bên kia.
- Số noãn thu được: số noãn chọc hút được.

Bảng 1. Đặc điểm liều FSH

Liều FSH khởi đầu	
$X \leq 200$	26,9%
$200 < X \leq 300$	43,5%

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp điều trị vô sinh bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ năm 2009 đến tháng 6/2014 được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist. Tiêu chuẩn đáp ứng kém khi số noãn thu được ≤ 3 . Loại trừ các trường hợp cho nhận noãn.

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

Bệnh nhân được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist linh hoạt: Người bệnh được sử dụng FSH vào ngày 2 hoặc 3 của vòng kinh, vào ngày 6 của vòng kinh BN bắt đầu được theo dõi kích thước nang noãn bằng siêu âm. Thời điểm bắt đầu sử dụng GnRH đối vận được điều chỉnh theo sự đáp ứng của từng người bệnh. Liều GnRH antagonist đầu tiên là 0,25mg được cho khi có nang lớn nhất > 14 mm. Tiêm hCG khi có ít nhất 2 nang ≥ 18 mm

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 1262 hồ sơ đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu cho kết quả: có 186 bệnh nhân đáp ứng kém với tiêu chuẩn số noãn thu được ≤ 3 , tỷ lệ đáp ứng kém là 14,74%.

Phác đồ antagonist được sử dụng cho các đối tượng trong nghiên cứu: có 50 bệnh nhân sử dụng liều FSH khởi đầu dưới 200 IU chiếm 26,9%, 81 bệnh nhân sử dụng liều từ 200-300 IU chiếm tỷ lệ cao nhất 43,5%, chỉ có 4,3% trường hợp liều khởi đầu > 400 IU. Số ngày tiêm FSH trung bình là $9,72 \pm 1,28$, dài nhất là 19 ngày và ngắn nhất là 8 ngày, phần lớn bệnh nhân được tiêm FSH trong 10 ngày. Tổng liều FSH trung bình là 2705 ± 1073 cao nhất tới 5600 IU FSH, hay gấp nhất là 3000 IU (bảng 1).

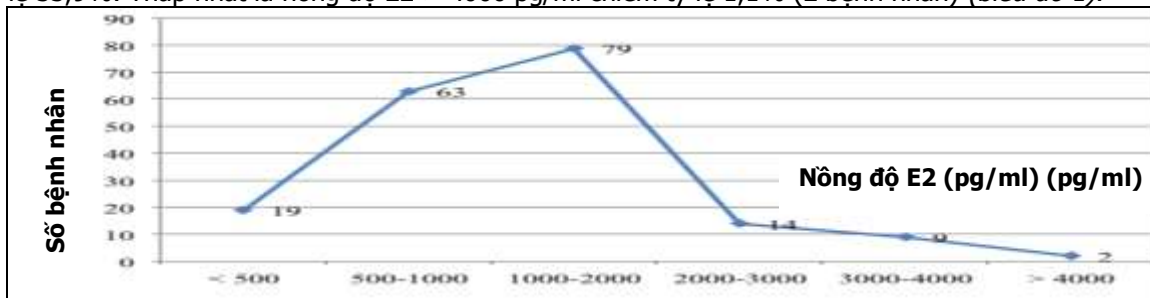
300<X≤400	25,3%
X>400	4,3%
Tổng liều FSH	2705,35 ± 1073,00
Số ngày tiêm FSH	9,72 ± 1,28

Độ dày niêm mạc tử cung trung bình là 10,57± 2,01 mm. Số noãn trung bình thu được là 2,23 ± 0,74 (bảng 2).

Bảng 2. Độ dày niêm mạc tử cung và số noãn trung bình

Kết quả kích thích buồng trứng	$\bar{X} \pm SD$
Độ dày NMTC (mm)	10,57 ± 2,01
Số noãn TB	2,23 ± 0,74

Trong 186 bệnh nhân đáp ứng kém có 79 bệnh nhân đạt nồng độ E2 ngày tiêm hCG từ 1000-2000 pg/ml chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,5%, tiếp theo 63 bệnh nhân có nồng độ E2 từ 1000-2000 pg/ml chiếm tỷ lệ 33,9%. Thấp nhất là nồng độ E2 > 4000 pg/ml chiếm tỷ lệ 1,1% (2 bệnh nhân) (biểu đồ 1).



Biểu đồ 1: Phân bố nồng độ E2 ngày tiêm hCG

Số bệnh nhân có số noãn chọc hút ra từ 2 đến 3 noãn chiếm tỷ lệ là hơn 80%. Trong quá trình thu thập số liệu ghi nhận vài trường hợp không có noãn nhưng sau đó bệnh nhân tự nguyện xin noãn nên không nằm trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3).

Bảng 3. Số noãn thu được trong nhóm đáp ứng kém

Số noãn	n	%
1	35	18,8
2	74	39,8
3	77	41,8
Tổng số	186	100

IV. BÀN LUẬN

Việc đầu tiên phải làm khi kích thích buồng trứng cho bệnh nhân chính là xác định liều FSH khởi đầu. Có rất nhiều căn cứ được đưa ra để tính toán liều FSH khởi đầu như BMI, AFC, dự trữ buồng trứng, tiền sử kích thích buồng trứng trước đó... Theo Hiệp hội vô sinh và HTSS Châu Âu đưa ra khuyến cáo liều FSH ban đầu kích thích buồng trứng trong TTTON theo tuổi như sau: tuổi <35 liều 150 IU/ngày; từ 35-39 tuổi là 225 IU/ngày và trên 39 tuổi liều 300IU/ngày. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chia liều FSH thành các khoảng giá trị ≤ 200 IU, 200-300 IU, 300-400 IU và ≥ 400 IU thì thấy liều FSH từ 200-300 IU/ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 43,5%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Saykham 2013 với nhóm đối tượng đáp ứng kém thì liều FSH ban đầu từ 200-300 IU/ngày cũng chiếm tỷ lệ cao nhất, ở phác đồ dài chiếm

53,7%, ở phác đồ ngắn 47,5%. Ngoài ra trong nghiên cứu này chỉ có 4,3% trường hợp sử dụng liều FSH khởi đầu trên 400 IU/l, nghiên cứu của Saykham là 16% ở phác đồ dài và 11,4% ở phác đồ ngắn [3]. Như vậy trong nhóm đáp ứng kém ở 3 phác đồ thì liều FSH ban đầu của phác đồ antagonist sử dụng thấp nhất.

Tổng liều FSH trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 2705 ± 1073. Theo nghiên cứu của Saykham tổng liều FSH trung bình của bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ dài là 2679,19 ± 754, và với phác đồ ngắn là 3063,14 ± 803,13. Theo Vũ Minh Ngọc nghiên cứu đối tượng nói chung với phác đồ dài là 1781 ± 440. Như vậy, tổng liều FSH trung bình ở nhóm bệnh nhân đáp ứng kém cao hơn ở nhóm bệnh nhân nói chung và tổng liều FSH trung bình trong phác đồ dài là ít nhất, tiếp đến là phác đồ antagonist, phác đồ ngắn liều có FSH trung bình cao nhất.

Số ngày tiêm FSH cũng chính là số ngày kích thích buồng trứng thực sự. So với các phác đồ kích thích buồng trứng khác thì phác đồ antagonist có thời gian kích thích buồng trứng ngắn hơn, lượng thuốc sử dụng ít hơn. Số ngày tiêm FSH trung bình theo nghiên cứu này là $9,72 \pm 1,28$. Theo nghiên cứu của Zhen thì số ngày kích thích buồng trứng không có sự khác biệt giữa nhóm đáp ứng kém và đáp ứng bình thường (10,8 và 10,2 ngày) [4].

Nồng độ E2 ngày tiêm hCG là một trong những yếu tố giúp tiên lượng đáp ứng kém với kích thích buồng trứng. Theo Nguyễn Xuân Hợi và cộng sự hàm lượng E2 ngày hCG ≤ 1000 pg/ml thì nguy cơ đáp ứng kém với kích thích buồng trứng cao gấp 2,9 lần so với bệnh nhân có E2 ngày hCG > 1000 pg/ml [5]. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả Nồng độ E2 ngày tiêm hCG từ 1000-2000 pg/ml chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,5%, nồng độ E2 từ 500 - 1000pg/ml chiếm tỷ lệ 33,9%. Thấp nhất là nồng độ E2 > 4000 pg/ml chiếm tỷ lệ 1,1%. Nồng độ E2 trung bình ngày tiêm hCG là 1307 ± 881 , cao nhất là 6719 pg/ml và thấp nhất là 300 pg/ml. Như vậy theo phần trăm cộng dồn ta thấy nồng độ E2 < 1000 pg/ml chiếm tới 44,1%. Chỉ có 1,1% E2 ngày tiêm hCG > 4000 IU/l đây là trường hợp số lượng nang noãn trưởng thành ít nhưng kích thước nang rất lớn > 20 mm, nên khi chọc hút trứng thì số noãn thu được vẫn bé hơn 3 noãn. Thực tế lâm sàng cũng đã gặp những trường hợp không thể chọc hút hết hoàn toàn nang tồn dư do vị trí nang khó tiếp cận đầu dò siêu âm nên E2 tăng cao cho dù số nang noãn cần thiết thấp. Hơn nữa tình huống bệnh nhân sau kích thích buồng trứng số nang noãn trưởng thành nhiều và E2 cao nhưng vì lý do nào đó phóng noãn sớm nên khi hút trứng cũng không thu được nhiều noãn. Nồng độ E2 ngày tiêm hCG trung bình của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Quốc Hùng trên đối tượng bệnh nhân đáp ứng kém là $904,8 \pm 339,7$, Thấp hơn so với nghiên cứu của Zhen cũng trên đối tượng đáp ứng kém là 3615 ± 2021 . Vậy tất cả các nghiên cứu chỉ ra rằng nồng độ E2 ngày tiêm hCG của nhóm đáp ứng kém đều thấp hơn nhóm đáp ứng bình thường.

Độ dày niêm mạc tử cung được theo dõi ở pha nang noãn. Chỉ số ghi vào ngày tiêm hCG. Độ dày niêm mạc tử cung là yếu tố tiên lượng làm tổ của phôi. Độ dày niêm mạc tử cung trong nghiên cứu này cho thấy chỉ số trung bình là $10,57 \pm 2,01$ mm. Kết quả này tương đương

nghiên cứu của Saykham là $11,57 \pm 2,36$ (phác đồ dài) và $10,91 \pm 2,75$ (phác đồ ngắn). Thái Thị Huyền năm 2013 nghiên cứu trên đối tượng >40 tuổi là $10,38 \pm 2,23$. Như vậy độ dày niêm mạc tử cung không phụ thuộc nhiều vào phác đồ kích thích buồng trứng và cũng không phụ thuộc vào tuổi đối tượng nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu đồng thuận rằng độ dày niêm mạc tử cung tốt nhất cho phôi làm tổ là 8-12mm. Tuy nhiên sự làm tổ còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác như chất lượng noãn và chất lượng phôi.

Số noãn thu được sau khi chọc hút là một tiêu chuẩn quan trọng để đánh giá đáp ứng kém. Trong nghiên cứu của chúng tôi số noãn trung bình thu được là $2,23 \pm 0,74$. Nghiên cứu của Saykham thì trên những bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng số noãn trung bình thu được là $2,36 \pm 0,67$ (phác đồ dài) và $2,22 \pm 0,73$ (phác đồ ngắn). Nghiên cứu của Bùi Quốc Hùng với tiêu chuẩn đáp ứng kém là < 5 nang trưởng thành thì trong số những bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng số noãn trung bình thu được: $2,7 \pm 1,1$ vẫn nhỏ hơn 3 noãn. Bệnh Viện Từ Dũ năm 2000 nghiên cứu trên tất cả bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm thì số noãn thu được là $8,2 \pm 4,7$. Từ đó thấy rằng số noãn thu được của nhóm bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng thấp hơn nhóm bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm chung. Số noãn ảnh hưởng đến tỷ lệ có thai. Theo nghiên cứu của Oudendijk nếu 1 noãn tỷ lệ có thai là 2,3%; 2 noãn tỷ lệ có thai là 4,3%; 3 noãn tỷ lệ có thai là 11,5%; 4 noãn tỷ lệ có thai là 15,9%. Chính vì vậy đáp ứng kém với kích thích buồng trứng làm tỷ lệ có thai của thụ tinh trong ống nghiệm thấp bởi vì số noãn thu được ít [7].

V. KẾT LUẬN

Liều FSH ban đầu và tổng liều FSH trung bình ở nhóm bệnh nhân đáp ứng kém cao hơn ở nhóm bệnh nhân nói chung. Nồng độ E2 ngày hCG ≤ 1000 pg/ml thì có nguy cơ đáp ứng kém với kích thích buồng trứng, số noãn thu được của những bệnh nhân đáp ứng kém giảm

LỜI CẢM ƠN: Tác giả xin trân trọng cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên, học viên của Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia đã giúp đỡ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shanbhag S, Aucott L, et al (2007).** Interventions for "poor responders" to controlled ovarian hyperstimulation (COH) in in vitro

- fertilization (IVF), *Cochrane Database Syst Rev*, (1): CD004379.
2. **Ubaldi F, Vaiarelli A, D'Anna R et al (2014).** Management of poor responders in IVF: is there anything new?, *Biomed Res Int*, 352098
 3. **Saykham RB (2013).** Đánh giá hiệu quả hai phác đồ kích thích buồng trứng ở bệnh nhân đáp ứng kém tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương, *Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội*.
 4. **Zhen X M, Qiao J, Li R, et al (2008).** "The clinical analysis of poor ovarian response in in-vitro-fertilization embryo-transfer among Chinese couples", *J Assist Reprod Genet*, 25(1): 17-22.
 5. **Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Việt Tiến, Phạm Thị Thanh Thủy (2009).** Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng sự đáp ứng của buồng trứng trong thụ tinh trong ống nghiệm, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 64(5): 1-5.
 6. **Galey-Fontaine J, Cedrin-Durnerin I, Chaibi R et al (2005).** Age and ovarian reserve are distinct predictive factors of cycle outcome in low responders, *Reprod Biomed Online*, 10(1): 94-9.
 7. **Oudendijk JF, Yarde F, Eijkemans MJ et al.** The poor responder in IVF: is the prognosis always poor?: a systematic review, *Hum Reprod Update*. 18(1): 1-11.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GỠ KÍN MÂM CHÀY BẰNG PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG NẠP KHÓA VỚI ĐƯỜNG MỔ TỐI THIỂU TẠI BỆNH VIỆN TWQĐ 108

Nguyễn Năng Giới*, Nguyễn Lâm Bình* và cộng sự

TÓM TẮT

Điều trị gãy mâm chày di lệch vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Sự phát triển của kỹ thuật kết xương bên trong bao gồm sự phát triển của kết xương nẹp khóa và kỹ thuật can thiệp tối thiểu gần đây đã thay đổi phương thức điều trị của loại gãy xương này. Từ 3/2011 đến 9/2015, 62 BN gãy kín mâm chày đã được kết xương bằng nẹp khóa tại Bệnh viện TWQĐ 108 với đường mổ tối thiểu, với 38 nam và 24 nữ, tuổi trung bình là 47,9 (20-79) tuổi. Theo phân loại gãy mâm chày của Schatzker thì có 15 BN gãy độ II, 19 BN gãy độ IV, 16 BN gãy độ V, 12 BN gãy độ VI. Có 20 BN được sử dụng 2 nẹp khóa. Kết quả: Các BN đều liền xương, thời gian liền xương trung bình 15,49 tuần. Không gặp nhiễm khuẩn sau mổ; có 18 BN lệch trục nhỏ hơn 5°. Không có BN nào di lệch vẹo trong hoặc vẹo ngoài sau mổ do cổ định không vững, không thấy hiện tượng gãy nẹp vít. Kết quả về mặt chức năng: Tốt 28/62 BN, khá 34/62 BN, trung bình 0/26 BN, kém 0/26 BN. Kết xương mâm chày bằng nẹp khóa với đường mổ tối thiểu cho phép nắn chỉnh và cố định vững chắc ổ gãy và cho kết quả tốt về mặt phục hồi chức năng, biến chứng thấp.

Từ khóa: gãy kín mâm chày, nẹp khóa, can thiệp tối thiểu.

SUMMARY

RESULTS OF LOCKING PLATE FIXATION OF CLOSED TIBIAL PLATEAU FRACTURE USING MINIMAL INVASIVE TECHNIQUES AT THE MILITARY CENTRAL HOSPITAL 108

The operative treatment of displaced fractures of

the tibial plateau is challenging. Recent developments in the techniques of internal fixation, including the development of locked plating and minimal invasive techniques have changed the treatment of these fractures. Between March 2011 and September 2015, 62 patients with 62 closed tibial plateau fractures were treated with locking plate fixation using minimal invasive techniques at the Military Central Hospital 108. There were 38 males patients and 24 females patients with a mean age of 47,9 (20-79) years. According to the Schatzker's classification, type II: 15 patients, type IV: 19 patients, type V: 16 patients, type VI: 12 patients. Double plating was used in 20 patients. All fractures union at a mean of 15,49 weeks. There were no wound infection and 18 patients with malalignment less than 5°. There was no evidence of varus or valgus collapse as a result of locking screw failure, no plate fracture. The functional results were: 28/62 Excellent, 34/62 Good, 0/26 Moderate, 0/26 Bad. Treatment of tibial plateau with locking plate using minimal invasive techniques provided good reduction, stable fixation of tibial plateau fractures and good functional outcomes with a low complication rate.

Key words: closed tibial plateau fracture, locking plate, minimally invasive surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy mâm chày là loại tổn thương thường gặp do nguyên nhân chấn thương. Đây là một gãy xương phạm khớp, cùng với tổn thương xương phức tạp là phần mềm bị chấn thương nặng nề [1,2,6]. Điều trị gãy mâm chày đòi hỏi vừa phải chỉnh hết các di lệch đầu trên xương chày, đặc biệt là diện khớp đồng thời vừa phải cố định vững chắc ổ gãy tạo điều kiện cho BN tập vận động sớm để phục hồi chức năng khớp gối. Hầu hết gãy mâm chày được chủ trương điều trị phẫu thuật. Cố định ngoài được chỉ định ở những BN

*Viện Chấn thương Chỉnh hình- Bệnh viện TWQĐ 108
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Năng Giới
 Email: nanggioi108@gmail.com.
 Ngày nhận bài: 4.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 14.4.2017
 Ngày duyệt bài: 28.4.2017

gãy mâm chày có kèm tổn thương phần mềm nặng nề. Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này là khó nắn chỉnh diện khớp và trục chi, tỷ lệ liên lệch và di lệch thứ phát cao khoảng 3-56%, biên độ vận động khớp gối hạn chế, khung cồng kềnh, nhiễm trùng chân đinh phổ biến [1,2]. Kết xương nẹp vít đã được áp dụng nhiều năm nay và đem lại kết quả tốt ở những trường hợp gãy mâm chày đơn giản và phần mềm bị chấn thương nhẹ. Tuy nhiên, phương pháp này bộc lộ nhiều nhược điểm khi áp dụng ở những BN gãy mâm chày phức tạp với tỷ lệ liên lệch và di lệch thứ phát cao 15-25%, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ từ 10-25% [1,2,6]. Trong thời gian qua, nẹp khóa đã được nhiều tác giả nước ngoài sử dụng để kết xương mâm chày với đường mổ tối thiểu [3,4,5,6,7] với kết quả liên xương tốt, di lệch thứ phát thấp, tỷ lệ nhiễm trùng thấp, thời gian nằm viện ngắn, chức năng khớp gối được phục hồi tốt. Trong những năm gần đây tại Bệnh viện TƯQĐ 108 đã sử dụng nẹp khóa để điều trị cho một số trường hợp gãy kín mâm chày. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

1. *Đánh giá bước đầu kết quả điều trị gãy kín mâm chày bằng phương pháp kết xương nẹp khóa với đường mổ tối thiểu.*

2. *Rút ra một số nhận xét về ưu nhược điểm của phương pháp điều trị gãy kín mâm chày bằng kết xương nẹp khóa với đường mổ tối thiểu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 62 BN có tuổi từ 20-79 tuổi, bị gãy kín mâm chày do chấn thương được kết xương nẹp khóa tại Khoa B1-A-Viện Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện TWQĐ 108 từ 03/2011 đến tháng 9/2015.

Tiêu chuẩn loại trừ: Gãy mâm chày có tổn thương kết hợp như: Tổn thương bó mạch thần kinh liên quan; đứt dây chằng chéo, vỡ xương bánh chè, vỡ lồi cầu đùi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu tiền cứu. Các BN được kết xương bằng nẹp khóa với đường mổ tối thiểu.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, thời điểm mổ, phương pháp mổ, loại gãy... Kết quả gần được đánh giá theo tiêu chuẩn của Larson-Bostman

Kết quả xa: Tình trạng phục hồi hình thể giải phẫu ổ gãy. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo tiêu chuẩn của Roy. Sanders [2]. Mức độ vững của khớp gối, tình trạng phần mềm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình: 47,9 tuổi (20-79 tuổi). Nam giới: 38 BN. Nữ giới: 24 BN.

Nguyên nhân gãy xương: *TNGT: 34 BN; TNLD 22 BN; TNSH: 6 BN.*

Phân loại gãy theo Schatzker: *Loại II: 15 BN, Loại IV: 19 BN, Loại V: 16 BN, Loại VI: 12 BN.*

Tổn thương phần mềm theo Tscherne: Độ I có 20 BN, độ II có 22 BN, độ III có 20 BN.

Thời điểm mổ: *Mổ < 24 giờ: 12 BN, Mổ trong vòng 2-3 ngày: 14 BN, Mổ trong vòng 4-7 ngày: 18 BN, Mổ sau 7 ngày: 16 BN.*

Phương pháp điều trị: Có 42 BN được kết xương bằng 1 nẹp khóa. 20 BN được kết xương bằng 2 nẹp. 18 BN được sử dụng thêm vít xoắn. 2 BN được ghép xương.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1 Kết quả gần

Kết quả liên vết mổ: 62 BN liên vết mổ kỳ đầu. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 6,7 ngày.

Kết quả chỉnh trục xương sau mổ: 44 BN hết di lệch, 18 BN còn mở góc ra ngoài, ra trước < 5°. Đây là các BN gãy mâm chày độ V, VI

Kết quả theo Larson - Bostman: Rất tốt: 44 BN, Tốt: 18 BN, Trung bình: 0 BN, Kém: 0 BN.

3.2.2 Đánh giá kết quả xa sau mổ 12 tháng

3.2.2.1 Kết quả về mặt chức năng

Mức độ đau: Không đau 28/62 BN; đau khi thay đổi thời tiết 34/62 BN; đau khi đi lại nhiều 0/62 BN; đau thường xuyên 0/62 BN.

Biên độ gấp gối: *Gấp > 125°: 28/62 BN; gấp từ 100-124°: 34/62 BN; gấp từ 90-99°: 0/62 BN, gấp < 90°: 0/62 BN*

Biến dạng lệch trục khớp gối: *Lệch trục < 10°: 18/62 BN; lệch trục 10-15°: 0/62 BN; lệch trục > 15°: 0/62 BN.*

Trên phim XQ của 62 BN không có sự thay đổi về trục khớp gối và độ lún mâm chày so với XQ sau mổ.

Kết quả phục hồi khả năng đi lại: Đi bộ bình thường: 58/62 BN; đi bộ được 30 - 60 phút: 4/62 BN; đi bộ < 30 phút: 0 BN

Khả năng lên cầu thang: Bình thường 58/62 BN; Vịn cầu thang 4/62 BN, Bước từng bước 0/62 BN.

Kết quả phục hồi khả năng lao động: Làm việc bình thường 44/62 BN, Làm khó khăn 18/62 BN, thay đổi công việc 0/62 BN, không làm được việc 0/62 BN.

Kết quả theo phân loại của Roy Sanders: Tốt 28/62 BN; Khá 34/62 BN, Trung bình 0/62 BN, Xấu 0/62 BN.

3.2.2.2. Kết quả phục hồi về hình thể giải phẫu: Tỷ lệ liên xương là 100%. Thời gian liên xương trung bình là 15,49±2,62 tuần. 18/62 BN bị lệch trục khớp gối mở góc < 5°.

3.2.2.3. Độ vững của khớp gối: Không BN nào có dấu hiệu lõm sau, dấu hiệu há khớp, dấu hiệu ngăn kéo và dấu hiệu Lachmann dương tính. Không BN nào làm nghiệm pháp Pivot - shift dương tính.

3.2.2.4. Kết quả phục hồi phần mềm. 6/62 BN teo nhẹ cơ tứ đầu đùi; không gặp sẹo dính xương.

3.3. Biến chứng sau mổ kết xương gãy mâm chày: Không có trường hợp nào bị nhiễm khuẩn nông và sâu, không bị gãy nếp, gãy vít, không di lệch thứ phát ổ gãy mâm chày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thời điểm phẫu thuật: Nhiễm trùng vết mổ là biến chứng có nguy cơ cao ở những BN gãy mâm chày phức tạp. Tỷ lệ nhiễm trùng dao động từ 3-25% khi kết xương nếp vít, nhiễm trùng sâu đều gặp ở BN gãy 2 mâm chày. Chúng tôi kết xương gãy 2 mâm chày với đường mổ tối thiểu tại thời điểm đều sau 7 ngày sau chấn thương và không có BN nào bị nhiễm khuẩn. Để hạn chế biến chứng nhiễm khuẩn hầu hết các tác giả đều cho rằng gãy 2 mâm chày có tổn thương phần mềm nặng nề chỉ kết xương nếp khóa khi phần mềm thật sự ổn định, nên kết xương với kỹ thuật can thiệp tối thiểu

4.2. Kỹ thuật kết xương nếp khóa mâm chày với đường mổ tối thiểu, tập phục hồi chức năng sau mổ: 42/62 BN được sử dụng 1 đường mổ và kết xương bằng 1 nếp khóa, các ổ gãy đều được nắn chỉnh tốt và được cố định vững. Tỷ lệ di lệch thứ phát là 0%. Một số tác giả chỉ dùng 1 nếp khóa đặt mặt ngoài để cố định ổ gãy 2 mâm chày [3,4], tuy nhiên, tỷ lệ di lệch thứ phát 4-14%. Có 20 BN gãy mâm chày Schatzker V, VI được mổ với 2 đường mổ: đường trước ngoài và đường mổ sau trong. Ổ gãy được cố định bằng 1 nếp khóa ở mặt ngoài và 1 nếp khóa hoặc 1 nếp lòng máng ở mặt trong. Đặt nếp khóa ở mâm chày trong khi mâm chày trong có đường gãy dọc. Kết quả là ổ gãy được nắn chỉnh tốt sau mổ và không thấy di lệch thứ phát. Những trường hợp gãy Schatzker V, VI di lệch lớn chúng tôi tiến hành chỉnh mở ổ gãy ở mâm chày trong trước sau đó mới chỉnh mâm chày ngoài, ổ gãy Schatzker V, VI sau khi được nắn chỉnh và cố định mâm chày trong sẽ trở thành ổ gãy Schatzker II với ổ gãy mâm chày ngoài.

Nếp khóa có nguyên lý cơ học tương tự như cố định ngoài nên không bắt buộc ghép xương sau khi nâng lún nếu vùng khuyết xương không quá lớn. Chúng tôi chỉ ghép xương ở 2 BN có

khuyết xương lớn sau khi nâng lún. Gosling [4] ghép xương sau nâng lún cho 13/69 BN.

Kết xương với đường mổ tối thiểu gây tổn thương phần mềm ít và bảo tồn được mô nuôi xương nên tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ thấp, liền xương thuận lợi và phục hồi chức năng sẽ tốt hơn. Một số trường hợp di lệch ít, chúng tôi nắn chỉnh kín và luồn nếp và bắt vít qua da. Đối với các di lệch toác mâm chày, chúng tôi dùng 1 forcep lớn để nắn chỉnh qua da. Đối với các di lệch lún mâm chày, chúng tôi chỉ mở tối thiểu vùng mâm chày lún để nâng lún, sau đó luồn nếp và bắt các vít qua da ở thân xương. Đối với các trường hợp gãy mâm chày độ V, VI mà có mảnh gãy lớn dọc mặt sau trong mâm chày trong thì chúng tôi sử dụng thêm 1 nếp khóa ở mặt trong mâm chày. Quá trình nắn chỉnh và đặt nếp bắt vít cố định ổ gãy phải được thực hiện trên C-arm. 62 BN gãy mâm chày trong đó có 28 BN gãy mâm chày loại V, VI được kết xương và không gặp nhiễm trùng vết mổ, 18 BN còn biến dạng trục < 5° sau mổ, không có di lệch thứ phát sau mổ. Ricci, Stannard, Schutz... [6,7] không gặp nhiễm trùng sâu khi kết xương với đường mổ tối thiểu. Christian B. [C] đã điều trị cho 25 BN với 26 ổ gãy mâm chày bằng nếp khóa với đường mổ tối thiểu, có 1 BN gãy mâm chày phạm khớp bị vẹo trong > 5°.

Hầu hết các tác giả khi điều trị gãy mâm chày bằng nếp vít thông thường đều cho BN tập vận động muộn và cho đi lại thì nên chỉ bệnh khi ổ gãy đã liền để tránh lún mâm chày. Tất cả BN của chúng tôi đều được tập vận động thụ động sớm sau mổ không gặp di lệch thứ phát. Thời gian hậu phẫu sau mổ ngắn. Sau 10-12 ngày BN được hướng dẫn tập vận động chủ động khớp gối nên hầu hết đều có biên độ gấp/duỗi gối tốt. Sau mổ 4-6 tuần, BN có thể thì nén một phần trên chi bệnh và sau 8 tuần BN có thể thì nén hoàn toàn trên chi bệnh. Điều đó cho thấy ưu điểm của đường mổ nhỏ là gây tổn thương ít phần mềm và khả năng cố định vững ổ gãy của nếp khóa.

4.3. Kết quả điều trị: Kết quả sau 12 tháng sau mổ: 100% liền xương; thời gian liền xương trung bình là $15,49 \pm 2,62$ tuần. 18/62 BN bị biến dạng lệch trục khớp gối mở góc ra ngoài 5°, 100% BN không có di lệch thứ phát sau mổ. Không có BN nào bị nhiễm khuẩn vết mổ. Kết quả này phù hợp với giả khác đã điều trị gãy mâm chày bằng nếp khóa với đường mổ tối thiểu như Schutz, Cole, Stannad. Gãy mâm chày phức tạp nếu được kết xương nếp vít thường có tỷ lệ di lệch thứ phát cao, 15-25% [2,6]. Điều đó

cho thấy sự ưu việt trong cố định vững ổ gãy của nẹp khóa so với nẹp vít.

Chúng tôi có 62/62 BN gấp gối trên 100°. 62/62 BN đi bộ bình thường hoặc gần như bình thường. 58/62 BN lên cầu thang bình thường. 4/62 BN khi lên cầu thang phải vịn cầu thang. Tỷ lệ tốt và khá là 100%. So sánh kết quả kết xương nẹp vít thông thường của Vũ Xuân Hiếu, Shrestha, Zarycki W...[2] thì kết quả của chúng tôi đều cao hơn với $P > 0,05$.

4.4. Ưu nhược điểm của phương pháp:

Kỹ thuật kết xương mâm chày với đường mổ tối thiểu ở 62 BN gãy mâm chày cho thấy phương pháp vẫn đảm bảo nắn chỉnh tốt ổ gãy, cố định vững chắc ổ gãy. Đồng thời, đường mổ tối thiểu hạn chế tổn thương phần mềm quanh khớp gối nên hạn chế biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ. Nó cũng thuận lợi cho quá trình liền vết thương và liền xương. Nghiên cứu này không gặp trường hợp nào nhiễm khuẩn nông và sâu vết mổ. Thời gian điều trị hậu phẫu ngắn, trung bình xuất viện sau mổ 6,7 ngày. BN tập phục hồi chức năng khớp gối sớm và thuận lợi. Kết quả hồi phục chức năng khớp gối cao. Tuy nhiên, kỹ thuật kết xương mâm chày với đường mổ tối thiểu đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm, thời gian mổ dài hơn.

V. KẾT LUẬN

- Kết xương mâm chày với đường mổ tối thiểu cho kết quả liền xương tốt và tỷ lệ biến chứng thấp. Vết mổ liền kỳ đầu: 100%. Liền xương tốt 100%. Lệch trục $< 5^\circ$: 18/62BN. Lệch trục $> 5^\circ$: 0%. Ngăn chi: 0%. Nhiễm khuẩn: 0%. Kết quả phục hồi chức năng khớp gối: Tốt 28/62

BN; Khá 34/62 BN, Trung bình 0/62 BN, Xấu 0/62 BN.

- Kết xương mâm chày với đường mổ tối thiểu vẫn đảm bảo nắn chỉnh tốt ổ gãy đồng thời hạn chế biến chứng nhiễm khuẩn vết mổ. Nó thuận lợi cho quá trình liền vết thương và liền xương, thuận lợi cho tập phục hồi chức năng khớp gối và cho kết quả tốt về mặt phục hồi chức năng, biến chứng thấp. Tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Phú (2011), *Nghiên cứu điều trị gãy kín mâm chày độ V, VI theo phân loại của Schatzker bằng khung cố định ngoài cải biến*, Luận văn tiến sĩ y học, Học viện quân y.
2. Vũ Xuân Hiếu (2008), *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín mâm chày do chấn thương tại Viện Chấn thương Chỉnh hình Bệnh viện TQĐ 108*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa 2, Học viện quân y.
3. Christian B. (2006), "Three-year Results of Proximal Tibia Fractures Treated with the LISS", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 445, April, 222-209.
4. Gosling T., Schandelmaier P (2005), "Single Lateral Locked Screw Plating of Bicondylar Tibial Plateau Fractures", *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 439, 207-214.
5. Nikolaou V.S., Tan N. (2011), "Proximal tibial fracture: early experience using polyaxial locking-plate technology", *International Orthopaedics*, 35, pp.1215-1221.
6. Phisitkul P. (2007), "Complications of locking plate fixation in complex proximal tibia injuries. *J. Orthop Trauma*, 21(2), 83-91.
7. Schutz M., Kaab MJ, Haas N. (2003), "Stabilization of proximal tibial fractures with the LIS-System: Early clinical experience in Berlin", *Injury*, 34 (Suppl 1): A30-A35.

ĐỒNG NHIỄM HBV, HCV Ở BỆNH NHÂN HIV TẠI BỐN TỈNH BIÊN GIỚI VIỆT - TRUNG

Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Thị Hoa¹
Hạc Văn Vinh¹, Nguyễn Đức Trung¹

TÓM TẮT⁴⁵

Mục tiêu: 1) Xác định tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan ở bệnh nhân HIV tại bốn tỉnh biên giới Việt-Trung. 2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C ở bệnh nhân HIV. Đối tượng

và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 431 bệnh nhân HIV đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn và Quảng Ninh. Kết quả: 1) Tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HBV, HIV/HCV, HIV/HBV/HCV tương ứng là 5,3%, 35,3%, 3,5%. Tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV ở nam là 71,3%, cao hơn có ý nghĩa so với ở nữ là 12,5%. 2) Đồng nhiễm HIV/HCV chủ yếu gặp ở nhóm bệnh nhân nghiện chích ma túy chiếm 87,3%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV giữa nhóm sử dụng và không sử dụng các chế phẩm của máu. Kết luận: 1) Tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV gặp khá cao (35,3%), thường gặp ở nam

¹Trường đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa
Email: hoanguyenthi74@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 15.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 13.4.2017
Ngày duyệt bài: 24.4.2017

hơn ở nữ. 2) Đồng nhiễm HIV/HCV gặp ở nhóm bệnh nhân nghiện chích ma túy là chủ yếu chiếm 87,3%.

Từ khóa: Đồng nhiễm HBV/HIV, đồng nhiễm HCV/HIV

SUMMARY

HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS AND HEPATITIS C VIRUS/HEPATITIS B VIRUS COINFECTION IN FOUR BORDER PROVINCES OF VIETNAM AND CHINA

Objectives: 1) Evaluate the prevalence of HIV and HCV/HBV coinfection in four border provinces of Vietnam and China. 2) Analyze a number of factors related to the rate of HCV coinfection in HIV-positive cases. **Methods:** a cross-sectional study of 431 HIV patients was conducted in Center for HIV AIDS of Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Quảng Ninh provinces. **Results:** 1) The prevalence of HIV/HBV, HIV/HCV and HIV/HBV/HCV corresponding were 5.3%, 35.3% and 3.5%. The rate of HIV/HCV coinfection in men was 71.3%, significantly higher than in women (12.5%). 2) The HIV/HCV coinfection was mainly observed in drug users (87.3%). There was no statistically significant difference in the rate of HIV/HCV coinfection between using and not using the blood products. **Conclusions:** 1) The rate of HIV/HCV coinfection was 35.3%. 2) The HIV/HCV coinfection was mainly found in drug users accounted for 87.3%.

Key word: HIV/HBV coinfection, HIV/HCV coinfection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các virus HIV, viêm gan B (HBV) và viêm gan C (HCV) là một nhóm các virus gây bệnh quan trọng ở người và nằm trong nhóm 10 nguyên nhân gây bệnh hàng đầu trên thế giới. Các virus này có phương thức lây truyền giống nhau, đó là qua phơi nhiễm dưới da, qua đường máu, qua đường tình dục và lây truyền dọc từ mẹ sang con. Nhưng mỗi loại virus có khả năng lây nhiễm khác nhau với các hình thức phơi nhiễm, dẫn tới tỷ lệ nhiễm rất khác nhau theo địa dư. Người có nguy cơ cao nhiễm HIV, đồng thời cũng có nguy cơ cao nhiễm HBV và HCV. Trong số khoảng 40 triệu người nhiễm HIV trên thế giới, ước tính 2-4 triệu người nhiễm HBV mạn tính và 4-5 triệu người nhiễm HCV mạn tính [6]. Đồng nhiễm virus sẽ làm thay đổi diễn biến tự nhiên của từng loại đơn nhiễm, hơn nữa đồng nhiễm virus viêm gan làm cho việc điều trị kháng virus (ARV) trở nên phức tạp hơn do tăng nguy cơ gây độc với gan và phải lựa chọn thuốc đặc hiệu có tác dụng với cả HIV và viêm gan [5]. Cũng do đặc điểm lây truyền như trên nên khả năng đồng nhiễm các loại virus viêm gan có tỷ lệ khá cao trong nhóm đối tượng có hành vi hoặc điều kiện làm tăng nguy cơ lây nhiễm như nhóm nghiện chích

ma túy, phụ nữ bán dâm hay bệnh nhân truyền máu nhiều lần.

Đồng nhiễm HIV có ảnh hưởng đến vòng đời của virus viêm gan C, làm gia tăng xơ hóa gan dẫn đến tử vong do bệnh gan ở bệnh nhân HIV đồng nhiễm viêm gan C [5]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan B và viêm gan C ở bệnh nhân HIV, với tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan B và C khác nhau theo địa dư [4]. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan ở bệnh nhân HIV. Vì vậy, đề tài này được thực hiện với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan ở bệnh nhân HIV tại bốn tỉnh biên giới Việt-Trung.*
2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C ở bệnh nhân HIV.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 431 bệnh nhân nhiễm HIV AIDS đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Quảng Ninh.

+ *Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu:* Người nhiễm HIV ≥ 16 tuổi. Đang được điều trị thuốc kháng virus ít nhất 6 tháng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ *Tiêu chuẩn loại trừ:* Đang mắc bệnh nhiễm trùng cấp tính và mạn tính. Đang mang thai. Bệnh nhân không có năng lực kiểm soát hành vi của mình. Có thời gian sử dụng thuốc kháng virus < 6 tháng.

+ *Tiêu chuẩn chẩn đoán đồng nhiễm HBV, HCV ở người nhiễm HIV:*

	HIV/ HBV	HIV/ HCV	HIV/HBV /HCV	HIV
HIV	+	+	+	+
HBsAg	+	-	+	-
Anti HCV	-	+	+	-

+ Đối tượng nghiên cứu được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, lúc đói. Mẫu máu được ly tâm lấy huyết tương và làm xét nghiệm ngay.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2016-12/2016

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phòng chống AIDS bốn tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Quảng Ninh. Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$\frac{p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

$$n = Z^2 (1 - \alpha/2)$$

Trong đó: n : cỡ mẫu tối thiểu.

$Z^2 (1 - \alpha/2)$ với độ tin cậy 95%. $\rightarrow = 1,96$.

p: Tỷ lệ phân tít A (phân tít phổ biến nhất trên thế giới)=47%

$$q = 1 - p = 1 - 0,47 = 0,53$$

d: Mức độ chính xác kỳ vọng, lấy d=0,05

Thay vào công thức $\rightarrow$ cỡ mẫu là 352. Trong quá trình nghiên cứu có thể có sai số. Vì vậy, chúng tôi đề nghị lấy thêm 20% là 420 mẫu cho 4 tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Quảng Ninh và thực tế chúng tôi lấy được 431 mẫu.

2.5. Thiết bị nghiên cứu: Test nhanh HbsAg và anti HCV của hãng Abbott. Máy ly tâm Erba của Đức.

2.6. Chỉ tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ nhiễm HBV, HCV bằng phương pháp sắc ký miễn dịch sử dụng test nhanh của hãng Abbott.

- Chỉ tiêu lâm sàng: tuổi, giới, sử dụng ma túy, sử dụng máu và các chế phẩm của máu theo mẫu phiếu điều tra.

2.7. Kỹ thuật thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu phiếu điều tra.

2.8. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.2. Tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan ở bệnh nhân HIV và một số yếu tố liên quan

Bảng 3.1. Tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan B, viêm gan C ở người nhiễm HIV theo giới

Đồng nhiễm	Giới		Chung (n=431)		Nam (n=240) (1)		Nữ (n=191) (2)		p (1,2)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
HIV/HBV	23	5,3	7	2,9	16	8,4	>0,05		
HIV/HCV	195	45,3	171	71,3	24	12,5	<0,05		
HIV/HBV/HCV	15	3,5	15	6,2	0	0	>0,05		
HIV	198	45,9	47	19,6	151	79,1	<0,05		
Tổng	431	100	240	100	191	100	>0,05		

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nam đồng nhiễm virus viêm gan C cao hơn so với nhóm bệnh nhân nữ (71,3% so với 12,5%, $p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan B, đồng nhiễm viêm gan B và viêm gan C theo giới.

Bảng 3.2. Đồng nhiễm viêm gan C ở người nhiễm HIV sử dụng ma túy

Anti HCV	Sử dụng ma túy (n=157)		Không sử dụng ma túy (n=274)		p
	n	%	n	%	
Dương tính	137	87,3	73	26,6	<0,001
Am tính	20	12,7	201	73,4	

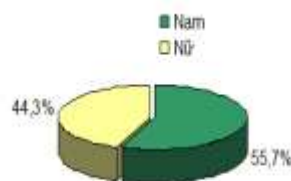
Nhận xét: Có 87,3% số bệnh nhân sử dụng ma túy đồng nhiễm viêm gan C, ở nhóm bệnh nhân không sử dụng ma túy tỷ lệ này là 26,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,001$.

Bảng 3.3. Đồng nhiễm viêm gan C ở người nhiễm HIV được sử dụng các chế phẩm máu

Anti HCV	Truyền máu (n=52)		Không truyền máu (n=379)		p
	n	%	n	%	
Dương tính	29	55,8	181	47,8	>0,05
Am tính	23	44,2	198	52,2	

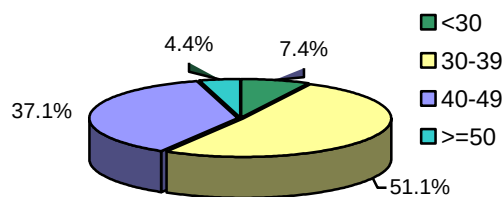
Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C giữa nhóm bệnh nhân sử dụng các chế phẩm của máu so với nhóm không sử dụng các chế phẩm của máu.

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở nhóm nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới nhóm người nhiễm HIV

Nhận xét: Trong số 431 bệnh nhân HIV có 240 nam (55,7%) và 191 nữ (44,3%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới ở nhóm nghiên cứu.



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 30-39 (năm) chiếm tỷ lệ cao nhất (51,1%), có 37,1% ở độ tuổi từ 40-49, nhóm dưới 30 (năm) chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,4%).

IV. BÀN LUẬN

Điều trị kháng virus ở bệnh nhân HIV gặp phải rào cản khá phức tạp bởi những bệnh nhân này luôn phải đối mặt với nhiễm trùng cơ hội, đặc biệt là đồng nhiễm virus viêm gan. Nhiễm HIV làm cho bệnh cảnh của viêm gan virus tiến triển nhanh hơn dẫn đến làm tăng tỷ lệ xơ gan và ung thư gan ở những đối tượng này. Xác định tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan ở 431 bệnh nhân HIV tại bốn tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn và Quảng Ninh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HBV, HIV/HCV, HIV/HBV/HCV, HIV tương ứng là 5,3%, 35,3%, 3,5%, 45,9%.

Tác giả Đỗ Ngọc Cường và cộng sự đã nghiên cứu hồi cứu trên 996 bệnh nhân HIV điều trị nội và ngoại trú tại phòng khám bệnh viện Bạch Mai. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân đồng nhiễm viêm gan B là 6,83%, tỷ lệ đồng nhiễm viêm gan C là 33,03% và đồng nhiễm cả hai loại viêm gan là 5,92% [2].

Tác giả Chen (2013) đã nghiên cứu về tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan ở 978 bệnh nhân HIV AIDS, kết quả cho thấy tỷ lệ nhiễm đồng nhiễm HIV/HBV, HIV/HCV, HIV/HBV/HCV, HIV đơn thuần tương ứng là 7,2%, 50,2%, 12,2% và 30,4% [3]. Trong một phân tích gộp, tác giả Goodkin đã tổng hợp từ 44 nghiên cứu với tổng số 21071 bệnh nhân HIV, kết quả cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C ở Hoa Kỳ là 25%, trên toàn thế giới khoảng 10% [4]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của tác giả Xie (2016) trên 1944 bệnh nhân HIV cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HBV là 9,5%, tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV là 8,3% [7].

Đồng nhiễm virus viêm gan C gặp khá phổ biến ở BN HIV, đặc biệt ở nhóm BN HIV do nghiện chích ma túy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 157 bệnh nhân (36,4%) nghiện chích ma túy và tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV ở nhóm này chiếm 87,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần giống kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tiến Hòa nghiên cứu ở 1200 bệnh nhân nhiễm HIV tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV năm 2009 là 92% [1]. Nghiên cứu của Goodkin có khoảng 30-50 số bệnh nhân HIV có nghiện chích ma túy và tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C ở nhóm đối tượng này rất cao (khoảng 90%) [4].

Nghiên cứu của tác giả Đỗ Ngọc Cường cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm HCV cao hơn ở bệnh nhân có hành vi nguy cơ tiêm chích ma túy

(OR=9,28). Về đặc điểm nhân khẩu học, nam giới có nguy cơ đồng nhiễm viêm gan C và đồng nhiễm cả HBV/HCV cao hơn so với nữ giới (HCV: OR=2,8; HBV/HCV: OR=4,37) [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh nhân nam tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân nữ (71,3% so với 12,5%, $p<0,001$).

Về liên quan giữa tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV với việc truyền máu và sử dụng các chế phẩm của máu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HCV ở nhóm bệnh nhân sử dụng các chế phẩm của máu so với nhóm bệnh nhân không truyền máu và sử dụng các chế phẩm của máu (55,8% so với 47,8%, $p>0,05$). Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của tác giả Xie cho thấy ở nhóm bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV có 55,9% bệnh nhân lây truyền qua đường máu cao hơn so với nhóm nhiễm HIV đơn thuần [7].

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ đồng nhiễm HIV/HBV, HIV/HCV và HIV/HBV/HCV tương ứng là 5,3%, 45,3% và 3,5%.
2. Đồng nhiễm HIV/HCV thường gặp ở bệnh nhân nghiện chích ma túy chiếm 87,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiến Hòa (2012), "Tình trạng nhiễm HIV, HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008-2010", Luận án tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ TW, 123 trang.
2. Đỗ Duy Cường, Nông Minh Vương, Trần Xuân Bách (2015), "Tỷ lệ đồng nhiễm HBV, HCV trên các bệnh nhân HIV và một số yếu tố liên quan tại Khoa Truyền nhiễm, bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học dự phòng, số 6 (166), trang 276-282.
3. Chen X1, He JM, Ding LS, Zhang GQ, Zou XB, Zheng J (2013), "Prevalence of hepatitis B virus and hepatitis C virus in patients with human immunodeficiency virus infection in Central China", Arch Virol, 158(9), pp 1889-1894.
4. Goodkin K (2016), "Assessing the prevalence of HIV, HBV, and HCV infection among people with severe mental illness", The Lancet Psychiatry, 3 (1), pp 4-6.
5. Puoti M (2013), "Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus Coinfection: The Agenda Is Full While Waiting for New Drugs", Hepatology, 57 (1), pp 4-6.
6. Sherman M (2009), "Strategies for managing coinfection with hepatitis B virus and HIV", Cleveland Clinic J, 76(3), pp S30-S33.
7. Xie J, Han Y, Qiu Z, et al (2016), "Prevalence of hepatitis B and C viruses in HIV-positive patients in China: a cross-sectional study", Journal of the International AIDS Society, 19 (1), pp 1-9.

ĐẶC ĐIỂM MỖI HÀN COMPOSITE TỰ DÁN DÍNH DYAD FLOW™ KERR TRÊN KÍNH HIỂN VI ĐIỆN TỬ QUÉT

Phạm Thị Tuyết Nga*, Phạm Thị Thu Hiền**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm của mối hàn composite tự dán dính Dyad Flow™ Kerr trên kính hiển vi điện tử quét. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là 10 chiếc răng hàm nhỏ vĩnh viễn được nhổ do chỉ định chỉnh nha. Mỗi răng được khoan tạo lỗ hàn kích thước 2x3mm, sâu 1 mm ở vùng cổ răng mặt ngoài. Thực hiện hàn bằng composite Dyad Flow. Các mẫu răng được xử lý bề mặt và soi trên kính hiển vi điện tử quét (SEM) tại thời điểm 1 tuần và 3 tháng sau hàn. **Kết quả:** Độ rộng trung bình khoảng hở mối hàn composite Dyad và mô răng sau 1 tuần theo chiều ngang là $3,67 \pm 1,80 \mu\text{m}$, theo chiều dọc là $3,68 \pm 1,97 \mu\text{m}$. Độ rộng trung bình khoảng hở mối hàn composite Dyad và mô răng sau 3 tháng theo chiều ngang là $5,56 \pm 3,54 \mu\text{m}$, theo chiều dọc là $3,78 \pm 1,67 \mu\text{m}$. **Kết luận:** Composite Dyad liên kết với mô răng kém trong đó liên kết với mô ngà tốt hơn so với mô men.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE FILLINGS BY SELF-ADHESIVE COMPOSITE DYAD FLOW™ KERR ON SCANNING ELECTRON MICROSCOPE

Objective: Reviews characteristics of the fillings by self-adhesive composite Dyad Flow™ Kerr on scanning electron microscope. **Subjects and Methods Study:** 10 premolars are put out by specifying orthodontic. Each tooth is created 1 hole size 2x3mm, depth 1 mm in cervical tooth. Perform filling by Dyad Flow composite. The sample is treated tooth surface and observe on scanning electron microscope (SEM) at 1 week and 3 month after filling. **Results:** The average of distance between the composite Dyad and dental tissue after 1 week is 3.67 ± 1.80 micron horizontally, is 3.68 ± 1.97 micron vertically. The average of distance between the composite Dyad and dental tissue after 3 months is 5.56 ± 3.54 micron horizontally, is 3.78 ± 1.67 micron vertically. **Conclusion:** Composite Dyad stick is adhesive poorly to the dental tissue, including, its adhesion to dentin better enamel.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Composite nha khoa ngày càng được ứng dụng vào điều trị, bởi những ưu điểm vượt trội của mình. Tuy nhiên, composite cũng có những

hạn chế như gây quá cảm ngà, ảnh hưởng tới tủy răng... ngoài ra thao tác còn phức tạp nhiều bước với yêu cầu chặt chẽ. Nhằm vững những ưu nhược điểm này, các nhà nghiên cứu đã tập trung phát triển loại vật liệu tiềm năng này thành các loại composite cải thiện hoàn hảo hơn [2].

Năm 2009, xuất hiện loại composite tổng hợp tất cả các thành phần làm một, ưu việt hơn, thao tác trở nên dễ dàng hơn rất nhiều, hạn chế gây nhạy cảm ngà mà vẫn giữ được tính thẩm mỹ, độ bám dính cao vốn có. Hiện nay loại composite tự dán dính này đã được sử dụng tại Việt Nam, tuy nhiên, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu làm rõ hiệu quả của loại vật liệu này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Nhận xét đặc điểm của mối hàn composite tự dán dính Dyad Flow™ Kerr trên kính hiển vi điện tử quét.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 10 chiếc răng hàm nhỏ vĩnh viễn được nhổ do chỉ định chỉnh nha trong độ tuổi 18 – 25 được lựa chọn theo những tiêu chuẩn sau.

- Răng khỏe mạnh, không bị chấn thương trước đó.
- Răng không có bị bệnh lý tủy hay bệnh lý cuống.
- Răng không mang phục hình.
- Răng không dị dạng, có bất thường trong quá trình phát triển răng.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm in vitro.

• **Phương pháp thực hiện:** Các răng được khoan tạo 1 lỗ hàn tại vùng cổ răng kích thước 2x3mm, sâu 1mm. Dùng composite Dyad Flow hàn kín lỗ hàn vừa tạo. Sau đó, các răng được chia ngẫu nhiên vào hai nhóm đọc kết quả ở hai thời điểm: sau 1 tuần và sau 3 tháng. Ở mỗi thời điểm, các răng được tiến hành xử lý bề mặt và soi trên kính hiển vi điện tử quét nhằm đánh giá sự kín khít giữa mô răng và vật liệu.

• **Thu thập số liệu:** Ở mỗi nhóm các kết quả thu được tại 2 thời điểm: sau khi hàn 1 tuần và sau hàn 3 tháng.

Ở mỗi thời điểm mẫu được đánh giá qua 2 tiêu chí: Chiều ngang: Mô tả đặc điểm bề mặt vết hàn (định tính). (bề mặt) Đo khoảng hở giữa mô răng và vật liệu (định lượng). Chiều dọc: Mô tả (định tính) và đo khoảng hở (định lượng). (lát cắt dọc) giữa mô răng và vật liệu tại các thành và

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, trường Đại học Y Hn

**Viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết Nga

Email: bstuyetnga@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 25.4.2017

đáy lỗ hàn. Mỗi mẫu được chụp 5 ảnh tại 5 vị trí thống nhất, mỗi ảnh tiến hành đo 3 kích thước.

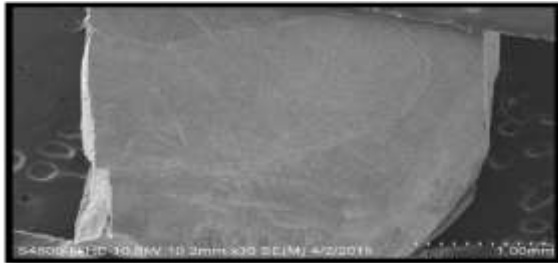
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bề mặt môi hàn Composite ở thời điểm 1 tuần và 3 tháng

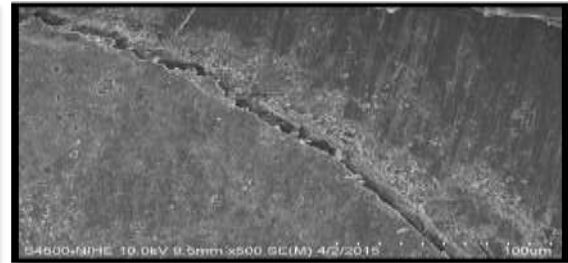
- Ở thời điểm 1 tuần, với các độ phóng đại 30 và 500 lần quan sát được bề mặt Composite thô,

có thể quan sát thấy các tinh thể Composite 1 cách rõ ràng.

- Ở thời điểm 3 tháng, ở độ phóng đại 30 và 500 lần bề mặt Composite hầu như không thay đổi so với mẫu 1 tuần, tuy nhiên bề mặt trở nên thô, gồ ghề hơn với hình ảnh các khối Composite kích thước không đồng đều.



a)



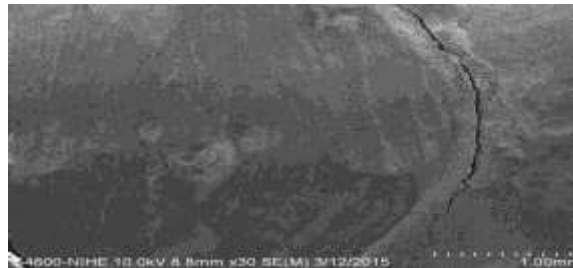
b)

Hình 1. Hình ảnh mẫu Composite Dyad 1 tuần ở mức phóng đại: a) 30 lần; b) 500 lần

2. Đặc điểm liên kết giữa mô răng và Composite Dyad ở thời điểm 1 tuần và 3 tháng

- Ở thời điểm 1 tuần, hình ảnh phóng đại 30 lần cho thấy bề mặt Composite tương đối đồng nhất, tuy nhiên có thể nhìn thấy một số đường nứt ở vùng rìa miến trám.

- Ở thời điểm 3 tháng, hình ảnh bề mặt Composite vẫn tương đối đồng đều. Với độ phóng đại 30 lần các đường nứt được nhìn thấy một cách khá rõ ràng, kéo dài dọc theo viền môi trám Composite.



Hình 2. Hình ảnh mẫu Composite Dyad 3 tháng ở mức phóng đại 30 lần

3. Kích thước khoảng hở giữa mô răng và vật liệu sau 1 tuần và 3 tháng

Bảng 3.1. Kích thước khoảng hở giữa mô răng và vật liệu sau 1 tuần theo chiều ngang và chiều dọc

Vị trí	n	Trung bình (μm)	Độ lệch (μm)	p	Min (μm)	Max (μm)
Ngang	125	3,67	1,80	0,98 > 0,01	1,21	10,6
Dọc	125	3,68	1,97		0,58	11,8

- Độ rộng trung bình khoảng hở môi hàn Composite Dyad và mô răng sau 1 tuần theo chiều ngang là $3,67 \pm 1,80 \mu\text{m}$, kích thước lớn nhất là $10,6 \mu\text{m}$.

- Độ rộng trung bình khoảng hở môi hàn Composite Dyad và mô răng sau 1 tuần theo chiều dọc là $3,68 \pm 1,97 \mu\text{m}$, kích thước lớn nhất đạt tới $11,8 \mu\text{m}$.

- Độ rộng khoảng hở giữa mô răng và vật liệu theo chiều ngang và dọc không có sự khác biệt có tính thống kê ($p > 0,01$).

Bảng 3.2. Kích thước khoảng hở giữa mô răng và vật liệu sau 3 tháng theo chiều ngang và chiều dọc

Vị trí	n	Trung bình (μm)	Độ lệch (μm)	p	Min (μm)	Max (μm)
Ngang	125	5,56	3,54	0,00 < 0,01	0,77	14,3
Dọc	125	3,78	1,67		0,97	9,91

- Độ rộng trung bình khoảng hở môi hàn Composite Dyad và mô răng sau 3 tháng theo chiều ngang là $5,56 \pm 3,54 \mu\text{m}$, với kích thước lớn nhất lên đến $14,3 \mu\text{m}$.

- Độ rộng trung bình khoảng hở mỗi hàn Composite Dyad và mô răng sau 3 tháng theo chiều dọc là $3,78 \pm 1,67 \mu\text{m}$, với kích thước lớn nhất là $9,91 \mu\text{m}$.

- Độ rộng khoảng hở theo chiều dọc với khoảng hở theo chiều ngang có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), khoảng hở chiều dọc nhỏ hơn so với khoảng hở chiều ngang.

Bảng 3.3. So sánh khoảng hở giữa mô răng và vật liệu sau 1 tuần và 3 tháng theo chiều ngang và chiều dọc

Chiều	So sánh cặp					t	df	p
	Trung bình(μm)	Std.D	Std. E	Cận dưới(μm)	Cận trên(μm)			
Dọc	0,10	2,57	0,23	-0,35	0,56	0,461	124	0,646
ngang	1,88	3,62	0,32	1,24	2,52	5,810	124	0,000

Khoảng hở dọc sau 3 tháng và 1 tuần của mỗi hàn composite Dyad với mô răng không có sự khác biệt thống kê với sự chênh lệch nhỏ ($p > 0,01$). Khoảng hở ngang sau 3 tháng và 1 tuần của mỗi hàn Composite Dyad với mô răng có sự khác biệt thống kê với sự chênh lệch tương đối lớn ($p < 0,01$).

IV. BÀN LUẬN

Hình ảnh composite Dyad ở thời điểm 1 tuần không quan sát thấy những dải liên kết từ lớp composite đi vào lòng ống ngà. Điều này có thể là do ở Composite Dyad sử dụng acid yếu, nên lớp mô răng được etching mỏng, khiến thành phần bonding của composite ít đi sâu vào mô răng, lực lưu giữ ít hơn. Khi sự co ngót của composite diễn ra, làm co kéo, tạo khoảng hở giữa mô răng và composite.

Theo kết quả bảng 3.1 cho thấy kích thước trung bình khoảng hở này là $3,67 \pm 1,80 \mu\text{m}$ theo chiều ngang và $3,68 \pm 1,97 \mu\text{m}$ theo chiều dọc. So sánh với kết quả đạt được trong nghiên cứu của Stefan Dačić và cộng sự [1] thì khoảng cách này vẫn nằm trong mức trung bình tốt, kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi cũng hợp lý với kết luận rằng khả năng gắn dính của composite thể hệ dán dính thứ 5 tốt hơn so với composite thể hệ dán dính thứ 7 [2].

Sau 3 tháng, kích thước khoảng hở giữa composite và mô răng nhỏ nhất đo được là $0,77 \mu\text{m}$ tuy nhiên có những vị trí lên tới $14,3 \mu\text{m}$. Kích thước trung bình của khoảng hở lên tới $5,56 \pm 3,54 \mu\text{m}$ theo chiều ngang, lớn hơn so với ở thời điểm 1 tuần. Nguyên nhân chủ yếu của các khoảng trống giữa mô răng và composite là sự co ngót lại của composite sau khi trùng hợp, tạo nên áp lực co trên các thành được bonding với mô răng. Lực co kéo này cũng rất lớn khi trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng lỗ hàn loại 5, có C-factor [3] lớn (lỗ hàn loại V có C-factor là 5, 5 là lớn nhất). Áp lực này ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố, chẳng hạn như khối lượng composite được trùng hợp, kĩ thuật phục hồi, đặc tính lỏng của composite và cấu trúc hình học, hóa học của mô răng [4]. Người ta cho rằng, với composite lỏng, do đặc tính module đàn hồi thấp, có tác dụng như một bộ đệm đàn hồi, hấp thụ một phần áp

lực, giảm độ căng và cải thiện mối liên kết vùng rìa mỗi hàn [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi sử dụng composite Dyad có module đàn hồi thấp nhằm cải thiện tối đa sự toàn vẹn vùng rìa của mỗi hàn, tuy nhiên lại đem tới sự co ngót nhiều hơn so với composite hạt độn lớn hơn. Ví dụ như trong nghiên cứu của Stefan Dačić và cộng sự [1] sử dụng Composite Filtek Z250 là hạt độn lai và Filtek Supreme XT Flowable là hạt độn nhỏ, kết quả cho thấy kích thước khoảng hở của mỗi hàn Composite hạt độn lai $1,6 \pm 0,8 \mu\text{m}$ nhỏ hơn so với hạt độn nhỏ là $5,1 \pm 1,6 \mu\text{m}$ [1].

Trên lát cắt dọc của mẫu vật, khoảng hở giữa mô răng và composite xuất hiện rõ ràng, tuy nhiên kích thước nhỏ hơn so với khoảng hở chiều ngang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước trung bình khoảng hở ở lát cắt dọc là $3,78 \pm 1,67 \mu\text{m}$. Kích thước này không tăng nhiều so với kết quả của mẫu 1 tuần.

Tuy nhiên kết quả thu được từ mẫu composite Dyad cho thấy mức độ đồng đều kích thước khoảng hở theo chiều ngang và dọc ở mẫu 1 tuần, nhưng ở mẫu 3 tháng, kích thước khoảng hở theo chiều ngang lại tăng vọt, gấp 1,5 lần so với kích thước mẫu 1 tuần, đồng thời kích thước khoảng hở theo chiều ngang cũng lớn hơn so với khoảng hở chiều dọc ($p > 0,01$). Điều này cho thấy độ bền vững của liên kết với mô ngà của hệ thống dán dính trong composite Dyad tốt hơn so với liên kết với men răng.

Kết quả này của chúng tôi là phù hợp với kết quả đạt được trong nghiên cứu của C. A. Munoz-Viveros và cộng sự [5] cũng như trong nghiên cứu của H. Bui và cộng sự [6].

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu đặc điểm mỗi hàn Composite tự dán dính g trên thực nghiệm ở nhóm răng hàm nhỏ vĩnh viễn, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

Trên hình ảnh phóng to xuất hiện khoảng hở giữa mô răng và vật liệu 1 cách rõ ràng, kéo dài xuyên suốt viền mỗi hàn điều này thể hiện độ liên kết kém của Composite Dyad với mô răng.

Kích thước khoảng hở theo chiều ngang tăng nhanh sau 3 tháng trong khi kích thước theo chiều dọc lại khá ổn định, cho thấy khả năng liên kết mô ngà tốt hơn so với mô men.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stefan Dačić et al. (2011).** Marginal GAP and Alteration of Enamel Around Adhesive Restorations of Teeth (in vitro SEM investigation). *J.Faculty of*

Medicine in Niš, **28(2)**, 109-118.

2. **Nazarian, A., (2011).** The progression of dental adhesives, ADA CERP **1**, 1-10.
3. **N. Ilie et al. (2007).** Low-shrinkage composite for dental application. *J. Dental Materials*, **26**, 149-155
4. **M.Hannig et al. (2001).** Comparative In Vivo and In Vitro Investigation of Interfacial Bond Variability. *J.Operative Dentistry*, **26**, 3-11.
5. **C. A. Munoz-Viveros and M. Campillo-Funollet et al. (2010).** Shear Bond Strength of Dyad Flow to Dentin and Enamel Substrates. *AADR*
6. **H. Bui, T. D. Nguyen, X. Qian and D. Tobia et al. (2009).** Bond Strength of a New Self-Adhering Composite. *IADR*, Abstract 1804.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BAN ĐẦU CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐẶT STENT ĐƯỜNG MẬT QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC MẬT DO UNG THƯ

Dương Minh Thắng*, Đỗ Quang Út*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phương pháp đặt stent đường mật qua NSMTND trong điều trị tắc mật cơ học do ung thư. **Đối tượng và phương pháp:** 32 bệnh nhân tuổi trung bình 63,4 + 12,9; bị tắc đường mật chính do ung thư giai đoạn muộn không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn đã được đặt stent đường mật tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện TUQĐ 108, thời gian từ tháng 10/2014 đến tháng 12/2015. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công kỹ thuật là 25/32 BN (78,1%). Theo dõi sau 01 tháng nồng độ bilirubin trong huyết thanh giảm > 50% ở 24/25 BN(96%), đa số bệnh nhân có cải thiện về tình trạng lâm sàng và chất lượng sống. Biến chứng chủ yếu là nhiễm khuẩn đường mật chiếm tỷ lệ 5/32 (15,6%), không có trường hợp nào tử vong liên quan đến kỹ thuật. **Kết luận:** phương pháp đặt stent đường mật qua NSMTND có hiệu quả dẫn lưu cao trong điều trị tắc mật cơ học do ung thư, tuy nhiên đây là kỹ thuật khó, tỷ lệ biến chứng khá cao.

Từ khóa: Tắc mật do ung thư, ERCP, đặt stent đường mật

SUMMARY

EVALUATE THE SHORT TERM RESULTS OF ERCP BILIARY STENTING FOR PATIENTS SUFFERING FROM MALIGNANT BILIARY OBSTRUCTION

Aims: to evaluate the short term results of ERCP biliary stenting for patients suffering from malignant biliary obstruction. **Patients and Methods:** 32 unresectable patients with biliary obstruction due to

advanced cancers, mean age 63,4 + 12,9; were undergone ERCP biliary stenting at the Gastroenterology Department, 108 Hospital from October 2014 to December 2015. **Results:** The technique was succeed in 25/32 patients(78,1%). After one month follow up, the serum total bilirubin level decreased > 50% in 24/25(96%) patients. Clinical and quality of life improvement was clearly seen in most of patients. The main complication rate was cholangitis accounting for 5/32(15,6%). There was no case of procedure-related death. **Conclusion:** ERCP biliary stenting was very effective for biliary drainage in patients with malignant biliary obstruction, however it is not an easy technique with high complication rate.

Key words: biliary malignant obstruction, ERCP, biliary stenting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đa số các trường hợp tắc mật xảy ra khi ung thư được phát hiện muộn không còn khả năng điều trị phẫu thuật hoặc là sự tiến triển, xâm lấn di căn của bệnh ung thư đã được phát hiện từ trước. Mục tiêu điều trị chính ở nhóm bệnh nhân này là điều trị giảm nhẹ, cải thiện tình trạng lâm sàng và chất lượng sống, kéo dài thời gian sống thêm. Ngày nay với nhiều tiến bộ về nội soi mật tụy ngược dòng (NSMTND), các dụng cụ nội soi đặc biệt là stent kim loại tự giãn nở, đặt stent dẫn lưu đường mật qua NSMTND đã ngày càng chứng tỏ là một phương pháp xâm lấn tối thiểu, có hiệu quả cao so với phương pháp dẫn lưu đường mật qua da hoặc phẫu thuật. Ở nước ta kỹ thuật đặt stent đường mật qua nội NSMTND trong tắc mật do ung thư đã và đang được ứng dụng ngày càng nhiều ở các bệnh viện lớn, tuy

* Bệnh viện TUQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Thắng

Email: bsthang108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 24.4.2017

hiện còn ít các báo cáo nên nghiên cứu về lĩnh vực này hiện vẫn rất cần thiết. Mục tiêu của nghiên cứu: *Đánh giá hiệu quả ban đầu và các biến chứng của phương pháp đặt stent đường mật qua NSMTND ở các bệnh nhân tắc mật do ung thư.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 32 bệnh nhân được chẩn đoán tắc mật do ung thư, điều trị nội trú tại BV TQĐ 108 từ tháng 10/2014 đến tháng 12/2015.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định tắc mật do ung thư không còn chỉ định phẫu thuật, có chỉ định và đồng ý với phương pháp đặt stent dẫn lưu đường mật qua NSMTND.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Có chống chỉ định của nội soi tiêu hoá trên. Có bệnh kết hợp nặng (suy tim, suy hô hấp). Bệnh nhân không hợp tác trong điều trị và theo dõi nghiên cứu. Tiền lượng thời gian sống thêm < 1 tháng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp không đối chứng, tiến cứu mô tả, theo dõi dọc.

***Phương tiện nghiên cứu:** Máy nội soi tá tràng nhìn bên Olympus-CV 180, C-arm. Stent đường mật kim loại và nhựa. Các dụng cụ nội soi can thiệp khác. Vô cảm: Mê nội khí quản hoặc mê tĩnh mạch

***Quy trình đặt stent dẫn lưu đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng:** Luồn catheter và dây dẫn vào đường mật qua nhú Vater. Bơm thuốc cản quang và chụp đường mật: xác định tổn thương và lựa chọn stent phù hợp. Đặt stent vào đường mật. Chụp kiểm tra sự lưu thông qua stent và vị trí của stent.

***Đánh giá kết quả:** Đánh giá kết quả sau 1 tháng về kỹ thuật: tỷ lệ thành công và thất bại, tai biến biến chứng và các đặc điểm khác. Đánh giá hiệu quả điều trị: cải thiện triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sau can thiệp. Dẫn lưu có hiệu quả khi nồng độ Bilirubin toàn phần trong huyết thanh giảm >25% so với trước khi đặt stent. Chất lượng sống được tính theo thang điểm SF- 36 của tổ chức y tế thế giới hoặc điểm ECOG.

***Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 20.0

***Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng y đức bệnh viện TQĐ 108 cho phép.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng chính ở nhóm bệnh nhân trước khi đặt stent

Đặc điểm lâm sàng	Số bệnh nhân (n=32)	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	63,4 + 12,9	
Nam	24	75
Nữ	8	25
Nguyên nhân gây tắc mật		
Ung thư đường mật	14	43,8
Ung thư tụy	9	28,1
Ung thư gan	4	12,5
Ung thư túi mật	1	3,1
Khác	4	12,5
Vị trí tắc mật: Vùng rốn gan (cao)	20	62,5
Thấp	12	37,5
Giai đoạn ung thư (TMN): II	2	6,2
III	16	50,0
IV	14	43,7

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân lớn tuổi, triệu chứng tắc mật rõ, ung thư giai đoạn muộn, tình trạng toàn thân kém, tắc mật vùng rốn gan nhiều hơn.

Bảng 3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân trước khi đặt stent

Các chỉ số XN máu	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Bilirubin TP(μmol/l)	43,0	500,7	277,2 + 113,9
BilirubinTT (μmol/l)	20,0	288,0	151,9 + 69,0
AST (U/l)	34,0	345,0	109,5 + 60,1
ALT (U/l)	8,0	241,0	84,9 + 60,1
GGT (U/l)	113,0	1162,0	553,8 + 407,3
Protid TP (g/l)	52,0	82,0	68,3 + 7,5
Albumin (g/l)	19,0	43,0	33,7 + 6,1
Hemoglobin(g/l)	49,0	149	119,8 + 21,5

Nhận xét: xét nghiệm cho thấy chủ yếu tình trạng tắc mật, tăng men gan, giảm albumin, thiếu máu nhẹ.

3.2. Kỹ thuật đặt stent đường mật qua NSMTND

Bảng 3.3. Một số đặc điểm kỹ thuật đặt stent đường mật

Kỹ thuật đặt stent	Số lượng BN(n=32)	Tỷ lệ %
Đặt stent thành công về kỹ thuật	25/32	78,1
Loại stent: Kim loại	19	76
Nhựa	6	24
Vị trí của stent: Trên nhú Vater	13	52
Dưới nhú Vater	12	48
Số stent/BN: 1 stent	24	96
2 stent	1	4
Đặt stent thất bại		
- Không đưa được dụng cụ qua nhú Vater	6	18,7
- Không đưa được dây dẫn qua vị trí tắc	1	3,1

Nhận xét: Có 78,1% số bệnh nhân được đặt stent thành công, trong đó có 1 bệnh nhân được đặt 2 stent

3.3. Hiệu quả sau khi đặt stent

Bảng 3.4. Biến đổi lâm sàng sau 01 tháng

Đặc điểm lâm sàng	Trước đặt stent		Sau đặt stent 01 tháng	
	Số BN(n=25)	Tỷ lệ %	Số BN(n=25)	Tỷ lệ %
Đau HSP	22	88,0	7	28,0
Chán ăn	24	96,0	4	16,0
Cân nặng: Sụt cân	24	96,0	0	0
Tăng cân	0	0,0	6	24,0
Không thay đổi	1	4,0	19	76,0
Vàng da vàng mắt	26	100	Khỏi : 11 Đỡ: 10 Không: 6	44,0 40,0 24,0
Ngứa	16	64,0	5	20
Viêm đường mật	3		0	0
Tình trạng lâm sàng: Cải thiện			22	88,0
Không cải thiện			3	12,0
ECOG: 0-1	2	8,0	6	24,0
2	16	64,0	17	68,0
3	7	28,0	2	8,0
Cải thiện chất lượng sống theo thang điểm SF - 36			Có: 17 Không: 8	68,0 32,0

Nhận xét: đa số bệnh nhân có cải thiện tình trạng lâm sàng sau khi đặt stent

Bảng 3.5. Biến đổi cận lâm sàng sau 01 tháng

Chỉ số XN (Giá trị trung bình)	Trước đặt stent (n=25)	Sau 01 tháng (n=25)	P
Bilirubin TP	264,6 + 121,9	49,1 + 38,0	< 0,0001
Mức giảm Bili TP: Giảm > 75%		19/25 BN (76%)	
Giảm > 50%		24/24 BN (96%)	
Không giảm		1/25 BN(4%)	
AST	94,0 + 37,0	72,8 + 119,1	0,35
ALT	75,5 + 47,5	47,1 + 51,2	0,001
GGT	539,2 + 411,5	314,5 + 327,6	0,52
Protein TP	68,9 + 7,0	76,2 + 7,5	< 0,0001
Albumin	34,4 + 4,9	35,8 + 5,2	0,22
Prothrombin	86,8 + 23,2	92,1 + 17,6	0,197
Hemoglobin	121,7 + 18,3	120,9 + 14,0	0,73
Giãn đường mật - Không giãn	25/25 BN	14/25 (56%)	
- Giãn nhẹ, giảm		11/25 (44%)	
- Không thay đổi		0 (0%)	

Nhận xét: Bilirubin, ALT trong huyết thanh giảm rõ sau đặt stent đường mật. 24/25 BN (96%) bilirubin toàn phần trong huyết thanh giảm trên 50% so với trước khi đặt stent. Sau 1 tháng có tới 56% không còn giãn đường mật.

3.4. Biến chứng

Bảng 3.6. Các biến chứng sớm

Biến chứng	Số lượng (n=32)	Tỷ lệ %
Nhiễm khuẩn đường mật	5	15,6
Viêm tụy cấp	2	6,2
Nhiễm khuẩn huyết	2	6,2
Viêm túi mật	1	3,1
Tử vong trong vòng 30 ngày	1	3,1
Dịch chuyển stent	1	3,1

Nhận xét: Biến chứng hay gặp nhất là nhiễm khuẩn và viêm tụy cấp

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu, lựa chọn và chỉ định đặt stent đường mật qua NSMTND: Tất cả các bệnh nhân đều không còn chỉ định phẫu thuật triệt căn. Mục đích chính khi chỉ định dẫn lưu đường mật là điều trị giảm nhẹ. Các nguyên nhân tắc mật trong nghiên cứu chủ yếu là ung thư đường mật và ung thư tụy, chiếm 71,9%. Ung thư tụy gây tắc mật chủ yếu là ung thư đầu tụy, tất cả các trường hợp đều tắc mật thấp.

4.2. Một số đặc điểm về kỹ thuật đặt stent đường mật qua NSMTND: Tiếp cận và đưa dụng cụ vào đường mật qua nhú Vater là bước nhiều khó khăn nhất khi tiến hành kỹ thuật và có nguy cơ biến chứng cao, đây cũng là một điểm bất lợi của NSMTND so với các phương pháp khác. Khi tiếp cận vào đường mật quá khó khăn có thể làm lại sau vài ngày khi tổ chức vùng nhú Vater bớt viêm phù nề.

Vị trí của stent là một điểm quan trọng, để bảo đảm hiệu quả dẫn lưu và tránh u phát triển trùm lên hai đầu stent gây tắc, stent cần đủ chiều dài và đặt qua vị trí tổn thương gây tắc.

4.3. Hiệu quả điều trị sau khi đặt stent: Hiệu quả dẫn lưu sau đặt stent thấy rõ ở 24/25(96%) các trường hợp với nồng độ bilirubin toàn phần trong huyết thanh giảm > 50 so với trước khi đặt stent; Có tới 19/25 (76%) trường hợp giảm bilirubin >75%. Ngoài ra còn đánh giá tình trạng giãn giãn đường mật phía trên stent.

4.4. Các biến chứng sớm trong và sau khi đặt stent: Các biến chứng chúng tôi gặp là nhiễm khuẩn đường mật và nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ tương ứng là 15,6% và 6,2%. Bệnh nhân tắc mật do ung thư thường có tổn thương đường mật phức tạp hơn so với tắc mật do bệnh lành tính và sỏi mật, cơ địa chung của bệnh nhân yếu hơn và thời gian mắc bệnh thường kéo dài là những yếu tố nguy cơ có thể khiến tỷ lệ nhiễm khuẩn đường mật khá cao, ngay cả khi stent

dẫn lưu tốt. Viêm tụy cấp chúng tôi gặp 02 trường hợp chiếm 6,2%, các biến chứng khác ít gặp.

4.5. So sánh với các tác giả khác trong và ngoài nước: Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nhiều tác nước ngoài. Võ Xuân Quang có tỷ lệ biến chứng là 6,25%; tỷ lệ thành công là 60,4% thấp hơn so với chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thành công về kỹ thuật đặt stent đường mật qua NSMTND là 25/32 (78,1%). Dẫn lưu đạt hiệu quả ở 24/25 (96%) với mức giảm bilirubin toàn phần trong huyết thanh > 50% so với trước khi đặt. Tình trạng lâm sàng cải thiện ở 22/25 (88%) BN. Chất lượng sống có cải thiện ở 17/25 BN (68%). Các biến thường gặp là nhiễm khuẩn đường mật, viêm tụy cấp, nhiễm khuẩn huyết với các tỷ lệ tương ứng là 15,6%; 6,2% và 6,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mai Hồng Bằng (2010), "Hoàn thiện quy trình kỹ thuật nội soi mật tụy ngược dòng trong chẩn đoán và điều trị lấy sỏi, giun ống mật chủ", *Báo cáo tổng kết đề tài cấp Bộ Quốc Phòng, Mã số: 516/2008/HD-DT*.
2. Phạm Thị Bình, Nguyễn Khánh Trạch, Kiều Văn Tuấn, và CS (2003), "Nhận xét kết quả bước đầu đặt stent đường mật qua nội soi trong hội chứng vàng da tắc mật", *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học- Hội nghị Khoa học Tiêu hoá Việt Nam lần thứ 9*, tr 45-48.
3. Võ Xuân Quang (2005), "Vai trò của đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong tắc mật". Luận án tiến sỹ Y học.
4. Carole R. Flamm, MD, David H. Mark, MD, (2002) "Evidence-based assessment of ERCP approaches to managing pancreaticobiliary malignancies", *Astrointestinal Endoscopy*, 56 (6), pp. 218-33.
5. Dumonceau JM., A. Trilgali, J Deviere, D. Heresbach, (2011), "Biliary stenting, choice of stents and results, European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) clinical guideline", *Endoscopy*, 44, pp. 277-98.
6. Jin Hong Kim (2011), "Endoscopic stent placement in the palliation of malignant biliary obstruction", *Clinical Endoscopy*;44:76-86

TÌNH TRẠNG NHIỄM ĐỘC CHÌ VÀ SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA TRẺ EM

Nguyễn Đức Sơn*, Nguyễn Thu Hà*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 235 trẻ em tại làng nghề tái chế chì từ 0-18 tuổi. Trong đó, trẻ > 6 tuổi chiếm tỷ lệ 51,5%. Các trẻ em được xét nghiệm chì máu và khám sức khỏe tâm thần (sử dụng Test Denver II cho trẻ < 6 tuổi và Test Raven cho trẻ ≥ 6 tuổi). Kết quả nghiên cứu cho thấy: 31,1% trẻ có chì máu ở mức ≤10µg/dL và 68,9% trẻ có chì máu ở mức >10µg/dL (từ 10-44,9µg/dL). Nhóm trẻ ≤6 tuổi có chì máu là 18,2±9,3µg/dL, cao hơn so với chì máu ở nhóm >6 tuổi (14,3±7,0µg/dL) ở mức có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$); 16,6% trẻ có các biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần, trong đó: 2,6% chậm phát triển nhẹ, 5,5% nghi ngờ chậm phát triển nhẹ, 5,1% gặp khó khăn trong học tập, 2,1% tăng động, giảm chú ý, 1,3% chậm phát triển ngôn ngữ. Tỷ lệ trẻ (19,1%) có biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần với mức chì máu >10µg/dL có xu hướng cao hơn tỷ lệ trẻ (11,0%) có biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần với mức chì máu ≤ 10µg/dL ($p>0,05$). Các tác giả khuyến nghị cần phát hiện sớm các biểu hiện nhiễm độc chì và sự bất thường về sức khỏe tâm thần của trẻ có phơi nhiễm với chì để có các giải pháp can thiệp sớm và phù hợp nếu cần thiết.

Từ khóa: Nhiễm độc chì, sức khỏe tâm thần, trẻ em

SUMMARY

LEAD POISONING AND MENTAL HEALTH OF CHILDREN

The study was conducted on 235 children of a lead recycling village from 0-18 years of age, the rate of children over 6 years old is 51.5%. The children was examined by blood lead level and mental health (using Denver II Test for children <6 years old and younger, Raven Test for ≥ 6 years old). The results showed that: 73/235 children had blood lead at ≤10µg/dL - 31.1% and young 162/235 (68.9%) had blood lead >10µg/dL (from 10-44,9µg/dL). ≤6 young age group with blood lead levels of 9.3±18.2 g/dL higher than that among children in group > 6 years of age (14.3±7.0 µg/dL) with statistically significant ($p<0.05$). 196 children (83.4%) had a normal of mental health. The proportion of children with abnormal manifestations of mental health is 16.6% (39/235 children). Including 6/235 children (2.6%) of mentally deficient; 13/235 children (5.5%) suspected mentally deficient; 12/235 children (5.1%) with difficulty in learning; 5/235 children (2.1%) should be monitored hyperactivity; 3/235 children (1.3%) delayed pronouncement. The proportion of children with abnormal mental health with blood lead levels >10µg/dL was 19.1%; tend to have a higher

proportion of children blood lead levels ≤10µg/dL (11.0%); however the difference was not statistically significant ($p>0.05$). The authors recommended that it's necessary to detect early symptoms of lead poisoning and abnormal mental health in exposure lead children in order to have appropriate early intervention if necessary.

Keywords: Lead poisoning, mental health, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phơi nhiễm chì là vấn đề rất được quan tâm ở Việt Nam. Chì được sử dụng rộng rãi trong công nghiệp, khai khoáng, luyện kim, sản xuất ắc quy.... Chì gây tác hại đối với các cơ quan khác nhau của cơ thể: hệ thần kinh, tim mạch, hô hấp, tiêu hóa, nội tiết và sức khỏe tâm thần.

Chì xâm nhập vào cơ thể qua tiêu hoá, hô hấp, qua da. Sự phân bố chì trong cơ thể không đồng đều. Sau khi được hấp thu vào máu chì được vận chuyển tới các mô và tích lũy với hàm lượng cao như xương, răng, gan, phổi, thận, não, lách. Chỉ 20 giờ sau khi xâm nhập vào cơ thể, 70 - 90% lượng chì được tích lũy vào xương, xương là kho dự trữ và từ các kho tích lũy này, chì có thể bài tiết ngược vào máu. Thời gian bán hủy của chì trong các mô mềm là 40 ngày, trong xương 20-30 năm. Gần đây ô nhiễm chì ngày càng trở nên phức tạp, thường xảy ra ở các nghề tái chế chì gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng dân cư, nhất là đối với trẻ em. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mục tiêu nghiên cứu:* Xác định tình trạng nhiễm độc chì ở trẻ tại một làng nghề tái chế chì. Mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần của trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 235 trẻ sống tại một xã thuộc làng nghề tái chế chì

2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- *Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu*
+ Xét nghiệm chì máu: bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử kỹ thuật lò Graphit (thường quy kỹ thuật Viện Y học lao động và Vệ sinh môi trường)

+ Sử dụng các test tâm lý đánh giá sự phát triển của trẻ về sức khỏe tâm thần:

Test Denver II: Sử dụng cho trẻ < 6 tuổi

Test Raven: Sử dụng cho trẻ ≥ 6 tuổi

- *Nhập và xử lý số liệu:* Số liệu sẽ được nhập, xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS. 20

- *Đạo đức trong nghiên cứu:* Tuân thủ đầy đủ các quy định về vấn đề y đức trong nghiên cứu.

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Sơn

Email: ducson199@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 17.4.2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố trẻ theo nhóm tuổi

TT	Nhóm tuổi	n	%
1	Dưới 1 tuổi	8	3,4
2	Từ 1 đến 2 tuổi	58	24,7
3	Từ 3-5 tuổi	48	20,4
4	Từ 6 – 18 tuổi	121	51,5
	Tổng	235	100

Tổng số 235 trẻ của một làng nghề tái chế chì được xét nghiệm chì máu và khám sức khỏe tâm thần; trong đó phần lớn là trẻ trên 6 tuổi (51,5%). Trẻ từ 3-5 tuổi chiếm 20,4%. Có 24,7% trẻ từ 1-2 tuổi và trẻ dưới 1 tuổi chiếm 3,4%.

Bảng 2. Phân bố trẻ theo giới tính

TT	Giới	n	%
1	Nam	129	54,9
2	Nữ	106	45,1
	Tổng	235	100

Số trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ (54,9% so với 45,1%).

2. Tình trạng nhiễm độc chì của trẻ

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm chì máu của trẻ

TT	Mức độ chì máu ($\mu\text{g}/\text{dL}$)	n	%
1	Mức $>10\mu\text{g}/\text{dL}$		
	20-44,9	63	26,8
	15-19,9	47	20,0

Bảng 4. Tuổi và Mức độ chì máu ở trẻ

TT	Mức độ chì máu ($\mu\text{g}/\text{dL}$)	n	%
	10,1-14,9	52	22,1
2	Mức $\leq 10\mu\text{g}/\text{dL}$		
	5-10	53	22,6
	<5	20	8,5
	Tổng	235	100

Kết quả xét nghiệm chì máu cho thấy: Có 73/235 trẻ có kết quả xét nghiệm chì máu ở mức $\leq 10\mu\text{g}/\text{dL}$ - chiếm 31,1% và 162/235 trẻ (68,9%) có chì máu $>10\mu\text{g}/\text{dL}$ (từ 10-44,9 $\mu\text{g}/\text{dL}$).

Bảng 5. Giới và Mức độ chì máu ở trẻ

TT	Nhóm tuổi	n	Mức độ chì máu $\mu\text{g}/\text{dL}$	p
1	Tuổi ≤ 6	113	$18,2 \pm 9,3$	$<0,05$
2	Tuổi >6	118	$14,3 \pm 7,0$	

Nhóm trẻ ≤ 6 tuổi có mức độ chì máu là $18,2 \pm 9,3 \mu\text{g}/\text{dL}$, cao hơn so với mức độ chì máu của trẻ ở nhóm >6 tuổi ($14,3 \pm 7,0 \mu\text{g}/\text{dL}$) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Giới và Mức độ chì máu ở trẻ

TT	Nhóm tuổi	n	Mức độ chì máu $\mu\text{g}/\text{dL}$	p
1	Nam	128	$15,9 \pm 8,0$	$>0,05$
2	Nữ	103	$16,6 \pm 9,0$	

Không thấy có sự khác biệt về mức độ chì máu giữa trẻ nam và trẻ nữ.

3. Thực trạng sức khỏe tâm thần của trẻ

Bảng 7. Các biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần

TT	Kết quả khám sức khỏe tâm thần	n	%
1	Sự phát triển của trẻ bình thường về sức khỏe tâm thần	196	83,4
2	Sự phát triển của trẻ không bình thường về sức khỏe tâm thần	39	16,6
	Tổng	235	100

Kết quả khám cho thấy: 196 trẻ (83,4%) có sự phát triển bình thường về sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ trẻ có các biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần là 16,6% (39/235 trẻ).

Bảng 8. Tuổi và sức khỏe tâm thần của trẻ

TT	Các biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần	Số trẻ có biểu hiện không bình thường	Tỷ lệ (%)
1	Chậm phát triển nhẹ	6	2,6
2	Nghỉ ngơi chậm phát triển nhẹ	13	5,5
3	Khó khăn trong học tập	12	5,1
4	Có biểu hiện tăng động, giảm chú ý	5	2,1
5	Chậm phát triển ngôn ngữ	3	1,3
	Tổng	39	16,6

Tỷ lệ các trẻ có các biểu hiện về sức khỏe tâm thần như sau:

- Có 6 trẻ chậm phát triển nhẹ (2,6% tính trên tổng số trẻ được khám)
- Có 13 trẻ nghỉ ngơi chậm phát triển nhẹ (5,5% tính trên tổng số trẻ được khám)
- Có 12 trẻ gặp khó khăn trong học tập (5,1% tính trên tổng số trẻ được khám)
- Có 5 trẻ cần theo dõi tăng động, giảm chú ý (2,1% tính trên tổng số trẻ được khám)
- Có 3 trẻ chậm phát triển ngôn ngữ (1,3% tính trên tổng số trẻ được khám)

Bảng 9. Tuổi và sức khỏe tâm thần của trẻ

TT	Nhóm tuổi	Kết quả khám chuyên khoa tâm thần				p
		Không bình thường		Bình thường		
		n	%	n	%	
1	Dưới 1 tuổi	1	12,5	7	87,5	>0,05
2	Từ 1 đến 2 tuổi	7	12,1	51	87,9	

TT	Nhóm tuổi	Kết quả khám chuyên khoa tâm thần				p
		Không bình thường		Bình thường		
		n	%	n	%	
3	Từ 3-5 tuổi	10	20,8	38	79,2	
4	Từ 6 – 18 tuổi	21	17,4	100	82,6	
	Tổng	39	16,6	196	83,4	

Không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ trẻ có biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần giữa các nhóm tuổi: Từ 1 đến 2 tuổi (trẻ mầm non), từ 3-5 tuổi (trẻ mẫu giáo) và từ 6 – 18 tuổi (học sinh) ($p>0,05$).

Bảng 9. Giới và sức khỏe tâm thần của trẻ

TT	Sức khỏe tâm thần của trẻ	Giới tính				p
		Nam		Nữ		
		n	%	n	%	
1	Không bình thường	25	19,4	14	13,2	>0,05
2	Bình thường	104	80,6	92	86,8	
	Tổng	129	100	106	100	

Tỷ lệ trẻ nam có biểu hiện không bình thường qua khám lâm sàng tâm thần nhi là 19,4% và trẻ nữ là 13,2%. Không thấy có sự khác biệt giữa trẻ nam và trẻ nữ về biểu hiện không bình thường qua khám sức khỏe tâm thần ($p>0,05$).

4. Nhiễm độc chì và sức khỏe tâm thần của trẻ

Bảng 10. Sức khỏe tâm thần của trẻ và mức độ nhiễm độc chì máu

TT	Sức khỏe tâm thần của trẻ	Mức độ chì máu				p
		> 10 µg /dL		≤ 10 µg /dL		
		n	%	n	%	
1	Không bình thường	31	19,1	8	11,0	>0,05
2	Bình thường	131	80,9	65	89,0	
	Tổng	162	100	73	100	

Tỷ lệ trẻ có biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần có mức chì máu >10µg /dL là 19,1%; có xu hướng cao hơn tỷ lệ trẻ có mức chì máu ≤ 10 µg /dL (11,0%); tuy vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Trong 39 trẻ có biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần, xét nghiệm chì máu cho thấy:

- Mức ≤10µg /dL: có 8 trẻ, trong đó
+ Dưới 5µg /dL: có 2/39 trẻ (5,1%)
+ Từ 5-10µg /dL: có 6/39 trẻ (15,4%)
- Mức >10µg /dL: có 31 trẻ, trong đó
+ Từ 10,1-14,9µg /dL: có 11/39 trẻ (28,2%)
+ Từ 15-19,9µg /dL: có 10/39 trẻ (25,6%)
+ Từ 20-44,9µg /dL: có 10/39 trẻ (25,6%)

Bảng 11. Mức độ chì máu và thiếu máu ở trẻ

TT	Mức độ chì máu (µg /dL)	Xét nghiệm máu				p
		Thiếu máu		Không thiếu máu		
		n	%	n	%	
1	Mức >10µg /dL	85	69,7	77	68,1	>0,05
2	Mức ≤10µg /dL	37	30,3	36	31,9	
	Tổng	122	100	113	100	

IV. BÀN LUẬN

Tổng số 235 trẻ của một làng nghề tái chế chì được xét nghiệm chì máu và khám sức khỏe tâm thần; trong đó phần lớn là trẻ trên 6 tuổi (51,5%). Trẻ từ 3-5 tuổi chiếm 20,4%. Có 24,7% trẻ từ 1-2 tuổi và trẻ dưới 1 tuổi chiếm 3,4%. Số trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ (54,9% so với 45,1%).

Kết quả xét nghiệm chì máu cho thấy: Có 73/235 trẻ có kết quả xét nghiệm chì máu ở mức ≤10µg/dL - chiếm 31,1% và 162/235 trẻ (68,9%) có chì máu >10µg/dL (từ 10-44,9µg/dL). Nhóm trẻ ≤6 tuổi có mức độ chì máu là 18,2±9,3 µg/dL, cao hơn so với mức độ

chì máu của trẻ ở nhóm >6 tuổi (14,3±7,0µg/dL) có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Kết quả khám cho thấy: 196 trẻ (83,4%) có sự phát triển bình thường về sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ trẻ có các biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần là 16,6% (39/235 trẻ); trong đó có 6/235 trẻ (2,6%) chậm phát triển nhẹ, 13/235 trẻ (5,5%) nghi ngờ chậm phát triển nhẹ, 12/235 trẻ (5,1%) gặp khó khăn trong học tập, 5/235 trẻ (2,1%) cần theo dõi tăng động, giảm chú ý, 3/235 trẻ (1,3%) chậm phát triển ngôn ngữ. Tỷ lệ trẻ nam có biểu hiện không bình thường là 19,4% và trẻ nữ là 13,2%. Không thấy có sự khác biệt giữa trẻ nam và trẻ nữ về biểu

hiện không bình thường qua khám sức khỏe tâm thần ($p > 0,05$). Tỷ lệ trẻ có biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần có mức chì máu $> 10 \mu\text{g/dL}$ là 19,1%; có xu hướng cao hơn tỷ lệ trẻ có mức chì máu $\leq 10 \mu\text{g/dL}$ (11,0%); tuy vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nghiên cứu của Bellinger DC (1992) [1] cho thấy: Những tác động của mức độ tiếp xúc với chì thấp với khả năng nhận thức và học tập của trẻ em ở độ tuổi đi học là không chắc chắn. Test thần kinh tâm lý đã được thực hiện ở trẻ 10 tuổi trên 148 trẻ em có tiếp xúc với chì và chức năng nhận thức đã được đánh giá trước đây ở độ tuổi 6, 12, 18, 24, và 57 tháng. Sử dụng test Wechsler sửa đổi (Wechsler Intelligence Scale cho trẻ em-sửa đổi - Wisc-R) và test Kaufman kiểm tra thành tựu giáo dục (K-TEA). Mức độ chì máu cao hơn ở 24 tháng tuổi, nhưng không ở các độ tuổi khác, có liên quan đáng kể với sự giảm điểm số cả hai test Wisc-R và K-TEA sau khi điều chỉnh yếu tố gây nhiễu. Trên phạm vi khoảng 0-25mg/dL, một (10mg/dL) tăng 0,48-mumol/L trong máu dẫn vào 24 tháng có liên quan đến giảm 5,8 điểm Wisc-R chỉ số IQ (95% khoảng tin cậy: 1,7-9,9, $p = 0,007$) và giảm 8,9 điểm trong test K-TEA (KTC 95%: 4,2-13,6, $p = 0,0003$). Có nghĩa là nồng độ chì máu ở 24 tháng tuổi là 0,31 $\mu\text{g/L}$ (6,5mg/dL; SD: 4,9, độ tin cậy 90%: 12,5). Nồng độ chì máu cao ở 24 tháng tuổi có liên quan đến giảm khả năng nhận thức và học tập ở 10 tuổi.

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá những ảnh hưởng của nồng độ chì máu trên trí thông minh phi ngôn ngữ Andes trong trẻ em tiếp xúc với môi trường có chì mãn tính. Tác giả sử dụng test Raven màu như một thử nghiệm trí thông minh phi ngôn ngữ. Nghiên cứu này thực hiện trên 188 trẻ em thường xuyên tiếp xúc với chì (chỉ số sinh học là nồng độ chì trong máu) có độ tuổi 5,33-11,67 năm của Ecuador Andes. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức chì máu trung bình của 188 trẻ em là 29,3mg/dL (khoảng 3,5-94,3mg/dL). 47 trẻ em có nồng độ chì máu $< 10 \text{mg/dL}$ (theo phân loại của Trung Tâm Kiểm Soát và Ngừa Bệnh - CDC), trong đó 30 trẻ là bất thường về test Raven màu (ví dụ $\leq 25\%$ điểm chuẩn). Trong số 141 trẻ em với mức chì máu $\geq 10 \mu\text{g/dL}$, 97 có điểm số test Raven màu bất thường. Một phân tích hồi quy cho thấy có mối liên quan nghịch ý nghĩa thống kê ($r = -0,331$, $p < 0,0001$) giữa mức độ chì máu và điểm chuẩn test Raven màu. Chuyển đổi các tiêu chuẩn test Raven màu ra chỉ số IQ ước tính cho thấy sự giảm hai điểm gần đúng trong chỉ số IQ

cho mỗi tăng $10 \mu\text{g/dL}$ trong mức chì máu từ 10 đến $> 70 \mu\text{g/dL}$.

Cùng quan điểm với Linda H. Nie, nghiên cứu của Meeyoung O. Min (2009) [4] đã tiến hành trên 278 trẻ nội thành, chủ yếu là trẻ em Mỹ gốc Phi. Tác động của tiếp xúc với chì lần đầu sau khi sinh được đo ở trẻ lên 4 tuổi bằng chỉ số IQ của trẻ và thành tích học tập được kiểm tra khi 4, 9, và 11 tuổi. Phân tích hồi quy mỗi liên quan tuyến tính giữa ảnh hưởng của tiếp xúc với chì và IQ. Chỉ số IQ giảm đi khoảng 4,1-5,4 điểm IQ ước tính cho mỗi 10 mg/dl tăng mức độ chì trong máu ở những độ tuổi 4, 9, và 11 năm như là mức độ chì trong máu ở 4 tuổi. Giảm điểm test các bài kiểm tra phi ngôn ngữ có liên quan đến hàm lượng chì máu cao khi 4 tuổi, trong khi giảm điểm test các bài kiểm tra bằng lời nói trở nên rõ ràng chỉ ở tuổi 11. Điểm tóm tắt đọc thấp hơn khi 9 và 11 tuổi có liên quan đến tiếp xúc với chì cao hơn, trong khi giảm khả năng toán học là không rõ ràng cho đến 11 tuổi. Phân tích theo nhóm trẻ em có nồng độ chì trong máu $< 10 \text{mg/dL}$ cho thấy tác dụng bất lợi ngay cả khi ở nồng độ chì máu 5mg/dL.

V. KẾT LUẬN

Kết quả xét nghiệm chì máu: Có 73/235 trẻ có kết quả xét nghiệm chì máu ở mức $\leq 10 \mu\text{g/dL}$ - chiếm 31,1% và 162/235 trẻ (68,9%) có chì máu $> 10 \mu\text{g/dL}$ (từ 10-44,9 $\mu\text{g/dL}$). Nhóm trẻ ≤ 6 tuổi có mức độ chì máu là $18,2 \pm 9,3 \mu\text{g/dL}$, cao hơn so với mức độ chì máu của trẻ ở nhóm > 6 tuổi ($14,3 \pm 7,0 \mu\text{g/dL}$) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả khám sức khỏe tâm thần: 196 trẻ (83,4%) có sự phát triển bình thường về sức khỏe tâm thần. Tỷ lệ trẻ có các biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần là 16,6% (39/235 trẻ); trong đó có 6/235 trẻ (2,6%) chậm phát triển nhẹ, 13/235 trẻ (5,5%) nghi ngờ chậm phát triển nhẹ, 12/235 trẻ (5,1%) gặp khó khăn trong học tập, 5/235 trẻ (2,1%) cần theo dõi tăng động, giảm chú ý, 3/235 trẻ (1,3%) chậm phát triển ngôn ngữ.

Tỷ lệ trẻ có biểu hiện không bình thường về sức khỏe tâm thần có mức chì máu $> 10 \mu\text{g/dL}$ là 19,1%; có xu hướng cao hơn tỷ lệ trẻ có mức chì máu $\leq 10 \mu\text{g/dL}$ (11,0%); tuy vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ: Các tác giả khuyến nghị cần phát hiện sớm các biểu hiện nhiễm độc chì và sự bất thường về sức khỏe tâm thần của trẻ có phơi nhiễm với chì để có các giải pháp can thiệp sớm và phù hợp nếu cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bellinger DC, Stiles KM, Needleman HL (1992).** "Low-level lead exposure, intelligence and academic achievement: a long-term follow-up study", *Pediatrics*. 1992 Dec;90(6):855-61.
2. **Counter SA, Buchanan LH, Ortega F (2005).** "Neurocognitive impairment in lead-exposed children of Andean lead-glazing workers", *J Occup Environ Med*. 2005 Mar;47(3):306-12.
3. **Linda H. Nie, Robert O. Wright, David C. Bellinger et al (2011).** "Blood lead levels and cumulative blood lead index (CBLI) as predictors of late neurodevelopment in lead poisoned children", *Biomarkers*. 2011 September; 16(6): 517-524.
4. **Meeyoung O. Min, Lynn T. Singer, H. Lester Kirchner et al (2009),** "Cognitive Development and Low-Level Lead Exposure in Poly-Drug Exposed Children", *Neurotoxicol Teratol*. 2009; 31(4): 225-231.

TIÊM BOTULINUM TOXIN NHÓM A VÀO CƠ BÀNG QUANG ĐIỀU TRỊ MỘT BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TỦY SỐNG CỘ BÀNG QUANG THẦN KINH TĂNG HOẠT

Đỗ Đào Vũ*, Lương Tuấn Khanh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả niệu động học và lâm sàng của phương pháp điều trị bằng quang thần kinh tăng hoạt động có biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản, suy thận bằng tiêm BTX-A ở bệnh nhân tổn thương tủy sống. **Phương pháp nghiên cứu:** ca lâm sàng, tiêm BTX-A vào cơ bàng quang ở bệnh nhân 45 tuổi, nam giới với chứng bàng quang thần kinh tăng hoạt động có hội chứng trào ngược bàng quang niệu quản, suy thận do tổn thương tủy sống cổ không hoàn toàn C4 ASIA B. **Kết quả:** sau 1 tháng khi điều trị bằng tiêm BTX-A vào cơ bàng quang, bệnh nhân giảm tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu trên, giảm tiểu cấp, giảm rỉ tiểu, giảm giãn đài bể thận, không làm nặng thêm tình trạng suy thận. Niệu động học cho thấy, áp lực cơ bàng quang tối đa Pdet.max giảm từ 70 cmH₂O xuống 35 cmH₂O, độ giãn nở bàng quang tăng từ 15ml/cmH₂O lên 25 ml/cmH₂O, khả năng chứa của bàng quang cải thiện từ 56ml lên tới 300ml. **Kết luận:** Tiêm BTX-A vào cơ bàng quang điều trị chứng bàng quang thần kinh tăng hoạt động có biến chứng suy thận do hội chứng trào ngược ở bệnh nhân tổn thương tủy sống là phương pháp mới có hiệu quả và rất cần thiết.

Từ khóa: bàng quang thần kinh, botulinum toxin nhóm A

SUMMARY

BOTULINUM TOXIN TYPE A INJECTION INTO BLADDER TO TREAT OVERACTIVE BLADDER IN SPINAL CORD INJURED PATIENTS

Objectives: to evaluate urodynamically and clinically the effectiveness of BTX-A injection into

bladder walls of spinal cord injured patients with overactive bladder and vesicoureteral reflux. **Method:** a clinical study - injecting BTX-A into bladder walls of a 45-year-old male patient with overactive bladder, vesicoureteral reflux, renal failure II due to incomplete cervical injury (C4 ASIA B). **Result:** One month after the injection: there were reductions in the infection of upper urinary tracts, urge sensation, incontinence, and the dilatation of the upper urinary tract; the renal condition was conserved. Urodynamic result shows that maximal bladder pressure (Pdet.max) decreases from 70 cmH₂O to 35 cmH₂O, bladder compliance increases from 15ml/cmH₂O to 25 ml/cmH₂O, bladder capacity increases from 56 ml to 300 ml. **Conclusion:** Injecting BTX-A into bladder walls is a new, effective, necessary method to treat overactive bladder which may cause renal failure due to vesicoureteral reflux in spinal cord injured patients.

Key words: neurogenic bladder, botulinum toxin type A.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị ban đầu cho bệnh nhân có bàng quang thần kinh tăng hoạt động là sử dụng thông tiểu ngắt quãng phối hợp với dùng thuốc kháng cholinergic. Nếu điều trị thuốc uống không hiệu quả hoặc có nhiều tác dụng phụ không mong muốn, một phương pháp điều trị khác là tiêm BTX-A vào cơ bàng quang đã được mô tả trong y văn. Mục tiêu của tiêm BTX-A vào cơ bàng quang nhằm tăng chức năng chứa, đảm bảo áp lực giai đoạn đồ đầy thấp và loại bỏ sự co bóp tự do của cơ bàng quang hoặc ít nhất cũng tăng thể tích vào lúc xảy ra hiện tượng co bóp cơ bàng quang. Ngoài ra, chúng ta cũng có thể can thiệp ngoại khoa mở rộng bàng quang, nhưng phẫu thuật lớn lại là can thiệp xâm lấn nên đôi khi để lại một số biến chứng ngoài ý muốn. Các tác giả trên thế giới: Wyndaele, Medersbacher, Popolo, Ersoz M, Akyuz [1],[2],[4] cho rằng tiêm độc tố Botulinum toxin

* Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

nhóm A (BTX-A) vào cơ bàng quang có hiệu quả rất tốt. Có thể duy trì tình trạng không co cơ đến một năm sau một lần điều trị duy nhất. Bên cạnh đó, bệnh nhân tổn thương tủy sống bị liệt tứ chi hay hai chi thường gặp phải tình trạng tiểu không kiểm soát, và tiêm BTX-A là phương pháp đang được quan tâm để cải thiện tình trạng này. Phương pháp trên có ưu điểm là không xâm lấn, không để lại di chứng, đem lại tiện ích và hiệu quả điều trị cao cho người bệnh.

Chúng tôi báo cáo một ca bệnh có bàng quang thần kinh tăng hoạt động, bất đồng vận bàng quang cơ thắt (DSD) đã có biến chứng trào ngược bàng quang niệu quản, suy thận độ II do chấn thương cột sống cổ không hoàn toàn. Bệnh nhân đã được tiến hành tiêm BTX-A vào cơ bàng quang qua máy nội soi bàng quang.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân 45 tuổi, nam giới bị chấn thương cột sống cổ, liệt tứ chi không hoàn toàn C4 ASIA B, do tai nạn giao thông 10 tháng trước đó. Bệnh nhân có hiện tượng rỉ tiểu cấp (thang điểm VAS 10 điểm, rất phiền toái) trong khi khám lâm sàng thấy giảm cảm giác hai bên ngang mức C4, tăng phản xạ gân xương cơ tam đầu cánh tay, nhị đầu cánh tay, trâm quay, tăng phản xạ xương bánh chè và gân gót, cơ lực tay tốt hơn với bậc thứ cơ là bậc 2-4, chân yếu hơn bậc cơ thứ là bậc 1-2, cảm giác quanh hậu môn còn, cơ thắt chủ động cơ thắt hậu môn không có, phản xạ hành hang, phản xạ hậu môn, phản xạ đùi bừa

còn đáp ứng, có sử dụng đặt thông tiểu ngắt quãng không thường xuyên.

Đánh giá niệu động học trước khi điều trị (hình1), bàng quang ổn định đến khi truyền được 29ml nước muối sinh lý 0,9% với tốc độ truyền 30ml/phút thì có hiện tượng rỉ tiểu tương ứng với những cơn co bóp bàng quang không tự chủ kèm theo rỉ tiểu, trong giai đoạn đổ đầy áp lực cơ bài niệu (Pdet.max) cao nhất 70 cmH₂O, có hiện tượng DSD. Bệnh nhân đã được điều trị uống Driptan 5mg (Oxybutydine) ngày 4 viên kết hợp với đặt thông tiểu ngắt quãng.

Kết quả, không giảm tình trạng rỉ tiểu cấp, sốt cao từng đợt (5 đợt sốt cao trên 39 độ, ứ nước đài bể thận trong 8 tháng, phải nhập viện điều trị) lần gần đây nhất được điều trị tại khoa Lây Bệnh viện Bạch Mai với chẩn đoán nhiễm khuẩn máu, suy thận độ 2, sau khi điều trị hết nhiễm khuẩn máu được chuyển đến khoa thận điều trị với chẩn đoán suy thận độ II có giãn đài bể thận độ 5, ure 4,4 creatinin 141umol/l, điện giải máu bình thường, đông máu cơ bản bình thường, có chỉ định phẫu thuật mở rộng bàng quang. Bệnh nhân không đồng ý mổ và đến khám tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai. Chúng tôi tiến hành làm lại niệu động học cho thấy uống thuốc không có kết quả như mong đợi, rỉ tiểu cấp nhiều, PVR <50ml, áp lực cơ bàng quang tối đa (Pdet.max) không giảm trong giai đoạn đổ đầy. Vì vậy, chúng tôi lựa chọn và tiến hành tiêm BTX-A (Dysport 500U). Sau khi tiêm 1 tháng đánh giá lại triệu chứng lâm sàng và niệu động học.



Hình 1: Hình ảnh niệu động học trước khi tiêm BTX-A

Kỹ thuật tiêm BTX-A

- *Chuẩn bị bệnh nhân:* Giải thích cho bệnh nhân và người nhà về lợi ích của phương pháp điều trị tiêm BTX-A vào cơ bàng quang và viết cam đoan đồng ý điều trị. Bệnh nhân được điều trị và xét nghiệm không còn hiện tượng nhiễm khuẩn tiết niệu (tổng phân tích nước tiểu, cấy nước tiểu giữa dòng).

- *Chuẩn bị dụng cụ:* Máy nội soi bàng quang hãng Olympus của Nhật, ống soi bàng quang cỡ

22F. Kim tiêm chuyên dụng do Mỹ sản xuất. Dụng cụ sát khuẩn, găng tay tại chỗ, dung dịch nước muối 0,9% 1000ml (1chai), 250ml (1 chai). Thuốc Dysport 500U, 1 lọ do hãng Ipsen (Pháp sản xuất) được Bộ y tế cho phép đăng ký vào Việt Nam.

- *Tiến hành:* Bệnh nhân được nằm tư thế sản khoa trong phòng mổ, sát khuẩn tại chỗ; Sử dụng trocar 22F đưa qua niệu đạo vào bàng quang, kiểm tra bàng quang; Luồn kim tiêm vào

bàng quang. Đuổi khí bằng dụng dịch nước muối sinh lý sau đó tiến hành tiêm; Sau khi tiêm xong rút kim tiêm rửa sạch, ngâm dụng dịch Cedex 10 phút; Soi lại một lượt kiểm tra toàn bộ thành bàng quang xem có chảy máu hay không, sau đó rút trocat, sát khuẩn lại cho bệnh nhân; Thu gọn dụng cụ; Giải thích cho bệnh nhân, cho đơn thuốc kháng sinh dự phòng.

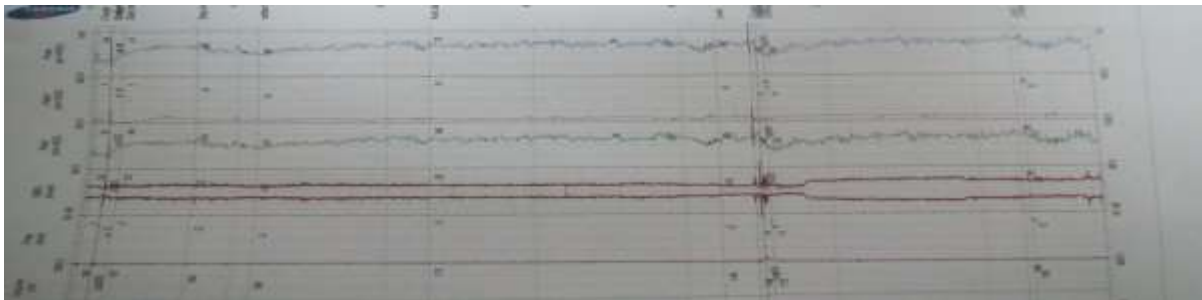
III. KẾT QUẢ

Sau khi can thiệp 1 tháng chúng tôi đánh giá lại: thể trạng bệnh nhân tốt hơn - tăng cân, ăn ngủ tốt, giảm rõ tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu (không có đợt sốt cao nào, cấy nước tiểu âm tính) tình trạng rỉ tiểu cấp giảm (VAS 3 điểm, ít ảnh hưởng), đặt thông tiểu ngắt quãng ngày 4-6 lần, tiểu tồn dư PVR 200-300ml. Công thức máu: giảm nhẹ hồng cầu, bạch cầu không tăng, siêu âm giãn nhẹ đài bể thận, X quang hệ tiết niệu có thuốc cản quang: giãn đài bể thận độ 2, sinh hóa máu: ure 5,4, creatinin 150umol/l, điện giải máu bình thường.

Đánh giá niệu động học sau khi điều trị bàng quang BTX-A (hình 2), bàng quang ổn định khi truyền với tốc độ truyền 30ml/phút trong giai đoạn đồ đầy áp lực cơ bài niệu (Pdet.max) cao

nhất 35 cmH₂O, co thắt vận niệu đạo tăng hoạt động, độ giãn nở bàng quang được cải thiện rất rõ (tăng từ 15 ml/cmH₂O đến 25 ml/cmH₂O).

Mục đích của việc tăng khả năng chứa của bàng quang, đảm bảo áp lực bàng quang khi đổ đầy thấp, độ giãn nở bàng quang cải thiện nhằm giảm mức độ trào ngược bàng quang niệu quản dẫn đến tổn thương thận hoặc ngăn chặn tình trạng trào ngược bàng quang niệu quản, điều này đã được tác giả T Suzuki và T Ushiyama, Nhật Bản [3] thông báo trong nghiên cứu của mình. Cũng theo tác giả này[3], hiện tượng trào ngược bàng quang niệu quản kết hợp với nhiễm khuẩn tiết niệu dưới thì nguy cơ tổn thương thận là rất cao, trong khi bệnh nhân tổn thương tủy sống có rối loạn tiểu tiện, tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu là không thể tránh khỏi. Vì vậy, việc điều trị dự phòng hậu quả trào ngược bàng quang niệu quản tránh biến chứng hệ tiết niệu trên là rất quan trọng, giảm kinh phí điều trị không chỉ do viêm nhiễm đài bể thận (viêm mủ) với những đợt sốt cao rét run tạo nguy cơ kháng thuốc rất lớn mà còn tránh kinh phí lớn cho điều trị biến chứng nặng nề suy thận mạn.



Hình 2: Hình ảnh niệu động học sau khi tiêm BTX-A 1 tháng

III. KẾT LUẬN

Tiêm BTX-A vào cơ bàng quang cho bệnh nhân có chứng bàng quang tăng hoạt động có kết quả tốt khi không đáp ứng với điều trị uống Oxybutydine: Tình trạng rỉ tiểu cấp giảm VAS từ 10 điểm giảm xuống 3 điểm; tần suất nhiễm khuẩn đường tiết niệu trên giảm; Mức trào ngược bàng quang niệu quản giảm độ 5 xuống độ 2; Duy trì tình trạng suy thận không nặng thêm; Phương pháp đơn giản, ít để lại biến chứng; Giảm kinh phí điều trị cho bệnh nhân. Tiêm BTX-A vào cơ bàng quang điều trị chứng bàng quang thần kinh tăng hoạt động nói chung và có biến chứng suy thận do hội chứng trào ngược nói riêng ở bệnh nhân tổn thương tủy sống là phương pháp mới có hiệu quả và rất cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ersoz M, Akyuz M.** Bladder-filling sensation in patients with spinal cord injury and the potential for sensation-dependent bladder emptying. Spinal Cord 2004 Feb; 42(2): 110-6.
2. **Madersbacher H, Died P.** Urodynamuc practice in neuro-urological patients: techniques and clinical value. Paraplegia 1984 Jun;22(3):145-56.
3. **Suzuki T and Ushiyama T.** "Vesicoureteral reflux in the early stage of spinal cord injury: a retrospective study" Department of Urology, National Rehabilitation Center for the Disabled, Tokorozawa, Japan
4. **Wyndaele JJ.** A critical review of urodynamic investigations in spinal cord injury patients. Paraplegia 1984 Jun;22(3):138-44.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH TẬT KHÚC XẠ MẮT CỦA NGƯỜI DÂN THÀNH PHỐ ĐÀ NẴNG

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Ngày nay tật khúc xạ (TKX) là một trong những nguyên nhân gây mù hàng đầu. Với sự phát triển cao về công nghệ, nhu cầu sinh hoạt cao khiến cho tỷ lệ TKX tăng lên. Đối với trẻ em trong nhà trường đã được nghiên cứu nhiều nhưng ít công trình nào nghiên cứu TKX cho toàn bộ các lứa tuổi. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này. **Mục đích:** đánh giá thực trạng và các yếu tố liên quan đến TKX người dân Đà Nẵng. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tật khúc xạ chiếm 47,9% các bệnh tật về mắt. Tật cả các lứa tuổi đều có TKX, trong đó tuổi < 20 là cao nhất. Tật cả nghề nghiệp đều có TKX và học sinh sinh viên chiếm tỷ lệ cao trong số người có TKX (57,1%). Sự khác nhau giữa các vùng địa lý không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** TKX là một lĩnh vực cần được chú trọng hơn nữa, cần đẩy mạnh công tác chăm sóc mắt học đường.

Từ khóa: Tật khúc xạ, cận thị, viễn thị, loạn thị

SUMMARY

RESEARCH OF THE SITUATION OF REFRACTIVE ERRORS OF DANANG CITY PEOPLE

Nowadays, the refractive error is one of main causes to blind. With the quick development of information technology and activities requirement, the rate of refractive error unceasingly enhanced. There were many researches of refractive error in school, but a few of the surveys launched to total of the people. Therefore, this research was conducted. **Purpose:** to evaluate the actual background of refractive error and the related factors to people's refractive errors. **Method:** cross-sectional study. **Results:** The refractive error occupied the rate of 47.9% in total eye conditions. The refractive error was recognized in all ages, the people had the highest rate are under 20 years of age. The people with any profession would be acquired the refractive error, in which school-children and students are recognized with a high rate (57.1%). The difference between the geographic areas were statistical nonsignificance. **Conclusion:** The refractive error is the field that need to be considered more and more. It is necessary to strengthen the task of scholastic eye care.

Keywords: Refractive error, myopia, hyperopia, astigmatism

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là một trong những nguyên nhân giảm thị lực (TL) xếp hàng đầu, ảnh hưởng trực tiếp đến công tác, lao động và sinh hoạt của con người. Trước đây đã có nhiều công trình nghiên cứu về TKX nhưng hầu hết tập trung vào học sinh, gọi là khúc xạ học đường. Ngày nay xu hướng cận thị viễn thị và loạn thị vẫn rất được người trưởng thành quan tâm. Trước thực tế này chúng tôi tiến hành nghiên cứu về TKX cho toàn dân thành phố Đà Nẵng nhằm có một bức tranh chung, tổng thể về TKX.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) hiện vẫn đề vẫn chưa được sự quan tâm của người dân. Hiện cứ 1/3 dân số thế giới (hơn 2 tỷ người) bị TKX, đa phần là cận thị [1], [5]. Khoảng 37 triệu người mù và 124 triệu người thị lực thấp có nguy cơ dẫn đến mù, bệnh mắt trầm trọng chiếm 1,49% dân số trong đó TKX không chỉnh kính là 1,05% [1]. Năm 2002 Hội Nhãn khoa Việt Nam đã điều tra 13.896 người ở một số tỉnh cho thấy TKX 25% trong tổng số TL kém. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm:

1. Đánh giá tình hình đặc điểm tật khúc xạ mắt trong dân thành phố Đà Nẵng.
2. Đề xuất các giải pháp giảm tỷ lệ tật khúc xạ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân thành phố Đà Nẵng, không phân biệt tuổi và giới.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Thường trú hoặc tạm trú dài hạn tại thành phố Đà Nẵng dưới sự quản lý của chính quyền địa phương trên địa bàn thành phố nằm trong các hộ gia đình đã được bốc mẫu ngẫu nhiên theo danh sách chủ hộ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người không có tên trong hộ khẩu.
- Những người có tên trong hộ khẩu nhưng đang tạm trú nơi khác ngoài địa bàn Đà Nẵng hoặc đang được điều trị nội trú ở bệnh viện lâu hơn thời gian lịch điều tra.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: 06 tháng, từ tháng 10/2008 – hết tháng 3/2009.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Dùng phương pháp mô tả cắt ngang cho nghiên cứu cộng đồng.

2.2.2. Cỡ mẫu ngẫu nhiên: Ước tính trong một nghiên cứu trước có 21,9% người mang kính vì tật khúc xạ, xác định cỡ mẫu như sau:

$$N = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot P \cdot q}{e^2}$$

N: Cỡ mẫu cần nghiên cứu cộng đồng cần cộng thêm 15%- 20% thất thoát mẫu. Chúng tôi có 1644. Dự kiến đạt 1650.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Mẫu ngẫu nhiên hệ thống dựa vào số lượng tỷ lệ với dân số các phường

2.3. Các bước tiến hành: Bốc ngẫu nhiên 30 xã/phường. Tập huấn và tiến hành điều tra theo cụm.

2.3.1. Phương tiện khám: Bảng thị lực người lớn và trẻ em. Máy đo khúc xạ tự động. Máy siêu âm mắt

2.3.2. Tiêu chuẩn đánh giá: Cận thị, Viễn thị, loạn cận, loạn viễn được xác định.

2.3.3. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 13.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm của mẫu nghiên cứu

3.1.1. Tật khúc xạ theo vùng địa lý

Bảng 1. Tật khúc xạ theo vùng địa lý

Tật khúc xạ		Vùng địa lý			TC	P
		Đồng bằng	Ven biển	Trung du – miền núi		
Bình thường	Số lượng	971	252	136	1359	
	% trong tật Khúc xạ	71.4%	18.5%	10.0%	100.0%	
	% trong vùng địa lý	82.9%	80.3%	80.0%	82.1%	
Viễn thị	Số lượng	37	9	14	60	p = 0,004
	% trong tật Viễn thị	61.7%	15.0%	23.3%	100.0%	
	% viễn/ vùng địa lý	3.2%	2.9%	8.2%	3.6%	
Cận thị	Số lượng	136	48	17	201	p = 0,185
	% trong tật Cận thị	67.7%	23.9%	8.5%	100.0%	
	% cận / vùng địa lý	11.6%	15.3%	10.0%	12.1%	
Loạn thị	Số lượng	27	5	3	35	p = 0,756
	% trong tật Loạn thị	77.1%	14.3%	8.6%	100.0%	
	% loạn/vùng địa lý	2.3%	1.6%	1.8%	2.1%	

+ **Tật cận thị:** Vùng ven biển có tỉ lệ cao nhất (15,3%), vùng đồng bằng và trung du xấp xỉ ngang nhau (11,6% và 10%). So sánh giữa "Đồng bằng" với "Ven biển": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,091$. So sánh giữa "Đồng bằng" với "Miền Núi": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,677$. So sánh "Ven biển" với "Miền Núi": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,16$. Vậy tật cận thị không có sự khác biệt giữa các vùng địa lý ($p = 0,185$)

+ **Tật viễn thị:** Vùng núi-trung du có tỉ lệ cao nhất (8,2%), vùng đồng bằng và ven biển xấp xỉ ngang nhau (3,2% và 2,9%). So sánh giữa "Đồng bằng" với "Ven biển": khác biệt không có ý nghĩa. thống kê $p = 0,864$. So sánh

giữa "Đồng bằng" với "Miền Núi": khác biệt rất có ý nghĩa thống kê $p = 0,002$. Đồng bằng có tật viễn thị cao hơn. So sánh "Ven biển" với "Miền Núi": khác biệt có ý nghĩa thống kê $p = 0,012 < 0,05$. "Miền Núi" có tật viễn thị cao hơn "Ven biển"

+ **Loạn thị:** So sánh giữa "Đồng bằng" với "Ven biển": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,491$. So sánh giữa "Đồng bằng" với "Miền Núi": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,706$. So sánh "Ven biển" với "Miền Núi": khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p = 0,886$. Tổng cộng tật khúc xạ ở các vùng không có sự khác biệt: $p = 0,238$

3.1.2. Tật khúc xạ theo nhóm tuổi

Bảng 2. Tật khúc xạ theo nhóm tuổi.

Tuổi TKX	Nhóm tuổi												TC
	0- <6	6-15	16- 20	21- 25	26- 30	31- 35	36- 40	41- 45	46-5	50- 55	56- 60	> 60	
Bình thường	113	485	191	48	41	53	76	77	65	53	38	119	1359
hoặc bệnh khác	8,3 %	35,7 %	14,1 %	3,5% %	3,0% %	3,9% %	5,6% %	5,7% %	4,8% %	3,9% %	2,8% %	8,8% %	100 %
	96, 6%	82,2 %	74,6 %	78,7 %	93,2 %	86,9 %	87,4 %	88,5 %	78,3 %	70,7 %	74,5 %	83,2 %	82,1 %

Viễn thị		0	4	2	0	0	1	1	3	8	16	9	16	60
		0%	6,7%	3,3%	0%	0%	1,7%	1.7%	5.0%	13,3 %	26,7 %	15%	26,7 %	100 %
		0%	0,7%	0,8%	0%	0%	1,6%	1.1%	3.4%	9,6%	21,3 %	17,6 %	11,2 %	3,6 %
Cận thị		0	93	59	12	2	7	6	5	6	3	3	5	201
		0%	46,3 %	29,4 %	6,0%	1%	3,5%	3.0%	2.5%	3%	1,5%	1,5%	2,5%	100 %
		0%	15,8 %	23%	19,7 %	4,5%	11,5 %	6.9%	5.7%	7,2%	4,0%	5,9%	3,5%	12,1 %
Loạn thị		4	8	4	1	1	0	4	2	4	3	1	3	35
		11,4 %	22,9 %	11,4 %	2,9%	2,9%	0%	11.4 %	5.7%	11,4 %	8,6%	2,9%	8,6%	100 %
		3,4 %	1,4%	1,6%	1,6%	2,3%	0%	4.6%	2.3%	4,8%	4,0%	2,0%	2,1%	2,1 %
TC TK X	SL	4	105	65	13	3	8	11	10	18	22	13	24	296
	TL %	3,4 %	17,8 %	25,4 %	21,3 %	6,8%	13,1 %	12,6 %	11,5 %	21,7 %	29,3 %	26,5 %	26,8 %	17,9 %
Tổng Cộng		117	590	256	61	44	61	87	87	83	75	51	143	1655
		7,1 %	35,6 %	15,5 %	3,7%	2,7%	3,7%	5.3%	5,3%	5,0%	4,5%	3,1%	8,6%	100 %
		100 %	100%	100 %	100%	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

- Tuổi có tật Cận thị cao nhất: các nhóm tuổi 6-15 có 17,8%, nhóm 16-20 có 23% và nhóm 21-25 có 19,7%. Tật cận thị ở các nhóm tuổi trên 25 xấp xỉ ngang nhau. Vậy trong tương lai tật cận thị sẽ xuất hiện ở tuổi lớn. Điều này càng chứng tỏ cận thị đã tăng lên trong 2 thập niên gần đây.

- Các nhóm tuổi lớn chủ yếu viễn thị.

3.1.3. Tật khúc xạ liên quan với nghề nghiệp

Bảng 3. Tật khúc trong các thành phần nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Tật khúc xạ												Tổng cộng		
	Bình thường hoặc bệnh khác			Viễn thị			Cận thị			Loạn thị					
	SL	TL% trong tật khúc xạ	TL% trong g nghề nghiệp	S L	TL% trong tật Viễn thị	TL% trong g nghề nghiệp	SL	TL% trong tật Cận thị	TL% trong g nghề nghiệp	S L	TL% trong tật loạn thị	TL% trong g nghề nghiệp	SL	TL% trong TKX chung	TL% trong nghề nghiệp p
Trẻ <6 tuổi	30	2.2 %	90.9 %	0	.0%	.0%	0	.0%	.0%	3	8.6%	9.1 %	33	2.0%	100.0 %
Sinh viên học sinh	768	56.5 %	81.2 %	6	10.0 %	.6%	159	79.1 %	16.8 %	13	37.1 %	1.4 %	946	57.2 %	100.0 %
Hưu trí	64	4.7 %	78.0 %	15	25.0 %	18.3 %	3	1.5%	3.7 %	0	.0%	.0%	82	5.0%	100.0 %
Công nhân	78	5.7 %	85.7 %	2	3.3%	2.2 %	8	4.0%	8.8 %	3	8.6%	3.3 %	91	5.5%	100.0 %
Nông dân	94	6.9 %	83.9 %	12	20.0 %	10.7 %	4	2.0%	3.6 %	2	5.7%	1.8 %	112	6.8%	100.0 %
Lực lượng vũ	5	.4%	83.3 %	1	1.7%	16.7 %	0	.0%	.0%	0	.0%	.0%	6	.4%	100.0 %

trang															
Trí thức	17	1.3 %	77.3 %	1	1.7%	4.5 %	4	2.0%	18.2 %	0	.0%	.0%	22	1.3%	100.0 %
Hành chính sự nghiệp	44	3.2 %	81.5 %	3	5.0%	5.6 %	5	2.5%	9.3 %	2	5.7%	3.7 %	54	3.3%	100.0 %
Y tế	12	.9%	92.3 %	0	.0%	.0%	1	.5%	7.7 %	0	.0%	.0%	13	.8%	100.0 %
Dịch vụ	94	6.9 %	82.5 %	7	11.7 %	6.1 %	7	3.5%	6.1 %	6	17.1 %	5.3 %	114	6.9%	100.0 %
Khác	153	11.3 %	84.1 %	13	21.7 %	7.1 %	10	5.0%	5.5 %	6	17.1 %	3.3 %	182	11.0 %	100.0 %
Tổng cộng	1359	100.0 %	82.1 %	60	100.0 %	3.6 %	201	100.0 %	12.1 %	35	100.0 %	2.1 %	1655	100.0 %	100.0 %

Trong tổng số có tật khúc xạ, thành phần có tật KX cao nhất là học sinh-sinh viên (57,2%), thấp nhất là lực lượng vũ trang (0,4%), các thành phần có tỉ lệ xấp xỉ ngang nhau: công nhân, nông dân, hưu trí, dịch vụ.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tật khúc xạ theo tuổi

4.1.1. Dưới 15 tuổi

Bảng 4: Tật khúc xạ dưới 15 tuổi

STT	Tác giả	Nơi NC	Năm	Tật KX (6-15 tuổi)			
				Cận thị	Viễn thị	Loạn thị	Tổng cộng
1	BVM TP HCM	TP HCM	1994	9,7%	1%		10,7%
2	TT Mắt Hà Nội	Hà Nội	1994	6,3%	0,5%		6,8%
4	Gomoua	Lào	2002	2%	0,3%		
5	R Uthai	Bangkok	2000	12,5%	61,3%		73,8%
6	David Dunaway	Mỹ	2003	59,4%	4,4%	6,9%	70,7%
7	N Q Đạt	Đà Nẵng	2009	15,8%	0,7%	2%	17,8%

Các tác giả trên đây chỉ điều tra TKX theo các nhóm tuổi 6-15. Đó là lứa tuổi cấp 1 và cấp 2, cho thấy rất khác nhau nhiều về tỉ lệ. Cao nhất là NC tại Thái Lan (73,8%), và ở Mỹ (70,7%). Có lẽ các nghiên cứu đã tập trung vào các thành phố công nghiệp. Trong khi ở Huế chỉ có 3,8%. Tuy nhiên sự giống nhau là cận thị chiếm phần lớn trong tổng số TKX chung ở lứa tuổi này.

4.1.2. Trên 15 tuổi

Bảng 5. Khúc xạ ở tuổi >15

STT	Tác giả	Nơi NC	Năm	Tật KX (>15 tuổi)			
				Cận thị	Viễn thị	Loạn thị	Tổng cộng
1	Leon Ellwein	Mỹ	2008	21,2%	3,6%	6,2%	31%
		Tây Âu	2006	25,4%	9,9%		35,3%
		Úc	2006	26,6%	11,55%		38,15%
		Ân Độ	2006	19,3%	4,7%	3,9%	26,9%
2	NQĐạt	Đà Nẵng	2009	11,4%	5,9%	2,4%	19,7%

Với lứa tuổi > 15 tuổi, Leon Ellwein đã tiến hành cuộc điều tra đa quốc gia thống kê người bị tật KX ở các Châu lục. Kết quả cho thấy, tật cận thị vẫn chiếm đa số trong 3 tật KX. Riêng nghiên cứu ở Tây Âu và nước Úc, tất cả loạn cận đều đưa vào cận, loạn viễn được xếp vào viễn thị. Tổng số tật KX các khu vực cao hơn kết quả của chúng tôi. Điều này có lẽ liên quan đến sự phát triển xã hội và sự khác nhau các chủng tộc, cần nghiên cứu sâu hơn về lĩnh vực này.

Năm 2005 theo TC YT TG có gần 1/3 dân số thế giới có tật khúc xạ, chủ yếu nằm ở các nước có nền công nghệ phát triển [7] như Mỹ và Âu Châu, Nhật Bản...

Tại Việt Nam, các nghiên cứu đều tập trung vào lứa tuổi học đường (<20 tuổi), chưa có điều tra toàn dân. Tại TP Hồ Chí Minh, tật KX ở học sinh phổ thông năm 1994 có 8,7%, năm 2004 lên đến 24,3% và gần đây 9/2008, có tỉ lệ 42,7%. Tại Hà Nội ước tính khoảng 30% học sinh phổ thông có tật khúc xạ [6]. NC của chúng

tôi: 19,8%. Có lẽ NC chúng tôi cho mọi đối tượng trong cộng đồng chứ không chỉ tập trung vào trường học để đánh giá TKX học đường.

V. KẾT LUẬN

5.1. Thách thức của ngành nhãn khoa: Xu hướng tăng nhanh về tật cận thị, một nguyên nhân gây giảm thị lực cao nhất, đặt ra thách thức mới trong chăm sóc sức khỏe học đường vì chủ yếu gặp ở lứa tuổi phổ thông cơ sở trở lên.

5.2. Mức độ tật khúc xạ trong cộng đồng: Tật khúc xạ chiếm 47,9% các bệnh tật về mắt; Tật khúc xạ có tỷ lệ quá cao trong cộng đồng: 17,5%; Sinh viên học sinh chiếm 57,2% trong số có tật khúc xạ.

KIẾN NGHỊ

- Triển khai ngay công tác khúc xạ học đường: tập huấn chuyên môn, tuyên truyền giáo dục, khám tầm soát tật khúc xạ cho lứa tuổi học sinh định kỳ 6 tháng/lần.

- Đẩy mạnh công tác tư vấn chăm sóc mắt dưới nhiều hình thức

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kỷ yếu Hội nghị Phòng chống Mù lòa và Khoa học kỹ thuật ngành nhãn khoa toàn quốc 2005-2006, *Kiểm soát các bệnh gây mù tại TP Hồ Chí Minh*, tr. 48-52, 2006.
2. **Nguyễn Quốc Đạt (1995)**, Kết quả nghiên cứu tình hình mù lòa do đục thể thủy tinh và đục bao sau tại tỉnh Quảng Nam- Đà Nẵng, Kỷ yếu Hội nghị nhãn khoa toàn quốc, tr. 24-29.
3. **Nguyễn Xuân Hiệp (2000)**, Tật khúc xạ: một nguyên nhân chính gây giảm thị lực tại Việt Nam và các nước trong khu vực, *Nội san Nhãn khoa*, số 3 năm 2000, tr. 94-96.
4. **Nguyễn Xuân Phách (1995)**, Một số phương pháp thống kê toán học dùng để đánh giá các kết quả nghiên cứu trong Y sinh được học, Tổng hội Y học Việt Nam, tr.53-57
5. **Hoàng Thị Phúc (1995)**, *Nhận xét tình hình về Mắt công nhân xăng dầu khu vực 1*, Công trình nghiên cứu khoa học toàn quốc, tr.199.
6. **Tôn Thị Kim Thanh, Nguyễn Chí Dũng (2006)**, *Đề án tổng thể về phòng chống mù lòa và chăm sóc mắt ở Việt Nam hướng tới mục tiêu thị giác năm 2020*, Kỷ yếu Hội nghị phòng chống Mù lòa toàn quốc, trang 1-16, 2006
7. **Alan N. Carlson (2004)**, *What's New in Ophthalmology*, Review of Ophthalmology, pp 21-39

NGHIÊN CỨU ĐIỀU KIỆN LAO ĐỘNG VÀ TÌNH HÌNH SỨC KHỎE CỦA CÔNG NHÂN GIÀY DA MỸ PHÒNG TIỂU CẦN HUYỆN TIỂU CẦN TỈNH TRÀ VINH NĂM 2016

Phạm Thế Hiền*, Tô Phước Vinh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Môi trường lao động ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe người lao động, gây bệnh nghề nghiệp nên đề tài nghiên cứu để có biện pháp quản lý môi trường và bảo vệ sức khỏe người lao động một cách tốt nhất. **Mục tiêu:** Đánh giá môi trường lao động, sức khỏe người lao động và bệnh nghề nghiệp tại công ty giày da Mỹ Phong Tiểu Cần tỉnh Trà Vinh. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang hồi cứu số liệu tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Trà Vinh trong năm 2016. **Kết quả:** Đánh giá điều kiện lao động và tình hình sức khỏe của công nhân giày da Mỹ Phong Tiểu Cần kết quả như sau:

1. Điều kiện lao động của Công ty giày da Mỹ Phong Tiểu Cần: Điều kiện về vi khí hậu: Mẫu đo nhiệt độ của Công ty Mỹ Phong Tiểu Cần không đạt TCVS; nhiệt độ dao động giữa các điểm đo 31,1 – 37,6°C; nhiệt độ trung bình cao nhất 35,8°C; Ánh sáng tại nhiều vị trí lao động của Công ty Mỹ Phong Tiểu

Cần không đạt TCVSCP, độ chiếu sáng không đồng đều giữa các xưởng và các vị trí đo, dao động từ 30 – 1.841 lux; Nồng độ các hơi khí độc: NH₃, Cl₂ và CO₂ ở các điểm đo hầu hết là đạt TCVSCP

2. Tình hình sức khỏe của công nhân giày da Mỹ Phong Tiểu Cần: Thể lực loại trung bình và yếu (loại III, IV) của công nhân nữ chiếm tỷ lệ cao (78,49%). Thể lực của nam công nhân chủ yếu là loại khỏe và trung bình; Mô hình bệnh tật thường gặp ở công nhân sản xuất giày da; Bệnh Tim mạch chiếm tỷ lệ 79,86%; Bệnh về răng- hàm- mặt chiếm 57,19%; bệnh về thể lực: 27,24%; bệnh về mắt thị lực: 13,70%; Tiêu hóa: 5,92%; Tai- mũi- họng: 3,55%.

Từ khóa: môi trường lao động, khám sức khỏe định kỳ, khám bệnh nghề nghiệp, bảo hộ lao động, tuyên truyền, huấn luyện, kiểm tra.

SUMMARY

RESEARCH WORKING CONDITIONS AND HEALTH SITUATION OF WORKERS OF THE STATE NEED MY PHONG SHOE TIEU CAN TRA VINH PROVINCE IN 2016

Background: Workplace environment has a lot of effects on employee health, which might cause occupational diseases. The purpose of the research is to find out the way to maintain good workplace

*Khoa Y Dự phòng, Trường Đại học Trà Vinh
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền
Email: hien_fr@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 15.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017
Ngày duyệt bài: 28.4.2017

environment and good health for the employees.

Objectives: Evaluation of working environment, employee health and occupational diseases.

Methods: Retrospective cross-sectional descriptive data at the Center for Preventive Medicine Tra Vinh Province in 2016. **Result:** Assess working conditions and health situation of workers My Phong shoe Tieu Can following results:

1. The working conditions of the My Phong shoe company Tieu: Conditions on microclimate: Sample temperature measurement of America Phong Tieu Company failed TCVS; temperatures ranging between measuring points 31.1 - 37,60C; The highest average temperature 35,80C; Light in the labor positions of the US company failed TCVSCP Phong Tieu, uneven illumination between the workshop and the measurement locations, ranging from 30-1841 lux; The concentration of toxic gas: NH₃, Cl₂ and CO₂ at the point of measurement is achieved most TCVSCP

2. The health situation of workers Tieu My Phong shoe: Physical medium and low (Class III, IV) of female workers at high percentage (78.49%). Male fitness of the workers are mostly healthy and moderate categories. Disease patterns common in footwear production workers; Cardiovascular diseases accounted for 79.86% ratio; Diseases accounted for 57.19% that- pit-face; physical illness: 27.24%; vision eye disease: 13.70%; Gastrointestinal: 5.92%; Hazard odor throat: 3.55%

Keywords: Working environment, annual examination on occupational diseases, checking for occupational diseases, personal protections, be educated, communicated and checked, prevent the occupational diseases.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong quá trình sản xuất giày da rất nhiều yếu tố độc hại phát sinh ảnh hưởng đến sức khỏe người lao động, trong đó 85% chủ yếu là nữ, đối tượng có nhiều đặc điểm về cấu trúc sinh học cũng như những yếu tố bất bình đẳng giới nên trong cùng môi trường lao động, phụ nữ và nam giới chịu những ảnh hưởng khác nhau về mức độ bệnh tật do nghề nghiệp gây ra. Thường xuyên tiếp xúc với môi trường độc hại, nhiệt độ, độ ẩm, các hơi khí độc ... và đặc điểm công việc phải đứng liên tục 8 giờ hay hơn nữa trong ca sản xuất, công việc lặp đi lặp lại nên đã có ảnh hưởng đến sức khỏe nữ lao động cần được quan tâm nghiên cứu.

Sản xuất ngành giày da tại Công ty TNHH giày da Mỹ Phong Tiểu Cần (Công ty Mỹ Phong Tiểu Cần) đã góp phần giải quyết việc làm cho người lao động, tăng GDP cho xã hội, góp phần chuyển dịch cơ cấu kinh tế của tỉnh Trà Vinh. Tuy nhiên, bên cạnh những mặt tích cực, ngành sản xuất giày da là một trong những ngành nghề được xếp loại lao động nặng nhọc độc hại. Đặc điểm sản xuất của ngành sản xuất giày da là lao

động thủ công, tập trung nhiều lao động trong cùng một diện tích nhất định, sử dụng nhiều máy móc thiết bị, môi trường lao động có nhiều yếu tố tác hại nghề nghiệp có khả năng ảnh hưởng xấu đến sức khỏe người lao động, làm việc trong môi trường không phù hợp sẽ làm suy giảm sức khỏe, tổn thương nghề nghiệp, bệnh nghề nghiệp,... giảm năng suất lao động, giảm chất lượng cuộc sống, tăng chi phí y tế, ảnh hưởng chung đến sự phát triển kinh tế - xã hội của tỉnh Trà Vinh.

Vì vậy, để có cơ sở khoa học trong việc đưa ra những kiến nghị nhằm đẩy mạnh công tác bảo vệ sức khỏe cho công nhân lao động trong các doanh nghiệp tại địa phương, chúng tôi triển khai nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu điều kiện lao động và tình hình thể lực của công nhân giày da Mỹ Phong Tiểu Cần huyện Tiểu Cần tỉnh Trà Vinh năm 2016*" với 2 mục tiêu sau: *Mô tả điều kiện lao động ở Công ty giày da Mỹ Phong Tiểu Cần; Đánh giá tình hình sức khỏe của công nhân lao động Công ty Mỹ Phong Tiểu Cần.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Toàn thể 591 công nhân của Công ty giày da Mỹ Phong Tiểu Cần.

- Các yếu tố môi trường lao động và tính chất công việc của Công ty giày da Mỹ Phong Tiểu Cần.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu số liệu tại Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh Trà Vinh trong năm 2016

2.1. Phương pháp thu thập số liệu: Cán bộ y tế phòng vẫn theo phiếu điều tra có sẵn và khám đo lường các biến số sức khỏe bệnh tật trên từng đối tượng, đặc biệt công nhân giày da; Đo đạc các yếu tố lý hóa trong môi trường lao động theo thường qui kỹ thuật và đánh giá theo tiêu chuẩn vệ sinh lao động của Bộ Y tế.

2.2. Phương tiện nghiên cứu: Các máy móc đo môi trường lao động của phòng vệ sinh lao động: Máy đo nhiệt độ, độ ẩm, tốc độ gió, ánh sáng, tiếng ồn, bụi cá nhân, hơi khí độc... Bảng câu hỏi và các máy móc phục vụ công tác khám sức khỏe.

2.3. Người thu thập thông tin: Cán bộ y tế khám sức khỏe định kỳ: các Bác sĩ chuyên khoa của các trung tâm chuyên khoa thuộc Sở Y tế: mắt, khoa da liễu, tâm thần. các bác sĩ Phòng khám sức khỏe- Trung tâm y tế dự phòng; Cán bộ đo đạc môi trường lao động: Cán bộ labo kỹ thuật y tế lao động của Trung tâm y tế dự phòng.

2.4. Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm nhập số liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng chương trình Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả đo đặc môi trường lao động:

Bảng 1. Tổng hợp kết quả đo, kiểm tra môi trường lao động của Công ty Mỹ Phong Tiểu Cần

STT	Yếu tố đo, kiểm tra	Tổng số mẫu	Số mẫu Đạt TC VSLĐ	Số mẫu Vượt TC VSLĐ
1	Nhiệt độ	548	115	433
2	Độ ẩm	548	548	00
3	Tốc độ gió	548	475	73
4	Ánh sáng	548	392	73
5	Bụi toàn phần	284	284	00
6	Tiếng ồn	424	381	43
7	Hơi khí độc			
	Khí CO ₂	35	33	02
	Khí NO ₂	35	35	00
	Khí SO ₂	22	22	00
	Khí C ₆ H ₆	03	03	00
	Khí C ₆ H ₅ CH ₃	35	34	01
	Tổng cộng	3030	2322	625

Nhận xét: Các mẫu đo nhiệt độ của Công ty Mỹ Phong Tiểu Cần không đạt TCVS; nhiệt độ dao động giữa các điểm đo 31,1 – 37,6°C; nhiệt độ trung bình cao nhất 35,8°C.

Ánh sáng tại nhiều vị trí lao động của Công ty Mỹ Phong Tiểu Cần không đạt TCVS, độ chiếu sáng không đồng đều giữa các xưởng và các vị trí đo, dao động từ 30 – 1.841 lux. Chưa có sự cải thiện rõ rệt đối với các yếu tố ánh, bụi và tiếng ồn.

2. Tình hình sức khỏe công nhân sản xuất giày da Mỹ Phong Tiểu Cần :

2.2. Kết quả khám sức khỏe định kỳ:

Bảng 2. Kết quả phân loại thể lực

Loại thể lực	Giới	Nam		Nữ		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%
Loại I		3	3,37	9	1,79	12	2,03
Loại II		33	37,08	83	16,53	116	19,63
Loại III		26	29,21	187	37,25	210	35,53
Loại IV		23	25,84	207	41,24	233	39,42
Loại V		4	4,5	16	3,19	20	3,39
Tổng cộng		89	15,06	502	84,94	591	100

Nhận xét: Thể lực loại yếu (loại IV) của công nhân nữ chiếm tỷ lệ cao (41,24 %). Thể lực của nam công nhân chủ yếu là loại khỏe và trung bình. Kết quả bảng 2 cho thấy thể lực loại yếu (loại IV) của công nhân nữ chiếm tỷ lệ (41,24%). Kết quả thể lực này tương đương với nghiên cứu của Lê Hữu Đức và CS khi *Nghiên cứu đặc điểm môi trường lao động và tình hình sức khỏe của công nhân ngành giày da tỉnh Trà Vinh năm 2014*.

Bảng 3. Kết quả phân loại sức khỏe

Loại sức khỏe	Giới	Nam		Nữ		Tổng cộng	
		n	%	n	%	n	%
Loại I		4	4,5	9	1,79	13	2,2
Loại II		21	23,6	73	14,54	94	15,9
Loại III		33	30,08	155	30,88	188	31,81
Loại IV		24	26,97	199	39,64	223	37,73
Loại V		7	7,87	66	13,15	73	12,36
Tổng cộng		89	15,06	502	84,94	591	100

Nhận xét: Sức khỏe loại 4 và 5 chiếm tỷ lệ 50,09%. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Nghiên cứu của Lê Hữu Đức và CS khi *Nghiên cứu đặc điểm môi trường lao động và tình hình sức khỏe của công nhân ngành giày da tỉnh Trà Vinh năm 2014*.

Bảng 4. Tỷ lệ các bệnh thường mắc phải qua khám sức khỏe (n = 591; nữ: 502)

TT	Tên bệnh mắc phải	Tổng số bị mắc	Tỷ lệ (%)	Số nữ CN bị mắc	Tỷ lệ (%)
1.	Tim mạch (tuần hoàn)	472	79,86	407	68,87
2.	Răng – hàm – mắt	338	57,19	288	48,73

3.	Thể lực (hệ vận động)	161	27,24	150	25,38
4.	Mắt – Thị lực	81	13,70	69	11,66
5.	Tiêu hóa	35	5,92	35	5,92
6.	Tai – mũi- họng	21	3,55	16	2,71

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh Tim mạch ở nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao nhất 79,86%, trong đó nữ mắc phải là 68,87%. Bệnh về Răng – hàm – mặt chiếm tỷ lệ 57,19%. Tỷ lệ tai mũi họng, trong đó viêm họng, viêm xoang... chỉ chiếm 3,55%. Từ bảng 4 tỷ lệ bệnh răng miệng chiếm tỷ lệ cao (57,19%), trong đó nữ mắc phải là 48,73%. Bệnh về tai mũi họng, trong đó viêm họng, viêm xoang... chiếm tỷ lệ 3,55% thấp hơn các kết quả nghiên cứu trong nước: Nghiên cứu của Nguyễn Thế Công và CS, Bệnh viêm xoang, viêm họng là 35,55%, Đặng Thị Thảo (1994) thì tỷ lệ mắc các bệnh tai, mũi, họng là 63,3%, Vương Nam Đan (1997) tỷ lệ mắc bệnh viêm xoang, viêm họng là 28,7%.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố vượt tiêu chuẩn cho phép tại nơi làm việc: Tỷ lệ mẫu đo không đạt TCCP là 20,62% và bình quân cứ mỗi lượt đo cho một cơ sở có từ 3 đến 5 mẫu không đạt TCCP. Nhóm các yếu tố không đạt tiêu chuẩn cho phép phổ biến là vi khí hậu, ánh sáng, bụi và hơi khí độc.

So với một nghiên cứu gần đây của Viện nghiên cứu khoa học kỹ thuật Bảo hộ lao động về ô nhiễm môi trường lao động trên toàn quốc và một nghiên cứu tại tỉnh Đồng nai từ năm 1998 – 2002, báo cáo của tỉnh Bình Dương trong năm 2010 thì tỷ lệ mẫu đo các yếu tố môi trường lao động không đạt tiêu chuẩn vệ sinh tại TP Hồ Chí Minh thấp hơn so với toàn quốc và các tỉnh lân cận như Bình Dương, Đồng Nai.

Tỉnh Trà Vinh hiện có khoảng 24.000 lao động đang làm việc, trong thực tế số doanh nghiệp không thực hiện đo kiểm môi trường còn rất nhiều, nhiều yếu tố nguy cơ tiềm ẩn trong môi trường lao động chưa được phát hiện. Hiện nay môi trường lao động đang bị lãng quên theo như nhận định của Hội Y học lao động và Viện Y học lao động và môi trường trong báo cáo Hội nghị Quốc tế về Y học lao động và vệ sinh môi trường lần thứ 3 tại Hà Nội năm 2008, thực chất vấn đề ô nhiễm môi trường lao động còn cao hơn gấp nhiều lần.

Tình hình sức khỏe người lao động: Từ kết quả phân loại bệnh của khám sức khỏe định kỳ, tỷ lệ mắc các bệnh Tim mạch rất cao, bệnh về hệ tuần hoàn chủ yếu là tăng huyết áp và huyết áp thấp, bệnh phụ khoa ở lao động nữ đã lập gia đình chiếm tỷ lệ 79,86%... Bệnh về Răng

– hàm – mặt chủ yếu là sâu răng và viêm nha chu chiếm 57,19%, sau đó là các bệnh về hệ tiêu hoá chủ yếu là hội chứng dạ dày...

Việc tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho người lao động cần phải được thực hiện một cách nghiêm túc và được sử dụng để phân công lao động hợp lý tránh lao động quá sức dễ xảy ra TNLD đồng thời tăng năng suất lao động, có chế độ nghỉ dưỡng đối với các trường hợp sức khỏe kém để hồi phục khả năng lao động, đơn vị phải dựa vào kết quả khám sức khỏe định kỳ, đo môi trường lao động và các tác hại để thực hiện việc khám bệnh nghề nghiệp đầy đủ theo quy định. Hiện nay nhiều doanh nghiệp chỉ khám qua loa hình thức chủ yếu đối phó với các quy định của pháp luật về lao động.

IV.KẾT LUẬN

1. Điều kiện lao động của Công ty giày da Mỹ Phong Tiểu Cần

- Điều kiện về vi khí hậu: Hầu hết các mẫu đo nhiệt độ của Công ty Mỹ Phong Tiểu Cần không đạt TCVS; nhiệt độ dao động giữa các điểm đo 31,1–37,6°C; nhiệt độ trung bình cao nhất 35,8°C.

- Ánh sáng tại nhiều vị trí lao động của Công ty Mỹ Phong Tiểu Cần không đạt TCVSCP, độ chiếu sáng không đồng đều giữa các xưởng và các vị trí đo, dao động từ 30 – 1.841lux.

- Nồng độ các hơi khí độc: NH₃, Cl₂ và CO₂ ở các điểm đo hầu hết là đạt TCVSCP

2. Tình hình thể lực của công nhân giày da Mỹ Phong Tiểu Cần

- Thể lực loại trung bình và yếu (loại III, IV) của công nhân nữ chiếm tỷ lệ cao (78,49 %). Thể lực của nam công nhân chủ yếu là loại khỏe và trung bình

- Mô hình bệnh tật thường gặp ở công nhân sản xuất giày da:

Bệnh Tim mạch chiếm tỷ lệ 79,86%; Bệnh về răng- hàm- mặt chiếm 57,19%; bệnh về thể lực: 27,24%; bệnh về mắt thị lực: 13,70%; Tiêu hóa: 5,92%;Tai- mũi- họng: 3,55%.

KIẾN NGHỊ

1. Cần có các biện pháp tiếp tục cải thiện môi trường lao động của Công ty giày da Mỹ Phong Tiểu Cần tại những nơi có tỷ lệ mẫu các yếu tố độc hại cao để đảm bảo sức khỏe cho công nhân lao động, trang bị đầy đủ và tổ chức kiểm tra, hướng dẫn việc sử dụng các phương tiện bảo vệ cá nhân đầy đủ và đảm bảo chất lượng:

gắng tay, ủng, khẩu trang chuyên dụng để làm giảm bớt sự tiếp xúc trực tiếp với các yếu tố độc hại nhằm phòng chống bệnh nghề nghiệp cho công nhân lao động.

2. Tiếp tục theo dõi những trường hợp mắc bệnh qua đợt thăm khám sức khỏe vừa qua, đặc biệt là một số bệnh có liên quan đến nghề nghiệp để có chế độ điều trị, trang bị bảo hộ cá nhân, bố trí công việc hợp lý nhằm nâng cao sức khỏe hơn nữa cho công nhân lao động tại Công ty.

3. Tổ chức các lớp học ngắn ngày cho người lao động về môi trường lao động và các bệnh tật do môi trường lao động gây ra và các biện pháp phòng chống. Đồng thời phổ biến các chế độ chính sách liên quan đến người lao động, để người lao động được biết, đặc biệt chú ý đối với lao động nữ.

4. Ngành y tế cần đẩy mạnh công tác giám sát kiểm tra thường xuyên các chỉ số môi trường lao động, tăng cường các hoạt động tuyên truyền về an toàn vệ sinh lao động và phòng chống bệnh nghề nghiệp cho người lao động và chủ sử dụng lao động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2002), 21 tiêu chuẩn vệ sinh lao động, 5 nguyên tắc và 7 thông số vệ sinh lao động.
2. Bộ Y tế (1997), Phân loại sức khỏe, bệnh tật theo Quyết định số 1613/QĐ ngày 15 tháng 8 năm 1997 của Bộ Y tế về việc Ban hành tiêu chuẩn phân loại sức khỏe để khám tuyển, khám sức khỏe định kỳ cho người lao động.
3. Nguyễn Thế Công, Nguyễn Đức Trọng (1999), Những vấn đề an toàn - về sinh lao động và chăm sóc sức khỏe người lao động trong ngành chế biến thủy sản, Tài liệu tập huấn an toàn - vệ sinh lao động ngành thủy sản, Hà Nội.
4. Lê Hữu Đức và CS khi Nghiên cứu đặc điểm môi trường lao động và tình hình sức khỏe của công nhân ngành giấy da tỉnh Trà Vinh năm 2014.
5. Vương Nam Đan (1998), Một số nhận xét về ĐKLĐ và tình trạng sức khỏe công nhân các doanh nghiệp đông lạnh Thủy sản khu vực miền Trung, Tài liệu hội thảo AT-VSLĐ và CSSK người lao động khu vực đồng bằng sông Cửu Long, Cần Thơ, Tr 134-143.
6. Đặng Thị Thảo (1995), Điều kiện làm việc và sức khỏe công nhân ngành chế biến thủy sản đông lạnh, Tạp chí bảo hộ lao động số 3 tháng 9/1995, trang 10.
7. Viện y học lao động và VSM (1988), Tâm sinh lý lao động và Ecgonomi - tập 1, Nhà xuất bản y học - Hà Nội

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MẬT ĐỘ XƯƠNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP

Đào Xuân Thành¹, Nguyễn Quốc Dũng²

TÓM TẮT

Mục đích: Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá mật độ xương của bệnh nhân viêm cột sống dính khớp và mối liên quan hệ với một số đặc điểm lâm sàng. **Phương pháp:** 50 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp có chỉ định thay khớp háng toàn phần được đo mật độ xương bằng đo hấp thụ tia X năng lượng kép. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $32,56 \pm 13,68$ tuổi. Có mối tương quan giữa mật độ xương của bệnh nhân với độ tuổi, giới tính (cả ở cột sống và khớp háng, $p < 0,05$). Mật độ xương ở khớp háng có mối tương quan đáng kể với chỉ số khối cơ thể. Không có sự tương quan giữa mật độ xương ở cột sống với chỉ số khối cơ thể, thể bệnh. **Kết luận:** Mật độ xương ban đầu là yếu tố hữu ích trong việc theo dõi loãng xương ở các bệnh nhân viêm cột sống dính khớp và có liên quan với một số đặc điểm lâm sàng.

Từ khóa: viêm cột sống dính khớp, mật độ xương, đo hấp thụ tia x năng lượng kép.

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH BONE MINERAL DENSITY IN PATIENTS WITH SPONDYLOARTHROPATHIES

Aim of the work: The aim of this work was to assess the bone mineral density (BMD) in Ankylosing Spondylitis (AS) patients and to investigate its relation with clinical parameters. **Patients and methods:** 50 patients undergoing to primary THA were retrospectively studied. Dual energy X-ray absorptiometry (DEXA) was performed for the patients as control. **Results:** Their mean age was $32,56 \pm 13,68$ years. There were significant correlations between BMD and patients' age, sex (both at spine and hip, $p < 0,05$). The BMD at the hip showed a significant correlation with BMI. There was no correlation between BMD at the spine and BMI, disease types. **Conclusion:** Baseline BMD is useful factor in predicting the BMD loss in AS patients and correlated with some clinical parameters.

Keywords: Ankylosing Spondylitis, Bone Mineral Density, Dual Energy x-ray Absorption.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) là một bệnh khớp viêm mạn tính, không rõ nguyên nhân, bệnh gặp chủ yếu nam giới trẻ tuổi. Đặc trưng cơ bản của bệnh bởi sự kết hợp giữa viêm khớp cùng chậu – cột sống, hội chứng bầm tẹn

¹Trường Ngoại Đại học Y Hà Nội,

²Khoa phẫu thuật Khớp Bv TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

(viêm các gân bám tận tại xương) và hội chứng ngoài khớp ở các mức độ khác nhau. Tổn thương cơ bản của bệnh lúc đầu là xơ teo, sau đó là canxi hóa dây chằng, bao khớp và có kèm theo viêm nội mạc các mao mạch. Hậu quả của bệnh rất nặng nề: dính khớp, dính cột sống, tạo tư thế xấu và đôi khi gãy xương. Loãng xương được coi là biến chứng của bệnh VCSDK ở giai đoạn bệnh muộn, do hạn chế vận động cột sống và các khớp vì hiện tượng cốt hoá và dính hàn khớp, dính các đĩa liên đốt và dây chằng quanh đốt sống tạo cầu xương. Từ các nghiên cứu về mật độ xương (MĐX) ở bệnh nhân VCSDK trên thế giới cho thấy hậu quả của bệnh ngày càng nặng nề như tăng tần suất gãy xương sau chấn thương nhẹ, gây các biến chứng thần kinh, các biến chứng tại cột sống, các khớp và toàn thân [1]. Nguyên nhân của loãng xương ở bệnh lý VCSDK cho đến nay vẫn còn được tiếp tục nghiên cứu. Sự mất xương ở VCSDK xảy ra từ rất sớm do nhiều yếu tố và có thể liên quan nhiều cơ chế khác nhau ở giai đoạn bệnh khác nhau. Loãng xương do giảm vận động, giảm hấp thụ calcium và phospho ở ruột, điều trị thuốc chống viêm không steroid, rối loạn hormon hoặc tình trạng viêm toàn thân hoặc khu trú. Ngày nay có nhiều giả thuyết cho rằng mất xương ở bệnh nhân VCSDK do nhiều yếu tố như là bất động, giảm hấp thụ calci và vitamin D, rối loạn hormon, sử dụng thuốc chống viêm không steroid, yếu tố di truyền và ngoài ra vai trò của cytokin viêm tại chỗ và toàn thân đã được đề cập đến. Di chứng nặng nề ở giai đoạn cuối của bệnh VCSDK lên cột sống và một số khớp ngoại vi mà chủ yếu là dính và mất khả năng vận động hai khớp háng làm hạn chế nặng nề khả năng vận động của bệnh nhân, đây là nguyên nhân gia tăng khả năng loãng xương ở các bệnh nhân

VCSDK. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan với mật độ xương của bệnh nhân VCSDK được thay khớp háng toàn phần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân VCSDK với di chứng của bệnh là viêm dính hoặc hàn khớp háng, có chỉ định thay khớp háng được điều trị nội trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3/2007 đến tháng 11/2014.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang không đối chứng, hồi cứu, chọn mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán VCSDK theo tiêu chuẩn chẩn đoán New York sửa đổi 1984. Bệnh nhân có viêm dính hoặc hàn khớp háng một hoặc cả 2 bên và có chỉ định thay khớp háng toàn phần. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, đo mật độ xương.

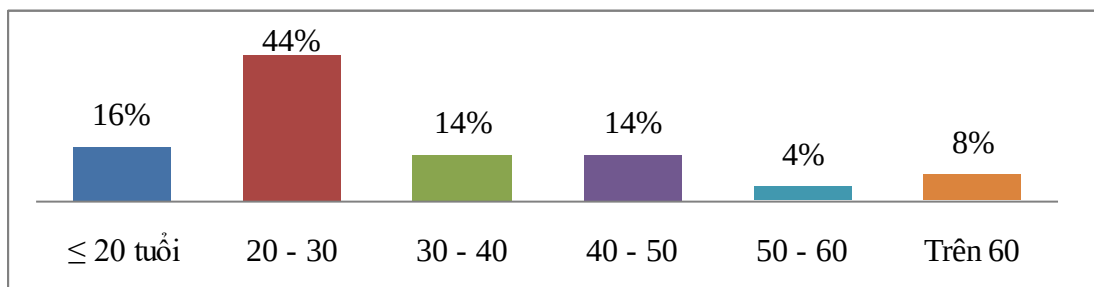
Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có đầy đủ các tiêu chuẩn trên. Bệnh nhân không tuân thủ chế độ khám định kỳ, không tái khám hoặc không liên lạc được. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ, không có kết quả đo mật độ xương.

Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, thời gian được chẩn đoán VCSDK.

Quy trình nghiên cứu

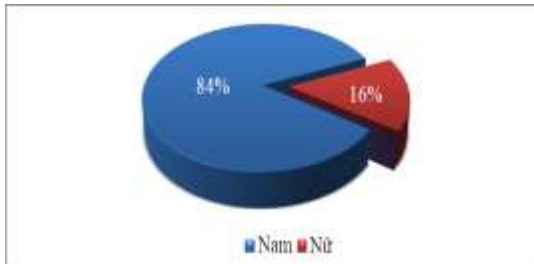
- Lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và Xquang, phân loại thể bệnh.
- Chọn lọc, xác định và đánh giá kết quả lâm sàng, cận lâm sàng quan tâm theo bệnh án mẫu. Phân tích và xử lý số liệu thu thập theo phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

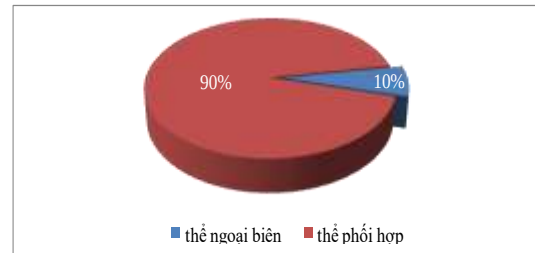


Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $32,56 \pm 13,68$; thấp nhất là 17 tuổi, cao nhất là 63 tuổi. Nhóm tuổi 20 - 30 chiếm tỷ lệ cao nhất 44%. Nhóm tuổi 20 - 60 chiếm tỷ lệ cao 76%.

**Biểu đồ 2. Phân bố bệnh nhân theo giới**

Nhận xét: Bệnh nhân nam là chủ yếu chiếm 84%, tỷ lệ nam/nữ là 5,25/ 1.

**Biểu đồ 3. Phân bố thể bệnh**

Nhận xét: Thể phổi hợp là chủ yếu chiếm 90%, thể ngoại biên chiếm 10%. Không gặp thể cột sống.

Bảng 1. Phân loại BMI

BMI	n	%	p
Thiếu cân	29	36,7	0,0001
Bình thường	43	53,2	
Thừa cân	8	10,1	
Tổng	80	100	

Nhận xét: Chỉ số khối cơ thể trung bình của bệnh nhân nghiên cứu $19,2 \pm 2,1$. Có sự khác biệt về chỉ số khối cơ thể của đối tượng nghiên cứu ($p < 0,05$)

Bảng 2. Liên quan MĐX với thể viêm cột sống dính khớp

MĐX (g/cm ²)	Thể VCSDK	Thể ngoại vi (n = 8)	Thể hỗn hợp (n = 72)	p
CSTL		$0,907 \pm 0,175$	$0,812 \pm 0,204$	> 0,05
CXĐ		$0,854 \pm 0,233$	$0,718 \pm 0,215$	

Nhận xét: MĐX trung bình ở CSTL và CXĐ của nhóm VCSDK thể ngoại vi cao hơn nhóm thể hỗn hợp, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Liên quan MĐX với nhóm tuổi

MĐX	Tuổi	≤ 20	20 - 30	30 - 50	50 - 60	≥ 60	p
CSTL		$0,682 \pm 0,129$	$0,777 \pm 0,148$	$0,878 \pm 0,197$	$1,308 \pm 0,211$	$1,104 \pm 0,251$	0,0001
CXĐ		$0,558 \pm 0,163$	$0,675 \pm 0,148$	$0,845 \pm 0,253$	$0,949 \pm 0,214$	$0,928 \pm 0,224$	0,005

Nhận xét: MĐX trung bình ở CSTL và CXĐ của bệnh nhân nghiên cứu tăng theo nhóm tuổi, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Liên quan MĐX với giới

MĐX	Giới	Nữ (n = 13)	Nam (n = 67)	p
CSTL		$0,938 \pm 0,178$	$0,802 \pm 0,201$	0,04
CXĐ		$0,874 \pm 0,242$	$0,703 \pm 0,205$	0,043

Nhận xét: Có sự khác biệt giữa MĐX trung bình tại CSTL và CXĐ giữa nam và nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Liên quan MĐX với chỉ số khối cơ thể

MĐX	BMI	< 18 (n = 29)	18 – 22,9 (n = 43)	≥ 23 (n = 8)	p
CSTL		$0,818 \pm 0,201$	$0,790 \pm 0,168$	$1,111 \pm 0,280$	0,056
CXĐ		$0,689 \pm 0,196$	$0,707 \pm 0,195$	$1,010 \pm 0,243$	0,028

Nhận xét: Sự khác biệt về MĐX trung bình tại CSTL với chỉ số khối cơ thể không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Sự khác biệt về MĐX trung bình tại CXĐ với chỉ số khối cơ thể có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Mối liên quan giữa mật độ xương và tuổi: Mật độ xương tăng và giảm tùy theo độ tuổi. Trong các yếu tố có ảnh hưởng đến MĐX, độ tuổi là yếu tố đứng hàng đầu. Trong giai đoạn dậy thì, mật độ xương tăng rất nhanh và đạt mức độ đỉnh vào độ tuổi từ 20 đến 30. Ở

người bình thường, sự mất xương liên quan đến tuổi đóng một vai trò quan trọng đối với cơ chế bệnh sinh của loãng xương. Từ 35-40 tuổi, sự mất xương sinh lý đã bắt đầu xảy ra ở cả hai giới với tốc độ từ 0,1-0,5% mỗi năm, tăng lên nhanh 1-3% mỗi năm ở nữ giới sau giai đoạn mãn kinh và kéo dài 5-10 năm sau khi ngừng hoạt động

kinh nguyệt, tuổi càng cao MĐX càng giảm ở cả hai giới.

Theo kết quả bảng 3 nghiên cứu của chúng tôi thấy mật độ xương trung bình tại cả CSTL và CXĐ tăng dần theo các nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Hatinder và cộng sự [3]. Qua biểu đồ 1 chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân VCSDK ≤ 30 tuổi chiếm 60%, tương tự với tác giả Mai Thị Minh Tâm (2008) nhóm từ 17 đến 30 tuổi là 64% [4]. Ở nhóm tuổi 20-30 tuổi là nhóm có mật độ xương đỉnh cao nhất, tuy nhiên với kết quả của chúng tôi mật độ xương trung bình tại CSTL nhóm 20-30 tuổi ($0,777 \pm 0,148$) lại thấp hơn nhóm > 30 tuổi và đặc biệt thấp hơn hẳn nhóm > 50 tuổi (1,308). Sự biến thiên MĐX theo nhóm tuổi như vậy cho thấy tại CSTL mật độ xương tăng dần theo nhóm tuổi có thể do hiện tượng cốt hoá dây chằng quanh đốt sống và sự hạn chế của phương pháp đo mật độ xương DEXA chiều sau trước. Hơn nữa, nhóm tuổi < 30 tuổi là độ tuổi lao động chính nhưng lại hạn chế vận động rất sớm như vậy do đó ảnh hưởng tới mật độ xương như chúng ta thấy rất rõ rệt. Còn các bệnh nhân nhóm > 50 tuổi do xuất hiện các triệu chứng muộn và vì vậy phát hiện bệnh muộn nên sự hạn chế vận động xảy ra chậm hơn do đó có lẽ ít ảnh hưởng đến mật độ xương hơn. Ở bệnh nhân trẻ tuổi (< 30 tuổi) có MĐX tại CXĐ thấp có thể có liên quan đến tình trạng viêm khớp háng nặng và viêm khớp cùng chậu giai đoạn 3 hoặc 4. Như vậy tuổi là một yếu tố ảnh hưởng đến MĐX tại CSTL và CXĐ ở bệnh nhân VCSDK, tuổi càng cao thì MĐX lại càng tăng.

Mối liên quan giữa mật độ xương và chỉ số khối cơ thể BMI: BMI là một yếu tố nguy cơ của loãng xương, những người có chỉ số BMI thấp thường dễ bị loãng xương hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo bảng 1 và 5, kết quả cho thấy mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng của bệnh nhân nghiên cứu cao nhất ở nhóm có BMI trên 23, tiếp đến là nhóm có BMI dưới 18 và thấp nhất ở nhóm có BMI từ 18-22,9, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Mật độ xương trung bình ở cổ xương đùi của bệnh nhân nghiên cứu tăng theo chỉ số BMI, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có nghĩa là bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể cao thì BMD trung bình tại CXĐ càng tăng.

So sánh với nhận xét của tác giả El Maghraoui A năm 1999 nghiên cứu trên 80 bệnh nhân VCSDK (52 bệnh nhân nam và 28 bệnh nhân nữ)

kết quả là bệnh nhân có loãng xương có chỉ số khối cơ thể thấp hay nói cách khác bệnh nhân VCSDK dễ dẫn tới loãng xương khi có chỉ số khối cơ thể thấp [5]. Như vậy chỉ số khối cơ thể có liên quan đến mật độ xương tại cổ xương đùi. Không thấy mối liên quan với MĐX tại CSTL.

Mối liên quan giữa mật độ xương và giới: Giới là một yếu tố nguy cơ độc lập tác động lên xương, mặc dù mất xương là hiện tượng sinh lý xuất hiện từ sau tuổi 40 ở cả hai giới, song tốc độ mất xương ở nam và nữ khác nhau. Ở tuổi 70 có tới 50% phụ nữ sau mãn kinh có biểu hiện mất xương trong khi đó nam giới chỉ có 25% có biểu hiện mất xương ở độ tuổi 80. Sự mất xương ở nữ xuất hiện sớm hơn từ 15-20 năm so với nam giới là do hậu quả của sự suy giảm chức năng buồng trứng một cách nhanh chóng.

Tác giả Đỗ Thị Khánh Hỷ [2] nghiên cứu trên đối tượng là người cao tuổi (≥ 50 tuổi), đo MĐX bằng phương pháp DEXA cho thấy tỷ lệ loãng xương ở nữ giới cao hơn nam giới trong cùng độ tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ này càng rõ rệt. Ở nữ giới ngoài sự mất xương theo tuổi còn có mất xương liên quan đến mãn kinh. Tuy nhiên, theo kết quả bảng 4, nghiên cứu của chúng tôi lại nhận thấy mật độ xương trung bình tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi ở nữ cao hơn ở nam và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này không đồng thuận so với các tác giả khác có lẽ do bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi nam giới chiếm đa số, thêm vào đó nữ giới cũng chủ yếu ở lứa tuổi trẻ, ở độ tuổi mãn kinh quá ít do đó không đại diện được cho quần thể. Như vậy giới có liên quan đến mật độ xương trung bình tại cột sống thắt lưng và cổ xương đùi ở bệnh nhân VCSDK.

Mối liên quan giữa mật độ xương và thể VCSDK: Theo biểu đồ 3 có tới 90% bệnh nhân là thể phối hợp tức là thể có kèm theo các tổn thương tại cột sống, chỉ có 10% thể ngoại vi. Các tổn thương tại cột sống cổ, cột sống lưng và cột sống thắt lưng các mức độ như hạn chế vận động, dính và mất vận động hoàn toàn chính là yếu tố tác động đến mật độ xương bởi mật độ xương chịu ảnh hưởng của sự vận động [6]. Theo kết quả bảng 2 chúng tôi nhận thấy mật độ xương trung bình ở cột sống thắt lưng và cổ xương đùi của nhóm viêm cột sống dính khớp thể ngoại vi cao hơn nhóm thể hỗn hợp, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy, với nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi không thấy mối liên quan giữa mật độ xương trung bình tại CSTL, CXĐ với thể VCSDK.

V. KẾT LUẬN

Loãng xương là một biến chứng đáng kể trong viêm cột sống dính khớp và cần phải được theo dõi liên tục. Các yếu tố lâm sàng về độ tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể có liên quan đến mật độ xương của các bệnh nhân VCSDK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eva Klingberg et all. Osteoporosis in ankylosing spondylitis - prevalence, risk factors and methods of assessment. *Arthritis Research & Therapy* 2012;14:R108
2. Đỗ Thị Khánh Hỷ (2007). Một số yếu tố liên quan gây loãng xương ở người cao tuổi. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 53(5), 144-149.

3. Hatinder Jeet Singh, Kaur Nimarpreet, Ashima, Sibadatta Das, Ashok Kumar⁵ and Shesh Prakash. Study of Bone Mineral Density in Patients with Ankylosing Spondylitis. *J Clin Diagn Res*. 2013 Dec; 7(12): 2832-2835.
4. Mai Thị Minh Tâm, (2008), " **Nghiên cứu mật độ xương và các yếu tố liên quan trong bệnh viêm cột sống dính khớp**", *Luận án tiến sĩ y học*, Trường đại học Y Hà Nội.
5. El Maghraoui A, Borderie D, Cherruau B, Edourd R, Dougados M, Roux C. (1999), "Osteoporosis, body composition, and bo
6. Safaa Sayed, Hanan Darweesh, Khaled Fathy, Abdel Moneim Mourad. Clinical significance of bone mineral density in Ankylosing Spondylitis patients: Relation to disease activity and physical function. *The Egyptian Rheumatologist*, Volume 37, Issue 1, January 2015, Pages 35-39.

GIẢI PHÁP NÂNG CAO HIỆU QUẢ CÔNG TÁC CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU CHO NGƯỜI MƯỜNG HUYỆN KIM BÔI, TỈNH HÒA BÌNH

Nguyễn Văn Thỏa¹, Nguyễn Văn Tiên²,
Đỗ Văn Dung³, Phạm Trường Sơn⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người Mường ở tỉnh Hòa Bình giai đoạn 2017 - 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hộ gia đình, bà mẹ có con dưới 5 tuổi, cán bộ y tế trạm y tế xã, già làng, trưởng họ; đại diện lãnh đạo cộng đồng, sổ sách, báo cáo của trạm y tế xã. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. **Kết quả:** Một số giải pháp đề ra là tăng cường phối hợp liên ngành trong CSSKBĐ cho người Mường; bảo tồn văn hóa dân tộc và tăng cường truyền thông - giáo dục sức khỏe.

Từ khóa: Chăm sóc sức khỏe ban đầu, hiệu quả, Người Mường, Kim Bôi, Hòa Bình.

SUMMARY

EFFICIENCY SOLUTIONS IMPROVE PRIMARY HEALTH CARE FOR MUONG PEOPLE AT KIM BOI DISTRICT, HOA BINH PROVINCE

Objectives: To evaluate the status of primary health care for Muong people at Kim Boi district, Hoa Binh province in 2015; To identify factors affecting on primary healthcare activities for Muong people; To propose solution for quality improvement of primary healthcare activities for Muong people. **Subjects and**

Methods: This is a cross-sectional description study among family units, mothers with child under 5 year old, medical staffs of the commune health centers; village masters; headmasters of families; representatives of community leaders, logbooks and reports of the commune health centers. **Results:** Some solutions could be to strengthen intersectoral collaboration in primary healthcare for the Muong; preservation of national culture and enhance communication - health education.

Keywords: Primary health care, effection, Ethnic's Muong, Kim Boi, Hoa Binh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khu vực miền núi phía Bắc và vùng Tây Bắc là nơi tập trung sinh sống của đông bào các dân tộc thiểu số trong đó có người dân tộc Mường, với nền văn hoá Mường - văn hóa Hòa Bình được coi là nguồn tài nguyên đặc biệt [2], [3]. Ngày nay nhiều nét văn hóa có lợi cho sức khỏe của người Mường được bảo tồn và phát huy, góp phần không nhỏ vào công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu (CSSKBĐ) tại cộng đồng. Huyện Kim Bôi, là huyện miền núi đặc trưng của một trong bốn Mường của tỉnh Hòa Bình là Mường (Bi, Vang, Thàng, Động); Đời sống nhân dân từng bước được cải thiện; kinh tế - chính trị ổn định, an ninh quốc phòng được giữ vững; Công tác CSSKBĐ nhiều năm qua đã đạt được một số thành tựu; xong chưa đáp ứng nhu cầu chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe của nhân dân ngày càng cao [4], [5]. Vậy thực trạng công tác CSSKBĐ cho người Mường ở tỉnh Hòa Bình như thế nào? Có những yếu tố nào ảnh hưởng đến

¹Văn phòng UBND tỉnh Hòa Bình

²Đại học Y Dược Thái Bình

³Liên hiệp các Hội khoa học và Kỹ thuật Ninh Bình

⁴Cao đẳng Y tế Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 17.4.2017

công tác CSSKBĐ đối với người Mường tại địa phương? và giải pháp nào góp phần tăng cường công tác CSSKBĐ cho người Mường ở tỉnh Hòa Bình? Nghiên cứu xác định được vấn đề trên, sẽ góp phần nâng cao hiệu quả chương trình chăm sóc sức khỏe cộng đồng các dân tộc địa phương, trong đó có dân tộc Mường. Chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đề xuất một số giải pháp nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người Mường ở tỉnh Hòa Bình giai đoạn 2017 - 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hộ gia đình người Mường, bà mẹ có con dưới 5 tuổi người Mường, cán bộ y tế tại trạm y tế xã người Mường, Già làng, trưởng họ người Mường, Đại diện lãnh đạo cộng đồng, sổ sách, báo cáo của trạm y tế xã.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Xã Tú Sơn và xã Vĩnh Đồng huyện Kim Bôi, tỉnh Hòa Bình.

2.3. Thời gian nghiên cứu: 01 - 12/2015

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính

***Cỡ mẫu định lượng:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

n: cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$: là hệ số giới hạn tin cậy, chọn mức tin cậy 95% $\rightarrow Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

p: 0,5 (50% tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nước sạch theo nghiên cứu về CSSKBĐ người Dao, tỉnh Yên Bái của Lê Đình Tiến) [6].

d: ước lượng là 0.05

Thay giá trị vào công thức trên ta có:

$1,96^2 \times 0,5/0,05 \times 0,05 = 384$, làm tròn 400 hộ gia đình.

***Kỹ thuật chọn mẫu:**

- Chọn huyện: Chọn chủ đích huyện Kim Bôi, với đặc điểm là đa số dân tộc Mường, đại diện cho số đông dân tộc thiểu số của tỉnh Hòa Bình.

- Chọn xã: Lập danh sách tên các xã của huyện Kim Bôi có tỷ lệ người Mường >90% (tổng số có 27 xã đáp ứng tiêu chí có >90% hộ gia đình trong xã là người Mường); Chọn ngẫu nhiên bằng phương pháp bắt thăm lấy 2 xã vào mẫu nghiên cứu. Kết quả 2 xã được chọn là: Tú Sơn, Vĩnh Đồng.

- Chọn hộ gia đình điều tra:

+ Tiêu chuẩn hộ gia đình người Mường là hộ gia đình sống trên địa bàn xã từ 3 đời trở lên và thuần túy là người Mường kể cả vợ, chồng. Theo

số hộ tịch - hộ khẩu tại ủy ban nhân dân xã, thì xã Tú Sơn có 700 hộ gia đình, xã Vĩnh Đồng có 650 hộ gia đình đáp ứng tiêu chuẩn thuần túy cả vợ, chồng đều là người Mường sau khi rà soát kỹ.

+ Chọn hộ gia đình để điều tra theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

***Cỡ mẫu định tính**

- Phòng vấn sâu: 4 Già làng, 4 Trưởng họ người Mường ở 2 xã; như vậy, mỗi xã phỏng vấn sâu 2 Già làng, 2 Trưởng họ.

- Thảo luận nhóm: 2 cuộc mỗi cuộc 10 người, chia 2 xã, mỗi xã một cuộc.

+ Nhóm đại diện lãnh đạo cộng đồng và y tế xã (Tú Sơn), thành phần gồm: Phó Chủ tịch UBND xã phụ trách văn hóa - xã hội; Trưởng các ngành của xã: Phụ nữ, thanh niên, nông dân, cựu chiến binh, trưởng thôn.

+ Nhóm đại diện người dân (Vĩnh Đồng), thành phần chủ yếu là các bà mẹ nuôi con nhỏ <5 tuổi.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Là cán bộ chuyên ngành y tế công cộng của Trung tâm Y tế dự phòng huyện Kim Bôi. Cán bộ điều tra được tập huấn để thống nhất quy trình và chuẩn hóa phương pháp thu thập số liệu trước khi điều tra.

2.6. Chỉ số nghiên cứu

- **Các chỉ số về truyền thông giáo dục sức khỏe:** Số buổi truyền thông, số người tham dự; số buổi truyền thông theo các chủ đề; số người tham dự.

- **Các chỉ số về kinh tế:** Hộ đói, nghèo; tình trạng nhà ở; hộ làm vườn, ao, chuồng; hộ có phương tiện truyền thông.

- **Các chỉ số về vệ sinh môi trường:** Nguồn nước sử dụng; hố xí hợp vệ sinh.

- **Các chỉ số đánh giá kiến thức, thái độ, thực hành** của bà mẹ về bệnh tiêu chảy, suy dinh dưỡng, bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, tiêu chảy, thiếu Vitamin A và bệnh khô mắt, nuôi con bằng sữa mẹ.

- **Các chỉ số về văn hoá xã hội:** Tình trạng học văn các bà mẹ; chỉ số dân tộc; các chỉ số về tình trạng trạm y tế xã; trình độ cán bộ y tế; trang thiết bị y tế; kinh phí hoạt động của trạm y tế

- **Các chỉ số về chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em:** Cân nặng lúc đẻ; thời gian bắt đầu bú mẹ sau đẻ; thời gian ăn bổ sung đúng; ăn đủ thành phần thức ăn; thời gian cai sữa đúng; các chỉ số bệnh tật: Mắc bệnh trong hai tuần qua, mắc chứng sốt, ho, tiêu chảy, đau bụng, đau xương khớp,... Nơi đẻ, người đỡ đẻ, khám thai đầy đủ, tiêm phòng uốn ván trong thời gian mang thai...

2.7. Phương pháp xử lý số liệu: Bằng phần mềm EPI-Data và SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	SL(n=1.757)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi		
<20 tuổi	521	29,7
20 - 29	391	22,3
30 - 59	696	39,6
≥ 60	149	8,5
Giới:		
Nam	809	46,0
Nữ	948	54,0
Trình độ học vấn: Mù chữ, BDBV (MC)	230	14,2
Tiểu học (TH)	222	13,8
Trung học cơ sở (THCS)	775	48,0
Trung học phổ thông (THPT)	387	24,0

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu dưới 59 tuổi (91,5%). Tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (54,0% và 46,0%); trình độ học vấn đa số từ tiểu học trở lên (85,8%). Tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ đáng kể người dân chỉ biết đọc biết viết và mù chữ chiếm tỷ lệ 14,2%.

3.2. Đề xuất một số giải pháp: Kết quả thảo luận nhóm và phỏng vấn sâu với cộng đồng về các giải pháp gìn giữ và phát huy những phong tục tập quán có lợi để chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng người Mường, chúng tôi thống nhất được một số giải pháp sau:

Một là, tăng cường phối hợp liên ngành trong CSSKBD cho người Mường: Huy động cộng đồng tham gia và quyết định các vấn đề sức khỏe trên cơ sở làm rõ trách nhiệm cho từng đối tượng trong cộng đồng.

Cần phải lồng ghép công tác y tế cơ sở với các chương trình mục tiêu quốc gia giảm nghèo bền vững và xây dựng nông thôn mới theo chỉ đạo của Chính phủ và các bộ ngành Trung ương, với các hoạt động văn hóa, lễ hội, ngày Hội sức khỏe toàn dân...; Đưa các tiêu chí y tế chủ yếu ở cơ sở: nước sạch và vệ sinh môi trường, an toàn thực phẩm, phòng chống suy dinh dưỡng trẻ em, tiêm chủng mở rộng, bảo hiểm y tế toàn dân, dân số và kế hoạch hóa gia đình... vào kế hoạch phát triển kinh tế - xã hội hàng năm và đến năm 2020 của địa phương.

Hai là, Bảo tồn bản sắc văn hóa dân tộc Mường Hòa Bình: Muốn bảo tồn, phát huy bản sắc dân tộc của văn hoá một cách vững chắc, không thể bằng mệnh lệnh hành chính duy ý trí và cũng không thể dựa vào sự xót xa tiếc nuối trong tình cảm mà phải bằng các chính sách cụ thể, thiết thực để việc bảo tồn đó mang lại lợi ích vật chất và tinh thần cho người dân.

Ba là, tăng cường truyền thông - giáo dục sức khỏe cho người dân để có kiến thức tự bảo vệ, chăm sóc khỏe cho bản thân, gia đình, cộng

đồng; chủ động tham gia các hoạt động phòng chống dịch bệnh trên địa bàn:

- Thực hiện Phong trào Vệ sinh yêu nước nâng cao sức khỏe nhân dân (NCSKND) là trách nhiệm của tất cả các cấp, các ngành, mỗi đơn vị, mỗi người dân. Phong trào cần được sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo của các cấp ủy Đảng, chính quyền, đoàn thể và sự hưởng ứng tích cực của mọi người dân nhất là trên địa bàn xóm, bản, xã, phường, thị trấn, huyện, thành phố. Triển khai Phong trào Vệ sinh yêu nước NCSKND là hoạt động thiết thực học tập và làm theo tấm gương đạo đức Hồ Chí Minh và thực hiện Chương trình xây dựng nông thôn mới.

- Triển khai đồng bộ các giải pháp nhằm khơi dậy ý thức, trách nhiệm của nhân dân tham gia giải quyết tốt các vấn đề vệ sinh liên quan tới sức khỏe như vệ sinh để phòng chống dịch bệnh, an toàn vệ sinh thực phẩm; vận động người dân thay đổi thói quen, tập quán vệ sinh lạc hậu, thực hiện các hành vi vệ sinh có lợi cho sức khỏe. Thực hiện ăn sạch, uống sạch, ở sạch; thu gom, không vứt rác bừa bãi, giữ gìn vệ sinh, cảnh quan môi trường; xây dựng và sử dụng nhà tiêu hợp vệ sinh, không phóng uế bừa bãi; xây dựng chuồng trại hợp vệ sinh và di dời chuồng gia súc, gia cầm ra xa nhà; bảo đảm an toàn vệ sinh trong lao động để phòng chống tai nạn lao động, bệnh nghề nghiệp. Phấn đấu đạt và vượt các chỉ tiêu có liên quan tới vệ sinh và nâng cao sức khỏe của các Chương trình mục tiêu quốc gia, các chương trình dự án... đang triển khai trên địa bàn.

- Mỗi cán bộ, đảng viên phải là người tiên phong, gương mẫu đi đầu trong việc hưởng ứng và thực hiện Phong trào VSYN. Thống nhất chọn và quyết định lấy ngày nhất định trong tháng để huy động toàn thể nhân dân tham gia các hoạt động tổng vệ sinh đường làng, ngõ, xóm, cơ quan, trường học, công sở tạo những thói quen

và nếp sống vệ sinh, văn minh trong nhân dân; trên cơ sở lồng ghép với các phong trào thi đua khác của địa phương, kịp thời khen thưởng, động viên những cá nhân, tập thể có thành tích xuất sắc trong việc thực hiện Phong trào.

- Lồng ghép các hoạt động của Chương trình mục tiêu quốc gia xây dựng nông thôn mới và Chương trình mục tiêu quốc gia nước sạch và vệ sinh môi trường nông thôn. Hình thành, xây dựng và phát triển các phong trào học sinh, sinh viên tích cực tham gia các hoạt động vệ sinh và NCSK trong trường học và tại cộng đồng.

Kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm về giải pháp để gìn giữ, phát huy những phong tục tập quán có lợi và từng bước loại bỏ phong tục tập quán có hại để CSSK cộng đồng người Mường

Hộp 3.1. Giải pháp để phát huy những phong tục tập quán có lợi

"Phối hợp với các ban, ngành, đoàn thể, các tổ chức chính trị xã hội làm công tác tuyên truyền thực hiện nếp sống văn minh, gia đình văn hóa. Ngành y tế phải làm tốt công tác tham mưu cho Đảng bộ, chính quyền địa phương có chính sách đãi ngộ đồng bào người Mường sống trong vùng ATK. Đồng bộ phát triển kinh tế và phát huy bản sắc văn hóa dân tộc của đồng bào địa phương"

(Đình Gia Ph - Trưởng xóm... xã Tú Sơn)

"Tăng cường truyền thông phổ biến kiến thức cho người dân thường xuyên họp trao đổi, khuyến khích những tập quán có lợi trong các buổi họp dân. Đồng thời nên đưa vào nghị quyết của Đảng ủy, HĐND trên tinh thần khuyến khích những phong tục tập quán đặc trưng có lợi trong nhân dân. Đồng thời kiên quyết loại bỏ các quan niệm hủ tục, lạc hậu. Biểu dương những cá nhân, già làng, trưởng xóm, cộng đồng thôn xóm đã giữ gìn phát huy những giá trị văn hóa đó"

(Bach Văn T - Trưởng xóm... - xã Tú Sơn)

"Để phát huy những phong tục tập quán có lợi cho sức khỏe thì ngoài công tác tuyên truyền để người dân, nhất là giới trẻ hiểu được lợi ích của các phong tục đó thì chính quyền cần có chế độ khuyến khích và khen thưởng kịp thời những tấm gương tiêu biểu. Để loại bỏ các phong tục có hại cho sức khỏe, theo tôi, trước hết cần tập trung tuyên truyền nâng cao nhận thức của người dân làm cho họ hiểu được tác hại của các phong tục lạc hậu đó, để họ tự giác thay đổi. Mặt khác cần đưa vào hương ước tại các thôn bản để người dân cùng thực hiện. Ngoài ra nên có chính sách hỗ trợ các gia đình nghèo và có khen thưởng kịp thời"

(Bùi Văn B - Trưởng xóm ... - xã Vĩnh Đồng)

IV. BÀN LUẬN

Để củng cố, hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở, nâng cao chất lượng CSSKBĐ cho nhân dân, ngày 22/01/2002 Ban Chấp hành TW Đảng đã ra Chỉ thị số 06-CT/TW, trong đó có nêu: "... công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân đã đạt được những thành tựu quan trọng. Mạng lưới y tế cơ sở từng bước được củng cố và phát triển [1]. Hiện nay, 100% số xã trong toàn quốc đã có cán bộ y tế hoạt động, trên 50% trạm y tế xã có bác sỹ, trên 70% thôn, bản có nhân viên y tế. Tuy nhiên, trước yêu cầu của tình hình mới, mạng lưới y tế cơ sở, nhất là ở miền núi, vùng sâu, vùng xa còn bộc lộ nhiều hạn chế: cơ sở vật chất thiếu thốn, việc chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh cho nhân dân hết sức khó khăn. Các kết quả nghiên cứu công tác CSSKBĐ năm 2015 của chúng tôi trên địa bàn huyện Kim Bôi, tỉnh Hòa Bình đã thể hiện một phần các vấn đề về thực trạng nguồn lực cũng như thực trạng kết quả đạt được trong chăm sóc sức khỏe ban đầu của người Mường một huyện miền núi, tỉnh Hòa Bình. Từ những điểm làm được và chưa được, những khó khăn, tồn tại trong thực hiện CSSKBĐ của người Mường có thể rút ra những bài học kinh nghiệm thiết thực nhằm cải thiện công tác CSSKBĐ cho nhân dân trong giai đoạn mới tốt hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy có tới 14,20% đồng bào Mường mù chữ và chỉ biết đọc, biết viết vì vậy rất khó khăn cho việc tiếp thu kiến thức và chuyển đổi hành vi sức khỏe, vì vậy Đảng và nhà nước cần quan tâm đến sự nghiệp giáo dục ở vùng cao tạo mọi điều kiện về cơ sở vật chất trường lớp, đồng thời cần phải có đội ngũ giáo viên tâm huyết với nghề để nâng cao chất lượng giáo dục nói chung và chất lượng giáo dục miền núi nói riêng. "Văn hóa là nền tảng tinh thần của xã hội, vừa là mục tiêu, vừa là động lực thúc đẩy sự phát triển kinh tế - xã hội" (Đảng Cộng sản Việt Nam - Văn kiện Đại hội VIII - Trang 110). Bởi vậy, cần phải gìn giữ và phát huy bản sắc văn hóa dân tộc. Văn hóa các dân tộc tỉnh Hòa Bình là sản phẩm trí tuệ được nhân dân các dân tộc đúc rút, sáng tạo trong quá trình lao động, sinh hoạt. Là tỉnh miền núi gồm 7 dân tộc chủ yếu cùng sinh sống, mỗi dân tộc có một sắc thái văn hóa riêng, tạo cho Hòa Bình sự phong phú, đa dạng về văn hóa, góp phần tạo nên những giá trị to lớn không chỉ cho Việt Nam mà còn của cả thế giới. Nền văn hóa của các dân tộc tỉnh Hòa Bình cũng là sự tiếp nối liên tục của nền "Văn hóa Hòa Bình" thời tiền sử; nếu không có nền tảng "Văn hóa Hòa Bình" thời tiền sử, sẽ

không có sự phát triển mạnh mẽ của văn hóa tình Hòa Bình suốt thời kỳ phong kiến, từ khi thành lập tỉnh cho đến ngày nay. Bản sắc văn hoá Hoà Bình.

V. KẾT LUẬN

(1) Nhóm giải pháp về cơ chế chính sách: Tiếp tục thực hiện các chính sách của Đảng, nhà nước đối với công tác chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân trong đó có người dân tộc thiểu số, người Mường.

(2) Nhóm giải pháp về phát triển kinh tế - xã hội: Đảng, nhà nước cần tạo mọi điều kiện để người dân đặc biệt là vùng sâu, vùng xa phát triển kinh tế hộ gia đình, như quy hoạch các vùng sản xuất chuyên canh miền đồi rừng, bao tiêu sản phẩm nông nghiệp cho nông dân, đào tạo nghề cho người dân tộc thiểu số để họ có khả năng áp dụng các tiến bộ khoa học vào trồng trọt, chăn nuôi phù hợp với thổ nhưỡng và không gian sống.

(3) Nhóm giải pháp về giáo dục: Đảng, nhà nước cần quan tâm đến sự nghiệp giáo dục ở miền núi, vùng an toàn khu, trong đó có huyện Kim Bôi, nhiều năm nay không có dự án hợp tác phát triển kinh tế - xã hội trong đó có hợp tác phát triển y tế với nước ngoài; tạo mọi điều kiện về cơ sở vật chất trường lớp, đồng thời cần phải có đội ngũ giáo viên tâm huyết với nghề để nâng cao chất lượng giáo dục miền núi nói chung, vùng người Mường nói riêng.

(4) Nhóm giải pháp về văn hóa: Phát huy bản sắc văn hóa Mường trong CSSK cộng đồng; bảo tồn giữ gìn văn hóa vật thể và phi vật thể có lợi cho sức khỏe, tinh thần, từng bước loại trừ phong tục tập quán lạc hậu, không có lợi cho sức khỏe. Phát huy giá trị tinh thần của Di sản văn

hóa phi vật thể Quốc gia Mo Mường cần được bảo tồn, phát huy.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường công tác TT-GDSK cho người dân hiểu rõ căn nguyên của bệnh tật để chủ động phòng, tự chăm sóc và nâng cao sức khỏe cho cá nhân và cộng đồng. Phát huy bản sắc văn hóa Mường trong CSSK cộng đồng, có chính sách phù hợp khuyến khích việc bảo tồn, giữ gìn các tập quán văn hóa có lợi cho sức khỏe, từng bước loại trừ văn hóa lạc hậu, không có lợi cho sức khỏe. Có kế hoạch nhân rộng và phát triển mô hình phòng khám bác sỹ gia đình tại các vùng đồng bào dân tộc thiểu số sinh sống; khai thác, khuyến khích sử dụng thuốc đông y, thuốc nam chữa bệnh thông thường; đặc biệt các bài thuốc gia truyền chữa bệnh có hiệu quả cao của các ông lang, bà mẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban Bí thư TW (2002), *Chỉ thị số 06-CT/TW ngày 22/10/2002 của Ban Bí thư TW khóa 10 "Về việc củng cố và hoàn thiện mạng lưới y tế cơ sở"*.
2. Nguyễn Hữu Huyền (2001), *Kết quả 20 năm thực hiện chăm sóc sức khỏe ban đầu tỉnh Đắk Lắk*, Đề tài NCS\KH cấp tỉnh Đắk Lắk.
3. Jeanne Cuisinier (2008), *Người Mường - Địa lý nhân văn và xã hội*, NXB Lao động, Hà Nội.
4. Sở Y tế Hòa Bình (2014), *Kế hoạch phát triển ngành Y tế Hòa Bình giai đoạn 2016 - 2020*.
5. Sở Y tế Hòa Bình (2015), *Báo cáo kết quả thực hiện nhiệm vụ năm 2015 và phương hướng nhiệm vụ năm 2016*.
6. Lê Đình Tiến (2012), *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân tộc Dao huyện Văn Yên tỉnh Yên Bái*, Luận án Bác sỹ Chuyên khoa cấp 2 - Y tế công cộng. Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

NGHIÊN CỨU BIÊN ĐỘ ĐIỀU TIẾT MẮT CHÍNH THỊ Ở NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH KHỎE MẠNH

Trần Mỹ Hạnh*, Nguyễn Thị Thu Hiền**, Lê Đình Tùng*

TÓM TẮT

Trên thế giới số liệu về biên độ điều tiết cho cả trẻ em và người lớn đều đã được nghiên cứu đầy đủ. Tuy

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Khoa Khúc xạ, Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Tùng

Email: tung@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

niên, ở Việt Nam dữ liệu nghiên cứu về vấn đề này còn nhiều hạn chế. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với **mục tiêu**: xác định biên độ điều tiết mắt chính thị ở người trưởng thành khỏe mạnh từ 18 đến 23 tuổi. **Phương pháp**: chúng tôi thực hiện đo biên độ điều tiết cho 112 đối tượng là sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội, được xác định là mắt chính thị, không có các bệnh và tật về mắt bằng dụng cụ RAF theo hai phương pháp push-up và pull-away. Ghi nhận kết quả đo 3 lần cho mỗi phương pháp, thực hiện trên từng bên mắt và cho cả hai mắt. **Kết quả nghiên cứu** cho thấy biên độ điều tiết đo bằng

phương pháp push-up cao hơn so với phương pháp pull-away. Biên độ điều tiết hai mắt cao hơn biên độ điều tiết một mắt. Có tương quan thuận giữa biên độ điều tiết một mắt và biên độ điều tiết hai mắt. Không có hiện tượng giảm biên độ điều tiết theo tuổi ở khoảng tuổi trên. Giá trị biên độ điều tiết trung bình cho một mắt và cho hai mắt lần lượt là: $11,99 \pm 3,04$ D; $14,43 \pm 3,88$ D.

Từ khóa: Biên độ điều tiết, mắt chính thị, RAF.

SUMMARY

STUDY ON ACCOMODATIVE AMPLITUDE IN EMMETROPIC EYE OF HEALTHY ADULTS

Purpose: While measurement of the accommodative amplitude is a standard clinical procedure with well established norms in both children and adults in the world, however in Vietnam there are limited data specifying the normal findings in both. Accordingly, the aim of the present study was to determine the normal values for healthy adults between 18 and 23 years of age. **Methods:** The study was performed on 112 asymptomatic medical students year 1 of Hanoi Medical University between 18 and 23 years of age. After each subject had been refracted for distance viewing, both push-up and pull-away amplitudes were recorded from each eye and both eyes using a nearpoint rule. A total of 6 readings (3 push-up and 3 pull-away measurements) were taken for each subject. **Results:** The mean findings (average of push-up and pull-away) from one eye and both eyes were 11.99 ± 3.04 D and 14.43 ± 3.88 D, in respectively. The mean findings of accommodative amplitude recorded by push-up measurement from one emmetropic eye and both emmetropic eyes were higher than those by pull-away measurement. And, the accommodative amplitude recorded from both eyes was higher than that from one eye. There was a positive relationship between accommodative amplitude from one eye and accommodative amplitude from both eyes. No decline in the amplitude of accommodation in this age range.

Keywords: emmetropic, accommodative amplitude, RAF ruler.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều tiết là một đáp ứng thị giác của mắt quan sát được khi nhìn gần và chức năng điều tiết của mắt được đánh giá bằng biên độ điều tiết của mắt. Biên độ điều tiết là đáp ứng điều tiết tối đa, được xác định bằng số đi-ốp (D) thay đổi công suất thể thủy tinh giúp cho mắt có thể nhìn rõ được vật ở điểm gần nhất. Trên lâm sàng, biên độ điều tiết được áp dụng để phát hiện sớm tình trạng suy giảm chức năng điều tiết của mắt. Donders là người đầu tiên nghiên cứu về mối liên quan giữa biên độ điều tiết và tuổi, sau đó Duane, Hofstetter đã đưa ra những công thức tính biên độ điều tiết dựa vào tuổi [1], [2]. Trên cơ sở đó, nhiều tác giả tiến hành nghiên cứu về biên độ điều tiết và đưa ra bảng giá trị biên độ điều tiết theo tuổi trên mắt người không

mắc tật khúc xạ. Tại Việt Nam, mới chỉ có nghiên cứu của Vũ Bích Ngọc về giá trị biên độ điều tiết của mắt cận thị và một số yếu tố ảnh hưởng tới biên độ điều tiết của mắt cận thị [3]. Tuy nhiên, nghiên cứu này không đề cập đến biên độ điều tiết của mắt ở người bình thường không mắc tật khúc xạ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định biên độ điều tiết của mắt chính thị ở người trưởng thành khỏe mạnh.*

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, từ 18 đến 23 tuổi.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Lựa chọn mắt chính thị theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới: Không có tật khúc xạ ở mắt: mắt có độ khúc xạ cầu tương đương lớn hơn - 0,50D và nhỏ hơn + 2,00D; Thị lực nhìn xa một mắt và hai mắt kiểm tra bằng bảng nhìn xa Landolt đạt $\geq 8/10$.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Đối tượng một mắt chính thị, một mắt cận, viễn thị hoặc loạn thị; Đối tượng có các bệnh lý về mắt khác kèm theo; Đối tượng phối hợp kém hoặc tinh thần không ổn định.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định giá trị trung bình.

2.2.2. Cỡ mẫu: 112 đối tượng có mắt chính thị được xác định theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định giá trị trung bình biên độ điều tiết với độ lệch chuẩn $\sigma = 1,01$ [4], sai số mong muốn là 0,1.

2.2.3. Phương tiện nghiên cứu: Bảng thị lực nhìn xa Landolt, Thước RAF (Royal Air Force) có cấu tạo là một thước thẳng dài 50 cm, gồm một tay cầm, một đầu để giữ cố định thước, mặt trên cùng chia vạch theo cm, hai mặt bên đánh dấu các mốc tuổi và công suất điều tiết (D) tương ứng. Một hộp chữ nhật có thể trượt nhẹ nhàng trên thước. Mặt chữ của hình hộp chữ nhật có 4 dòng chữ đen trên nền trắng, kiểu chữ Times Roman với các kích cỡ chữ N5, N8, N10, N12.

2.2.4. Biến số nghiên cứu: Thông tin đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới); Biên độ điều tiết của mắt đo bằng phương pháp Push-up: đo một mắt, đo hai mắt; Biên độ điều tiết đo bằng phương pháp Pull-away: đo một mắt, đo hai mắt.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS version 20.0 và Excel 2016 để tính trung bình, độ lệch chuẩn, tương quan giữa 2 biến định lượng. Số liệu phân tích đơn biến bằng t-test, ANOVA test. Giá trị $p < 0,05$ xem như khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Số liệu và kết quả nghiên cứu chỉ phục vụ cho mục đích khoa học, không nhằm mục đích nào khác. Thông tin về các đối tượng tham gia nghiên cứu được giữ kín hoàn toàn. Tất cả những đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích kỹ mục đích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được

thực hiện theo các quy định về đạo đức nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: 112 đối tượng nghiên cứu là sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y Hà Nội, có độ tuổi từ 19 đến 23 tuổi. Tuổi trung bình là $19,24 \pm 0,55$ tuổi.

3.2. Kết quả đo biên độ điều tiết ở mắt chính thị

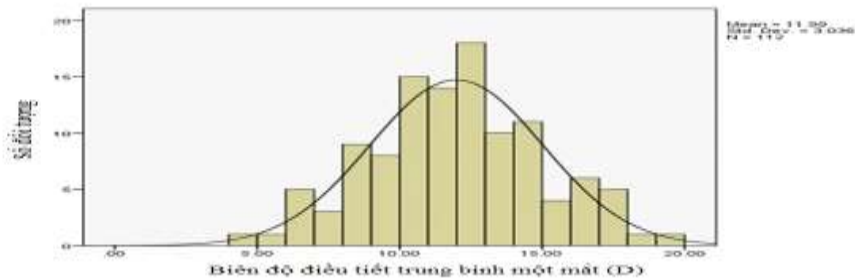
Bảng 3.1. Biên độ điều tiết của mắt chính thị đo bằng phương pháp Push-up và Pull-away

Phương pháp (n)	Push-up (n = 112)	Pull-away (n = 112)	p
Một mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	$12,64 \pm 4,18$	$11,33 \pm 2,34$	$< 0,01$
Hai mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	$16,69 \pm 6,02$	$12,17 \pm 2,55$	$< 0,01$
p	$< 0,01$	$< 0,01$	

Student t-test. Biên độ điều tiết một mắt đo bằng phương pháp Push-up là $12,64 \pm 4,18$ D, giá trị thấp nhất là 3,13 D, cao nhất là 22,50 D. Biên độ điều tiết một mắt đo bằng phương pháp Pull-away là $11,33 \pm 2,34$ D, giá trị thấp nhất là 4,39 D, cao nhất là 17,65 D. Biên độ điều tiết một mắt đo bằng phương pháp push-up cao hơn phương pháp pull-away, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Biên độ điều tiết hai mắt đo bằng phương pháp push-up là $16,69 \pm$

6,02 D, giá trị thấp nhất là 4,05 D, cao nhất là 37,50 D. Biên độ điều tiết hai mắt đo bằng phương pháp pull-away là $12,17 \pm 2,55$ D, giá trị thấp nhất là 5,56 D, cao nhất là 18,75 D. Biên độ điều tiết hai mắt đo bằng phương pháp push-up cao hơn phương pháp pull-away ($p < 0,01$). Ở cả hai phương pháp push-up và pull-away, biên độ điều tiết một mắt thấp hơn biên độ điều tiết hai mắt ($p < 0,01$).

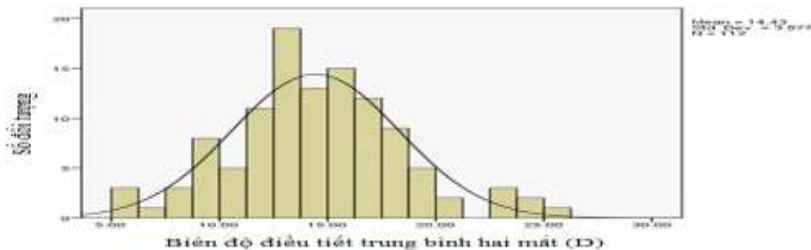
- Biên độ điều tiết trung bình một mắt



Biểu đồ 3.1. Biên độ điều tiết trung bình một mắt của mắt chính thị

Biên độ điều tiết trung bình một mắt của mắt chính thị là $11,99 \pm 3,04$ D, biên độ điều tiết thấp nhất là 4,68 D, biên độ điều tiết cao nhất là 19,58 D. Biên độ điều tiết phân bố chủ yếu vào khoảng giá trị từ 10,00 D đến 13,00 D, trong đó nhiều nhất vào khoảng giá trị từ 12,00 D đến 13,00 D.

- Biên độ điều tiết trung bình hai mắt

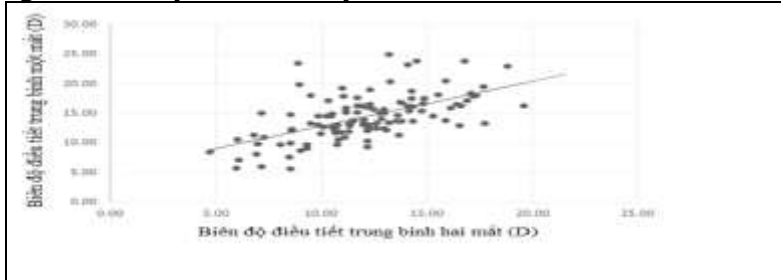


Đồ thị 3.2. Biên độ điều tiết trung bình hai mắt của mắt chính thị

Biên độ điều tiết trung bình hai mắt của mắt chính thị là $14,43 \pm 3,88$ D, thấp nhất là 5,69 D, cao nhất là 25,00 D. Biên độ điều tiết hai mắt phân bố nhiều ở khoảng giá trị từ 12,00 D đến 17,00 D trong đó tập trung ở khoảng giá trị từ 12,00 D đến 13,00 D.

- **So sánh biên độ trung bình một mắt và hai mắt:** Biên độ điều tiết trung bình một mắt là $11,99 \pm 3,04$ và của hai mắt là $14,43 \pm 3,88$. sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

- **Tương quan giữa biên độ điều tiết một mắt và hai mắt**



Biểu đồ 3.3. Mối tương quan giữa biên độ điều tiết một mắt và hai mắt của mắt chính thị

Quan sát biểu đồ trên ta thấy biên độ điều tiết một mắt và hai mắt của mắt chính thị có mối tương quan đồng biến ($R = 0,59$; $p < 0,01$). Biên độ điều tiết một mắt cao thì biên độ điều tiết hai mắt cao.

- **Biên độ điều tiết theo tuổi**

Biên độ điều tiết trên 112 đối tượng chính thị không có hiện tượng giảm dần theo tuổi trong độ tuổi 19 đến 23. Sự khác biệt về giá trị biên độ điều tiết thu được giữa các độ tuổi này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- **Biên độ điều tiết theo giới**

Bảng 3.2. Biên độ điều tiết theo giới ở mắt chính thị

Giới (n)	Nam (n = 45)	Nữ (n = 67)	p
Trung bình một mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	$11,84 \pm 2,80$	$12,09 \pm 3,20$	0,67
Trung bình hai mắt (D) ($\bar{X} \pm SD$)	$14,12 \pm 3,94$	$14,64 \pm 3,85$	0,48

Student t-test. Biên độ điều tiết trung bình một mắt và hai mắt ở nam đều thấp hơn so với giới nữ, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu ở độ tuổi từ 19 đến 23 tuổi, trung bình là $19,24 \pm 0,55$ tuổi. Chúng tôi lựa chọn đối tượng này vì đều có hoạt động nhìn gần với cường độ tương đương nhau, chưa tiếp cận với phương pháp này trước đó. Độ tuổi này cũng tương tự như nghiên cứu trước đây [4], [5]. Về giới tính, trong số các đối tượng nghiên cứu có 36,25% là nam, 63,75% là nữ và kết quả đo biên độ điều tiết không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Chúng tôi cho rằng giới tính không ảnh hưởng tới biên độ điều tiết của mắt.

4.2. Đặc điểm biên độ điều tiết của mắt chính thị: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, biên độ điều tiết từng mắt đo bằng phương pháp Push-up là $12,64 \pm 4,18D$, đo bằng phương pháp Pull-away là $11,33 \pm 2,34D$. Biên độ điều tiết hai mắt đo bằng phương pháp Push-up là $16,69 \pm 6,02D$, đo bằng phương pháp Pull-away là $12,17 \pm 2,55D$. Biên độ điều tiết trung bình một mắt là $11,99 \pm 3,04D$. Biên độ điều tiết trung bình hai mắt là $14,43 \pm 3,88D$. Biên độ điều tiết từng mắt đo bằng phương pháp Push-up cao hơn biên độ điều tiết đo bằng phương pháp Pull-away ($p < 0,01$). Biên độ điều tiết hai mắt đo

bằng phương pháp Push-up cũng cao hơn phương pháp Pull-away ($p < 0,01$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu trước đây [5], [6]. Hai phương pháp đo này đều tuân theo nguyên lý xác định cận điểm điều tiết của mắt, nhưng kỹ thuật đo khác nhau. Biên độ điều tiết đo bằng phương pháp push-up cao hơn khi đo bằng phương pháp pull-away có lẽ do ở phương pháp push-up, đối tượng được yêu cầu thông báo điểm đầu tiên bắt đầu nhìn mờ dòng chữ trên bảng thử thị lực đang đưa từ xa lại gần mắt, còn phương pháp pull-away lại yêu cầu đối tượng thông báo điểm đầu tiên bắt đầu nhìn rõ dòng chữ đang đưa dần ra xa mắt. Khi bảng chữ đặt ở phía tay cầm của thước cách xa mắt 50 cm, mắt có thể nhìn rõ được dòng chữ trên bảng mà không cần lực điều tiết. Khi đưa bảng chữ lại gần mắt, hoạt động điều tiết bắt đầu xảy ra, nhưng quá trình này có thể bị ảnh hưởng bởi sự tập trung điều tiết của đối tượng được đo, hoặc sự mỏi mắt dẫn đến nhìn dòng chữ mờ đi sớm hơn làm cho cận điểm điều tiết nằm ở xa mắt hơn. Trong khi đó, khi đặt bảng chữ gần mắt, đối tượng được yêu cầu nhìn rõ dòng chữ trên bảng, cho nên ngay khi dòng chữ dịch chuyển, hoạt động điều tiết xảy ra tối đa, cận điểm điều tiết

xuất hiện gần hơn [6]. Biên độ điều tiết trung bình một mắt và hai mắt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Peter [4] và nghiên cứu của Fong [7] với cùng phương pháp đo. Sự khác biệt này có lẽ do tuổi trung bình của nhóm đối tượng chính thị trong nghiên cứu của chúng tôi là $19,24 \pm 0,55$ tuổi, trẻ hơn so với nghiên cứu của Peter ($20,14 \pm 1,55$ tuổi) và Fong (27,2 tuổi). Từ lâu tuổi được cho là có liên quan tới biên độ điều tiết, tuổi càng tăng, biên độ điều tiết giảm dần [1].

4.3. Mối tương quan giữa biên độ điều tiết một mắt và hai mắt: Biên độ điều tiết một mắt và hai mắt có mối tương quan chặt chẽ với hệ số tương quan $R = 0,59$ ($p < 0,01$). Biên độ điều tiết một mắt cao thì biên độ điều tiết hai mắt cao. Điều này lý giải là do khi đối tượng nhìn bằng hai mắt, nhờ có khoảng thị trường chung mà thị lực của hai mắt thường tốt hơn thị lực của một mắt, với biên độ điều tiết cũng vậy nhờ có khoảng thị trường chung mà biên độ điều tiết của hai mắt cũng cao hơn biên độ điều tiết của một mắt.

4.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến biên độ điều tiết: Trên mắt chính thị, biên độ điều tiết biến đổi theo tuổi. Tuổi càng tăng thì hoạt động điều tiết càng giảm. Điều tiết mạnh nhất ở lứa tuổi dưới 14 và giảm dần khi tuổi tăng lên. Đến 40 tuổi thì bắt đầu tuổi lão thị, khả năng điều tiết giảm nhiều và ở 60 tuổi thì lão thị hoàn toàn và hầu như không còn khả năng điều tiết

nữa. Kết quả đo biên độ điều tiết mắt chính thị của chúng tôi không có hiện tượng giảm dần ở độ tuổi từ 19 đến 23.

V. KẾT LUẬN

Biên độ điều tiết trên mắt chính thị

- Biên độ điều tiết trung bình một mắt là: $11,99 \pm 3,04D$.
- Biên độ điều tiết trung bình hai mắt là: $14,43 \pm 3,88D$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alex. Duane (1908). An attempt to determine the normal range of accommodation at various ages being a revision of donders' experiments. *Trans Am Ophthalmol Soc*, 1(3), 634-641.
2. Godwin O. et al. (2012). Investigation of amplitude of accommodation among Ghanaian school children. *Optometry*, 95(2), 187-191.
3. Vũ Bích Ngọc (2015). Góp phần nghiên cứu biên độ điều tiết trên mắt cận thị. *Luận văn bác sỹ nội trú, học viện quân y*.
4. Peter M. Allen and Daniel J. O'Leary (2005). Accommodation functions: Co-dependency and relations to refractive error. *Vision research*, 46, 491-505.
5. Kenneth K. et al (2010). Accommodative amplitude determination: Pull-away versus push-up. *Optometry & Vision Development*, 41(1), 28-32.
6. Antona B. et al. (2008). Repeatability intraexaminer and agreement in amplitude of accommodation measurements. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*, 247, 121-127.
7. Fong DS. et al. (1996). Is Myopia Related to Amplitude of Accommodation?. *American journal of Ophthalmology*, 123(3), 416-418.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN THỤ TINH TRONG ỨNG NGHIỆM ĐÁP ỨNG KÉM VỚI PHÁC ĐỒ ANTAGONIST

Nguyễn Xuân Hợi¹, Nguyễn Mạnh Hà²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 1262 bệnh nhân tiến hành thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ sản Trung ương nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở nhóm đối tượng đáp ứng kém với phác đồ kích thích buồng trứng antagonist. Kết quả cho thấy tỷ lệ đáp ứng kém 14,74%. Nhóm bệnh nhân này có độ tuổi trung bình $34,13 \pm 5,19$; 51,6% vô sinh nguyên phát; thời gian vô sinh trung

bình là $6,5 \pm 4,61$; nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 39,8%, thấp nhất là lạc nội mạc tử cung 1,1%. Về đặc điểm cận lâm sàng: nồng độ FSH cơ bản trung bình là $7,54 \pm 2,75$; số nang thứ cấp (AFC) trung bình đếm được là $7,07 \pm 3,52$ trong đó AFC từ 5 đến 10 chiếm 49,5%.

Từ khóa: thụ tinh trong ống nghiệm, đáp ứng kém, GnRH antagonist, FSH, AFC

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF POOR OVARIAN RESPONSE WOMEN UNDERGONE GnRH ANTAGONIST PROTOCOL

The aim of this study was to access clinical and subclinical characteristics of poor ovarian response women who undergone GnRH antagonist therapy for in vitro fertilization. Results: poor ovarian response rate was 14.74%. The average age was 34.13 ± 5.19 ;

¹Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi

Email: doctorhoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

the primary infertility accounted for 51.6%; among causes of infertility, tubal factor was most frequent (39.8%), and endometriosis was the least (1.1%). For subclinical characteristics: average basal FSH was 7.45 ± 2.75 ; average AFC was 7.07 ± 3.52 , with range from 5 to 10 accounted for 49.5%.

Keywords: in vitro fertilization, poor ovarian response, GnRH antagonist, FSH, AFC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kích thích buồng trứng có vai trò quan trọng trong thụ tinh trong thành công của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản thông qua việc sử dụng thuốc nội tiết nhằm huy động được nhiều nang noãn. Tuy nhiên, việc đáp ứng với các phác đồ kích thích buồng trứng không phải lúc nào cũng đúng như mong đợi hoặc giống nhau ở tất cả các bệnh nhân. Dưới tác dụng của thuốc kích thích buồng trứng, buồng trứng có thể đáp ứng bình thường, quá kích, hay đáp ứng kém. Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng được mô tả lần đầu tiên vào năm 1983 trên bệnh nhân dùng phác đồ chuẩn 150IU hMG có nồng độ Estradiol < 300 pg/mL và thu được ít trứng do vậy có ít phôi chuyển. Khái niệm và tiêu chuẩn của đáp ứng kém còn nhiều tranh cãi, đến năm 2011 Hiệp hội Sinh sản và Mô phôi học Châu Âu (ESHRE) đã đưa đồng thuận trong vấn đề đáp ứng kém của buồng trứng. Theo đó, những bệnh nhân có 2 trong 3 dấu hiệu sau thì được coi là đáp ứng kém: tuổi ≥ 40 tuổi; có ≤ 3 noãn; AFC < 5-7 nang hoặc AMH < 0,5-1,1 ng/ml [1]. Đáp ứng kém với kích thích buồng trứng là một khó khăn của thụ tinh trong ống nghiệm vì thu được ít trứng nên có ít phôi chuyển. Trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng dao động từ 9 - 24%, tại Việt Nam tỷ lệ này khoảng 22,6% và đang có xu hướng gia tăng. Chính vì vậy, nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm đối tượng này có vai trò quan trọng trong việc tiên lượng, lựa chọn liều kích thích buồng trứng phù hợp nhằm cải thiện kết quả thụ tinh trong ống nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng

Đặc điểm bệnh nhân	Giá trị
Độ tuổi trung bình (năm) (trung bình $\pm$ SD)	34,13 $\pm$ 5,19
Phân bố nhóm tuổi	
20-24	1,6%
25-29	19,9%
30-34	28,5%
35-39	33,9%
≥ 40	16,1%

chọn bệnh nhân: tất cả các bệnh nhân làm thụ tinh trong ống nghiệm được kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist sử dụng FSH tái tổ hợp có đáp ứng kém khi số noãn ≤ 3 noãn. Loại trừ các trường hợp cho nhận noãn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp hồi cứu mô tả; Cỡ mẫu nghiên cứu:

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

- > n = Số trường hợp cần nghiên cứu
- > $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%
- > ϵ = 0,3 là sai số mong đợi tương đối
- > P = 22 % là tỷ lệ người bệnh đáp ứng kém theo nghiên cứu của Vương Thị Ngọc Lan năm 2003 tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ
- > n = 151,3. Như vậy cần tối thiểu 160 người bệnh đáp ứng kém

Các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: Tuổi, thời gian vô sinh, phân loại vô sinh, số lần làm IVF, nguyên nhân vô sinh; Nồng độ FSH cơ bản, số nang thứ cấp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trong 6 năm có 1262 hồ sơ thụ tinh trong ống nghiệm kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist tại trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có 186 trường hợp đáp ứng kém với tiêu chuẩn đáp ứng kém là số noãn ≤ 3 . Tỷ lệ đáp ứng kém là: 14,74%.

Đặc điểm của bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ antagonist được tóm tắt trong bảng 1. Tuổi trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $34,13 \pm 5,19$, trong đó tuổi cao nhất 49 tuổi và trẻ nhất là 22 tuổi. Nhóm tuổi từ 35-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (33,9%). Tuổi hay gặp nhất là 37 tuổi. Tỷ lệ vô sinh nguyên phát là 51,6 % và vô sinh thứ phát là 48,4%. Thời gian vô sinh trung bình là $6,5 \pm 4,61$, lâu nhất là 21 năm và ít nhất là 1 năm. Trong 186 bệnh nhân thì số bệnh nhân làm IVF lần đầu chiếm tỷ lệ là 69,4%. Số chu kỳ IVF trung bình là $1,47 \pm 0,83$, nhiều nhất là 6 chu kỳ và ít nhất là 1 chu kỳ.

Thời gian vô sinh (năm) (trung bình $\pm$ SD)	6,5 $\pm$ 4,61
≤ 5 năm	51,6%
> 5 năm	48,4%
Phân loại vô sinh	
Nguyên phát	51,6%
Thứ phát	48,4%
Số lần làm IVF	1,47 $\pm$ 0,83
Lần đầu	69,4%
≥ 2 lần	30,6%

Chúng tôi chia nguyên nhân vô sinh thành các loại vô sinh do vòi tử cung, do rối loạn phóng noãn, do chồng, không rõ nguyên nhân, do cả hai vợ chồng, bất thường tử cung, và lạc nội mạc tử cung thì thấy rằng nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 39,8%, thấp nhất là lạc nội mạc tử cung 1,1%, các nguyên nhân còn lại lần lượt là 1,6%; 17,7%; 5,0%, 10,2% và 1,6% (bảng 2).

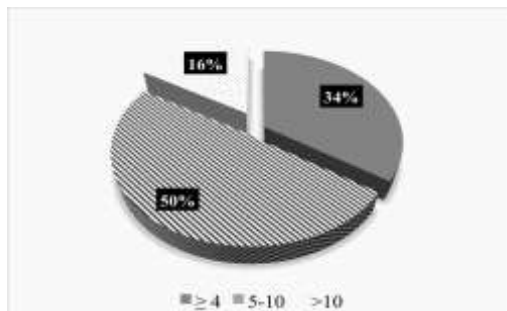
Bảng 2: Nguyên nhân vô sinh

Nguyên nhân vô sinh	n	%
Do vòi	74	39,8
Rối loạn phóng noãn	3	1,6
Tinh trùng bất thường	33	17,7
Không rõ nguyên nhân	52	5,0
Do cả 2 vợ chồng	19	10,2
Bất thường tử cung	3	1,6
Lạc nội mạc tử cung	2	1,1
Tổng	186	100

Bảng 3 cho thấy kết quả cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân đáp ứng kém. Trong nghiên cứu này chúng tôi khảo sát 2 đặc điểm nồng độ FSH cơ bản và số nang thứ cấp trên siêu âm. Nồng độ FSH ngày 3 dưới 10 IU/l chiếm tỷ lệ cao nhất 85,5%, thấp nhất là nhóm có FSH trên 12 chiếm tỷ lệ là 6,5%. Nồng độ FSH cơ bản trung bình là 7,54 $\pm$ 2,75, thấp nhất là 2,1 và cao nhất là 19,6 IU/ml.

Bảng 3: Phân bố về nồng độ FSH cơ bản

FSH cơ bản (IU/L)	N	%
≤ 10	159	85,5
10-12	15	8,0
> 12	12	6,5
Tổng	186	100



Biểu đồ 1: Phân bố về số nang thứ cấp (AFC)

Khi đếm số nang thứ cấp (AFC) trên siêu âm vào ngày 2 chu kỳ kinh thu được kết quả: có 64 bệnh nhân AFC từ 5-10 chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,5%, tiếp theo đó là số nang thứ cấp nhỏ hơn 4 là chiếm tỷ lệ 34,4%. Thấp nhất là số nang lớn hơn 10 chiếm 16,1%. Số nang thứ cấp trung bình đếm được là 7,07 $\pm$ 3,52 số nang nhiều nhất đếm được là 35 và ít nhất là không có nang thứ cấp (trường hợp đã được tư vấn xin noãn nhưng vẫn viết cam kết kích trứng).

IV. BÀN LUẬN

Trong đề tài này chúng tôi lấy tiêu chuẩn ≤ 3 noãn, là tiêu chuẩn mà Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ Sản Trung ương áp dụng từ nhiều năm nay. Theo đó, tỷ lệ đáp ứng kém trong nghiên cứu của chúng tôi là 14,74%. Zhen và Vương Thị Ngọc Lan sử dụng tiêu chuẩn dưới 4 nang noãn thì tỷ lệ này lần lượt là 11,9% và 22,7%[3]. Tuy nhiên, các nghiên cứu khác nhau áp dụng các tiêu chuẩn về đáp ứng kém khác nhau vì vậy việc so sánh tỷ lệ này giữa các nghiên cứu rất khó khăn và ít ý nghĩa.

Khi xem xét các đặc điểm của nhóm bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng chúng tôi thấy tuổi trung bình của nhóm đối tượng này là bình 34,13 $\pm$ 5,19, tuổi cao nhất 49 tuổi và trẻ nhất 22, tuổi xuất hiện nhiều nhất 37. Đáng lưu ý là nhóm tuổi dưới 35 chiếm 50%. Kết quả này tương tự với Bùi Quốc Hùng (2009) trong số những bệnh nhân đáp ứng kém, nhóm tuổi dưới 35 chiếm 51,3%. Trên thực tế lâm sàng nhiều bệnh nhân trẻ vẫn đáp ứng kém với

kích thích buồng trứng. Ở những đối tượng bệnh nhân trẻ tuổi việc đáp ứng kém là điều không mong muốn, đó có thể do bản thân buồng trứng hoặc có thể nguyên nhân do kích thích buồng trứng thất bại. Về cơ chế bệnh sinh của đáp ứng kém vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ trong rất nhiều trường hợp, đặc biệt ở những bệnh nhân trẻ tuổi. Một số giả thuyết đưa ra cho các trường hợp này bao gồm như "suy buồng trứng", giảm dự trữ buồng trứng thứ phát sau phẫu thuật can thiệp vào buồng trứng, tiểu khung, sau xạ trị, hóa trị... hoặc việc đáp ứng kém với kích thích có tương quan với chỉ số khối cơ thể cao, hút thuốc lá nặng [4].

Thời gian vô sinh trung bình trong nghiên cứu này là $6,5 \pm 4,6$, lâu nhất 21 năm, ít nhất 1 năm. Nghiên cứu của Bùi Quốc Hùng năm 2009 nhóm đáp ứng kém chung cho cả 3 phác đồ thời gian vô sinh trung bình là $6,7 \pm 5,7$. Theo Zhen thời gian vô sinh ở nhóm đáp ứng kém và nhóm đáp ứng bình thường là tương đương ($7,2 \pm 4,9$ và $7,02 \pm 4,8$) [3]. Thời gian vô sinh không khác nhau giữa các nhóm đối tượng làm thụ tinh trong ống nghiệm và nó không phải là yếu tố tiên lượng đáp ứng kém, hay yếu tố quyết định lựa chọn phác đồ kích thích buồng trứng.

Nguyên nhân vô sinh cũng là một yếu tố ảnh hưởng đến kết quả kích thích buồng trứng. Ở những bệnh nhân có lạc nội mạc tử cung nặng, các bệnh dẫn đến dính vùng tiểu khung, tiền sử phẫu thuật ở buồng trứng hoặc sau hóa trị, xạ trị... có thể dẫn đến giảm dự trữ buồng trứng thứ phát. Đây là một trong nhiều nguyên nhân dẫn đến đáp ứng kém với kích thích buồng trứng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chia nguyên nhân vô sinh ra thành các loại vô sinh do vòi tử cung, do rối loạn phóng noãn, do chồng, không rõ nguyên nhân, do cả hai vợ chồng, bất thường tử cung, và lạc nội mạc tử cung thì thấy rằng nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 39,8%, tiếp theo là không rõ nguyên nhân chiếm 25,8%, thấp nhất là lạc nội mạc tử cung 1,1%. Sau đó là nhóm không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ 21% và 19,7%. Như vậy, cho dù phác đồ kích thích buồng trứng khác nhau, đối tượng là nhóm bệnh nhân chung hay nhóm bệnh nhân đáp ứng kém thì tỷ lệ vô sinh do vòi tử cung vẫn chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây cũng là nguyên nhân thường gặp nhất trong vô sinh nữ tại Việt Nam.

Việc chẩn đoán chính xác việc đáp ứng kém với kích thích buồng trứng phải dựa vào số nang noãn thu được. Để tối ưu hóa kết quả thụ tinh trong ống nghiệm thì chúng ta cần có một chiến lược điều trị hợp lý nhằm thu được số nang noãn

nhieu nhất có thể. Chính vì vậy, các bác sĩ lâm sàng luôn mong muốn tiên lượng được khả năng đáp ứng của buồng trứng để đưa ra được phác đồ kích thích buồng trứng tốt nhất. Có rất nhiều yếu tố được nghiên cứu để tiên lượng khả năng đáp ứng của buồng trứng với kích thích như tuổi, nồng độ FSH cơ bản, AMH, số nang thứ cấp (AFC), inhibin B ... 2 yếu tố được ứng dụng phổ biến nhất là nồng độ FSH cơ bản và đếm nang thứ cấp AFC. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ FSH ngày 3 trung bình là $7,54 \pm 2,75$, thấp nhất là 2,1 và cao nhất là 19,6 IU/ml. Nồng độ FSH ngày 3 dưới 10 IU/l chiếm tỷ lệ cao nhất 85,5%, thấp nhất là nhóm có FSH trên 12 chiếm tỷ lệ là 6,5%. Kết quả của chúng tôi có nồng độ FSH cơ bản trung bình thấp hơn trong nghiên cứu của Zhen nồng độ FSH cơ bản của nhóm đáp ứng kém $11,8 \pm 5,1$. Và Zhen cũng đưa ra kết quả nồng độ FSH cơ bản của nhóm bệnh nhân đáp ứng kém cao hơn nhóm bình thường là $8,33 \pm 2,89$ có ý nghĩa thống kê [3]. Sở dĩ có sự khác nhau này có thể do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân đáp ứng kém theo các tiêu chuẩn khác nhau và trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân dưới 35 tuổi chiếm tỷ lệ lớn nên nồng độ FSH ngày 3 trong giới hạn thường chiếm tỷ lệ cao nhất.

Số lượng nang thứ cấp (AFC) được xác định bằng siêu âm đầu dò âm đạo vào ngày 2-3 của chu kỳ kinh. Đó là những nang trên buồng trứng có kích thước từ 2-10mm. Nang thứ cấp cùng với các yếu tố tuổi, FSH cơ bản, AMH, giúp tiên lượng dự trữ buồng trứng từ đó chọn phác đồ và liều FSH ban đầu phù hợp. Bệnh nhân có số nang AFC < 4 nang thì liên quan đến đáp ứng kém và tỷ lệ hủy bỏ chu kỳ rất cao (41% so với 6,4%), tỷ lệ có thai thấp hơn [6]. Ở nghiên cứu của chúng tôi số nang thứ cấp từ 5-10 chiếm tỷ lệ cao nhất là 49,5%, tiếp theo đó là số nang thứ cấp nhỏ hơn 4 chiếm tỷ lệ 34,4%. Thấp nhất là số nang lớn hơn 10 chiếm 16,1%. Số nang thứ cấp trung bình đếm được là $7,07 \pm 3,52$. Một trường hợp đếm được là 35 AFC, nhưng kích thích buồng trứng bằng phác đồ antagonist với liều FSH ban đầu 75 IU/l thì chỉ được 4 nang trưởng thành và hút được 3 noãn. 4 trường hợp không có nang AFC nào. Số nang thứ cấp phổ biến nhất 4 nang. Nguyễn Xuân Hợi năm 2009 nghiên cứu nhóm bệnh nhân ≤ 35 tuổi đáp ứng kém với phác đồ dài là $6,93 \pm 5,53$ [7]. Theo nghiên cứu của Zhen số nang thứ cấp của nhóm đáp ứng kém thấp hơn so với nhóm đáp ứng bình thường ($4,09 \pm 2,5$ so với $10,1 \pm 7,2$) có ý nghĩa thống kê [3]. Vậy số lượng nang thứ cấp đều thấp ở nhóm bệnh nhân đáp ứng kém.

V. KẾT LUẬN

Đáp ứng kém chiếm tỉ lệ khá cao trong những phụ nữ điều trị bằng phác đồ antagonist, trong đó tỉ lệ bệnh nhân dưới 35 tuổi chiếm 51,3%. Những bệnh nhân này có nồng độ FSH cơ bản cao và số lượng các nang trứng thứ cấp thấp.

Lời cảm ơn: Tác giả xin trân trọng cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên của Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia đã giúp đỡ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferraretti AP, La Marca A, Fauser BC et al (2011). ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria, *Human Reproduction*, 26(7): 1616-1624
2. Oehninger S. (2011). Poor responder in in vitro fertilization (IVF) therapy: the challenge continues, *FV & V in ObGyn*, 3(2): 101 – 108.
3. Zhen, XM, Qiao J, Li R, et al (2008). The clinical analysis of poor ovarian response in in-vitro-fertilization embryo-transfer among Chinese couples, *J Assist Reprod Genet*, 25(1): 17-22.
4. Buyuk E, Seifer DB, et al (2011). Elevated body mass index is associated with lower serum anti-mullerian hormone levels in infertile women with diminished ovarian reserve but not with normal ovarian reserve, *Fertil Steril*, 95: 324-6.
5. Saykham RB (2013). Đánh giá hiệu quả hai phác đồ kích thích buồng trứng ở bệnh nhân đáp ứng kém tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. *Luận án tiến sỹ Y học*.
6. Wald TV, Thornton K (2007). Assisted reproductive technology, *Reproductive Endocrinology and infertility, Landes Bioscience, Texas, USA*: 178-187.
7. Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Việt Tiến, Phạm Thị Thanh Thủy (2009). Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng sự đáp ứng của buồng trứng trong thụ tinh trong ống nghiệm, *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 64(5): 1-5.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH AN TOÀN THỰC PHẨM TẠI CÁC BẾP ĂN CỦA CÁC TRƯỜNG MẦM NON VÀ TIỂU HỌC Ở HUYỆN VINH LINH TỈNH QUẢNG TRỊ NĂM 2015

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bếp ăn tập thể không đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm ảnh hưởng xấu đến sức khỏe hàng loạt người tiêu dùng, đặc biệt là trẻ em. Nghiên cứu các điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm của bếp ăn tập thể tại các trường Mầm non và Tiểu học dự phòng ngộ độc thực phẩm cho các cháu là vấn đề cần quan tâm. **Mục tiêu:** Đánh giá điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm bếp ăn của các trường Mầm non và Tiểu học; tìm hiểu kiến thức, thực hành của nhân viên bếp ăn các trường mầm non, tiểu học trên địa bàn huyện và yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được triển khai tại toàn bộ (64) bếp ăn tại các trường Mầm non và Tiểu học trên địa bàn huyện Vinh Linh, tỉnh Quảng Trị. **Kết quả:** Tỷ lệ bếp ăn được xây dựng theo nguyên tắc một chiều chiếm 90,6%, 56,3% bếp ăn đạt tiêu chuẩn vệ sinh về cơ sở hạ tầng; 53,1% bếp ăn có dụng cụ phục vụ ăn uống đạt tiêu chuẩn sạch về tinh bột và dầu mỡ; 100% mẫu thực phẩm được kiểm tra không có hàn the và phẩm màu; 65,6% bàn tay nhân viên chế biến thực phẩm được xét nghiệm bị nhiễm vi khuẩn trong đó có 15,6% nhân viên bị nhiễm 2 trong

Nguyễn Tấn Minh*, Phan Thị Bích Ngọc**

3 loại vi khuẩn được nuôi cấy. 76,6% bếp ăn đạt tiêu chuẩn về nhân viên; 53,1% bếp ăn đủ điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm; 86,2% nhân viên được đánh giá đạt yêu cầu về kiến thức chung an toàn vệ sinh thực phẩm; 98,5% nhân viên chế biến thực phẩm được đánh giá đạt yêu cầu về thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm. Có sự liên quan giữa kiến thức về an toàn thực phẩm với trình độ đào tạo kỹ thuật nấu ăn, thực hành rửa sạch dụng cụ phục vụ ăn uống đối với tinh bột. **Kết luận:** Toàn bộ 100% mẫu thực phẩm không có hàn the và phẩm màu. Chỉ có 53,1% bếp ăn đủ điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm. **Kiến nghị:** Cần quan tâm đầu tư nâng cấp, xây mới để các bếp ăn tập thể đều đạt tiêu chuẩn về vệ sinh cơ sở. Tập huấn cho tất cả nhân viên bếp ăn tập thể về kỹ thuật rửa sạch dụng cụ phục vụ ăn uống. Tất cả nhân viên khi thực hiện chế biến thực phẩm phải thực hiện tốt vệ sinh cá nhân, cần bắt buộc sử dụng găng tay đúng qui định.

Từ khóa: bếp ăn, an toàn thực phẩm, trường mầm non và tiểu học

SUMMARY

FOOD SAFETY AT CAFETERIAS OF KINDERGARTENS AND ELEMENTARY SCHOOLS IN VINH LINH DISTRICT, QUANG TRI PROVINCE 2015

Poor hygiene cafeteria causes negative effect on customers, especially on children. Research on food safety at the kindergartens and elementary schools should be concerned. **Objectives:** To assess the food

*Trung tâm Y tế huyện Vinh Linh

**Trường Đại học Y-Dược Huế

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Bích Ngọc

Email: Phanthibichngoc06@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

hygiene and safety situations at cafeterias in kindergartens and elementary schools. To study the KAP of cafeteria staffs and related factors. **Methods:** A descriptive cross-sectional study was carried out in all (64) cafeterias at the kindergartens and primary schools in Vinh Linh district, Quang Tri province. **Results:** The rate of one-way cafeterias was 90.6%. In terms of facility, 56.3% met the hygiene criteria on infrastructure; 53.1% had the kitchenware which met the starch and fat hygiene criteria. All food samples were negative for borax and food coloring tests. Approximately 65.6% of employee hands were contaminated, in which 15.6% were infected with 2 out of 3 kinds of cultured bacteria. About 76.6% met the staff power standards; 53.1% met the food hygiene and safety standards. Most of the staff had acceptable knowledge and practice on food hygiene and safety, 86.2% and 98.5%, respectively. Knowledge of food safety was associated with cooking training level. **Conclusion:** 100% food samples were negative for borax and food coloring test whereas only 53.1% of cafeterias met the hygiene criterias.

Key word: Cafeteria, Food Safety, Kindergartens, Elementary Schools

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, ngộ độc thực phẩm đang diễn biến phức tạp và có xu hướng gia tăng ảnh hưởng lớn đến sức khỏe người dân, giống nòi và sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước [1]. Trong đó, vấn đề đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm tại các bếp ăn bán trú của các trường học là vấn đề đáng được quan tâm. Vì ở đó đang chứa những nguy cơ tiềm ẩn xảy ra ngộ độc thực phẩm đông người nhất là học sinh tại các trường mầm non và tiểu học. Trẻ nhỏ dễ nhạy cảm với thực phẩm lạ, thực phẩm không đảm bảo an toàn, vệ sinh, nên nguy cơ bị ngộ độc thực phẩm rất cao. Để có cái nhìn đúng thực tế về điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm tại các bếp ăn của các trường Mầm non và Tiểu học góp phần xây dựng các giải pháp hữu hiệu trong phòng chống ngộ độc thực phẩm đông người tại huyện, chúng tôi tiến hành đề tài "Nghiên cứu tình hình an toàn thực phẩm tại bếp ăn của các trường Mầm non và Tiểu học ở huyện Vĩnh Linh tỉnh Quảng

Trị năm 2015". **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu này nhằm đánh giá điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm bếp ăn của các trường Mầm non và Tiểu học; tìm hiểu kiến thức, thực hành của nhân viên bếp ăn các trường mầm non, tiểu học trên địa bàn huyện và yếu tố liên quan

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ bếp ăn của các trường mầm non và tiểu học đang hoạt động trên địa bàn huyện Vĩnh Linh năm 2015 bao gồm: Khu vực chế biến, bảo quản thực phẩm, nhà ăn; dụng cụ phục vụ ăn uống. Toàn bộ nhân viên trực tiếp tham gia chế biến, toàn bộ người quản lý bếp ăn. Thực phẩm đã được chế biến để ăn trưa.

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

Cỡ mẫu: 64 bếp ăn của các trường Mầm non và Tiểu học trên địa bàn huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị; 38 cán bộ quản lý bếp ăn của các trường mầm non và tiểu học trên địa bàn huyện; 130 nhân viên trực tiếp tham gia chế biến của các trường mầm non và tiểu học trên địa bàn huyện Vĩnh Linh; 32 mẫu bàn tay của nhân viên chế biến; 64 mẫu thực phẩm.

Kỹ thuật chọn mẫu: Tại mỗi bếp chọn ngẫu nhiên 02 dụng cụ phục vụ ăn uống (DCPVAU) trên trong tổng số DCPVAU sử dụng cho trẻ hàng ngày (128 mẫu). Tại mỗi bếp chọn ngẫu nhiên 01 mẫu thực phẩm là chả cá, thịt hoặc cá để kiểm tra bằng Kit test nhanh hàn the, phẩm màu (64 mẫu). Chọn 32 nhân viên đại diện cho 32 bếp ăn để tiến hành lấy mẫu bàn tay xét nghiệm tìm 3 loại vi khuẩn chỉ điểm *Staphylococcus aureus*, *Coliform*, *E.coli*.

-Thời gian: Từ tháng 04/2015 đến tháng 12/2015.

-Địa điểm: Tại 64 bếp ăn của các trường Mầm non và Tiểu học trên địa bàn huyện Vĩnh Linh, tỉnh Quảng Trị.

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học thông thường dựa trên phần mềm Excel 2007 và SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm các bếp ăn

Bảng 3.1. Thiết kế, xây dựng bếp ăn tập thể

TT	Nội dung	Đạt		Không đạt		Tổng
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
1	Theo nguyên tắc 1 chiều	58	90,6	6	9,4	64
2	Hệ thống cửa bếp	32	50	32	50	64
3	Bảo đảm thông thoáng	54	84,4	10	15,6	64
4	Che chắn đèn chiếu sáng	9	14,5	55	85,9	64

Nơi chế biến thức ăn phải được thiết kế theo nguyên tắc một chiều từ nguyên liệu đầu vào cho đến sản phẩm cuối cùng. Qua kết quả cho

thấy trong 64 bếp ăn trên địa bàn có 58 BATT được xây dựng theo nguyên tắc một chiều chiếm 90,6%. Một số nghiên cứu ở địa phương và thời

điểm khác nhau thấy tỷ lệ xây dựng bếp theo nguyên tắc một chiều thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hạnh tại huyện Long Thành (2009) đạt 39,19% thực hiện theo qui trình bếp một chiều [3]. Nghiên cứu của Vũ Văn Kiên tại thành phố Điện Biên Phủ chỉ có 43,7% được thiết kế xây dựng theo nguyên tắc một chiều [5].

Hệ thống cửa bếp có 50% cơ sở đạt yêu cầu, cửa ra vào, cửa sổ được làm bằng vật liệu chắc chắn, nhẵn, ít thấm nước, kín, phẳng thuận tiện cho việc làm vệ sinh, bảo đảm tránh được côn trùng, vật nuôi xâm nhập. Nghiên cứu của Vũ

Văn Kiên tại thành phố Điện Biên Phủ cũng cho kết quả tương tự, có 57,0% cửa ra vào và 63,0% cửa sổ bảo đảm tránh được côn trùng và động vật xâm nhập [5].

Hệ thống đèn chiếu sáng tại bếp ăn phải bảo đảm cho hoạt động chế biến và bảo quản thực phẩm. Các bóng đèn chiếu sáng phải được che chắn an toàn bằng hộp để tránh bị vỡ và nếu có bị vỡ thì không được rơi vào thực phẩm. Phần lớn bóng đèn tại BATT chưa được che chắn chiếm 85,9%.

Bảng 3.2. Vệ sinh dụng cụ

TT	Nội dung	Đạt		Không đạt		Tổng
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1	Muôi, thìa, đũa rửa sạch cắm vào ống giỏ riêng	61	95,3	3	4,7	64
2	Bát, thìa sạch dầu mỡ, tinh bột	34	53,1	30	46,9	64

Có 34 BATT chiếm tỷ lệ 53,1% dụng cụ rửa sạch tinh bột và dầu mỡ.

Bảng 3.3. Sử dụng nguyên liệu, hàn the và phẩm màu

TT	Nội dung	Đạt		Không đạt		Tổng
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
3	Không sử dụng phẩm màu	64	100	0	0	64
4	Không sử dụng hàn the	64	100	0	0	64

100% BATT không sử dụng thực phẩm có sử dụng hàn the và phẩm màu để bảo quản. Một số nghiên cứu khác cho thấy vẫn còn có chứa hàn the và phẩm màu độc hại. Nghiên cứu của Trần Quang Trung, cho thấy tỷ lệ mẫu thực phẩm ô nhiễm với phẩm màu hóa học dao động từ 1,3 đến 7,8%, trong đó cao nhất tại khu vực Đông Nam Bộ (7,8%), thấp nhất tại Bắc Trung Bộ và duyên hải miền Trung (1,3%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Hương tại Quảng Bình năm 2012, có 9,4% mẫu thực phẩm dương tính với hàn the [4].

2. Tiêu chuẩn về con người

Bảng 3.4. Tiêu chuẩn vệ sinh bàn tay về mặt vi sinh

TT	Mẫu bàn tay	n	Tỷ lệ (%)
1	Đạt	11	34,4
2	Nhiễm 01 loại vi khuẩn	16	50,0
3	Nhiễm 02 loại vi khuẩn	5	15,6
Cộng		32	100

Kết quả lấy mẫu bàn tay của 32 nhân viên phục vụ BATT để cấy tìm ba loại vi khuẩn là *Coliform*, *E.coli*, *Staphylococcus aureus*, có 11/32 trường hợp bàn tay được đánh giá đạt chiếm tỷ lệ 34,4%, bàn tay của 21 nhân viên bị nhiễm vi khuẩn chiếm 65,6%, trong đó có 5 nhân viên bàn tay nhiễm đồng thời 2 loại vi khuẩn.

Phân tích nhiễm vi khuẩn bàn tay của 21 nhân viên chế biến thực phẩm, thấy có 19 nhân

viên bị nhiễm *Coliform* chiếm tỷ lệ 90,5%; nhiễm *Staphylococcus aureus* 05 nhân viên chiếm tỷ lệ 23,8%; nhiễm *E.coli* 02 trường hợp chiếm 9,5%

Theo Trần Đáng tỷ lệ nhiễm *E. coli* ở người làm dịch vụ thực phẩm trên một số địa phương trên cả nước chiếm từ 19,3% - 70,7%, trong đó tại Huế là 37%, tại Hà Nội bàn tay ở người làm BATT nhiễm *E.coli* là 40% và ở thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ này tương đối cao là 67,5% [2].

Bảng 3.5. Điều kiện đối với người quản lý

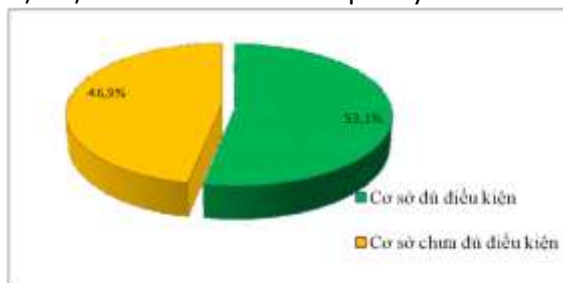
TT	Nội dung	Đạt		Không đạt		Tổng
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1	Được tập huấn kiến thức ATTP	38	100,0	0	0	38
2	Đã khám sức khỏe ATTP	28	73,7	10	26,3	38

Tại thời điểm đánh giá có 100% người quản lý BATT đã được tập huấn kiến thức về ATVSTP; có 73,7% người đã được khám quản lý sức khỏe.

Bảng 3.6. Điều kiện đối với nhân viên

TT	Nội dung	Đạt		Không đạt		Tổng
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
1	Được tập huấn kiến thức ATTP	127	97,7	3	2,3	130
2	Đã khám sức khỏe ATTP	121	93,1	9	6,9	130

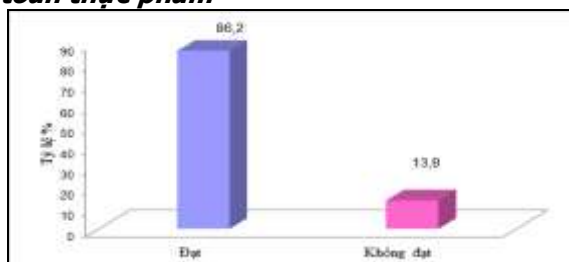
Có 127 nhân viên phục vụ bếp ăn các trường tham gia tập huấn kiến thức về ATVSTP chiếm tỷ lệ 97,7%; 121 nhân viên khám quản lý sức khỏe theo qui định đạt 93,1%.

**Biểu đồ 3.3.** Phân bố cơ sở đủ điều kiện vật chất

Có 34 BATT chiếm tỷ lệ 53,1% đủ điều kiện về cơ sở vật chất; Việc thực hiện qui định về tham gia tập huấn cũng như khám sức khỏe an toàn thực phẩm hàng năm của người quản lý cơ bản thực hiện tốt, 100% người quản lý tham gia tập huấn về kiến thức an toàn vệ sinh thực phẩm; 73,7% đã tham gia khám sức khỏe trong năm theo qui định. Nghiên cứu của Ninh Thị Nhung tại thị xã Lai Châu (2010) cho kết quả tương tự chúng tôi, có 97,3% người quản lý cơ sở được tập huấn kiến thức và khám sức khỏe định kỳ theo qui định [6].

3.2 Kiến thức, thực hành của nhân viên

Kiến thức của nhân viên về vệ sinh an toàn thực phẩm

**Biểu đồ 3.5.** Kiến thức chung về ATVSTP của nhân viên phục vụ

3.4 Liên quan với kiến thức về an toàn thực phẩm của nhân viên

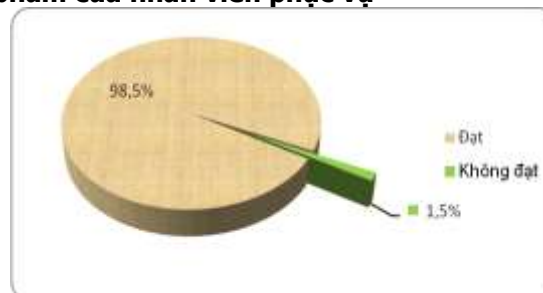
Các yếu tố liên quan đến kiến thức của nhân viên phục vụ bếp ăn (mô hình hồi quy Logistic đa biến)

Biến độc lập		OR	95% KTC		P
XN dụng cụ đối với tiêu chuẩn về tinh bột	Đạt	0,139	0,032	0,610	0.009
	Chưa đạt	1			
Trình độ đào tạo kỹ thuật nấu ăn	Trung cấp trở lên	0,132	0,027	0,656	0.013
	Sơ cấp trở xuống	1			

Mô hình hồi quy logistic đa biến với biến phụ thuộc là kiến thức của nhân viên bếp ăn. Các yếu tố liên quan đến kiến thức với XN dụng cụ

đối với tiêu chuẩn về tinh bột (OR = 0,139; 95% KTC: 0,032 - 0,610), Trình độ đào tạo kỹ thuật nấu ăn (OR = 0,132; 95% KTC: 0,027-0,656).

3.3 Thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm của nhân viên phục vụ

**Biểu đồ 3.6.** Thực hành chung an toàn vệ sinh thực phẩm của nhân viên

Có 130 nhân viên BATT được đánh giá thực hành về ATVSTP trong đó có 128 nhân viên được đánh giá đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ 98,5%, chỉ có 02 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,5% được đánh giá chưa đạt. Kết quả về đánh giá về thực hành trong nghiên cứu của chúng tôi có 98,5% (128/130) nhân viên thực hành đạt yêu cầu, chỉ có 2 trường hợp chưa đạt, chiếm tỷ lệ 1,5%. Tỷ lệ nhân viên thực hành trong nghiên cứu của chúng tôi đạt yêu cầu cao hơn một số nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Trần Thị Kim Phở có 82,8% (48/58) thực hành đạt và 17,2% (10/58) thực hành chưa đạt [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn 99,1%; thực hành đúng về kỹ năng và dụng cụ chế biến chỉ đạt 38,6%, thực hành sử dụng bảo hộ lao động của người làm dịch vụ chỉ đạt 1,3%.

Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức và thực hành của nhân viên. Tuy vậy, một số nghiên cứu khác ở các địa phương khác nhau thấy có mối liên quan giữa kiến thức với thực hành. Nghiên cứu của Đỗ Thị Tân (2013), thấy nhân viên có kiến thức đúng về ngộ độc thực phẩm có khả năng thực hành đúng về an toàn thực phẩm cao gấp 1,7 lần so với nhân viên có kiến thức không đúng. Nhân viên có kiến thức đúng chung về an toàn thực phẩm có khả năng thực hành đúng về an toàn thực phẩm cao gấp 1,7 lần so với nhân viên có kiến thức không đúng.

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bếp ăn được xây dựng theo nguyên tắc một chiều đạt 90,6%.
 - Tỷ lệ bếp ăn đạt tiêu chuẩn vệ sinh về cơ sở hạ tầng đạt 56,3%.
 - Tỷ lệ bếp ăn có dụng cụ phục vụ ăn uống đạt tiêu chuẩn sạch về tinh bột và dầu mỡ đạt 53,1%.
 - Tỷ lệ mẫu thực phẩm được kiểm tra không có hàn the và phẩm màu đạt 100%.
 - Tỷ lệ bàn tay nhân viên chế biến thực phẩm được xét nghiệm bị nhiễm vi khuẩn đạt 65,6 %, trong đó có 15,6% nhân viên bị nhiễm 2/3 loại vi khuẩn được nuôi cấy.
 - Tỷ lệ bếp ăn đạt tiêu chuẩn về con người 76,6%; bếp ăn đủ điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm đạt 53,1%.
 - Tỷ lệ nhân viên được đánh giá đạt yêu cầu về kiến thức chung an toàn vệ sinh thực phẩm đạt 86,2%.
 - Tỷ lệ nhân viên chế biến thực phẩm được đánh giá đạt yêu cầu về thực hành an toàn vệ sinh thực phẩm đạt 98,5%.
- Có sự liên quan giữa kiến thức về an toàn thực phẩm với trình độ đào tạo kỹ thuật nấu ăn,

thực hành rửa sạch dụng cụ phục vụ ăn uống đối với tinh bột.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy việc tăng cường thanh tra, kiểm tra tại các bếp ăn trên đại bàn là cần thiết. Ngoài ra, cần tăng cường tập huấn kiến thức vệ sinh an toàn thực phẩm, đặc biệt là kỹ thuật rửa sạch dụng cụ phục vụ ăn uống, vệ sinh cá nhân, cần bắt buộc sử dụng găng tay đúng qui định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ban Bí thư (2011)**, Chỉ thị số 08-CT/TW, ngày 21 tháng 10 năm 2011, "*Về tăng cường sự lãnh đạo của Đảng đối với vấn đề an toàn thực phẩm trong tình hình mới*".
2. **Trần Đăng (2005)**, *Kiểm soát vệ sinh an toàn thực phẩm thức ăn đường phố*, Nxb Thanh niên, tr. 33-34, 86-87, 183-184.
3. **Nguyễn Thị Thu Hạnh (2011)**, "Đánh giá kiến thức nhân viên phục vụ thức ăn đường phố về vệ sinh an toàn thực phẩm tại 3 xã điểm thức ăn đường phố trên địa bàn huyện Long Thành năm 2009", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 15, Phụ bản số 1 - 2011, tr.220-225.
4. **Nguyễn Thị Thanh Hương (2012)**, Thực trạng và giải pháp nâng cao năng lực quản lý việc sử dụng một số phụ gia trong chế biến thực phẩm tại Quảng Bình, Luận án tiến sĩ dinh dưỡng, Viện dinh dưỡng.
5. **Nguyễn Văn Kiên và Cộng sự (2016)**, "Thực trạng an toàn thực phẩm của các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại thành phố Điện Biên Phủ năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XXVI, số 4 (177) 2016, tr. 140-148.
6. **Ninh Thị Nhung và Cộng sự (2012)**, "*Kiến thức về vệ sinh an toàn thực phẩm của người quản lý, kinh doanh và tiêu dùng tại thị xã Lai Châu*" *Tạp chí Y học thực hành* (810)-Số 3/2012, tr. 5-7.
7. **Trần Thị Kim Phổ (2012)**, *Nghiên cứu tình hình an toàn thực phẩm trường có bếp ăn tập thể ở các trường bán trú trên địa bàn thành phố Huế năm 2011*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KẾT XƯƠNG LIÊN MẪU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI CAO TUỔI BẰNG NẠP KHÓA VỚI CAN THIỆP TỐI THIỂU

Nguyễn Năng Giỏi*, Nguyễn Lâm Bình*

TÓM TẮT

*Viện Chấn thương Chỉnh hình-Bệnh viện TƯQĐ 108
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Năng Giỏi
 Email: nanggioi108@gmail.com.
 Ngày nhận bài: 4.01.2017
 Ngày phản biện khoa học: 14.2.2017
 Ngày duyệt bài: 25.4.2017

Lựa chọn phương pháp điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi ở người cao tuổi hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả kết xương gãy liên mẫu chuyển ở các BN cao tuổi bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu. Từ 4/2012-4/2015, 65 BN gãy kín liên mẫu chuyển đã được kết xương bằng nẹp khóa đầu trên xương đùi với can thiệp tối thiểu. Có 39 nữ và 26 nam với tuổi trung bình là 78,2 ± 7,9 tuổi (từ 60-95 tuổi). Thời gian theo dõi trung bình là 24 tháng (từ 6-48 tháng). Kết quả:

24/52 BN đạt rất tốt, 13/52 BN đạt tốt và 12/52 BN đạt trung bình, 3/52 BN đạt kém. Chúng tôi khuyến cáo kết xương nẹp khóa với can thiệp tối thiểu trong điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi.

Từ khóa: Gãy liên mấu chuyển xương đùi, nẹp khóa, can thiệp tối thiểu.

SUMMARY

THE OUTCOMES OF TREATMENT FOR INTERTROCHANTERIC FEMORAL FRACTURES IN OLD PATIENTS USING LOCKING PLATES WITH MINIMALLY INVASIVE SURGERY

The best treatment for intertrochanteric femoral fractures in old patients is controversial. In this study, we assessed the outcomes of treatment for intertrochanteric femoral fractures in old patients using locking plates with minimally invasive surgical technique. From April 2012 to April 2015, 65 old patients with intertrochanteric fractures that were managed with proximal femur locking plate using minimally invasive surgical technique. There were 39 females and 26 males, with a median age of 78,2 $\pm$ 7,9 years (range, 60–95 years). The average follow-up period was 24 (range, 6–48) months. The results showed that 24 of 52 patients achieved very good results, 13 of 52 patients with good results and 12 of 52 patients got average results and 3 of 52 patients got bad results. We recommend considering the use of locking plate with minimally invasive surgical technique as the management of intertrochanteric fractures in old patients.

Key words: intertrochanteric femoral fractures; locking plate; minimally invasive surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy liên mấu chuyển xương đùi là một gãy xương thường gặp, nhất là đối với người cao tuổi. Đây là một gãy xương lớn, có thể gặp nhiều biến chứng toàn thân cũng như tại chỗ. Điều trị phẫu thuật là chỉ định hàng đầu do các phương pháp bảo tồn cần đòi hỏi bệnh nhân (BN) phải nằm tại chỗ kéo dài dễ gây các biến chứng như bội nhiễm hô hấp, viêm tiết niệu, loét các vùng tì đè, sản sóc BN khó khăn... Có nhiều phương pháp phẫu thuật gãy liên mấu chuyển như kết xương bằng vít xỏ, nẹp liên khối, nẹp DHS, đinh gamma, đinh nội tủy đầu trên xương đùi, nẹp khóa...

Phương pháp kết xương liên mấu chuyển bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu có ưu điểm là can thiệp nhỏ, ít sang chấn phần mềm, ít mất

máu, hệ thống nẹp cố định vững chắc ổ gãy, thuận lợi cho điều trị sau mổ và tập vận động phục hồi chức năng nhất là ở người cao tuổi [4,5,6]. Phương pháp này xuất hiện từ thập kỷ 90 của thế kỷ trước đã được nhanh chóng áp dụng trên thế giới. Ở nước ta, kết xương bằng nẹp khóa điều trị gãy liên mấu chuyển là phương pháp điều trị mới bước đầu được ứng dụng tại một số bệnh viện lớn, nhưng với số lượng chưa nhiều, chưa có báo cáo nghiên cứu chi tiết về kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu điều trị phẫu thuật kết hợp xương gãy kín vùng mấu chuyển xương đùi bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu; Rút ra một số kinh nghiệm về chỉ định và kỹ thuật mổ, ưu điểm của phương pháp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 65 BN bị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi có tuổi từ 60-95 tuổi, trung bình 78,2 $\pm$ 7,9 tuổi, được phẫu thuật kết xương bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu từ tháng 4/2012-4/2015 tại khoa B1-A, Viện CT-CH, Bệnh viện TWQĐ 108.

+ **Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán gãy kín liên mấu chuyển xương đùi có chỉ định phẫu thuật.

+ **Tiêu chuẩn loại trừ:** gồm các gãy xương bệnh lý, BN già yếu không chịu được phẫu thuật, gãy xương hở, gãy xương nhiễm khuẩn tiến triển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, không có đối chứng.

***Kết quả nghiên cứu được đánh giá theo các tiêu chuẩn sau:**

- Lượng máu truyền, ngày nằm viện.
- Tình trạng toàn thân, tại vết mổ.
- Kết quả kết xương (căn cứ trên phim Xquang):

- + Kết quả chỉnh trục xương: góc cổ - thân xương đùi, di lệch thứ phát.

- + Vị trí các vít cổ chỏm và nẹp.

- Mức độ phục hồi chức năng: theo phương pháp đánh giá của Merle d'Aubigné – Postel [7]. Tiêu chuẩn cụ thể như sau:

Bảng đánh giá chức năng khớp háng theo Merle d'Aubigné - Postel [7]

Điểm	Mức độ đau	Khả năng đi lại	Tâm vận động khớp háng
6	Không đau	Đi lại bình thường	Gập háng > 90° Dạng khớp háng tới 30°
5	Thỉnh thoảng đau, lao động sinh hoạt bình thường	Đi lại vững, thi thoảng cần gậy	Gập háng 80° – 90° Dạng khớp háng 15°
4	Đau nhẹ khi đi lại, hết đau khi nghỉ ngơi	Đi bộ xa cần gậy, gãi không cần	Gập háng 60°- 80°

3	Đau khi làm việc nhẹ	Chống gậy đi được ~1 giờ	Gấp háng 40 ^o - 60 ^o
2	Đau nhiều khi đi lại, không làm việc được	Phải dùng gậy chống	Gấp háng < 40 ^o
1	Đau nhiều về đêm	Phải dùng 2 nạng	Cứng khớp, biến dạng khớp
0	Rất đau, đau liên tục	Không đi lại được	Dính cứng khớp

- Biến chứng toàn thân: viêm phổi, viêm đường tiết niệu, suy kiệt, loét tỷ đè, tử vong trong tuần đầu, 3 tháng đầu sau phẫu thuật...

+ Tại chỗ: chảy máu vết mổ, tụ dịch vết mổ, nhiễm khuẩn vết mổ, rò vết mổ, gãy vít, vít cổ chỏm ra ngoài khỏi cổ chỏm. Tuột, gãy, bất phương tiện kết xương. Không liền xương, khớp giả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân: Trong 65 BN nghiên cứu có 26 nam và 39 nữ, tuổi trung bình là $78,2 \pm 7,9$ tuổi, (60 - 95 tuổi). Nhóm tuổi trên 90 tuổi có 11 BN. Các BN đều có hiện tượng thưa xương trên XQ. Nguyên nhân gây xương, chủ yếu là do TNSH (54/65 BN), TNGT chỉ chiếm 11/65 BN.

Phân loại gãy xương theo AO: Nhóm A1 có 26 BN nhóm A2 có 24 BN, nhóm A3 có 15 BN. Có 27 BN gãy chân phải và 38 BN gãy chân trái. 45/65 BN có các bệnh nội khoa mạn tính kèm theo, chủ yếu là bệnh tim mạch, hô hấp. 6/65 bệnh nhân có tổn thương phổi hợp: 1 BN gãy móm khuỷu, 1 BN gãy khung chậu ít di lệch, 4 BN gãy đầu dưới xương quay. Thời điểm phẫu thuật: 2-5 ngày. Truyền máu: 2 BN được truyền máu trước mổ. 18/65 BN được truyền máu trong và sau phẫu thuật với lượng máu truyền từ 1 đơn vị và 2 đơn vị.

Thời gian phẫu thuật trung bình là $62,8 \pm 17,4$ phút. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 40 phút và dài nhất là 100 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 8,53 ngày (6-10 ngày).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Kết quả gần: 65/65 bệnh nhân (100%) đều có vết mổ liền kỳ đầu và không có biến chứng trong thời gian nằm viện.

**Kết quả kết xương, chỉnh trục:* Các nẹp, vít ở vị trí đạt yêu cầu; xương được cố định tốt, trong đó:

- Nắn chỉnh tốt, trục xương thẳng, góc của cổ với thân xương đùi từ 125^o đến 130^o đạt 60/65 bệnh nhân.

- Ổ gãy còn di lệch ít, còn lệch một vỏ xương, góc cổ thân xương từ 120^o đến dưới 125^o là 5/65 BN.

- Vít khóa ở đầu trung tâm nằm ở tâm khối cổ chỏm là 59/65 BN.

- Vít khóa ở đầu trung tâm nằm hơi lệch lên trên, xuống dưới, ra trước hoặc ra sau nhưng vẫn nằm trong khối cổ chỏm có 6/65 BN.

3.2.2. Kết quả xa: Có 52/65 BN được theo dõi đánh giá đầy đủ sau mổ 6 tháng:

- 49/52 BN có biên độ vận động khớp háng bình thường và gần bình thường. 39/52 BN có chân bệnh không bị ngắn hoặc chỉ ngắn hơn chân lành <1cm, 13/52 BN còn lại bị ngắn chỉ từ 1-2cm.

- Khả năng đi lại: 24/52 BN đi lại bình thường, không đau; 12/52 bệnh nhân đi lại tập tễnh, đau khi gắng sức; 13/52 BN đi lại phải dùng nạng, đau thường phải dùng thuốc giảm đau; chỉ có 3/52 BN không đi lại được, đau thường xuyên.

- Kết quả chung: Rất tốt và tốt lần lượt là 24/52 BN và 13/52 BN. Trung bình: 12/52 BN. Kém: 3/52 BN

3.3. Tai biến và biến chứng

- Tai biến: Chúng tôi không gặp tai biến nào.

- Biến chứng sớm: không gặp các biến chứng như viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét điểm tỷ đè, chảy máu sau mổ, tụ máu sau mổ, nhiễm khuẩn vết mổ... Không có bệnh nhân nào tử vong nội viện.

- Biến chứng muộn: 5 BN bị tụt 1 vít nhưng vẫn nằm trong khối cổ chỏm, có 3 trường hợp bị tử vong sau mổ 5 - 6 tháng do bệnh lý tim mạch.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân, lựa chọn phương pháp điều trị, chỉ định kết xương nẹp khóa

4.1.1. Đặc điểm bệnh nhân: Các BN có tuổi trung bình là $78,2 \pm 7,9$ tuổi, (60-95 tuổi). Nhóm tuổi trên 90 tuổi có 11 BN với đặc điểm đều có hiện tượng thưa xương, 45/65 BN mắc các bệnh tiểu đường, cao huyết áp, viêm phế quản mãn, COPD, bệnh lý tim mạch... Đây là những BN nếu phải nằm bất động lâu thì nguy cơ bị các biến chứng toàn thân là rất cao, đồng thời đây cũng là nhóm BN cần thận trọng trong gây mê hồi sức và chăm sóc sau mổ. Việc lựa chọn một phương pháp kết xương nào đối với những BN cao tuổi có bệnh lý mãn tính phải vừa đảm bảo cố định ổ gãy vững chắc giúp BN được chăm sóc thuận tiện, vận động sớm tránh các biến chứng, đồng thời can thiệp tối thiểu và giảm thiểu tử vong.

4.1.2. Lựa chọn phương pháp điều trị, chỉ định kết xương nẹp khóa: Hiện nay, việc lựa chọn phương pháp điều trị phẫu thuật gãy liên mấu chuyển xương đùi còn chưa thống nhất. Mặc dù, DHS là một trong những lựa chọn đầu

tiên cho kết xương liên mẫu chuyển nhưng tỉ lệ thất bại ở những BN gãy không vững còn cao, có tới 8,2% các trường hợp phải mổ lại. Các loại đinh nội tủy như đinh gamma, đinh đầu trên xương đùi, đinh đầu trên xương đùi chống xoay, mặc dù về mặt lý thuyết có ưu điểm hơn DHS vì chúng không phụ thuộc vào sự cố định nẹp vào vỏ xương bên ngoài nhờ vít; tuy nhiên, đinh gamma có tỷ lệ thất bại từ 12,7-15%, tỷ lệ thất bại về kỹ thuật mổ từ 4,5-17% [1,2,3,5,6]. Fogagnolo thấy rằng, đinh nội tủy đầu trên xương đùi có tỷ lệ biến chứng về mặt cơ học và tai biến về kỹ thuật mổ tới 23,4%; Uzun gặp tỷ lệ không liền xương tới 5,7%, di lệch thứ phát gây vẹo trong tới 25,7%, vít trung tâm chui ra khỏi cổ xương đùi tới 5,7%, tỷ lệ mổ lại là 3%; Ekstro lại thông báo tỷ lệ biến chứng thấp chỉ 8%; Takigami gặp biến chứng đối với đinh nội tủy chống xoay đầu trên xương đùi là 14%, tỷ lệ phải mổ lại là 4%; Yaozeng gặp tai biến trong mổ tới 20%, tỷ lệ gãy thân xương đùi là 9,1% [trích từ 6].

Trong nghiên cứu kết xương liên mẫu chuyển bằng nẹp khóa ở người cao tuổi của Zha G-C. [6], tỷ lệ biến chứng thấp hơn nhiều so với các phương tiện đã nêu ở trên. Tỷ lệ biến chứng là 2,7%. Gãy vít chiếm 1,0%, tỷ lệ phải mổ lại là 1,9% (bao gồm 1 ca gãy nẹp và 1 ca không liền xương). Không có biến chứng trong mổ. Thời gian mổ, số lượng máu mất, thời gian sử dụng C-arm đều thấp hơn so với các phương pháp kết xương khác. Tỷ lệ liền xương cuối cùng là 100%, không có trường hợp nào có vít bị chui ra khỏi cổ và chỏm xương đùi. Tác giả cho rằng nẹp khóa cố định vững ổ gãy liên mẫu chuyển xương đùi theo không gian ba chiều ngay cả khi BN gãy không vững, loãng xương ở người cao tuổi. Biến chứng vít cắt xương chui ra ngoài cổ chỏm xương đùi không gặp, đây là biến chứng hay gặp khi kết xương bằng DHS, đinh đầu trên xương đùi. Tuy nhiên, nếu không nắn chỉnh tốt ổ gãy, đặt nẹp khóa ở vị trí và tư thế không thích hợp sẽ dẫn đến gãy vít khóa hoặc nẹp. Zha G-C. [6] gặp 1 BN bị gãy nẹp khóa. Đây cũng là lý do mà chúng tôi chọn phương pháp kết xương bằng nẹp khóa với đường mổ tối thiểu cho tất cả những BN cao tuổi gãy liên mẫu chuyển xương đùi không có chống chỉ định phẫu thuật.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị sau phẫu thuật

4.2.1. Kết quả gần: Trong 65 BN nghiên cứu, 100% liền vết mổ kỳ đầu, hầu hết ổ gãy được chỉnh hình về đúng vị trí giải phẫu chỉ, nẹp khóa và các vít ở vị trí đạt yêu cầu, ổ gãy được kết xương vững. Kết quả của chúng tôi cũng phù

hợp với kết quả nghiên cứu của Zha G-C...[5,6]. Điều này cho thấy, kết xương gãy liên mẫu chuyển bằng nẹp khóa với kỹ thuật mổ ít xâm lấn nên vết mổ dễ liền, không bộc lộ ổ gãy, mất máu ít, ít ảnh hưởng đến toàn trạng BN, đồng thời vẫn cho phép nắn chỉnh tốt và cố định ổ gãy vững, giúp BN ngồi dậy, vận động sớm, tránh được các biến chứng sau mổ như viêm phổi, viêm đường tiết niệu, loét điểm tỳ, hạn chế sự bùng phát của các bệnh mạn tính, đồng thời giúp quá trình liền xương ổ gãy diễn ra thuận lợi, phục hồi chức năng sớm.

4.2.2. Kết quả xa: Tỷ lệ liền xương 100%, không gặp gãy nẹp vít, di lệch thứ phát. Tỷ lệ BN rất tốt chiếm 37/52 BN, trung bình chiếm 12/52 BN, kém chiếm 3/52 BN. Đây là kết quả khả quan khi điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi ở người cao tuổi.

4.3. Ưu điểm của phẫu thuật kết xương bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu:

- Đây là một phương pháp kết xương bên trong, cho phép cố định vững ổ gãy ngay cả ở những BN bị loãng xương nặng.

- Đây là một phương pháp kết xương can thiệp tối thiểu với thời gian phẫu thuật ngắn, ít gây tổn thương, mất máu ít, giảm nguy cơ tai biến trong quá trình gây mê- gây tê.

- Phương pháp này không bộc lộ ổ gãy nên đảm bảo được sự nuôi dưỡng tốt cho ổ gãy, giảm tỷ lệ hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, ít gây tổn thương mô mềm nên giảm nguy cơ nhiễm trùng vết mổ, thuận lợi cho tập phục hồi toàn thân và chức năng chi thể, rất phù hợp cho những BN già yếu loãng xương.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị gãy liên mẫu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu rất khả quan: Liền vết mổ kỳ đầu: 100%. Kết quả liền xương: 100%. Kết quả chung: Rất tốt chiếm 24/52 BN. Tốt chiếm 13/52 BN. Trung bình chiếm 12/52 BN. Kém chiếm 3/52 BN.

Nẹp khóa là phương tiện kết xương hiệu quả cho gãy liên mẫu chuyển vững và không vững ở người cao tuổi. Kỹ thuật mổ an toàn, không phức tạp. Đây là một phương pháp kết xương can thiệp tối thiểu với đường mổ ngắn, thời gian phẫu thuật ngắn, ít gây tổn thương phần mềm, mất máu ít, giảm nguy cơ tai biến trong quá trình vô cảm, thuận lợi cho quá trình liền vết mổ và quá trình liền xương và tập phục hồi chức năng sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Quang (2016), *Đánh giá kết quả điều trị gãy kín liên mấu chuyển xương đùi người lớn bằng kết hợp nẹp DHS tại Bệnh viện 103*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Học viện Quân Y.
2. Nguyễn Văn Thắng (2008), *Nghiên cứu điều trị gãy vùng mấu chuyển, dưới mấu chuyển xương đùi bằng kết hợp xương với nẹp góc AO*, Luận án Tiến sĩ Y Học, Viện nghiên cứu khoa học y được lâm sàng 108.
3. Nguyễn Thái Sơn và cộng sự (2008), "DHS với đường mổ tối thiểu (MIS) áp dụng điều trị gãy vùng mấu chuyển xương đùi". *Tạp chí Y được học lâm sàng 108*, số đặc biệt, tr. 197– 201.
4. Farouk O, Krettek C, Miclau T, et al., (2011), "Minimally invasive plate osteosynthesis: does percutaneous plating disrupt femoral blood supply less than the traditional technique?" *J Orthop Trauma*, 13, pp. 401–406
5. Ma C.-H. et al. (2010), "Reverse LISS plates for unstable proximal femoral fractures" , *Injury, Int. J. Care Injured*, 41, pp. 827–833
6. Zha G.-C. et al (2011), "Treatment of pertrochanteric fractures with a proximal femur locking compression plate", *Injury, Int. J. Care Injured*, 42, pp. 1294–1299.
7. Merle R., d'Aubigné M. P. (1954), "Functional results of HIP arthroplasty with acrylic prosthesis". *Journal of Bone and Joint Surgery*, Volume 14, pp. 451-475.

NỒNG ĐỘ hsCRP HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN HIV AIDS TẠI TỈNH HÀ GIANG

Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Thị Hoa¹
Hạc Văn Vinh¹, Trần Bảo Ngọc¹,

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1) Xác định nồng độ hsCRP huyết tương ở bệnh nhân HIV AIDS đang được quản lý tại tỉnh Hà Giang. 2) Phân tích mối liên quan giữa nồng độ hsCRP với một số yếu tố khác. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 121 bệnh nhân HIV AIDS đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang. Kết quả: 1) Nồng độ hsCRP chung là $2,20 \pm 1,69$ mg/L, ở nữ có xu hướng cao hơn ở nam ($2,53 \pm 1,94$ mg/L so với $1,87 \pm 1,22$ mg/L), tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ hsCRP là 28,1%. 2) Nồng độ trung bình và tỷ lệ tăng hsCRP ở nhóm bệnh nhân đồng nhiễm viêm gan C thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không đồng nhiễm viêm gan C ($1,56 \pm 1,06$ mg/L so với $2,85 \pm 1,96$ mg/L; 13,3% so với 42,6%, $p < 0,001$). Nồng độ trung bình và tỷ lệ tăng hsCRP ở nhóm BN mới điều trị ARV (≤ 1 năm) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN điều trị ARV > 1 năm. Không có sự khác biệt về nồng độ và tỷ lệ tăng hsCRP giữa nhóm BN bình thường và nhóm BN thừa cân, béo phì. **Kết luận:** 1) Tăng nồng độ hsCRP ở BN HIV, tỷ lệ BN có nồng độ hsCRP huyết tương > 3 mg/L là 28,1%. 2) Ở nhóm BN không đồng nhiễm viêm gan C và BN mới điều trị ARV có nồng độ hsCRP huyết tương cao hơn so với nhóm BN đồng nhiễm viêm gan C và BN đã điều trị ARV > 1 năm.

Từ khóa: hsCRP, HIV.

SUMMARY

PLASMA hsCRP IN HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS PATIENTS IN HA GIANG PROVINCE

¹Trường đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: hoanguyenthithi74@yahoo.com.vn.

Ngày nhận bài: 4.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2014

Ngày duyệt bài: 25.4.2017

Objectives: 1) Evaluate the values of plasma hsCRP in HIV in Ha Giang province. 2) Analyze the associated between hsCRP with other factor.

Methods: a cross-sectional study of 121 HIV patients in Ha Giang province. **Results:** 1) The mean values of plasma hsCRP were $2,20 \pm 1,69$ mg/L, in the women were higher than in men ($2,53 \pm 1,94$ mg/L versus $1,87 \pm 1,22$ mg/L $p > 0,05$), the rate of elevated hsCRP was 28,1%. 2) The mean and increased prevalence in HIV/HCV coinfection were lower than in HIV monoinfection $1,56 \pm 1,06$ mg/L versus $2,85 \pm 1,96$ mg/L; 13,3% versus 42,6%, $p < 0,001$. The mean and increased prevalence ARV-naïve were higher than ARV experience. **Conclusions:** 1) Increasing levels of hsCRP in HIV, nearly one third of the HIV-infected had CRP levels > 3 mg/L. 2) In HIV monoinfection and ARV-naïve were higher hsCRP level than in HIV/HCV coinfection and ARV experience.

Key word: hsCRP, HIV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự ra đời của các thuốc kháng virus hoạt tính cao (HAART-Highly active anti-retroviral therapy) đã làm tăng thời gian sống thêm ở bệnh nhân HIV. Chính điều này đã làm thay đổi đáng kể đến việc quản lý bệnh nhân HIV, chủ yếu tập trung vào việc kiểm soát các biến chứng dài hạn thông qua việc dự báo tiến triển của bệnh và nâng cao chất lượng cuộc sống ở những đối tượng này[3]. Mặt khác, ở các nước phát triển, với tỷ lệ bệnh nhân HIV ngày càng gia tăng, đây là một gánh nặng lớn đối với xã hội. Vì vậy, việc đơn giản hóa phác đồ điều trị để giảm chi phí là nhu cầu cấp thiết giúp theo dõi bệnh ngày càng tốt hơn.

High-sensitivity C-reactive protein (hsCRP) được coi là một giải pháp có tiềm năng để giải

quyết cả hai vấn đề trên. Đầu tiên, hsCRP được xem là một dấu ấn sinh học để dự báo tiến triển của bệnh dài hạn cũng như nguy cơ bệnh tim mạch. Thứ hai, hsCRP cũng được coi là một dấu ấn sinh học để dự báo tỷ lệ tử vong và là một công cụ để theo dõi bệnh thường xuyên thay thế các chỉ số truyền thống như tải lượng virus và tế bào CD4 [3]. Tăng nồng độ hsCRP liên quan với giảm tế bào CD4, tăng tải lượng virus HIV và thời gian tiến triển thành AIDS bị rút ngắn [4].

Đồng nhiễm viêm gan C ở bệnh nhân HIV càng làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch có thể liên quan đến hiện tượng viêm mạn tính, bởi vì nhiễm trùng mạn tính sẽ kích hoạt hệ thống miễn dịch sinh ra các yếu tố tiền viêm, khả năng tiêu diệt của CRP có thể dự báo được nguy cơ bệnh tim mạch ở bệnh nhân HIV, đặc biệt ở bệnh nhân HIV đồng nhiễm viêm gan C hay không? Để trả lời câu hỏi trên đề tài này được thực hiện với mục tiêu:

1. Xác định nồng độ hsCRP huyết tương ở bệnh nhân HIV AIDS đang được quản lý tại Hà Giang.
2. Phân tích mối liên quan giữa nồng độ hsCRP với một số yếu tố khác.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 121 bệnh nhân nhiễm HIV AIDS đang được quản lý tại

Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang.

+ Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Người nhiễm HIV ≥ 16 tuổi. Đang được điều trị kháng virus ít nhất 6 tháng; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc bệnh nhiễm trùng cấp tính và mạn tính. Đang mang thai. Bệnh nhân không có năng lực kiểm soát hành vi của mình. Có thời gian sử dụng thuốc kháng virus < 6 tháng.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng hsCRP: Bình thường, nồng độ hsCRP ở dạng vết ($< 0,6$ mg/mL). Tăng nồng độ hsCRP khi hsCRP > 3 mg/L [4].

+ Đối tượng nghiên cứu được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, lúc đói. Mẫu máu được ly tâm lấy huyết tương và làm xét nghiệm ngay.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2016-12/2016

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang. Khoa Xét nghiệm, khoa Khám bệnh Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.5. Kỹ thuật thu thập số liệu: Thu thập số liệu theo mẫu phiếu điều tra.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân HIV AIDS

Chỉ số		n (%)	$\bar{X} \pm SD$
Tuổi (năm)			37,3 $\pm$ 7,6
Giới	Nam	70 (57,9)	
	Nữ	51 (42,1)	
BMI (kg/m ²): BMI < 23		104 (86)	20,2 $\pm$ 2,4
BMI ≥ 23		17 (14)	
Thời gian sử dụng ARV (năm): ≤ 1 năm		21 (17,4)	4,5 $\pm$ 3,0
> 1 năm		100 (82,6)	
HIV/anti HCV (-)		60 (49,6)	
HIV/anti HCV (+)		61 (50,4)	

Nhận xét: Tuổi trung bình khá trẻ (37,3 $\pm$ 7,6), giới nam chiếm 57,9%, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân, béo phì chiếm 14%, thời gian sử dụng thuốc kháng virus (ARV) trung bình là 4,5 $\pm$ 3,0 năm, số bệnh nhân đồng nhiễm virus viêm gan C chiếm 50,4%.

Bảng 3.2. Sử dụng ma túy ở bệnh nhân HIV theo tình trạng nhiễm virus viêm gan C

Sử dụng ma túy	HIV/anti HCV (-) (n=60)	HIV/anti HCV (+) (n=61)	p
Có	3 (5)	39 (63,9)	$< 0,01$
Không	57 (95)	22 (36,1)	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân HIV AIDS sử dụng ma túy có đồng nhiễm virus viêm gan C (chiếm 63,9%), có 5% bệnh nhân sử dụng ma túy không đồng nhiễm virus viêm gan C.

Bảng 3.3. Nồng độ hsCRP huyết tương ở bệnh nhân HIV AIDS theo giới

hsCRP (mg/L)	Nam (1) (n=70)	Nữ (2) (n=51)	Chung (n=121)	p (1,2)
$\bar{X} \pm SD$	1,87 $\pm$ 1,22	2,53 $\pm$ 1,94	2,20 $\pm$ 1,69	$> 0,05$
n (%) tăng	17 (24,3)	17 (34,0)	34 (28,1)	

Nhận xét: Nồng độ trung bình cũng như tỷ lệ tăng hsCRP huyết tương ở nhóm bệnh nhân nữ có xu hướng cao hơn so với nhóm bệnh nhân nam.

Bảng 3.4. Nồng độ hsCRP huyết tương ở bệnh nhân HIV AIDS theo tình trạng nhiễm HCV

hsCRP (mg/L)	HIV/anti HCV (-) (n=60)	HIV/anti HCV (+) (n=61)	p
$\bar{X} \pm SD$	2,85±1,96	1,56±1,06	<0,001
n (%) tăng	26 (42,6)	8 (13,3)	

Nhận xét: Nồng độ trung bình cũng như tỷ lệ tăng hsCRP huyết tương ở nhóm bệnh nhân không đồng nhiễm virus viêm gan C cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân đồng nhiễm virus viêm gan C.

Bảng 3.5. Nồng độ hsCRP huyết tương theo thời gian điều trị kháng virus

hsCRP (mg/L)	≤1 năm (n=21)	>1 năm (n=100)	p
$\bar{X} \pm SD$	3,1±2,24	2,01±1,50	<0,05
n (%) tăng	10 (47,6)	24 (24)	

Nhận xét: Nồng độ trung bình cũng như tỷ lệ tăng hsCRP ở nhóm bệnh nhân mới điều trị ARV (≤1 năm) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân điều trị ARV lâu năm (>1 năm).

Bảng 3.6. Nồng độ hsCRP huyết tương theo chỉ số khối cơ thể

hsCRP (mg/L)	<23 (n=104)	≥23 (n=17)	p
$\bar{X} \pm SD$	2,13±1,66	2,62±1,88	>0,05
n (%) tăng	29 (27,9)	5 (29,4)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ cũng như tỷ lệ tăng hsCRP huyết tương giữa nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì so với nhóm bệnh nhân không thừa cân béo phì.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định nồng độ hsCRP ở BN HIV AIDS. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ hsCRP huyết tương là 2,20±1,69mg/L, ở nhóm BN nam là 1,87±1,22 mg/L có xu hướng thấp hơn so với nhóm BN nữ (2,53±1,94mg/L), tỷ lệ BN có nồng độ hsCRP huyết tương ≥3mg/L là 28,1%.

Tác giả Zhou (2015) đã nghiên cứu về nồng độ hsCRP và một số thành phần lipid huyết tương ở 97 BN HIV tại Zimbabwe kết quả cho thấy nồng độ hsCRP chung là 3,8 mg/L, ở nam là 2,8mg/L, ở nữ là 3,9mg/L ($p>0,05$). Tỷ lệ BN tăng nồng độ hsCRP là 57,7%[6]. Kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi có thể do tuổi trung bình cao hơn (42,4±9,5 so với 37,3±7,6), chỉ số BMI cao hơn (22,66 so với 20,2) nghiên cứu của chúng tôi.

Đồng nhiễm virus viêm gan C gặp khá phổ biến ở BN HIV, đặc biệt ở nhóm BN HIV do nghiện chích ma túy. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhiễm virus viêm gan C ở nhóm BN nghiện chích ma túy 63,9%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với của tác giả Nguyễn Tiến Hòa (năm 2012) nghiên cứu năm 2009 là 92%, tương đương với kết quả năm 2010 là 61% [1].

Để xác định xem liệu nhiễm HIV đơn thuần hay đồng nhiễm HIV HCV có gây thay đổi nồng độ hsCRP hay không? Tác giả Reingold đã nghiên cứu ở 1135 BN HIV và 255 người khỏe mạnh làm đối chứng. Kết quả nghiên cứu cho

thấy ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần ở cả nam và nữ nồng độ hsCRP đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (ở nam là 1,67mg/L so với nhóm chứng là 0,88mg/L, $p < 0,0001$; ở nữ là 2,22mg/L so với 1,70mg/L, $p=0,071$), ở nhóm BN đồng nhiễm HIV HCV nồng độ hsCRP ở nữ thấp hơn so với nhóm chứng (0,92mg/L so với 1,70mg/L, $p = 0,012$), ở nhóm BN nam nồng độ hsCRP không có sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm chứng (1,01mg/L so với 0,88mg/L, $p = 0,61$). Tác giả cho rằng đồng nhiễm HIV HCV lại làm giảm nồng độ hsCRP hơn là nhiễm HIV đơn thuần, điều này được lý giải rằng nhiễm HCV làm giảm quá trình sản xuất CRP của gan[5]. Giả thuyết này cũng đã được chứng minh qua nghiên cứu ở BN nhiễm virus viêm gan C gây giảm bài tiết protein khác của gan như apoprotein B 100 (trích dẫn theo[5]).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở nhóm BN đồng nhiễm HIV HCV, nồng độ hsCRP là 1,56±1,06mg/L thấp hơn so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần là 2,85±1,96mg/L, tỷ lệ BN tăng nồng độ hsCRP tương ứng ở hai nhóm là 42,6% và 13,3%. Tỷ lệ tăng nồng độ hsCRP ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần trong nghiên cứu của tác giả Reingold là 33% [5].

Điều trị kháng virus cải thiện đáng kể tỷ lệ bệnh và tỷ lệ tử vong ở BN HIV. Tuy nhiên, việc sử dụng ARV sẽ gây một số tác dụng phụ giống như hội chứng chuyển hóa bao gồm béo bụng, loạn dưỡng mô mỡ, kháng insulin, rối loạn lipid máu và làm tăng nguy cơ bệnh tim mạch [6].

hsCRP được coi là yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch mới. Vậy, nồng độ hsCRP liệu có khác biệt giữa nhóm BN mới điều trị ARV và nhóm BN đã điều trị ARV lâu năm hay không? Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: nồng độ hsCRP huyết tương ở nhóm BN mới điều trị ARV là $3,1 \pm 2,24$ mg/L cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN đã điều trị ARV >1 năm là $2,01 \pm 1,50$ mg/L. Tăng nồng độ hsCRP huyết tương có thể do độc tính của thuốc kháng virus gây thay đổi về hình thái cũng như quá trình chuyển hóa ở thành mạch và gây xơ vữa động mạch. Hơn nữa, ở nhóm BN mới điều trị ARV, nồng độ hsCRP huyết tương còn tăng hơn so với nhóm BN đã điều trị lâu có thể do virus HIV gây độc tế bào T trong quá trình loại bỏ những tế bào này gây ra hiện tượng viêm mạn tính [7].

Tác giả Nordell và cộng sự đã nghiên cứu ở 9764 bệnh nhân HIV không có tiền sử bệnh tim mạch và được xác định các chỉ số hsCRP, interleukin 6 (IL6) tại thời điểm nghiên cứu, bệnh nhân được theo dõi về các biến cố bệnh tim mạch trong vòng 5 năm. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 5 năm có 74 BN tử vong do các biến cố BTM (nhóm 1), 214 BN tử vong không do các biến cố BTM (nhóm 2), và 9476 BN không có các biến cố BTM (nhóm 3), nồng độ IL6 và hsCRP ở nhóm có biến cố BTM là cao nhất, nhóm 3 là thấp nhất. Nhóm BN có nồng độ hsCRP > 3,3 mg/L có nguy cơ BTM cao hơn gấp 9 lần so với nhóm BN có nồng độ hsCRP < 9,9 mg/L (trích dẫn theo [5]).

V. KẾT LUẬN

1. Nồng độ hsCRP ở BN HIV là $2,20 \pm 1,69$ mg/L,

tỷ lệ BN có nồng độ hsCRP huyết tương > 3mg/L là 28,1%.

2. Ở nhóm BN không đồng nhiễm viêm gan C và BN mới điều trị ARV có nồng độ hsCRP huyết tương cao hơn so với nhóm BN đồng nhiễm viêm gan C và BN đã điều trị ARV > 1 năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tiến Hòa (2012)**, "Tình trạng nhiễm HIV, HBV, HCV và yếu tố liên quan ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, 2008-2010", Luận án tiến sĩ Y học, Viện Vệ sinh Dịch tễ Tw, 123 trang.
2. **Boger M.S, Ayumi Shintani, Leigh Anne Redhage, et al (2009)**, "Highly-sensitive c-reactive protein, body mass index, and serum lipids in HIV-infected persons receiving antiretroviral therapy: a longitudinal study", J Acquir Immune Defic Syndr, 52(4), pp 480-487.
3. **Khan R, Quaiser S and Vishwanath A (2015)**, "Role of hsCRP Measurements in HIV Patients", Biol Med (Aligarh), 1, pp 1-15.
4. **Lau B, Sharrett AR, Kingsley LA, Post W, Palella FJ, et al (2006)**, "C-reactive protein is a marker for human immunodeficiency virus disease progression". Arch Intern Med 166: 64-70.
5. **Reingold J, Wanke C, Kotler D, Lewis C, Tracy R (2008)** "Association of HIV infection and HIV/HCV coinfection with C-reactive protein levels: the fat redistribution and metabolic change in HIV infection (FRAM) study", J Acquir Immune Defic Syndr, 48, pp 142-148.
6. **Waters L, Nelson M (2007)**, "Long-term complications of antiretroviral therapy: lipodystrophy", Int J Clin Pract, 61(6), pp 999-1014.
7. **Zhou D.T, Kodogo V, Dzafitita M, et al (2015)**, "2 Lipids and Hscrp as markers of coronary heart disease risk in HIV infected adults", International Journal of scientific & technology, 4 (8), pp 252-257.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CÁC THỂ BỆNH VIÊM KHỚP TỰ PHÁT THIỂU NIÊN

Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng các thể bệnh viêm khớp tự phát thiếu niên ở trẻ em. **Đối tượng nghiên cứu:** 107 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp tự phát thiếu niên tại bệnh viện Nhi từ 9 năm 2010 đến tháng 9 năm 2013. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** VKTPTN gặp chủ yếu

trẻ > 5 tuổi, nam nhiều hơn nữ, gặp các thể lâm sàng: viêm ít khớp, viêm đa khớp, viêm khớp hệ thống, viêm điểm bám gân, viêm khớp không phân loại. Triệu chứng toàn thân: sốt, mệt mỏi, chán ăn, thiếu máu gặp > 50% ở thể đa khớp và viêm khớp hệ thống. Vị trí khớp tổn thương: gối 72%, cổ chân (91,7% ở thể bám gân), các khớp nhỏ chỉ gặp ở thể đa khớp. Số khớp viêm: ($1,65 \pm 0,85$) ở thể ít khớp; ($8,70 \pm 3,54$) thể đa khớp. Mức độ đau, mức độ hoạt động bệnh ở thể ít khớp thấp hơn thể đa khớp. **Kết luận:** VKTPTN gặp trẻ > 5 tuổi, nhiều thể lâm sàng; tổn thương khớp gối (gặp ở tất cả các thể), các khớp nhỏ (chỉ gặp thể đa khớp).

Từ khóa: Viêm khớp tự phát thiếu niên

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

SUMMARY

JUVENILE IDIOPATHIC ARTHRITIS IN CHILDREN: CLINICAL FEATURES OF DIFFERENT TYPES CLASSIFIED BY ILAR CRITERIA

Objective: to investigate the clinical features of different types for children with JIA. **Subjects:** 107 patients were diagnosed of juvenile idiopathic arthritis in the Viet Nam children hospital from September of 2010 to September of 2013. **Methods:** a cross sectional study. **Results:** Idiopathic arthritis was common in children over 5 years old. Males were more likely to develop ailment than females. The clinical classification included: systemic arthritis, oligo-arthritis, poly-arthritis, enthesitis related arthritis, and unclassified arthritis. Systemic features such as fever, tiredness, anorexia, anemia were found in over 50% of patients with systemic arthritis and poly-arthritis. The most common infected joints in children were knee (72%), ankle (91,7% in enthesitis related arthritis), and small joints in poly-arthritis. The pain and activity of the disease in oligo-arthritis were less likely than in poly-arthritis. The numbers of joints with inflammation were different. $1.65 \pm 0,85$ in oligo-arthritis; and $8,70 \pm 3,54$ in poly-arthritis. **Conclusion:** Juvenile idiopathic arthritis were common in children over 5 years old, with various clinical types. Knees were the most common joint of inflammation in all types, but inflammation of small joints were more common in poly-arthritis.

Keywords: Juvenile Idiopathic Arthritis-JIA,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp tự phát thiếu niên (VKTPN) là một bệnh khớp viêm mạn tính phổ biến nhất ở trẻ em và lứa tuổi thiếu niên. Tỷ lệ mắc bệnh

khoảng 1-10/1.000 trẻ em ở các nước [1]. Bệnh gây những biến chứng làm ảnh hưởng trầm trọng đến chức năng vận động khớp, đôi khi dẫn đến tàn phế. Do vậy, chẩn đoán sớm và chính xác bệnh, là rất cần thiết nhằm điều trị có hiệu quả, tránh hủy khớp, tránh tàn phế, bình thường hóa quá trình phát triển và cải thiện chất lượng cuộc sống cho trẻ mắc bệnh. Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng các thể bệnh Viêm khớp tự phát thiếu niên theo tiêu chuẩn phân loại bệnh của ILAR.* (International League of Associations for Rheumatology- Hiệp hội thấp khớp học quốc tế).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: theo tiêu chuẩn của ILAR

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh lý khác có biểu hiện đau khớp, bệnh nhân và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu

Từ tháng 9 năm 2010 đến tháng 9 năm 2013 tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu: Số lượng bệnh nhân: 107 trẻ

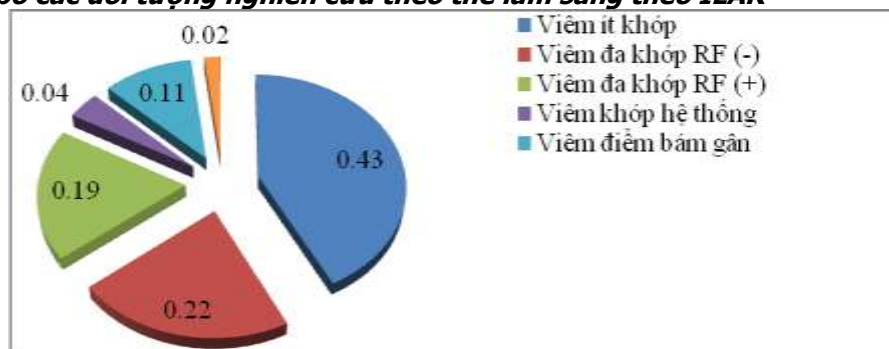
- **Phân bố nhóm đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới**

Bảng 1: Phân bố nhóm đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Giới	Nam (1)		Nữ (2)		Chung		P (3 & 4)
		n	%	n	%	N	%	
0 – 5 tuổi (3)		15	26,3	17	34,0	32	29,9	< 0,005
> 5 tuổi (4)		42	73,7	33	66,0	75	70,1	
Tổng		57	100,0	50	100	107	100,0	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh của nhóm trẻ trên 5 tuổi chiếm đa số (70%).

- **Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo thể lâm sàng theo ILAR**



Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắc bệnh Viêm khớp tự phát thiếu niên theo từng thể lâm sàng

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là thể viêm ít khớp (43,0%),

- **Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo tuổi và theo thể bệnh**

Bảng 2. Tuổi khởi bệnh, tuổi tại thời điểm nghiên cứu và thời gian mắc bệnh theo từng thể lâm sàng (Tại thời điểm nghiên cứu T(0) cũng là lúc bệnh nhân bắt đầu được chẩn đoán)

Thể lâm sàng	Tuổi khởi bệnh	Tuổi tại thời điểm nghiên cứu T(0)	Thời gian mắc bệnh
	$\bar{x} \pm SD$ (tuổi)	$\bar{x} \pm SD$ (tuổi)	$\bar{x} \pm SD$ (tháng)
Thể viêm ít khớp (n= 46)	5,34 $\pm$ 3,51	5,84 $\pm$ 3,65	6,67 $\pm$ 9,29
Thể viêm đa khớp RF (+) (n = 20)	6,89 $\pm$ 3,20	7,45 $\pm$ 3,95	7,1 $\pm$ 11,15
Thể viêm đa khớp RF (-) (n = 23)	5,79 $\pm$ 4,18	6,57 $\pm$ 4,53	8,05 $\pm$ 8,39
Thể viêm khớp hệ thống (n = 4)	7,44 $\pm$ 3,69	8,21 $\pm$ 3,22	1,05 $\pm$ 0,02
Thể viêm điểm bám gân (n = 12)	10,30 $\pm$ 3,27	11,90 $\pm$ 3,31	14,02 $\pm$ 22,89
Thể viêm khớp không phân loại (n = 2)	8,0 $\pm$ 7,07	8,17 $\pm$ 6,83	2,25 $\pm$ 2,47
Chung (N = 107)	6,59 $\pm$ 4,31	7,12 $\pm$ 4,27	8,89 $\pm$ 12,42
P	> 0,05	> 0,05	< 0,05

Nhận xét: Thể viêm khớp hệ thống có thời gian mắc bệnh ngắn nhất (1,05 $\pm$ 0,02) tháng.- Tuổi khởi bệnh thấp nhất là thể viêm ít khớp: (5,34 $\pm$ 3,51) tuổi;

2. Các đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm toàn thân của nhóm nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm toàn thân theo từng thể lâm sàng

Thể bệnh	Thể ít khớp	Thể đa khớp RF (+)	Thể đa khớp RF (-)	Thể hệ thống	Thể viêm gân	Thể không phân loại	Chung
Triệu chứng	n = 46 (%)	n = 20 (%)	n = 23 (%)	n = 4 (%)	n = 12 (%)	n = 2 (%)	n = 107 (%)
Sốt	1(2,2)	13(65,0)	15(65,2)	4(100,0)	1(8,3)	0(0)	34(31,8)
Mệt mỏi	11(23,9)	11(55,0)	18(78,3)	4(100,0)	3(25,0)	1(50,0)	48(44,86)
Chán ăn	10(21,7)	10(50,0)	17(73,9)	4(100,0)	2(16,7)	0(0)	43(40,2)
Sút cân	4(8,7)	7(35,0)	3(13,0)	2(50,0)	1(8,3)	0(0)	17(15,9)
Da xanh	0(0)	13(65,0)	12(52,2)	4(100,0)	1(8,3)	0(0)	25(23,4)
Phát ban	0	0	0	3(75,0)	0(0)	0	3(2,8)
Gan, lách to	0	1(5,0)	0	4(100,0)	0(0)	0(0)	5(4,7)

Nhận xét: Các biểu hiện toàn thân như sốt, mệt mỏi, chán ăn, da xanh gặp chủ yếu ở hai thể viêm đa khớp RF (-), RF (+), và thể viêm khớp hệ thống (trên 50%).

- Đặc điểm tổn thương khớp tại thời điểm nghiên cứu (T0)

Bảng 4: Vị trí khớp tổn thương

Thể bệnh	Thể ít khớp	Thể đa khớp RF (+)	Thể đa khớp RF (-)	Thể viêm khớp hệ thống	Thể viêm gân	Thể không phân loại	Tổng
Vị trí các khớp	n=46(%)	n=20(%)	n=23(%)	n=4(%)	n=12(%)	n=2(%)	n=107(%)
Gối	38(82,6)	10(50,0)	15(65,2)	3(75,0)	9(75,0)	2(100)	77(72,0)
Cổ tay	11(23,9)	17(60,0)	14(47,8)	2(50,0)	1(8,3)	0(0)	45(42,0)
Cổ chân	27(58,7)	9(45,0)	13(56,5)	1(25,0)	11(91,7)	1(50)	62(57,9)
Háng	6(13,0)	0	0	0	4(33,3)	0(0)	10(9,3)
Khuỷu	5(10,9)	1(5,0)	3(13,0)	0	0	0(0)	9(8,4)
Bàn ngón tay	2(4,3)	15(75,0)	13(56,5)	0	0	0	32(6,8)
Bàn ngón chân	0	1(5,0)	2(8,7)	0	2(16,7)	0	4(3,7)
Khác	0	0	1(4,3)	0	0	0	4(3,7)

Nhận xét: Vị trí tổn thương khớp: khớp gối (72%), khớp cổ chân (57,9%). Các khớp nhỏ gặp chủ yếu ở thể viêm đa khớp RF (+) và RF (-) với tỷ lệ trên 50%.

Bảng 5. Đặc điểm số khớp viêm của các thể lâm sàng

Số khớp viêm \ Thể bệnh	Thể ít khớp (1)	Thể đa khớp RF (-) (2)	Thể đa khớp RF (+) (3)	Thể viêm khớp hệ thống (4)	Thể viêm điểm bám gân (5)	Thể viêm khớp không phân loại	Tổng
	(n=46)	(n=23)	(n=20)	(n=4)	(n=12)	(n = 2)	N = 107
Số khớp viêm ($\bar{X} \pm SD$) (min - max)	1,65 $\pm$ 0,85 (1 - 4)	7,38 $\pm$ 1,88 (5 - 14)	8,70 $\pm$ 3,54 (5 - 14)	4,50 $\pm$ 1,0 (2 - 5)	3,0 $\pm$ 2,38 (2 - 6)	1,5 $\pm$ 0,71 (1 - 2)	4,52 $\pm$ 3,60 (1 - 14)
P	< 0,05						

Nhận xét: số khớp viêm nhiều nhất là thể viêm đa khớp.

IV. BÀN LUẬN

1. Nhận xét về đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi gặp VKTPTN chủ yếu trẻ > 5 tuổi chiếm 70,1% và phân bố theo các thể lâm sàng gồm: thể viêm ít khớp có 43,0%, viêm đa khớp RF (-) có chiếm 21,5%, viêm đa khớp RF(+) có 18,7%,... so các nghiên cứu về VKTPTN ở Châu Âu và Bắc Mỹ: thể lâm sàng phổ biến là thể viêm ít khớp (chiếm 30% - 60%), còn viêm điểm bám gân thấp hơn (7 -13%) nhưng đây lại là thể lâm sàng phổ biến ở châu Á, dựa trên các nghiên cứu của Đài Loan, Canada và Ấn Độ. Người Mỹ gốc phi lại hay gặp thể viêm đa khớp RF(+) [2].

* **Giới:** Chúng tôi có bệnh nhân nữ là 50/107 (46,7%), khác tác giả H.M. Albers có kết quả nữ chiếm 68,8% [3].

* **Tuổi:** Chúng tôi gặp trẻ nhỏ nhất là 12 tháng tuổi và lớn nhất là 16 tuổi. Tuổi khởi bệnh của VKTPTN thay đổi tùy từng thể bệnh: thể ít khớp với tuổi khởi bệnh thấp nhất là: 5,34 $\pm$ 3,51 tuổi; thể đa khớp RF(+): 6,89 $\pm$ 3,20 tuổi. Tác giả Ellen Nordal thì tuổi khởi bệnh khác nhau theo từng thể lâm sàng. Thể viêm ít khớp với tuổi khởi bệnh trung bình là 4,9 (2,2-8,5) tuổi; thể viêm đa khớp RF 4,8 (2,3-8,5) tuổi; [4].

2. Triệu chứng lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Toàn thân: râm rộ ở thể viêm đa khớp, viêm khớp hệ thống: thiếu máu, sốt gặp trên 65%, (viêm đa khớp); sốt, mệt mỏi, chán ăn, thiếu máu (100% -viêm khớp hệ thống). Theo Samia Naz1 trong viêm khớp thiếu niên thể đa khớp sốt chiếm (68,4%), phát ban (4,5%) [5]. Các thể khác ít gặp triệu chứng toàn thân.

Tại khớp

- **Thể viêm ít khớp,** chúng tôi gặp chủ yếu là khớp gối (82,6%); Theo Chang-Ching Shen: khớp háng chiếm 6,3%, khớp gối cũng chiếm tỷ lệ cao nhất 68,8%.

- **Thể viêm đa khớp:** số khớp viêm trung bình là 7 – 9 khớp. Khớp tổn thương hay gặp của

thể viêm đa khớp RF(-) là khớp gối 65,2%; RF (+) là khớp bàn ngón tay 75,0%. Đặc điểm viêm khớp đối xứng thường gặp nhất là khớp cổ tay, và các khớp nhỏ ở bàn ngón. Khác kết quả James Chipeta gặp nhiều là những khớp lớn (tỷ lệ 100%), và tổn thương các khớp nhỏ (78,9%), ngoài ra còn gặp tổn thương ở khớp cột sống cổ và khớp thái dương hàm, với đặc điểm đối xứng [7].

- **Thể viêm khớp hệ thống:** khớp gối, cổ tay, cổ chân; **Thể viêm điểm bám gân:** tổn thương các khớp của chi dưới. **Thể viêm khớp vảy nến:** Chúng tôi cũng chưa gặp bệnh nhân nào. Tuy vậy chúng tôi gặp hai bệnh nhân thuộc thể viêm khớp không phân loại. Đó là một bệnh nhân nhỏ dưới 6 tuổi có tổn thương dưới 4 khớp nhưng lại có HLA-B27(+), và một trẻ nam có viêm ít khớp nhưng lại có RF(+),

* **Về các đặc điểm hoạt tính của bệnh:** Viêm đa khớp hầu hết đều có hoạt tính bệnh ở mức độ cao, khác với thể viêm ít khớp hoạt tính của bệnh chủ yếu ở mức độ trung bình là 63%. Thể đa khớp RF(-) và viêm đa khớp RF(+) có 85,0% và 87,0% số bệnh nhân có hoạt tính bệnh cao tại thời điểm nghiên cứu. Theo Samia Naz hầu như các trẻ đều có mức độ hoạt tính bệnh cao ở các thể lâm sàng, đặc biệt là thể viêm khớp hệ thống và viêm đa khớp tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu khi bệnh nhân chưa được điều trị [5]. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

VKTPTN gặp chủ yếu trẻ > 5 tuổi, nam nhiều hơn nữ, gặp nhiều thể lâm sàng: viêm ít khớp, viêm đa khớp, viêm khớp hệ thống, viêm điểm bám gân, viêm khớp không phân loại. Triệu chứng toàn thân: sốt, mệt mỏi, chán ăn, thiếu máu gặp >50% ở thể đa khớp và viêm khớp hệ thống. Vị trí khớp tổn thương: gối 72%, các khớp nhỏ chỉ gặp ở thể đa khớp. Mức độ đau, mức độ hoạt động bệnh ở thể ít khớp thấp hơn thể đa khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Prahalad S, Glass DN, (2002)**, Is juvenile rheumatoid arthritis/juvenile idiopathic arthritis different from rheumatoid arthritis?, *Arthritis Res*, 4 (suppl 3): 303- 10.
2. **Zannin ME et al (2012)**, timing of uveitis onset in oligoarticular juvenile idiopathic (JIA) is the main predictor of severe course uveitis, *Acta Ophthalmol*, 90 (1): 91-5.
3. **H. M. Albers, (2010)**, Clinical Course and Prognostic Value of Disease Activity in the First Two Years in Different Subtypes of Juvenile Idiopathic Arthritis, *Arthritis Care & Research*, 62, (2), 204-212
4. **Nordal E et al (2011)**, Ongoing disease activity and changing categories in a long-term nordic cohort study of juvenile idiopathic arthritis, Ongoing disease activity and changing categories in a long-term nordic cohort study of juvenile idiopathic arthritis, (2011), *Arthritis Rheum*, 63(9): 2809-18.
5. **Samia Naz, Asma Mushtaq, Saira Rehman (2013)**, Juvenile Rheumatoid Arthritis, *Journal of the College of Physicians and Surgeons Pakistan*, 23 (6): 409-412
6. **Chang-Ching Shen et al (2013)**, Clinical features of children with juvenile idiopathic arthritis using the ILAR classification criteria: A community-based cohort study in Taiwan, *Journal of Microbiology, Immunology and Infection*, 46, 288 – 294
7. **James Chipeta et al (2013)**, Clinical patterns of juvenile idiopathic arthritis in Zambiam, *Pediatric Rheumatology*, 11(33), 1 – 6.

KẾT QUẢ HÀN PHỤC HỒI TỔN THƯƠNG MÔ CỨNG CỔ RĂNG BẰNG COMPOSITE TỰ DÁN DÍNH

Phạm Thị Tuyết Nga*, Hoàng Thị Thu Trang*, Vũ Thị Quỳnh Hà*

TÓM TẮT

Composite tự dán dính là vật liệu nha khoa mới có nhiều ưu điểm như ít kích thích tủy răng, thao tác đơn giản do đó có thể được áp dụng để trám phục hồi tổn thương mô cứng của răng với nhiều loại xoang trám. Tuy nhiên, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về hiệu quả của loại composite này trong phục hồi xoang trám loại V, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: nhận xét kết quả hàn phục hồi tổn thương mô cứng cổ răng bằng Composite tự dán dính. Nghiên cứu được thực hiện trên 21 bệnh nhân với 38 răng. Kết quả được đánh giá ngay sau hàn, 1 tuần, 1 tháng và 3 tháng cho thấy 71,1% miếng trám đạt kết quả tốt, không có miếng trám đạt kết quả kém.

Từ khóa: mô cứng cổ răng, composite tự dán dính.

SUMMARY

RESULTS RESTORED CERVICAL LESSION INJURY BY COMPOSITE SELF-ADHESIVE

Composite self-adhesive are new dental materials has many advantages such as less stimulating pulp, simple operation can thus be applied to filling restoration of dental hard tissue damage with a variety of cavity. However, there is no research on the effectiveness of this type composite on the restoration cavity classe V, so we conducted this study with the object: comment recovery results using composite

self-adhesive on damages of hard tissue cervical lesions. The study was performed on 21 patients with 38 teeth. Results were evaluated immediately, 1 week, 1 month and 3 months after execution showed that 71.1% fillings achieved good results, no fillings achieved poor results.

Keywords: hard tissue cervical lesions, composite self-adhesive.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Composite lỏng tự dán dính là vật liệu kết hợp những ưu điểm về sự ổn định màu và tính chịu lực của vật liệu composite nói chung và công nghệ dán dính Optibond mới nhất hiện nay giúp giảm nhạy cảm sau điều trị. Như vậy, sử dụng composite tự dán dính đã giúp cho ba bước thường quy trên lâm sàng gộp làm một đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân và nha sĩ. Tuy nhiên sự bền vững của miếng trám loại V luôn là một thách thức lớn đối với các nhà lâm sàng cũng như nhà sản xuất vật liệu. Nghiên cứu của Đặng Quế Dương (2004) [1] cho thấy trám cổ răng bằng composite (Tetric Cream và Tetric Flow) tỷ lệ lưu giữ sau 6 tháng đạt 100%, nhưng tỷ lệ ê buốt cao (5,6%). Lưu Thị Thanh Mai (2006) [2] đã nghiên cứu trám cổ răng bằng composite Tetric Cream sau 3 tháng tỷ lệ lưu giữ 96,3%, tỷ lệ ê buốt 7,7%. Tuy nhiên, hiện chưa có nghiên cứu nào về hiệu quả của composite tự dán dính trên lỗ hàn loại V, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Nhận xét kết quả hàn phục hồi tổn thương mô cứng cổ răng bằng Composite tự dán dính.*

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, trường Đại học Y HN

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết Nga

Email: bstuyetnga@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 40.4.2017

Ngày duyệt bài: 20.4.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân đến khám và có tổn thương tổ chức cứng vùng cổ răng có chỉ định trám răng, tự nguyện tham gia nghiên cứu được lựa chọn theo tiêu chuẩn sau: Tổn thương tổ chức cứng cổ răng có độ sâu $\geq 1\text{mm}$.

- Răng tổn thương phải: Không có bệnh lý tủy răng; Tổ chức quanh răng lành mạnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Số lượng răng được tính theo công thức [3]

$$N = \frac{\{Z_{1-\alpha/2}\sqrt{p_0(1-p_0)} + Z_{1-\beta/2}\sqrt{p_a(1-p_a)}\}^2}{(p_a - p_0)^2}$$

$\alpha = 0,05$. Lực mẫu: $1 - \beta = 0,8$. $p_0 = 0,93$

$p_a = 0,8$ là tỉ lệ ước lượng đánh giá là tốt trong nghiên cứu này.

Thay vào công thức ta có $n = 34$ răng, trên thực tế chúng tôi thực hiện trên 38 răng.

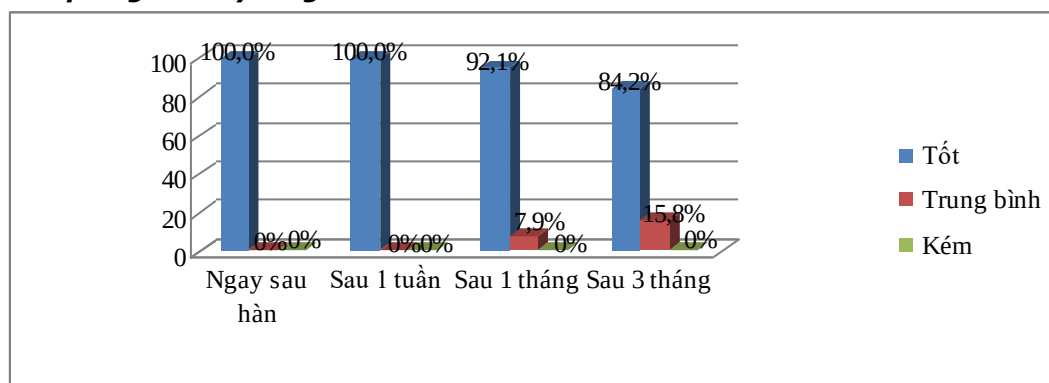
Phương pháp thực hiện: Các răng được hàn kín tổn thương bằng composite tự dán dính (Dyad Flow™ Kerr). Sau đó, mỗi hàn được đánh bóng bằng bộ kit Super – snap.

Đánh giá kết quả sau điều trị: Mỗi bệnh nhân có một phiếu theo dõi đánh giá theo các thời điểm: Ngay sau khi hàn, sau khi hàn 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Tiêu chuẩn đánh giá dựa theo tiêu chuẩn của hệ thống đánh giá sức khỏe cộng đồng Mỹ có bổ sung (Modifile USPHS Criteria) [5].

TT	Các tiêu chí	Đánh giá	Tiêu chuẩn đánh giá
1	Sự đánh ứng tủy răng	Tốt	Không buốt
		Trung bình	Buốt khi có kích thích, hết kích thích hết buốt
		Kém	Cơn đau tủy, phải điều trị tủy
2	Sự lưu giữ miêng trám	Tốt	Miêng hàn còn nguyên vẹn
		Trung bình	Miêng hàn bị vỡ khu trú 1 phần
		Kém	Miêng hàn bị vỡ nhiều phần
3	Sự kín khít miêng trám	Tốt	Bờ miêng hàn tiếp tục với bề mặt răng
		Trung bình	Có rãnh dọc bờ miêng hàn nhưng chưa lộ ngà đánh giá qua nhuộm màu xanh methylen
		Kém	Có rãnh dọc bờ miêng hàn, lộ ngà
4	Bề mặt miêng trám	Tốt	Nhẵn bóng, có phản xạ ánh sáng
		Khá	Hơi thô ráp, không đồng nhất, sau khi đánh bóng thì nhẵn bóng hoàn toàn
		Trung bình	Thô ráp, Đánh bóng chỉ nhẵn 1 phần
		Kém	Thô ráp, có rãnh hồ, đánh bóng không nhẵn
5	Tình trạng lợi	Tốt	Không viêm lợi
		Trung bình	Viêm lợi độ 1
		Kém	Viêm lợi độ 2,3

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

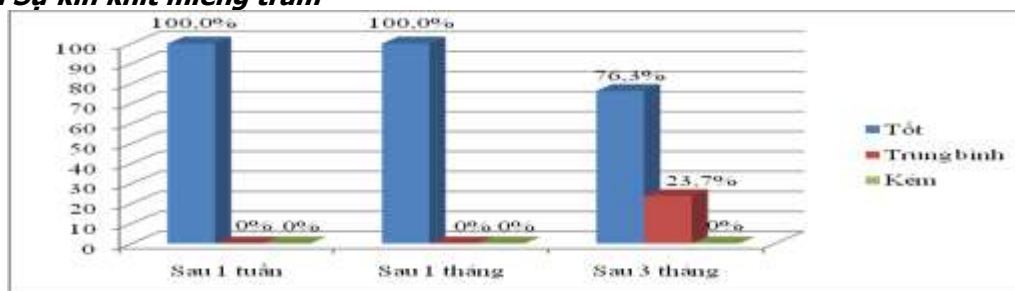
3.1. Đáp ứng của tủy răng



Biểu đồ 3.1. Sự đáp ứng của tủy răng trong quá trình điều trị

Nhận xét: Ngay sau hàn và sau hàn 1 tuần, không có bệnh nhân nào bị ê buốt; Sau hàn 1 tháng, tỉ lệ đáp ứng tủy tốt 35/38 răng, chiếm 92,1%; Sau hàn 3 tháng, có 6/38 răng bị ê buốt, chiếm 15,8%.

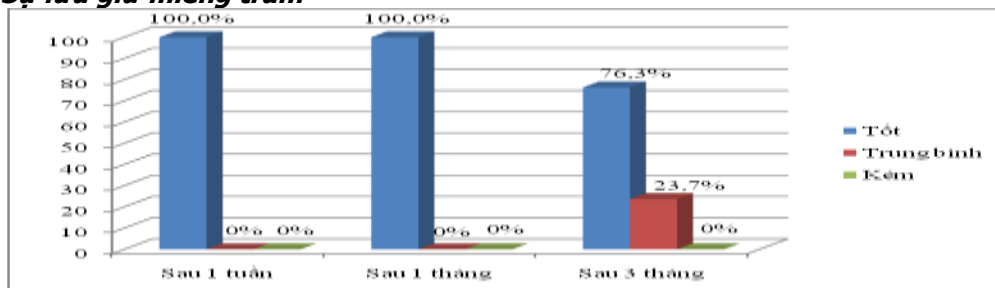
3.2. Sự kín khít miềng trám



Biểu đồ 3.2. Sự kín khít miềng trám trong quá trình điều trị

Nhận xét: Sự kín khít miềng trám giảm dần theo thời gian

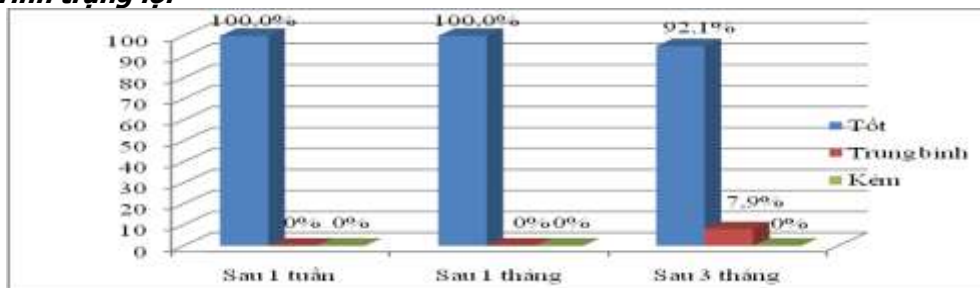
3.3. Sự lưu giữ miềng trám



Biểu đồ 3.3. Sự lưu giữ miềng trám trong quá trình điều trị

Nhận xét: Sự lưu giữ miềng trám sau 1 tuần, 1 tháng chiếm tỉ lệ 100,0% tốt, sau 3 tháng có 29/38 miềng trám đạt lưu giữ tốt, chiếm 76,3%; Không có miềng trám nào bong hoàn toàn.

3.4. Tình trạng lợi



Biểu đồ 3.4. Tình trạng lợi sau quá trình điều trị

Nhận xét: Không có trường hợp nào có viêm lợi nặng sau 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng trám composite; Sau 3 tháng có 3 trường hợp miềng trám viêm lợi nhẹ, chiếm 7,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phản ứng của tủy răng: Hết ê buốt sau điều trị là yêu cầu cũng như mong muốn trước nhất của mỗi người bệnh do đây là lý do chính khiến họ đến gặp nha sĩ. Theo nghiên cứu của Nguyễn Anh Tuấn [4] sử dụng composite Filtex™ Z250 có 9,8% trường hợp và nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Mai [2] sử dụng composite Tetric Cream có 8,6% trường hợp ê buốt ngay sau điều trị. Các vật liệu composite trên đều cần thực hiện bước soi mòn men bằng acid để tăng độ lưu giữ cho vật liệu, do đó gây kích thích tủy răng. Với Composite tự dán dính thế hệ mới,

chúng tôi bỏ qua bước etching và bonding, kết quả cho thấy tỉ lệ răng có đáp ứng tủy tốt ngay sau điều trị cao hơn và chiếm 100% các miềng trám. Điều này chứng tỏ ưu điểm nổi trội của Composite tự dán dính so với các thế hệ trước của composite trước đây.

4.2. Lưu giữ và kín khít: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy: sau 3 tháng theo dõi vẫn có 23,7% trường hợp hở vi kẽ chưa lộ ngà. So với nghiên cứu của Lưu Thị Thanh Mai [2] sau 3 tháng đạt 96,3% sự sát khít của miềng trám, kết quả Nguyễn Thị Chinh [6] sau 3 tháng đạt 97,3% kết quả tốt, không hở vi kẽ, kết quả

ngghiên cứu của chúng tôi có sự hở vi kế lớn hơn. Chúng tôi nhận thấy 9 miếng trám có hiện tượng vỡ rìa này đều xảy ra trên những răng mà trước điều trị được cho là có cản trở cắn. Như vậy, miếng trám thường xuyên chịu lực xoắn vặn trong quá trình hoạt động chức năng của xương hàm dưới có thể là nguyên nhân dẫn đến mất liên tục giữa rìa miếng trám và bề mặt răng.

Ngoài ra, vấn đề bám dính của vật liệu cũng là một khía cạnh cần quan tâm. Theo nghiên cứu của Means MT [7] lực gắn dính của Composite tự dán dính thấp hơn lực gắn dính của bonding có xoi mòn men truyền thống.

4.3. Tình trạng lợi: Thẩm mỹ đồ ngày càng được đánh giá cao trong nha khoa hiện đại. Tuy nhiên, tình trạng kích thích lợi sau trám composite vẫn luôn là điều cần cân nhắc khi chọn vật liệu của các nha sĩ. Kết quả nghiên cứu cho thấy sau 3 tháng điều trị, không có trường hợp nào viêm lợi nặng, tuy nhiên vẫn có 7,9% (2/ 38 răng) trường hợp viêm lợi nhẹ.

Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Chinh [6] sau 3 tháng có 9,7% trường hợp viêm lợi nhẹ cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt này có thể là do tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân của chúng tôi chặt chẽ hơn về bệnh lý nha chu và mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ nên chưa đặc trưng cho quần thể nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

- Phản ứng tủy: Ngay sau trám 100% miếng trám không có phản ứng ê buốt, tỉ lệ ê buốt tăng dần theo thời gian theo dõi, sau 3 tháng có 15,8% trường hợp ê buốt.

- Sự lưu giữ và kín khít: Sau 3 tháng miếng trám có đặc điểm kín khít và lưu giữ giảm dần theo thời gian, tuy nhiên không có tình trạng sâu thứ phát – tái phát.

- Thẩm mỹ miếng trám: Bề mặt và hình thể miếng trám đạt tốt giảm dần theo thời gian, tuy nhiên miếng trám có sự ổn định màu sau 3 tháng nghiên cứu

- Tình trạng lợi: Sau 3 tháng có 7,9% trường hợp viêm lợi nhẹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Quế Dương (2004).** *Nhận xét kết quả trám tổn thương cổ răng bằng Composite có lót Glass Ionomer Cement*. Luận văn thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội.
2. **Lưu Thị Thanh Mai (2006).** *Đánh giá lâm sàng tổn thương mòn cổ răng và theo dõi kết quả điều trị bằng Composite*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa. Đại học Y Hà Nội. 1-33.
3. **Lê Long Nghĩa và cộng sự (2013).** *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật che chân răng hở bằng phương pháp ghép tổ chức liên kết dưới biểu mô*. Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội. 33.
4. **Ole F, Edwina K (2008).** *Dental Caries-The Disease and its Clinical Management*, Markono Print Media. 13.235.
5. **Nguyễn Anh Tuấn (2008).** *Nhận xét lâm sàng và so sánh kết quả trám phục hồi bệnh mòn cổ răng hình chêm bằng Hybrid ionomer và Composite*, Luận văn thạc sĩ y học – Đại học Y Hà Nội. 1-60.
6. **Nguyễn Thị Chinh (2013).** *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tổn thương mòn cổ răng ở nhóm răng hàm nhỏ bằng Composite*, Luận văn thạc sĩ y học – Đại học Y Hà Nội. 1-80.
7. **Means MT, et al (2012).** *Shear bond strength of new self-adhesive flowable composite resins*, Gen Dent 60(2), 104-8.

XỬ TRÍ DỊ VẬT ĐƯỜNG TIÊU HÓA TRÊN BẢNG NỘI SOI ỐNG MỀM TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Dương Minh Thắng*, Vũ Văn Khiên*

TÓM TẮT

Mở đầu: Dị vật đường tiêu hóa (ĐTH) trên là khá phổ biến ở Việt Nam xử trí dị vật ĐTH trên bảng nội soi ống mềm (NSOM) đã được ứng dụng rộng rãi. Nghiên cứu được tiến hành nhằm ghi nhận kết quả xử trí dị vật ĐTH trên bảng nội soi ống mềm. **Mục tiêu:** 1. Xác

định vị trí mắc và loại dị vật thường mắc ở đường tiêu hoá trên, 2. Đánh giá hiệu quả của phương pháp xử trí dị vật bằng nội soi. **Phương pháp:** 186 bệnh nhân mắc dị vật đường tiêu hoá trên tại khoa nội tiêu hoá bệnh viện TƯQĐ 108 từ tháng 01/ 2010 đến tháng 01/2016. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ = 2; triệu chứng thường gặp nhất là nuốt đau (52,2%); dị vật hay mắc ở dạ dày (65,1%) và thường liên quan đến thức ăn (66,6%). Xử trí dị vật chủ yếu là phương pháp kéo ra ngoài (75,8%); tỷ lệ thành công của thủ thuật là 98,7%. **Kết luận:** Vị trí dị vật thường mắc nhất là dạ dày tiếp đến là ở thực quản và hành tá tràng. Xử trí dị vật ĐTH trên bảng nội soi ống mềm là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, ít tai biến và chi phí thấp.

* Bệnh viện TƯQĐ 108

Chịu trách nhiệm chính: Dương Minh Thắng

Email: bsthang108@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2017

Ngày duyệt bài: 20.4.2017

Từ khóa. dị vật đường tiêu hoá, đường tiêu hóa trên, nội soi ống mềm.

SUMMARY

REMOVAL OF A FOREIGN BODY FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT WITH A FLEXIBLE ENDOSCOPE IN 108 HOSPITAL

Background and Aim: Foreign body of gastrointestinal (GI) tract is quite common in Vietnam. Flexible endoscopy has been applied widely for management of foreign body in GI tract. Aim of the study was to evaluate the results of endoscopic removal of digested foreign body using flexible endoscopy, regarding the location of foreign body in GI tract and the efficacy of endoscopic treatment. **Patient and Method:** 186 patients with ingested foreign body were treated by endoscopic removal at Department of Gastroenterology, 108 Military Central Hospital, from January 2010 to January 2016. Results: the ratio of male/female was 2. The most common clinical symptom was painful swallow. Foreign body stayed commonly in stomach and related to food ingestion. Retrieval of foreign body was the most common among treatment modalities, with the success rate 98.7%. **Conclusion:** Digested foreign body locates mainly in stomach, then esophagus and duodenum. Endoscopic removal is a safe and effective treatment for foreign body, with low rate of complications and low cost.

Keywords. Ingested foreign bodies, upper gastrointestinal tract, flexible endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật đường tiêu hoá (ĐTH) trên là nguyên nhân thường gặp trong cấp cứu về tiêu hóa với tần suất đứng hàng thứ hai sau xuất huyết tiêu hóa. Đa số các dị vật (80-90%) có thể tự thoát ra ngoài theo đường tự nhiên mà không cần can thiệp, còn lại khoảng 10% - 20% các trường hợp cần phải can thiệp không phẫu thuật và khoảng

1% trường hợp cần phải phẫu thuật [2,7]. Dị vật có thể gây ra các biến chứng tắc nghẽn, tổn thương ống tiêu hoá như loét, xuất huyết tiêu hóa, thủng thực quản, áp xe trung thất...nếu không được can thiệp kịp thời có thể dẫn đến biến chứng nặng và tử vong [3],[7].

Hiện nay, có nhiều phương pháp lấy dị vật ra khỏi đường tiêu hoá như mổ mở, các thủ thuật nội soi ổ bụng, nội soi bằng ống cứng và nội soi bằng ống mềm. Với sự phát triển của ngành nội soi việc lấy dị vật ở ĐTH đã trở nên nhẹ nhàng, an toàn, có thể lấy được hầu hết các loại dị vật.

Để đánh giá kết quả của việc xử trí dị vật đường tiêu hoá trên tại bệnh viện TƯQĐ 108 trong khoảng thời gian 6 năm chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm mục đích:

1. *Xác định vị trí mắc và loại dị vật thường mắc ở đường tiêu hoá trên*

2. *Đánh giá hiệu quả của phương pháp xử trí dị vật bằng nội soi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Gồm 186 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán dị vật ĐTH trên sau khi nội soi tại khoa Nội tiêu hoá bệnh viện TƯQĐ 108 từ 01/2010- 01/2016

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang, tiến cứu và hồi cứu

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu: Giới Nam: 124(67%), Nữ: 62 (34%). Tỷ lệ nam/nữ = 2. Tuổi trung bình 43 (5 - 89). Thời gian mắc dị vật đến lúc nội soi: 38,5h (1h-35 ngày).

3.2. Triệu chứng lâm sàng

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nuốt vướng, nghẹn	30	16,1
Nuốt đau	97	52,2
Đau sau xương ức	22	11,8
Đau bụng	9	4,8
Không triệu chứng	28	15,1

3.3. Đặc điểm dị vật

Bảng 2. Vị trí mắc dị vật

Vị trí	n	%
Thực quản	56	30,1
Dạ dày	121	65,1
Tá tràng	9	4,8

Bảng 3. Loại dị vật

Nhóm dị vật	Loại dị vật	n	Tỷ lệ %
Dị vật liên quan	Xương cá	48	25,8
	Khối thức ăn	21	11,3
	Xương (gà, vịt, lợn)	30	16,1

thức ăn	Bã thức ăn	25	13,4	66,6
Dị vật thực sự	Mẫu kim loại	12	6,4	33,4 %
	Viên thuốc còn vụn	5	2,7	
	Răng giả	16	8,6	
	Đồ nhựa	7	3,8	
	Hạt trái cây	5	2,7	
	Đồng tiền kim loại	2	1,1	
	Que tăm	10	5,4	
	Khác	5	2,7	
	Tổng cộng	186	100 %	

Bảng 4. Các phương pháp lấy dị vật

Phương pháp	n	Tỷ lệ
Kéo ra ngoài	141	75,8
Đẩy xuống dạ dày	15	8,1
Cắt nhỏ	30	16,1

Số lượng dị vật lấy ra: 182/186 (97,8%). Tỷ lệ thành công thủ thuật là 98,7%. Thất bại 4 ca (2,2%). Thời gian thủ thuật: 14 phút (5-145), trong đó: 5-30 phút, chiếm 85,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Vị trí dị vật: Chủ yếu ở dạ dày (65,1%) tiếp đến là thực quản (30,1%) và ít gặp ở tá tràng (4,8%). Điều này có thể giải thích rằng dị vật thường đi kèm thức ăn xuống dạ dày nên tỷ lệ gặp nhiều hơn. Mặt khác, bệnh nhân thường có thói quen tìm mọi cách để đưa dị vật xuống dạ dày khi bị mắc ở họng, thực quản (nuốt thêm thức ăn, uống nhiều nước...). Ở thực quản những vị trí hẹp như vùng cơ thắt trên, 1/3 giữa và tâm vị là điểm mà dị vật thường mắc lại.

4.2. Loại dị vật: Loại dị vật mắc phải rất đa

dạng và phong phú, nhưng tần xuất thì khác nhau điều đó cho thấy nó phụ thuộc vào phong tục, tập quán của mỗi quốc gia, mỗi khu vực khác nhau [7].

Trong nghiên cứu chúng tôi: Nhóm dị vật liên quan thức ăn: xương là loại dị vật có tỷ lệ cao nhất 41,9%, sau đó là bã thức ăn (13,4%) và khối thức ăn (11,3%).

Dị vật là xương thì rất phổ biến ở Việt Nam [2],[5], các tác giả khác cho rằng: Người Châu Á có thói quen, truyền thống nấu và ăn cá, gà, vịt... mà không lọc xương trước nên dễ bị mắc trong quá trình ăn uống [3],[7].

Nhóm dị vật thực sự: Dị vật là răng giả chiếm tỷ lệ cao nhất (8,6%) tiếp đến là mẫu kim loại (6,4%) và que tăm (5,4%).

4.3. Hiệu quả của phương pháp lấy dị vật bằng ống soi mềm

So sánh tỷ lệ thành công và tai biến với số liệu của các tác giả khác.

Tác giả	Năm	Số ca	Thành công	Tai biến
Võ Xuân Quang[7]	2002	46	93,8%	0 %
Đỗ Anh Giang[2]	2006	111	100%	24,4%
Chaves D.M [1]	2004	105	98,0%	27,6%
Lì Z-S[4]	2006	1088	94.1%	2.8%
Mosca S[5]	2001	414	98,9%	0 %
Kim J.K[3]	1999	104	98,8%	0 %
Chúng tôi	2016	186	97,8	0%

Có 4/186 trường hợp thất bại, chiếm 2,2%: trong đó hai ca dị vật là bã thức ăn rất lớn trong lòng dạ dày, kéo không qua được tâm vị. Một ca dị vật nằm ở 1/3 trên thực quản: không xác định được loại dị vật và có nhiều cạnh cắm vào thành thực quản. Dùng kim và thông lọng nhưng không gặp được dị vật và trường hợp này phải dùng nội soi ống cứng để lấy dị vật ra. Một ca dị vật là cung răng giả dài đâm vào thành thực quản 1/3 giữa phải chuyển phẫu thuật.

Các tác giả khác cũng cho rằng: ở thực quản khoảng không gian hẹp nên dụng cụ khó bắt

được dị vật, bệnh nhân dễ kích thích, người nội soi khó xác định được dị vật có cắm sâu vào thành thực quản hay không cho nên các trường hợp này, nội soi ống cứng có nhiều thuận lợi hơn[5], [7].

4.4. Các phương pháp xử trí dị vật ĐTH trên ống soi mềm: Dị vật ĐTH có nhiều loại khác nhau, đòi hỏi phải sử dụng các dụng cụ khác nhau. Ba loại dụng cụ cơ bản cần có: 1. Mũi bảo vệ (mũi chụp đầu ống soi); 2. Rọ hoặc thông lọng cắt polyp; 3. Kim gấp dị vật [1],[6],[7]. Các dị vật tròn và trơn được lấy bằng

ro. Các dị vật có góc cạnh, có thể lấy bằng ro hoặc thông lọng. Các dị vật nhỏ, nhọn, dài có thể được lấy bằng kim gấp dị vật. Kim sinh thiết tiêu chuẩn có tác dụng rất hạn chế vì lực yếu và diện hẹp [1], [2].

Các dụng cụ này rất bền và có thể dùng lại nhiều lần sau khi khử trùng. Mũ bảo vệ (mũ chụp đầu ống soi) được sử dụng trong hầu hết các trường hợp dị vật sắc nhọn và góc cạnh, nhằm bảo vệ ống tiêu hóa trong quá trình lấy dị vật. Với những dụng cụ trên chúng tôi đã lấy dị vật thành công ở 97,8% trường hợp.

Chúng tôi còn sử dụng dụng cụ tự tạo từ dây dẫn (Guider wire) và kim sinh thiết hồng để làm dụng cụ cắt nhỏ dị vật (áp dụng trong trường hợp dị vật là khối bã thức ăn lớn) để dị vật tự xuống ruột và đào thải ra ngoài.

4.5. Chọn lựa phương pháp thích hợp để lấy dị vật: Để chọn lựa một phương pháp xử lý thích hợp, chúng tôi dựa vào nhiều yếu tố như: loại, hình dạng, kích thước, vị trí của dị vật, thương tổn mà dị vật đã gây cho ĐTH, tình trạng bệnh nhân, phương tiện sẵn có và cuối cùng là kinh nghiệm của bác sĩ nội soi [2].

Trong 186 bệnh nhân chúng tôi đã sử dụng 3 phương pháp chính: Phương pháp kéo dị vật ra ngoài: 141/186 (75,8%); phương pháp đẩy xuống dạ dày: 15/186 (8,1%); phương pháp cắt nhỏ dị vật 30/186 (16,1%).

Phương pháp kéo dị vật ra ngoài áp dụng cho hầu hết các trường hợp dị vật. Phương pháp đẩy xuống dạ dày được áp dụng cho những dị vật mắc ở thực quản không xuống được dạ dày và những dị vật này có thể tiêu hóa được hoặc thoát tự nhiên mà không gây biến chứng (khối thức ăn, bã thức ăn, hạt trái cây nhỏ). Phương

pháp cắt nhỏ dị vật được áp dụng cho những dị vật là khối bã thức ăn để dị vật này tự ra ngoài theo đường tự nhiên

V. KẾT LUẬN

1. Vị trí dị vật thường mắc nhất là dạ dày tiếp đến là ở thực quản và tá tràng
2. Xử trí dị vật ĐTH trên bằng nội soi ống mềm là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn, ít tai biến và chi phí thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chaves D.M, Ishioka S, Felix V.N, et al. (2004).** Removal of a foreign body from the upper gastrointestinal tract with a flexible endoscope: a prospective study. *Endoscopy*, 36(10), 887-892.
2. **Đỗ Anh Giang. (2006).** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh x-quang, nội soi và kết quả điều trị dị vật thực quản - dạ dày qua nội soi. Luận văn thạc sĩ Y khoa-Học Viện quân Y-Hà Nội.
3. **Kim J.K, Kim S.S, Kim J.I, et al.(1999).** Management of foreign bodies in the gastrointestinal tract: an analysis of 104 cases in children. *Endoscopy*, 31(4),302-304.
4. **Li Z.S, Sun Z.X, Zou D.W, et al. (2006).** Endoscopic management of foreign bodies in the upper-GI tract: experience with 1088 cases in China. *Gastrointestinal Endoscopy*, 64(4),485-492.
5. **Mosca S, Manes G, Martino R, et al. (2001).** Endoscopic management of foreign bodies in the upper gastrointestinal tract: report on a series of 414 adult patients. *Endoscopy*, 33(8), 692-696.
6. **Trần Công Khanh. (2005).** Một số nhận xét và kết quả điều trị dị vật đường tiêu hóa bằng phương pháp nội soi tại BVĐK tỉnh Hưng Yên. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 319,444-450.
7. **Võ Xuân Quang. (2002).** Xử trí dị vật tiêu hóa trên bằng nội soi mềm. *Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh*, tập 6,443-447.

ĐÁNH GIÁ THỊ LỰC NGƯỜI DÂN ĐÀ NẴNG

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Tất cả bệnh lý về mắt và toàn thân đều gây ra giảm thị lực (TL). Mục đích cuối cùng của việc khám chữa bệnh về mắt cũng chỉ là đạt được mục tiêu cuối cùng là mang lại ánh sáng. Vì vậy yếu tố TL là luôn luôn được quan tâm và ghi trên dòng đầu tiên của hồ sơ khám và điều trị. Các nghiên cứu đánh giá TL

không kính và có kính thường tập trung vào một nhóm đối tượng và một số nhóm đối tượng. Nay cần thiết phải đánh giá TL trong dân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này trên 720 người. **Mục đích:** nắm khái quát về TL của các tầng lớp nhân dân, xác định tính trầm trọng của việc suy giảm TL, đề ra các hướng khắc phục. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong cộng đồng có đến 1,5% người mù, chỉ có 80,3% là có TL bình thường, còn lại là TL kém vừa và kém nhiều. Người mù chữ có tỷ lệ TL bình thường thấp nhất (74,1%). Các vùng địa lý không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ TL thấp. **Kết luận:** Chỉ có 80,1% người dân có TL bình thường, khi có kính thì tăng lên đến 94%. Vấn đề mang kính đúng độ hết sức cần cho mọi lứa tuổi.

**Bệnh viện Mắt Đà Nẵng*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

Từ khóa: Thị lực, thị lực không kính, thị lực có kính.

SUMMARY

ASSESSMENT OF VISUAL ACUITY OF THE DANANG CITY PEOPLE

All eye diseases and systemic conditions could cause the reduction of visual acuity (VA). The last purpose of examination and treatment of eye diseases would be bringing the eye sight. Therefore, the factor of VA is always considered and noted at the first row in the prescriptions and eye care documents. The researches of noncorrected VA and corrected VA mainly focus to one group of subject or more. Thus, it is necessary to assess VA in community. We launch the assessment on 720 people. **Purpose:** To realize the background of VA in sectors of the people. **Method:** cross-sectional study. **Results:** The blind people took 1.5% in community and 83.3% have the normal VA, the remaining are low VA and severe lost VA. The illiterate had the lowest rate of normal VA (74.1%). The difference between the geographic areas were statistical nonsignificance. **Conclusion:** There were only 80.3% of the people had a normal VA, with correction the rate increase up to 94%. So, the supplying the suitable spectacles would be very necessary to every age.

Keywords: Visual acuity, non-corrected visual acuity, corrected visual acuity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong lâm sàng nhãn khoa chỉ số cơ bản và đầu tiên nhất là thị lực (TL), sự suy giảm TL lệ thuộc rất nhiều bệnh lý khác nhau tại mắt cũng như toàn thân [6]. Hầu hết người dân đi khám mắt là do nhìn mờ dù chưa thể biết mình bị bệnh gì.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG), bệnh mắt trầm trọng chiếm 1,49% dân số [7]. Ủy ban Phòng chống Mù lòa của TCYTGG đã tiến hành 5 cuộc điều tra liên tiếp năm 1975 cho thấy hơn 35 triệu người mù, đến năm 1999 đã có gần 40 triệu, chủ yếu tại các nước đang phát triển, chiếm hơn 80%. Trong các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh tật về mắt thay đổi khác nhau tùy từng khu vực và mức độ phát triển xã hội, văn minh khác nhau. Người ta thường chú ý đến những bệnh mắt có nguy cơ gây mù hoặc những bệnh mắt có thể phòng tránh được [2],[3]. Việc đánh giá TL trong một cộng đồng dân cư có ý nghĩa lớn về dự phòng và điều trị. Tại mắt có nhiều nhóm bệnh gây giảm TL: tật khúc xạ, đục các môi trường trong suốt (sẹo mờ giác mạc, đục thể thủy tinh, đục dịch kính), các bệnh lý võng mạc, bệnh lý thần kinh thị giác [1]. Nhưng để có tầm nhìn bao quát nhất về khả năng nhìn của người dân thì cần đánh giá về thị lực một cách có hệ thống. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với các mục tiêu sau:

1. Đánh giá mức độ thị lực với các đặc thù liên quan.

2. Xây dựng phương hướng hữu hiệu hơn trong công tác phòng chống mù lòa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân thành phố Đà Nẵng, không phân biệt tuổi và giới.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Thường trú hoặc tạm trú dài hạn tại thành phố Đà Nẵng dưới sự quản lý của chính quyền địa phương trên địa bàn thành phố nằm trong các hộ gia đình đã được bốc mẫu ngẫu nhiên theo danh sách chủ hộ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người không có tên trong hộ khẩu; Những người có tên trong hộ khẩu nhưng đang tạm trú nơi khác ngoài địa bàn Đà Nẵng hoặc đang được điều trị nội trú ở bệnh viện lâu hơn thời gian lịch điều tra.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: 06 tháng, từ tháng 10/2008 – hết tháng 3/2009.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Dùng phương pháp mô tả cắt ngang cho nghiên cứu cộng đồng [4].

2.2.2. Cỡ mẫu ngẫu nhiên: Ước tính trong một nghiên cứu trước có 35% người có thị lực thấp, xác định cỡ mẫu cần nghiên cứu là 714.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu: Mẫu ngẫu nhiên hệ thống dựa vào số lượng tỷ lệ với dân số các phường.

2.3. Các bước tiến hành: Bốc mẫu ngẫu nhiên 30 xã phường/56 xã phường. Tập huấn và tiến hành điều tra.

2.3.1. Phương tiện khám: Bảng thị lực người lớn và trẻ em. Máy đo khúc xạ tự động.

2.3.2. Tiêu chuẩn đánh giá: Ghi nhận TL của mắt có TL cao nhất trong 2 mắt.

2.3.3. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 13.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau thời gian 8 tháng, nghiên cứu thu thập được 720 người

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Trong tổng số 720 người được điều tra, chúng tôi ghi nhận những đặc điểm sau đây:

- Dưới 6 tuổi: 5 người (7,1%), từ 6-15: 256 người (35,5%), từ 16-20: 112 người (15,6%), từ 21-40: 110 người (15,3%), từ 41-60: 128 người (17,7%) và > 60 tuổi có 63 người (9,8%). Mẫu ngẫu nhiên này bao phủ tất cả các lứa tuổi, nhiều nhất là tuổi từ 6-15. Nam: 324/720 người chiếm tỉ lệ 45%. Nữ: 396/720 người chiếm tỉ lệ 55%

Trong mẫu nghiên cứu chỉ có 3,8% mù chữ, số người biết đọc biết viết chiếm 96,2%.

- Phân bố theo vùng địa lý: Đồng bằng: 509 (70,7%); Ven biển: 145 (20,1%); Trung du-miền núi: 66 (9,2%). Không có sự khác biệt về TL thấp giữa các vùng.

3.2. Kết quả thị lực:

3.2.1. Thị lực của mắt có TL cao nhất trong 2 mắt:

Bảng 1. Thị lực mắt có thị lực cao nhất trong 2 mắt chưa chỉnh kính

Thị lực	Số lượng	TL %	TL% cộng dồn	Xếp loại TL
ST (-)	0	0	0	Mù
ST (+) - 1m ĐNT	2	0,2	0,2	
> 1m ĐNT - < 3m ĐNT	7	1,3	1,5	
3mĐNT - 1/10	32	4,3	5,8	TL thấp
>1/10 - 3/10	32	4,3	10,1	
>3/10 - 6/10	69	9,6	19,7	TL giảm nhẹ
> 6/10	578	80,3	100	Bình thường và gần bình thường
Tổng cộng	720	100		

- Nếu không mang kính, tỉ lệ người mù chiếm 1,5% dân số, người có TL thấp chiếm 8,6%, có 9,6% TL giảm nhẹ và chỉ có 80,3% TL bình thường và gần bình thường.

3.2.2. Thị lực đã chỉnh kính thích hợp

Bảng 2. Thị lực có chỉnh kính

Trình độ văn hóa		TL của Mắt có TL cao nhất						TC
		ST(+) - 1m	1m - <3m	3m - 1/10	> 1/10 - <3/10	3/10 - <6/10	6/10 - 10/10	
Mù chữ	Số lượng	0	1	3	1	2	20	27
	%		3,7%	11,1%	3,7%	7,4%	74,1%	100%
Tiểu học	Số lượng	0	1	3	7	10	207	228
	%	0	0,4%	1,3%	3,1%	4,4%	90,8%	100%
THCS	Số lượng	0	1	2	0	4	206	213
	%	0	0,2%	0,9%	0%	1,9%	96,7%	100%
THPT	Số lượng	0	1	1	2	4	244	252
	%	0	0,4%	0,4%	0,8%	1,6%	96,8%	100%
Tổng cộng	Số lượng	0	4	9	10	20	677	720
	%	0	0,6	1,3	1,3	2,8	94,0	100

(Ghi chú: Trung học cơ sở: THCS, Trung học phổ thông: THPT)

Nếu mang kính thích hợp thì TL tăng lên, các tỷ lệ thay đổi: tỉ lệ người mù chỉ chiếm 0,6%, người có TL thấp chiếm 2,6%, có 2,8% TL giảm nhẹ và có đến 94% có TL bình thường.

- Số người mà mắt có TL thấp nhất trong 2 mắt đạt thị lực <3mDDNT được xem là người mù một mắt [2] có 15 người, chiếm tỉ lệ 2,1% dân số.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm: Kết quả tuổi và giới đều phù hợp với tỷ lệ chung trong cộng đồng hiện nay. Với phương pháp bốc mẫu ngẫu nhiên hệ thống theo danh sách có sẵn thì nghiên cứu đã bao phủ tất cả mọi lứa tuổi. Giới tính xấp xỉ ngang nhau cũng là một yếu tố khách quan, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Vùng đồng bằng chiếm hơn 70% vì số lượng phường/xã đồng bằng nhiều nhất. Chúng tôi phân biệt khu vực đô thị và ngoài đô thị để đánh

giá các bệnh về mắt đặc biệt là bệnh mắt hột trước đây tại Đà Nẵng.

Tuy nhiên hiện nay quá trình đô thị hóa diễn ra nhanh chóng. Vì vậy sự khác biệt về địa lý chỉ mang tính tương đối và có thể chỉ khác nhau ở một vài bệnh mắt trước kia được nói nhiều đến sự liên quan vùng địa lý.

4.2. Kết quả thị lực

4.2.1. Thị lực của mắt có TL cao nhất trong 2 mắt: Thị lực là khả năng nhìn xa và nhìn gần, là một thành phần quan trọng của khả năng thị giác. Muốn đánh giá thị lực của người đó chúng tôi căn cứ vào mắt có thị lực cao nhất trong 2 mắt của một người. Có 2 trạng thái khác nhau: không mang kính và được thử kính thích hợp. Kết quả thị lực giữa 2 trạng thái này sẽ rất khác nhau trong các tật khúc xạ hoặc những bệnh lý làm thay đổi khúc xạ. Tuy nhiên sẽ ít thay đổi đối với các bệnh ảnh hưởng nặng các môi trường trong suốt của mắt.

Chúng tôi phân biệt "có kính" và "không có kính" vì thực tế cộng đồng không đủ kính để sử dụng hoặc không biết rằng có mang kính sẽ có thị lực tốt hơn. "Thị lực có kính" nghĩa là kính có độ phù hợp do tổ công tác đo và thử kính chứ không phải kính họ đang sử dụng. Sự khác biệt này nói lên tầm quan trọng của việc mang kính phù hợp.

4.2.2. Thị lực với trình độ văn hóa: Tỷ lệ TL bình thường tăng dần theo trình độ văn hóa, trong đó "Mù chữ" có tỷ lệ thấp nhất (3,8%) có lẽ hầu hết họ thuộc thế hệ lớn tuổi, không được phổ cập tiểu học bắt buộc như tuổi đi học hiện nay. Người càng lớn tuổi thì tỷ lệ TL bình thường càng thấp vì các bệnh lý liên quan đến tuổi già thường gặp như: đục thể thủy tinh, thoái hóa võng mạc tuổi già, huyết áp, đái tháo đường [5].

Trong nhiều nghiên cứu cho thấy TL có liên quan đến trình độ văn hóa, ở đây ngoại trừ 94% có TL bình thường, còn lại học sinh PTCS và PTTH xấp xỉ ngang nhau (96,7% và 96,8%). Nghiên cứu này phù hợp với Nguyễn Xuân Hiệp [3].

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm mẫu

- Thị lực thay đổi nhiều theo tuổi nhưng không phụ thuộc vào các vùng địa lý.
- Mẫu ngẫu nhiên hệ thống bao phủ nhiều lứa tuổi và trình độ học vấn khác nhau.
- Tỷ lệ nam nữ xấp xỉ ngang nhau.

5.2. Thị lực

- Người mù chữ có TKL thấp hơn.
- Kính có tác dụng nâng TL lên rõ rệt

- Người mù còn tỷ lệ khá cao trong cộng đồng (1,5%)

KIẾN NGHỊ

1. Tổ chức khám tầm soát bệnh mắt định kỳ phát hiện ra các nguyên nhân chính gây mù và giảm thị lực.
2. Tăng cường giáo dục tuyên truyền về sử dụng kính đeo đúng vào hợp lý cho nhân dân, đặc biệt là tuổi học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kỷ yếu Hội nghị Phòng chống Mù lòa và Khoa học kỹ thuật ngành Nhãn khoa toàn quốc 2005-2006, *Kiểm soát các bệnh gây mù tại TP Hồ Chí Minh*, tr. 48-52, 2006.
2. **Nguyễn Quốc Đạt (1995)**, Kết quả nghiên cứu tình hình mù lòa do đục thể thủy tinh và đục bao sau tại tỉnh Quảng Nam- Đà Nẵng, Kỷ yếu Hội nghị Nhãn khoa toàn quốc, tr. 24-29.
3. **Nguyễn Xuân Hiệp (2000)**, Tật khúc xạ: một nguyên nhân chính gây giảm thị lực tại Việt Nam và các nước trong khu vực, *Nội san Nhãn khoa*, số 3 năm 2000, tr. 94-96.
4. **Nguyễn Xuân Phách (1995)**, Một số phương pháp thống kê toán học dùng để đánh giá các kết quả nghiên cứu trong Y sinh được học, Tổng hội Y học Việt Nam, tr.53-57
5. **Hoàng Thị Phúc (1995)**, *Nhận xét tình hình về Mắt công nhân xăng dầu khu vực 1*, Công trình nghiên cứu khoa học toàn quốc, tr.199.
6. **Tôn Thị Kim Thanh, Nguyễn Chí Dũng (2006)**, *Đề án tổng thể về phòng chống mù lòa và chăm sóc mắt ở Việt Nam hướng tới mục tiêu thị giác năm 2020*, Kỷ yếu Hội nghị phòng chống Mù lòa toàn quốc, trang 1-16, 2006
7. **Alan N. Carlson (2004)**, *What's New in Ophthalmology*, Review of Ophthalmology, pp 21-39

NHẬN XÉT TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA PHÁC ĐỒ HUYẾT THANH KHÁNG NỌC RẮN HỔ MANG BÀNH (NAJA ATRA, NAJA KAOUTHIA) TIÊM DƯỚI DA KẾT HỢP TRUYỀN TĨNH MẠCH

Phạm Duệ¹, Ngô Đức Ngọc^{2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rắn hổ (Naja atra và Naja kaouthia) cắn thường gây triệu chứng tại chỗ rất rõ ràng, vì vậy ngoài dùng huyết thanh kháng nọc rắn (HTKNR) tĩnh

mạch có thể dùng huyết thanh tiêm dưới da để làm giảm các triệu chứng phù nề, hoại tử tại chỗ. Tuy hiệu quả khá rõ ràng nhưng lo ngại sẽ có nhiều tác dụng phụ không mong muốn khi sử dụng phương pháp này.

Mục tiêu: Nhận xét tác dụng không mong muốn của phác đồ kết hợp huyết thanh kháng nọc rắn tiêm dưới da và truyền tĩnh mạch. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả. So sánh giữa nhóm phối hợp tiêm huyết thanh kháng nọc dưới da và tĩnh mạch so với nhóm chỉ truyền tĩnh mạch. Phối hợp truyền tĩnh mạch với tiêm HTKNR theo đường dưới da để tạo thành các vòng HTKNR ngăn chặn nọc rắn lan theo đường bạch mạch. Liều HTKNR tiêm dưới da bằng 25- 50% tổng số liều HTKNR ban đầu của nhóm nghiên cứu. Vị trí tiêm dưới da: quanh vết rắn cắn hoặc vùng hoại tử, và giặt lại 2-

¹Khoa Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn HSCC Bệnh viện Bạch Mai

³Khoa Cấp cứu Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duệ

Email: phamduehanoi@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

5 cm, tốc độ tiêm chậm. Mỗi vị trí tiêm tối thiểu 0,5ml, tối đa có thể 10ml tại nơi bị cắn tùy vị trí tổn thương.

Kết quả: có 28 bệnh nhân sử dụng phương pháp phối hợp và 41 bệnh nhân chỉ truyền tĩnh mạch đơn thuần. Sự khác biệt về tỷ lệ các biến chứng, marker nhiễm khuẩn giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt về enzym CK trước và sau tiêm ($p > 0,05$). Ở nhóm chứng enzym CK tăng cao hơn sau tiêm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Huyết thanh kháng nọc rắn tiêm dưới da-tĩnh mạch không làm tăng tỉ lệ các phản ứng dị ứng và không làm tăng các marker nhiễm khuẩn so với truyền tĩnh mạch đơn thuần. Tiêm dưới da-tĩnh mạch có mức tăng enzym CK sau tiêm thấp hơn so với nhóm truyền tĩnh mạch đơn thuần.

Từ khóa: tiêm dưới da, tác dụng không mong muốn, huyết thanh kháng nọc rắn hổ.

SUMMARY

EVALUATION THE ADVERSE DRUG REACTION OF SUBCUTANEOUS INJECTION COMBINED WITH INTRAVENOUS INFUSION ELAPIDAE (NAJA ATRA, NAJA KAOUTHIA) ANTI-VENOM SERUM PROTOCOL

Background: Elapidae bites normally causes paroxysmal local symptoms, thus not only elapidae anti-venom serum used intravenous serum but also can be used subcutaneous injection to reduce subcutaneous edema symptoms and local necrotic.

Objective: Evaluation the adverse drug reaction of subcutaneous injection combined with intravenous infusion protocol of elapidae anti-venom. **Methods:** An prospective observational study. We compared two groups: subcutaneous injection combined with intravenous infusion anti-venom serum group versus only intravenous infusion group. Combination of subcutaneous injection and intravenous infusion to prevent the spread of venom via the lymphatic route. Anti-venom serum subcutaneous injection dose equalled to 25-50% of the total doses of case group. The sites of subcutaneous injection: nearby snake-bite site or necrotic area with slow-infusion. The range of injection dose was 0,5 to 10 ml in each snake site.

Results: The study included 69 patients with 28 patients in case group and 41 patients in control group. The difference of complications, infection marker rates between the case group and the control group was not statistically significant ($p > 0.05$). In case group, there was no difference of the CK enzyme before and after injection ($p > 0.05$). In the subcutaneous-intravenous utilisation group, CK enzyme was higher after injection ($p < 0.05$). **Conclusion:** Subcutaneous naja atra anti-venom serum did not increase the rate of allergic reactions and markers of infection compared to intravenous alone. CK enzyme of subcutaneous-intravenous group increased less than in intravenous group.

Key word: Subcutaneous injection, adverse drug reaction, elapidae anti-venom serum.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rắn cắn là một tai nạn thường gặp trên thế giới và ở Việt nam. Khi bị rắn hổ mang bành cắn

nọc rắn sẽ được tiêm vào dưới da, trong cơ và có thể vào tĩnh mạch bằng móc độc và lan ra toàn thân theo đường bạch mạch là chủ yếu. Tổn thương do nhóm rắn hổ (elapidae) cắn chủ yếu là ở tại chỗ cắn, gây hoại tử và phù nề tại chỗ. Nhiều ý kiến thực hành lâm sàng đặt ra cần tiêm huyết thanh kháng nọc rắn hổ ngay tại chỗ phối hợp với truyền tĩnh mạch nhằm tăng hiệu quả và chống đối toàn diện với cơ chế bệnh sinh. Thực hành lâm sàng cấp cứu chống độc ủng hộ ý kiến này tuy nhiên còn lo ngại rằng tiêm tại chỗ huyết thanh kháng nọc có thể gây nhiều tác dụng phụ không mong muốn như đau đớn hoặc sưng nề. Đứng trước thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu ứng dụng phác đồ tiêm huyết thanh kháng nọc rắn hổ phối hợp dưới da-tĩnh mạch nhằm: "Nhận xét tác dụng không mong muốn của phác đồ kết hợp huyết thanh kháng nọc rắn hổ mang tiêm dưới da-tĩnh mạch"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương pháp: Tiến cứu mô tả

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Mang rắn đến và được chuyên gia (bác sĩ TTCD xác định là rắn hổ mang bành N.astra hoặc N. kouthia) hoặc người nhà chứng kiến bệnh nhân bị rắn cắn là người chuyên nuôi hoặc bắt rắn, mô tả đúng sau đó nhận dạng đúng mẫu rắn hổ mang bành (N.astra hoặc N. kouthia).

- Có tổn thương tại chỗ phù hợp tổn thương nhiễm độc nọc rắn hổ mang bành. Tổn thương tại chỗ: gồm vết răng (móc độc), phù nề, hoại tử tím đến đen, bong nước

- Có chỉ định HTKNR đặc hiệu khi các triệu chứng lâm sàng đang tiến triển nặng lên: kích thước phù nề, hoại tử tăng lên, lan xa hơn; hoặc xuất hiện liệt cơ, liệt nặng thêm.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân dị ứng với huyết thanh kháng nọc rắn hổ

Tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm:

+ Nhóm nghiên cứu: Phối hợp truyền tĩnh mạch với tiêm huyết thanh kháng nọc rắn theo đường dưới da để tạo thành các vòng huyết thanh kháng nọc rắn ngăn chặn nọc rắn lan theo đường bạch mạch. Liều huyết thanh kháng nọc rắn tiêm dưới da bằng 25- 50% tổng số liều huyết thanh kháng nọc rắn ban đầu của nhóm nghiên cứu.

+ Nhóm chứng: Truyền huyết thanh kháng nọc rắn đường tĩnh mạch 100%.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 với các test thống kê phù hợp. Chọn $\alpha=0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê, $\beta=0$.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân lúc vào viện

Thông số nghiên cứu		Nhóm	Chung (n,%)	Nhóm NC (n,%)	Nhóm chứng (n,%)	P
N			69	28	41	
Tuổi (năm)	X		49,9 ± 12,7	50,6 ± 12,3	49,3 ± 13,1	0,673
Giới (n,%)	Nam		51 (73,9)	19 (67,9)	32 (78,0)	0,344
	Nữ		18 (26,1)	9 (32,1)	9 (22,0)	
Thời gian nhập viện sau khi bị cắn (giờ)			7,00 ± 7,23	6,59 ± 5,22	7,27 ± 8,38	0,705
Loại rắn (n,%)	N.atra		58 (84%)	24 (85,7%)	34 (82,9%)	1,00
	N.kouthia		11 (15,9%)	4 (14,3%)	7 (17,1%)	
Trọng lượng rắn (gr)			635.4 ± 400.6	673.6 ± 441.5	609.3 ± 373.4	0,517

Nhận xét: Sự khác biệt về độ tuổi, giới tính, thời gian nhập viện, loại rắn và trọng lượng rắn của hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân lúc vào viện

Triệu chứng lúc vào		Chung (n=59)	Nhóm nghiên cứu (n=28)	Nhóm chứng (n=41)	P
Hôn mê (n,%)		2 (2,9)	2 (7,1)	0	0,161
Liệt cơ (n,%)		6 (8,7)	2 (7,1)	4 (9,8)	1,000
Mạch (lần/ phút)		86,4 ± 13,4	84,9 ± 15,5	87,5 ± 11,8	0,423
Nhiệt độ (độ C)		37,2 ± 0,4	37,3 ± 0,5	37,1 ± 0,4	0,062
Huyết áp (mmHg)		123,9 ± 15,0	125,1 ± 12,7	123,2 ± 16,5	0,614
Nhịp thở (lần/phút)		18,9 ± 3,37	18,5 ± 3,0	18,9 ± 3,6	0,613
Điểm PSS (n,%)	Độ 0	0	0	0	0,131
	Độ 1	25 (36,2)	8 (28,6)	17 (41,5)	
	Độ 2	32 (46,3)	17 (60,7)	15 (36,6)	
	Độ 3	12 (17,4)	3 (10,7)	9 (22)	
	Độ 4	0	0	0	

Nhận xét: Sự khác biệt về độ nặng (theo thang điểm PSS) và các triệu chứng lâm sàng của hai nhóm lúc nhập viện không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Các chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân lúc nhập viện.

Thông số xét nghiệm (M ± SD)	Chung (n=69)	Nhóm nghiên cứu (n=28)	Nhóm chứng (n=41)	P
Hồng cầu (T/l)	4,84 ± 0,47	4,8 ± 0,39	4,87 ± 0,53	0,572
Hb (g/l)	146 ± 12,41	144,07 ± 10,37	147,32 ± 13,6	0,289
Bạch cầu (G/l)	13,37 ± 4,73	13,47 ± 4,44	13,3 ± 4,97	0,884
Bạch cầu trung tính (%)	79,92 ± 15,24	81,87 ± 12,85	78,59 ± 16,71	0,385
Tiểu cầu (G/l)	225,75 ± 58,18	221,93 ± 54,43	228,37 ± 61,13	0,655
PT (%)	13,31 ± 1,69	13,46 ± 1,07	13,2 ± 2,01	0,527
Fibrinogen (g/l)	3,15 ± 0,95	3,13 ± 0,83	3,17 ± 1,04	0,856
APTT b/c	28,54 ± 3,94	28,94 ± 2,86	28,27 ± 4,56	0,490
Na (mmol/l)	137,58 ± 2,88	138,21 ± 2,77	137,15 ± 2,91	0,132
Creatinin (umol/l)	79,45 ± 15,75	77,75 ± 12,84	80,61 ± 17,52	0,463
CK (U/l)	1024,71 ± 3099,38	1422,5 ± 4619,22	723,68 ± 926,52	0,372
Procalcitonin (ng/ml)	0,47 ± 1,2	0,8 ± 1,84	0,27 ± 0,43	0,105

Nhận xét: Sự khác biệt về các chỉ số cận lâm sàng giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Thời điểm dùng huyết thanh kháng nọc, liều trung bình và số ngày điều trị

Thông số nghiên cứu		Nhóm	Chung	Nghiên cứu	Chứng	P
		n	69	28	41	
Thời điểm dùng (giờ)			7,5 ± 7,5	6,4 ± 5,1	8,2 ± 8,7	>0,05
Liều trung bình (ml)			147,5 ± 55,5	153,0 ± 61,0	144,0 ± 52,0	>0,05
Liều tiêm dưới da 1		$\infty \pm SD$		41,5 ± 11,8	0	

bệnh nhân (ml)	Min-Max	25 - 50	0	
	%	30,97	0	
Thời gian điều trị (ngày)	2.32 ± 1.37	2.61 ± 1.32	2,12 ± 1,38	>0,05

Nhận xét: Hai nhóm không có sự khác biệt về thời gian sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn sau răn cắn, số lượng huyết thanh kháng nọc rắn trung bình và số ngày điều trị ($p > 0,05$). Không có sự khác biệt về tổng liều huyết thanh giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng ($p > 0,05$).

Bảng 3.5. Thay đổi Creatin phosphokinase (CK) sau tiêm HTKNR

Thay đổi	Nhóm	Nhóm nghiên cứu n=28	Nhóm chứng n=41	P
Nồng độ CK máu (T_0)	Trung bình	1422,5 ± 4619,2	723,7 ± 926,5	0,372
	Min ÷ Max	109,0 ÷ 24854,0	91,0 ÷ 4454,0	
Nồng độ CK máu (T_1)	Trung bình	1685,8 ± 3749,5	1207,8 ± 1599,5	0,587
	Min ÷ Max	41,0 ÷ 17363,0	68,0 ÷ 7043,0	
Tỷ lệ tăng (%)	Trung bình	41,2 ± 177,1	77,1 ± 158,1	0,493
	Min ÷ Max	68,5 ÷ 727,1	39,3 ÷ 721,3	
P(T_1 & T_0)		0,816	0,009	

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt về lượng CK trước và sau tiêm. Ở nhóm chứng tăng cao hơn sau tiêm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.6. Các phản ứng dị ứng khi dùng huyết thanh.

Nhóm Biến chứng	Chung		Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		P
	N	%	N	%	n	%	
Mày đay	2	2,9	0	0,0	2	4,9	0,516
Phù Quincke	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,000
Ngứa	4	5,8	2	7,1	2	4,9	0,645
Đỏ da	1	1,4	1	3,6	0	0,0	0,395
Sốc phản vệ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,000
Quá mẫn chậm	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1,000

Nhận xét: Trong các biểu hiện của phản ứng dị ứng do HTKNR ngứa và mày đay là trạng thái hay gặp nhất, không có bệnh nhân bị sốc phản vệ, quá mẫn chậm hay phù Quincke ở hai nhóm. Sự khác biệt về tỷ lệ các biến chứng giữa hai nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Các marker nhiễm khuẩn

Nhóm Marker (T_1)	Nhóm nghiên cứu n=28	Nhóm chứng n=41	P
Nhiệt độ ($^{\circ}\text{C}$)	37,2 ± 0,3	37,3 ± 0,5	0,103
$\bar{x}$ ± SD (Min ÷ Max)	37,0 ÷ 38,0	37,0 ÷ 39,0	
Bạch cầu (G/l)	10,2 ± 4,6	11,8 ± 14,5	0,640
$\bar{x}$ ± SD (Min ÷ Max)	5,6 ÷ 23,2	4,1 ÷ 15,57	
BC trung tính (%)	74,0 ± 17,7	76,2 ± 10,7	0,630
$\bar{x}$ ± SD (Min ÷ Max)	7,7 ÷ 91,2	56,3 ÷ 92,2	
procalcitonin (ng/ml)	0,85 ± 1,02	1,28 ± 1,96	0,524
$\bar{x}$ ± SD (Min ÷ Max)	0,04 ÷ 3,38	0,02 ÷ 5,66	

Nhận xét: Tiêm HTKNR dưới da không làm nặng thêm tình trạng nhiễm khuẩn. Thậm chí procalcitonin trung bình của nhóm nghiên cứu còn thấp hơn nhóm chứng dù không thực sự khác biệt với $p > 0,05$. Tình trạng nhiễm khuẩn của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là như nhau với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Thời điểm sử dụng và số lượng huyết thanh kháng nọc rắn: Thời gian trung bình bệnh nhân được sử dụng huyết thanh kháng nọc rắn sau khi bị rắn cắn của nhóm nghiên cứu là (6,4 ± 5,1) giờ, của nhóm chứng là (8,2 ± 8,7) giờ không có sự khác biệt $p = 0,304$. Thời gian trung bình bệnh nhân được sử dụng HTKNR sau

khi bị rắn cắn trong nghiên cứu của chúng tôi muộn hơn so với Nualnong Wongtongkam [5] (trung bình là 2 giờ), Wong [6] (trung bình là 3 giờ).

Theo nghiên cứu của chúng tôi số lượng huyết thanh kháng nọc rắn của nhóm nghiên cứu là 153,0 ± 61,0 ml, của nhóm chứng là 144,0 ± 52,0 ml, không có sự khác biệt $p = 0,497$. Kết quả này khác với kết quả của Nguyễn Kim

Sơn[7] lượng HTKNR dùng cho bệnh nhân trung bình là 26,5ml. Theakston là 25-75ml [4], kết quả của Nualnong Wongtongkam [5], Wong [6] từ 5-100ml HTKNR. Sở dĩ có sự khác biệt nhiều như vậy vì đây là HTKNR hồ đất tinh chế nên tính đặc hiệu với nọc rắn *N. atra* không cao bằng *N. kaouthia*, dựa trên phản ứng chéo huyết thanh để trung hòa độc tố nọc rắn. Số lượng HTKNR dùng cho bệnh nhân tùy thuộc vào lượng nọc độc của rắn tiêm vào cơ thể bệnh nhân, phụ thuộc vào kích cỡ to nhỏ của rắn và tình trạng của rắn lúc cắn.

Thay đổi Creatin phosphokinase (CK) sau tiêm HTKNR: Khi bị rắn cắn độc tố tiêu cơ sẽ làm tiêu cơ vân. Theo Nguyễn Kim Sơn các bệnh nhân bị rắn hổ mang cắn đều có tiêu cơ vân.[7] Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi enzym CK khi nhập viện của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng là như nhau ($p=0.372$). Khi so sánh CK khi nhập viện và sau tiêm HTKNR dưới da của nhóm nghiên cứu mặc dù CK có tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p=0,816$). Có thể tăng CK là kết quả của quá trình nhiễm độc chứ không phải do tiêm HTKNR dưới da gây nên. Như vậy tác dụng phụ đáng lo ngại nhất của tiêm HTKNR dưới da là tiêu cơ vân nhiều hơn đã không được chứng minh. Đây là một thuận lợi cho mở rộng kỹ thuật tiêm HTKNR dưới da trong điều trị rắn cắn.

Phản ứng dị ứng khi dùng huyết thanh: Huyết thanh kháng nọc rắn không chỉ có tác dụng có lợi mà còn có nhiều tác dụng phụ. HTKNR hồ đất tại Việt Nam được sản xuất bởi Viện vắc-xin và sinh phẩm y tế Nha Trang là loại immunoglobulin (IgG) lấy từ huyết thanh của ngựa được miễn cảm với nọc rắn dù đã được tinh chế nhưng bản chất là protein lạ nên vẫn gây các phản ứng dị ứng. Khi nghiên cứu 69 bệnh nhân chúng tôi gặp 7/69 bệnh nhân bị dị ứng chiếm tỷ lệ 10,14%, trong đó tỷ lệ mày đay là 02 bệnh nhân chiếm 2,9%, ngứa 4 bệnh nhân chiếm 5,8%, đỏ da 1 bệnh nhân chiếm 1,4% không có bệnh nhân nào bị quá mẫn chậm và sốc phản vệ.

Marker nhiễm khuẩn: Trong các marker về nhiễm khuẩn như nhiệt độ, bạch cầu và procalcitonin thì procalcitonin là yếu tố đặc hiệu nhất trong chẩn đoán tình trạng nhiễm khuẩn. Khi sử dụng HTKNR tiêm dưới da việc vô khuẩn vùng tiêm dù đúng quy trình nhưng phải tiêm nhiều lần nên nguy cơ nhiễm khuẩn sẽ tăng lên nên đây cũng là điều lo ngại khi thực hiện nghiên cứu bởi vì bản thân quần thể vi khuẩn trong miệng rắn là rất phong phú. Theo nghiên

cứu của Shek[1] có 3 nhóm vi khuẩn chính là vi khuẩn hiếu khí gram dương, vi khuẩn hiếu khí gram âm và vi khuẩn kỵ khí với hơn 20 loại vi khuẩn, trong đó vi khuẩn *Morganella morganii* là hay gặp nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì nhóm nghiên cứu có PCT trung bình là ($0,85 \pm 1,02\text{ng/ml}$) và nhóm chứng là ($1,28 \pm 1,96\text{ng/ml}$) không có sự khác biệt về mức độ nhiễm khuẩn của 2 nhóm ($p = 0,524$). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 bệnh nhân cấy dịch tại chỗ có vi khuẩn và đều nhạy với kháng sinh dùng cho bệnh nhân. Chúng tôi không gặp bệnh nhân nào có biến chứng nhiễm khuẩn huyết.

V. KẾT LUẬN

Biến chứng chủ yếu là đau tại chỗ, ngứa, phù Quincke. HTKNR tiêm dưới da-tĩnh mạch không làm tăng tỉ lệ các phản ứng dị ứng và cũng không làm tăng các marker nhiễm khuẩn so với truyền tĩnh mạch đơn thuần. Tiêm dưới da-tĩnh mạch còn làm giảm mức độ biến chứng tiêu cơ vân với mức tăng enzym CK thấp hơn so với nhóm truyền tĩnh mạch đơn thuần. Như vậy phác đồ tiêm huyết thanh kháng nọc rắn hổ mang (*Naja atra*, *Naja kaouthia*) tại chỗ kết hợp truyền tĩnh mạch có thể ứng dụng khá an toàn trên thực hành lâm sàng giống như phác đồ truyền tĩnh mạch đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. K C Shek, KL Tsui, KK Lam et al. (2009). Oral bacterial flora of the Chinese cobra (*Naja Atra*) and bamboo pit viper (*Trimeresurus albolabris*) in Hong Kong SAR, China, *HongKong Med J*, 15:183-90.
2. Dong - Zong Hung (2002). Multiple thrombotic occlusion of vessels after Russell's viper envenoming, *Pharmacology and Toxicology*, 91, pp. 106 - 110.
3. Ngô Mạnh Hà (2014). Đánh giá hiệu quả huyết thanh kháng nọc rắn hổ đất tinh chế tiêm tại chỗ kết hợp tiêm tĩnh mạch trong điều trị rắn hổ mang cắn. *Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa 2014*. tr49
4. R D G Theakston (1995). The kinetics of snake bite envenoming and therapy. *Journal of the Ceylon College of Physicians*, 1995, 28, 42-45
5. Nualnong Wongtongkam, Henry Wilde, Chirt Sitthi Amorn et al (2005). A study of Thai cobra(*Naja kaouthia*) bites in Thailand. *Military medicine* 2005; 170,4, 336
6. OF Wong, Tommy SK Lam, HT Fung (2010). Five- year experience with Chinese cobra (*Naja atra*) - related injuries in two acute hospitals in Hong Kong, *Hong Kong Med J*, Vol 16 , No 1, 2010
7. 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 (*Elapidae*) ở miền bắc Việt nam, *Luận án tiến sỹ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.

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 TẮT

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. 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

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

*Bệnh viện quân y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Lương Công Thức
Email: lcthuc@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017
Ngày duyệt bài: 25.4.2017

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 nhíp 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: Pes: 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 $\pm$ 4,41	42,69 $\pm$ 4,21	> 0,05
LVESD (mm)	26,30 $\pm$ 3,66	24,97 $\pm$ 2,97	> 0,05
LVM (g)	136,56 $\pm$ 36,34	132,23 $\pm$ 33,70	> 0,05
E (cm/s)	73,03 $\pm$ 14,96	60,22 $\pm$ 13,49	< 0,05
A (cm/s)	71,80 $\pm$ 12,06	79,11 $\pm$ 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.

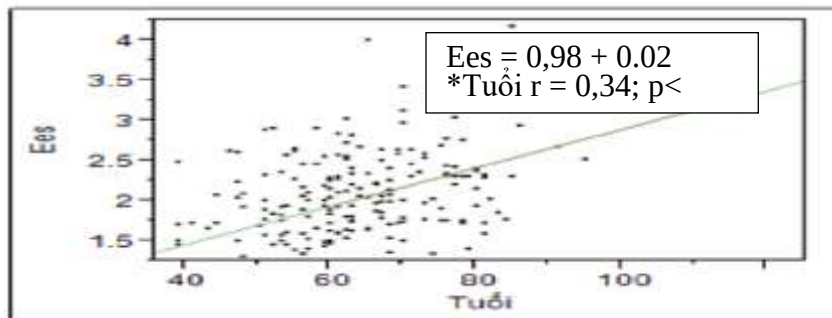
Đường kính thất trái cuối tâm thu, cuối tâm trương và khối lượng cơ thất trái không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p > 0,05$). Vận tốc đỉnh sóng E ở nhóm người cao tuổi thấp hơn nhóm trung niên có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Vận tốc đỉnh sóng A ở nhóm người cao tuổi lớn hơn nhóm trung niên có ý nghĩa 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). Một số nghiên cứu cho rằng quá trình thay đổi tính chất và chức năng của cơ tim ở người cao tuổi cũng tương tự như quá trình thay đổi ở người tăng huyết áp.

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 phân suất tống 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.

ĐÁNH GIÁ SAI SỐ KHOẢNG CÁCH ĐỒNG TỬ CỦA KÍNH MẮT VÀ ẢNH HƯỞNG ĐỐI VỚI BỆNH NHÂN CÓ TẬT KHÚC XẠ

Trần Xuân Quang*, Nguyễn Đức Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá mức sai số khoảng cách đồng tử và ảnh hưởng nó đối với sự dễ chịu của bệnh nhân khi đeo kính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 270 đối tượng có tật khúc xạ đang sử dụng kính tại khoa khúc xạ, bệnh viện mắt trung ương trong năm 2013. **Kết quả:** Khoảng cách đồng tử

trung bình là $61,14 \pm 3,247$ mm, của nữ là $60,97 \pm 3,189$ mm, của nam là $61,41 \pm 3,337$ mm. Khoảng cách đồng tử tăng theo tuổi đặc biệt ở 2 nhóm tuổi 11-14 tuổi và 15-18 tuổi. Trong số 270 kính có 62 kính (22,9%) không đạt tiêu chuẩn kiểm tra chất lượng về khoảng cách đồng tử và quang tâm kính, hiệu ứng lăng kính do sai khoảng cách đồng tử gây ra những khó chịu cho bệnh nhân khi đeo kính. Không có sự khác nhau về tỉ lệ không đạt tiêu chuẩn giữa kính được lắp tại bệnh viện và kính được lắp ngoài bệnh viện. **Kết luận:** Tỉ lệ kính không đạt tiêu chuẩn khoảng cách đồng tử tương đối cao 22,9% và gây ra khó chịu cho một số bệnh nhân đeo kính, trong đó triệu chứng thường gặp nhất là nhức mắt, chiếm tỉ lệ 14,4%. Cần tăng cường việc đào tạo kĩ thuật viên mài lắp kính để nâng cao chất lượng kính mắt.

Từ khóa: Khoảng cách đồng tử, quang tâm kính.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Anh

Email: bsducanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

SUMMARY

ERRORS OF INTERPUPILLARY DISTANCE OF EYEGLASSES AND ITS IMPACT ON PATIENTS WITH REFRACTIVE ERRORS

Purpose: The study was conducted to evaluate the amount of wrong pupillary distance in eyeglasses and its impact on patients with refractive errors. **Patients and method:** Descriptive cross-sectional study performed on 270 subjects who had glasses to correct refractive errors at the refraction department of the Vietnam National Institute of Ophthalmology in 2013. **Results:** the average pupillary distance was 61.14 ± 3.247 mm, 60.97 ± 3.189 mm in females, 61.41 ± 3.337 mm in males. Pupillary distance increases with age, especially in age groups 11-14 and 15-18 years old. Of the 270 glasses, 62 (22.9%) did not meet the quality standards of pupillary distance. There is no difference of this error between glasses made inside and outside the hospital. The effect of wrong pupillary distance on the patient's comfortability was unclear. **Conclusions:** The rate of interpupillary distance errors was as high as 22.9%, and this resulted in discomfort in patients wearing glasses. The most common symptom in these patients was eye pain, accounting for 14.4%. It is recommended to strengthen the training of spectacle technicians in order to improve the quality of glasses.

Key words: pupillary distance, optical centres.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi lắp kính cho người có tật khúc xạ, một yêu cầu quan trọng là quang tâm của mắt kính phải được đặt đúng tâm đồng tử để cho mắt bệnh nhân cảm thấy dễ chịu nhất khi đeo kính. Nếu kính quang tâm không đúng với tâm lỗ đồng tử sẽ có thể gây ra những khó chịu cho bệnh nhân như nhức mắt, đau đầu, chóng mặt, nhìn 2 hình [1]. Ở Việt Nam, vấn đề khoảng cách đồng tử trong kính mắt vẫn còn chưa được chú ý đầy đủ. Qua một số đánh giá ở Hà Nội và các địa phương khác trong những năm gần đây, chúng tôi thấy tỉ lệ kính lắp không đúng khoảng cách đồng tử khá cao, nhiều kỹ thuật viên mài lắp kính chưa được đào tạo đầy đủ hoặc thực hành không cẩn thận có thể lắp kính không cần khoảng cách đồng tử mà chỉ dựa vào khoảng cách đồng tử phổ thông. Thực tế khoảng cách đồng tử của các cá thể khác nhau khá nhiều, nhất là giữa người lớn và trẻ em. Để đảm bảo tiêu chuẩn của mắt kính, nhiều nước trên thế giới đã đề ra những tiêu chuẩn của kính mắt khá đầy đủ, gồm cả tiêu chuẩn về khoảng cách quang tâm, chẳng hạn tiêu chuẩn của viện tiêu chuẩn Quốc gia Hoa Kỳ (ANSI), tiêu chuẩn kính mắt của Úc [2]. Ở Việt Nam chưa có tiêu chuẩn kính mắt rõ ràng cũng như chưa có nghiên cứu

về mức sai số khoảng cách đồng tử của kính mắt. Do vậy đề tài được thực hiện với mục tiêu: (1) *Đánh giá mức độ chênh lệch giữa khoảng cách đồng tử và khoảng cách quang tâm kính của các bệnh nhân và (2) Nhận xét ảnh hưởng của sai số khoảng cách đồng tử đến sự dễ chịu của bệnh nhân khi đeo kính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 270 đối tượng khám tại khoa khúc xạ, bệnh viện mắt TW.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: tất cả đối tượng đến khám đang đeo kính cầu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những đối tượng chưa đeo kính, có bệnh ở mắt, tuổi nhỏ không hợp tác để nghiên cứu.

2.3. Phương pháp: Đo khoảng cách đồng tử bằng thước dựa vào ánh phản quang giác mạc và đo bằng máy khúc xạ kế tự động, lấy phương pháp đo bằng thước tại ánh phản quang giác mạc làm chuẩn [3].

- Dùng máy đo số kính xác định quang tâm để đo khoảng cách quang tâm.

- Công suất mắt kính = Công suất kính cầu + $\frac{1}{2}$ Công suất kính trụ [3].

- Hiệu ứng lăng kính (điốp lăng kính) = chênh lệch giữa khoảng cách đồng tử với khoảng cách quang tâm (cm) $\times$ công suất mắt kính (điốp) [3].

- Đánh giá chất lượng kính mắt dựa vào bảng tiêu chuẩn sai số khoảng cách đồng tử cho phép dưới đây (tiêu chuẩn của Australia).

2.4. Phân tích số liệu: Sử dụng SPSS và so sánh trung bình, so sánh các tỷ lệ, $p < 0,05$ là khác biệt có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 270 đối tượng, gồm 102 nam và 168 nữ, tuổi trung bình $13,56 \pm 4,678$, chủ yếu đeo kính trụ (chiếm 93%). Trong 270 kính đối tượng đang đeo có 161 kính được lắp tại bệnh viện, còn 109 kính được lắp tại cửa hàng kính ngoài bệnh viện.

3.2. Khoảng cách đồng tử: Khoảng cách đồng tử đo ở 270 bệnh nhân cho thấy khoảng cách đo bằng thước thước bao giờ cũng lớn hơn so với số đo ở khúc xạ kế tự động. Số trung bình đo bằng thước là 61,14mm và số trung bình đo bằng khúc xạ kế tự động là 59,83mm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 1. Khoảng cách đồng tử theo 2 phương pháp đo

Tuổi	n	Khoảng cách đồng tử	
		Đo bằng thước	Đo bằng KX kế tự động
< 6 tuổi	14	57,92 ± 2,575	55,17 ± 8,473
6-10 tuổi	67	58,68 ± 3,066	56,93 ± 4,088
11-14 tuổi	93	61,24 ± 2,715	60,32 ± 2,608
15-18 tuổi	65	62,48 ± 2,760	61,15 ± 3,979
> 18 tuổi	31	63,12 ± 2,920	62,24 ± 2,818
Trung bình		61,14 ± 3,247	59,83 ± 4,292

3.3. Sai số khoảng cách đồng tử và hiệu ứng lăng kính**Bảng 2. Sai số khoảng cách đồng tử và hiệu ứng lăng kính**

Biến số	n (%)
Sai số: 0-1mm	103 (38,1)
2-3mm	107 (39,6)
4-5mm	44 (16,3)
> 5mm	16 (5,9)
Hiệu ứng lăng kính (Δ): < 0,50	134 (49,6)
≥ 0,50 và < 1,00	67 (24,8)
≥ 1,00 và < 1,50	31 (11,5)
≥ 1,50	38 (14,1)

Theo bảng tiêu chuẩn kiểm tra chất lượng mắt kính của Úc trong số 270 kính thì tỷ lệ kính không đạt tiêu chuẩn là 22,9%. Tỷ lệ kính không đạt tiêu chuẩn ở bệnh viện và ngoài bệnh viện là như nhau ($p < 0,05$).

Bảng 3. Tỷ lệ kính đạt tiêu chuẩn chất lượng

	Phù hợp	Không phù hợp
Bệnh viện	77,6%	76,1%
Ngoài bệnh viện	22,4%	23,9%

3.4. Ảnh hưởng của hiệu ứng lăng kính:

Trong số bệnh nhân đeo kính không đạt tiêu

chuẩn khoảng cách đồng tử, có 39 bệnh nhân có cảm giác căng tức ở trong mắt khiến cho bệnh nhân không thấy dễ chịu khi đeo kính. Trong đó 37 bệnh nhân chỉ thấy nhức mắt khi đeo kính trong thời gian lâu và 2 bệnh nhân cảm thấy nhức mắt liên tục kể cả khi đeo kính trong thời gian ngắn (Bảng 4). Những cảm giác khó chịu khác bao gồm chóng mặt, đau đầu, nhìn thấy 2 hình khi đeo kính. Có 2 bệnh nhân chóng mặt thuộc nhóm có hiệu ứng lăng kính từ 0,5 đến < 1,0 đốp lăng kính. Cảm giác chóng mặt tức là bệnh nhân cảm thấy choáng váng, sàn nhà hoặc tường nhìn nghiêng đi, đi lại mất cân bằng. Có 7 bệnh nhân đau đầu khi đeo kính lâu. Đau đầu biểu hiện bằng đau mức độ nhẹ đến trung bình ở quanh mắt và sau mắt, loại trừ những trường hợp đau ở chỗ gọng kính tì vào góc mũi, trong số này 6 trường hợp thuộc nhóm có hiệu ứng lăng kính từ 0,5 đến dưới 1 đốp lăng kính, 1 trường hợp thuộc nhóm có hiệu ứng lăng kính từ 1,0 đến dưới 1,5 đốp lăng kính. Có 1 bệnh nhân nhìn thấy 2 hình khi đeo kính lâu thuộc nhóm có hiệu ứng lăng kính từ 0,5 đến dưới 1,0 đốp lăng kính.

Bảng 4. Ảnh hưởng của hiệu ứng lăng kính đến nhức mắt

Hiệu ứng lăng kính (Δ)	Nhức mắt						Tổng	
	Không có		Khi đeo lâu		Liên tục			
	n	%	n	%	n	%	n	%
< 0,5	124	92,5	10	7,5	0	0	134	100
$\geq 0,5$ và < 1	52	77,6	14	20,9	1	1,5	67	100
≥ 1 và < 1,5	27	87,1	3	9,7	1	3,2	31	100
$\geq 1,5$	28	73,7	10	26,3	0	0	38	100
Tổng	231	85,6	37	13,7	2	0,7	270	100

IV. BÀN LUẬN

Khoảng cách đồng tử trung bình của các bệnh nhân nghiên cứu tăng theo tuổi, điều này phù hợp với số liệu của các nghiên cứu khác. Theo MacLachlan C và cộng sự [4] khoảng cách đồng tử trung bình của nam là $43,36 + 1,663 \times \text{tuổi} - 0,034 \times \text{tuổi}^2$, khoảng cách đồng tử trung bình của nữ là $41,76 + 1,891 \times \text{tuổi} - 0,052 \times \text{tuổi}^2$. Và kết quả nghiên cứu của tôi cũng thấy rằng khoảng cách đồng tử tăng lên theo tuổi đặc biệt ở 2 nhóm tuổi 11-14 tuổi và 15-18 tuổi. Do đó,

khi lắp kính cho bệnh nhân cần phải đo chính xác khoảng cách đồng tử, nhất là khoảng cách đồng tử ở trẻ em thấp hơn đáng kể so với khoảng cách đồng tử của người lớn.

Khoảng cách đồng tử đo bằng thước dựa vào ánh phản quang giác mạc là $61,14 \pm 3,247\text{mm}$, còn khoảng cách đồng tử ở kết quả đo khúc xạ tự động là $59,83 \pm 4,292$. 2 kết quả này khác nhau có ý nghĩa thống kê. Sự chênh lệch này có thể do mắt bệnh nhân quy tụ hơn khi ngồi ở máy đo khúc xạ tự động, vì cảm giác nhìn gần gây ra

điều tiết kèm theo quy tụ. Trong khi đó phương pháp đo dựa vào ánh phản quang giác mạc là đo khi mắt nhìn xa. Như vậy, mặc dù kết quả đo khúc xạ kế tự động có kèm theo khoảng cách đồng tử nhưng không nên sử dụng số đo này. Trên thực tế, một số người ngại đo khoảng cách đồng tử sử dụng số đo này sẽ cho kết quả không đúng và dẫn đến kính không phù hợp bởi vì kính đeo ở đây là để cho bệnh nhân nhìn xa.

Đối chiếu với bảng tiêu chuẩn chất lượng kính mắt, có thể thấy trong số 270 kính bệnh nhân đang đeo thì tỷ lệ kính không đạt tiêu chuẩn còn cao 22,9%. Tỷ lệ kính không đạt tiêu chuẩn không khác nhau giữa kính lắp ở trong bệnh viện và ngoài bệnh viện. Điều này cũng hoàn toàn hợp lý bởi vì cửa hàng kính và kỹ thuật viên làm việc trong cửa hàng thực tế không phải là của bệnh viện và cũng không hoàn toàn đảm bảo tiêu chuẩn đào tạo. Mặt khác, nếu kỹ thuật viên mài lắp kính chỉ dựa vào khoảng cách đồng tử trong đơn kính mà không kiểm tra lại thì cũng có thể sai do người kê đơn kính đo khoảng cách đồng tử không chính xác. Một lý do nữa có thể là do bệnh nhân đeo kính đã lâu không thay trong khi khoảng cách đồng tử lại tăng theo tuổi.

Nghiên cứu của Elaine S. Moreland năm 2002 [5] cho thấy sự xuất hiện của hiệu ứng lăng kính làm rối loạn thị giác và sự tạo hình ảnh lập thể của mắt. Nghiên cứu của tôi cho thấy tỷ lệ nhức mắt là 14,4% và cảm giác này có xu hướng tăng tỷ lệ thuận với hiệu ứng lăng kính, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do khả năng chịu đựng hiệu ứng lăng kính của các bệnh nhân Việt nam tốt hơn, cảm nhận không rõ ràng, hoặc do cỡ mẫu nghiên cứu còn

ít nên chưa thấy được ảnh hưởng rõ ràng của hiệu ứng lăng kính đối với sự dễ chịu của bệnh nhân. Chúng tôi thấy vấn đề này cần được nghiên cứu thêm với cỡ mẫu lớn hơn để có thể kết luận chính xác.

V. KẾT LUẬN

Trong số 270 bệnh nhân được đeo kính để chỉnh tật khúc xạ thì tỉ lệ kính không đạt tiêu chuẩn khoảng cách đồng tử là 22,9%. Triệu chứng thường gặp nhất ở những trường hợp này là nhức mắt, chiếm tỉ lệ 14,4%. Hiệu ứng lăng kính gây ra do kính sai khoảng cách đồng tử chiếm tỉ lệ tương đối cao và có phần ảnh hưởng đến sự dễ chịu của bệnh nhân khi đeo kính. Chất lượng kính được lắp ở trong bệnh viện cũng không có sự khác biệt với kính được lắp ở các cơ sở khác ngoài bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội nhãn khoa Mỹ** (2001), *Quang học khúc xạ và kính tiếp xúc*, người dịch TS. Nguyễn Đức Anh, Nhà xuất bản Đại học quốc gia Hà Nội, Hà Nội.
2. **American National Standards Institute** (2005), *American National Standard for Ophthalmics - Prescription Ophthalmic Lenses - Recommendations*, Optical Laboratories Association, United States of America.
3. **Brien Holden Vision Institute** (2012), *Refractive error training package*, Brien Holden vision institute, Sydney.
4. **MacLachlan C, Howland HC** (2002). Normal values and standard deviations for pupil diameter and interpupillary distance in subjects aged 1 month to 19 years. *Ophthalmic Physiol Opt*, 22(3), 175-82.
5. **Elaine S. Moreland, Helen J. Griffiths** (2002). The effect of Fresnel prisms on binocular vision. *Br Orthopt*, 59, 33-37.

TẠO HÌNH TỔN KHUYẾT VÙNG ĐẦU CỔ BẰNG VẬT DA - CƠ THANG: NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP VÀ NHÌN LẠI Y VẤN

Trần Xuân Thạch*, Đỗ Thị Ngọc Linh*,
Bùi Mai Anh*, Nguyễn Hồng Hà*

TÓM TẮT

Năm 2016, chúng tôi đã phẫu thuật sử dụng vật da - cơ thang để tạo hình che phủ cho hai trường hợp tổn khuyết phần mềm phức tạp vùng đỉnh cằm và vùng cổ gáy sau chấn thương cho kết quả khá tốt.

Mục đích của bài báo này là thông báo hai trường hợp lâm sàng và tìm hiểu ý kiến về giải phẫu, kỹ thuật và ứng dụng của vật da - cơ thang cường liên trong tạo hình vùng đầu mặt cổ.

Từ khóa: Vật cơ thang, vật da-cơ thang.

SUMMARY

THE TRAPEZIUS MYOCUTANEOUS FLAP FOR HEAD AND NECK DEFECT RECONSTRUCTION: TWO CASES STUDY AND REVIEW

In 2016, we have operated on two patients who

* Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Thạch

Email: Thachdr2008@gmail.com.

Ngày nhận bài: 14.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

had defects of scalp in occipital and defects of tissue in the neck after trauma by the trapezius musculocutaneous flap. All flap were totally survival. The purposes are report two clinical cases, find out the literatures and clinical applications of the trapezius musculocutaneous flap in head and neck reconstruction.

Key word: The trapezius flap. The trapezius musculocutaneous flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các khuyết hổng phần mềm vùng đầu cổ luôn là một thách thức với các phẫu thuật viên tạo hình và phẫu thuật thần kinh. Các tổn thương do chấn thương thường kèm theo tổn thương về xương sọ, cột sống và não tủy. Để che phủ cho các tổn thương lộ xương sọ, cột sống hoặc màng não tủy cần các vạt có cân và cơ dày dặn. Cùng với sự phát triển của kỹ thuật vi phẫu và việc tìm ra các vạt cân-cơ-da tự do, mà việc che phủ các tổn thương này không còn là quá khó khăn. Tuy nhiên, với các bệnh nhân đa chấn thương: sau mổ sọ não, cột sống rất nặng, thì theo bậc thang tạo hình nên ưu tiên những phẫu thuật đơn giản, nhanh để cứu sống bệnh nhân. Vạt da-cơ thang cuống liền là một lựa chọn khá tốt cho các tổn thương vùng đầu cổ vì đây là một vạt cơ với cuống mạch hằng định, đủ dài để có thể chuyển tới đỉnh đầu, ra vùng mặt và có thể lấy kèm theo da trên cơ mà không cần ghép da.

Vạt da cơ thang được nhiều tác giả trên thế giới nghiên cứu mô tả và ứng dụng trong tạo hình vùng đầu mặt cổ. Năm 1980, Baek và CS [2] lần đầu tiên mô tả sử dụng vạt da – cơ thang thấp mở rộng theo chiều dọc để tạo hình khuyết da lớn vùng mặt. Năm 2000, Tan [3] báo cáo giải phẫu mạch nuôi và ứng dụng lâm sàng vạt da cơ thang mở rộng dựa trên mạch nuôi chỉ là hệ thống động mạch vai sau. Năm 2004, Ugurlu và CS [4] đề xuất vạt da cơ thang mở rộng xuống dưới theo chiều dọc chỉ dựa vào trên mạch nuôi là động cơ ngang. Năm 2008, Wei L. Chen và CS [5] sử dụng vạt da cơ thang thấp mở rộng để tạo hình cho 11 trường hợp sau mổ cắt toàn bộ lưỡi do ung thư biểu mô vảy cho kết quả tốt.

Trong năm 2016, chúng tôi đã phẫu thuật cho hai trường hợp khuyết tổn phần mềm da đầu và vùng cổ sau chấn thương bằng vạt da-cơ thang. Qua tìm hiểu, ở Việt Nam, chúng tôi thấy còn rất ít báo cáo về việc sử dụng vạt da-cơ thang cho tạo hình vùng đầu mặt cổ. Mục đích của báo cáo này là trình bày về hai trường hợp lâm sàng, tìm hiểu ý kiến về giải phẫu, kỹ thuật lấy vạt và ứng dụng của vạt này trong tạo hình vùng đầu mặt cổ.

II. KỸ THUẬT BÓC VẠT

Bệnh nhân được gây mê toàn thân với tư thế nằm sấp. Cánh tay dưới linh hoạt và xương bả vai có thể dịch chuyển ra ngoài trong quá trình phẫu tích cuống vạt. Sử dụng doppler cầm tay xác định cuống mạch của vạt là động mạch cổ ngang (một nhánh của động mạch thân giáp cổ). Với động mạch vai sau rất khó xác định bằng Doppler vì có một phần nằm khá sâu trước xương bả vai khi vai ở tư thế khép hoặc có thể nhầm với một số nhánh của động mạch cổ nông. Thiết kế vạt cơ thang theo trục dọc kích thước tùy vào tổn thương. Bờ ngoài của vạt là bờ trong của xương bả vai, bờ trong của vạt là đường cách đường chính giữa cột sống 0,5-1cm. Đảo da trên cơ được lấy ở phần thấp của cơ và 1/3 đảo da phải được nằm trên cơ thang ở phía gần cột sống để đảm bảo nguồn cấp máu cho vạt da. Điểm xa nhất của vạt không được quá 10cm so với cực dưới của xương bả vai [5] [7].

Đường rạch đầu tiên được bắt đầu ở bờ trong của xương bả vai, xác định vách gian cơ thang và cơ lưng to, cắt các thớ cơ bám vào gai vai theo chiều dọc của cuống vạt, nâng cơ thang lên là có thể nhìn thấy cuống mạch là động mạch vai sau. Vì kích thước của cuống mạch không quá to nên sử dụng kính lúp trong quá trình phẫu tích là rất cần thiết. Sau khi nâng được cơ thang lên, các nhánh của động mạch vai sau bắt đầu đi sâu vào cơ trám, để mở rộng cung xoay của vạt có thể phải cắt cơ trám. Để có thể lấy được cuống mạch dài hơn và làm tăng cung xoay của vạt hoặc trong trường hợp lấy vạt tự do, ta tiếp tục phẫu tích phía dưới cơ nâng vai vào vùng cổ bên. Việc phẫu tích này có thể làm tăng chiều dài cuống vạt từ 5-7cm. Cần phải cẩn thận để tránh tổn thương các thần kinh lưng vai. Việc bóc tách không ảnh hưởng đến động mạch cổ nông hoặc thần kinh phụ XI [5] [7]. Vạt sau đó sẽ được chuyển tới nơi nhận qua một đường hầm dưới da hoặc rạch da và bóc tách rộng đường dẫn để cuống vạt.

III. HAI TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân 1: Vạt phức hợp da cơ thang:

Bệnh nhân nam 62 tuổi, khuyết da lộ màng cứng vùng đỉnh chẩm kích thước 5x10cm. Bệnh nhân chấn thương sọ não nặng đã được mổ lấy máu tụ mở vollet sọ 1 tháng. Tổn thương là loét tỳ đè do bệnh nhân chấn thương sọ não có di chứng liệt nửa người. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt lọc làm sạch khuyết da và chuyển vạt da cơ thang cuống liền với cuống mạch nuôi là động

mạch vai sau, da được lấy ở phần thấp của cơ thang, kích thước 5x11cm. Theo dõi sau mổ vật da cơ thang sống tốt, vết mổ liền tốt. Tuy

nhĩn do tình trạng giãn não thất và nhiễm trùng thần kinh nặng, bệnh nhân đã tử vong sau mổ 1,5 tháng.

	Tổn thương	Trong mổ	Kết quả sau mổ
Bệnh nhân: Hoàng Văn C. 62 tuổi. Sử dụng vật phức hợp da - cơ thang che phủ khuyết vùng cằm			

Bệnh nhân 2: Vật cơ thang: Bệnh nhân nam 40 tuổi, khuyết da phần mềm vùng cổ cằm bên phải lộ xương cằm và xương cột sống cổ kích thước 22x15cm. Bệnh nhân sau chấn thương cột sống cổ có liệt không hoàn toàn tứ chi, đã được mổ cố định cột sống cách 1 tháng. Vết mổ nhiễm trùng, loét và hoại tử da vùng cổ cằm. Sau khi được chăm sóc vết thương sạch, chúng tôi tiến hành phẫu thuật che phủ bằng vật cơ thang cuống liền với cuống mạch nuôi là động mạch vai sau và ghép da mỏng trên cơ. Theo dõi sau mổ vật cơ sống tốt, tổn khuyết được che phủ hoàn toàn, tuy nhiên do tình trạng nhiễm trùng thần kinh và cột sống nặng lên bệnh nhân đã tử vong sau mổ 7 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Với nhiều báo cáo cả về ứng dụng lâm sàng và nghiên cứu giải phẫu trên xác. Ở Việt Nam, theo tìm hiểu chúng tôi thấy rất ít báo cáo nghiên cứu về giải phẫu và ứng dụng của vật trên lâm sàng. Theo các sách giải phẫu hiện tại, cơ thang được cấp máu bởi nhánh xuống của động mạch cổ ngang và các nhánh phụ từ động mạch liên sườn sau [6]. Theo phân loại của Mathes và Nahai, cơ thang thuộc nhóm II, có một động mạch cấp máu ưu thế và có các nhánh phụ cấp máu theo phân đoạn của cơ. Các nghiên cứu giải phẫu về vật cơ thang có kết quả tương tự nhau về cuống nuôi cho vật. Về động mạch cấp máu ưu thế cho cơ thang khoảng 50% do động mạch vai sau, khoảng 30% do động mạch cổ ngang, còn lại là do cả hai động mạch này cấp máu tương đương nhau [7]. Cơ thang là một cơ rất rộng vùng trên của lưng có ba phần: phần

trên được cấp máu bởi động mạch cằm, phần giữa là nhánh của động mạch cổ ngang, phần dưới là động mạch vai sau và các nhánh phụ từ liên sườn sau. Cuống mạch của hai vật trong báo cáo này đều là động mạch vai sau. Vì tổn thương không quá xa nên chúng tôi cũng chỉ cần phẫu tích tới sát cơ nâng vai là có thể chuyển vật lên che phủ đủ tổn thương.

Về chức năng của cơ thang: phần trên của cơ cùng với cơ nâng vai làm chức năng nâng vai. Phần giữa và dưới cùng với hai cơ trám làm chức năng khép xương vai [6]. Để tránh nhưng khiếm khuyết chức năng nâng vai, vật cơ thang thường được thiết kế để lấy ở phần thấp của cơ thang. Thêm nữa là trong quá trình bóc tách vật thường không làm tổn thương thần kinh vai sau và thần kinh phụ XI. Trong trường hợp cần lấy cuống mạch dài để có thể chuyển vật tới nơi nhận xa hơn, cần phẫu tích dưới cơ nâng vai. Trong một nghiên cứu của W.L. Chen [5], tạo hình cho 11 trường hợp ung thư lưỡi, cuống mạch của vật cơ thang được sử dụng là nhánh xuống của động mạch cổ ngang. Tổn thương là khá xa nên tác giả phải phẫu tích lên trên tới động mạch cổ ngang, dưới cơ nâng vai để tăng độ dài của cuống mạch. Ở cả hai trường hợp mà chúng tôi đã phẫu thuật, một tổn thương ở vùng cằm và một tổn thương ở vùng cổ nên không cần cuống mạch quá dài do đó chỉ cần phẫu tích tới sát bờ dưới cơ nâng vai là đủ để chuyển đến nơi nhận. Và cũng không cần lấy phần trên của cơ thang nên cũng không ảnh hưởng tới chức năng nâng vai. Tuy nhiên trong hai trường hợp bệnh nhân của chúng tôi do tổn thương tại sọ não gây liệt nửa người và tủy cổ gây liệt tứ chi nên chúng tôi

cũng không thể đánh giá được những ảnh hưởng sau phẫu thuật tới chức năng nâng và khép xương vai.

Các dạng thiết kế vạt: vạt cơ thang có thể dùng ở dạng vạt cơ hoặc vạt da-cơ [7]. Ở trường hợp thứ nhất do tổn thương của da đầu vùng đỉnh không quá lớn và cần một vạt đủ các thành phần da-cân-cơ để che phủ. Vì vậy chúng tôi đã sử dụng vạt cơ thang kèm theo đảo da ở phần thấp của cơ, đảo da lấy không quá lớn nên tại nơi cho có thể đóng trực tiếp. Trường hợp thứ hai của chúng tôi là tổn thương vùng cổ, khuyết da, phần mềm và cơ của cạnh cột sống khá rộng gây lộ phương tiện cố định cột sống cùng với tình trạng liệt của bệnh nhân. Do đó chúng tôi quyết định sử dụng vạt cơ (không lấy kèm đảo da) kết hợp ghép da trên cơ thang để tránh tổn thương da ở vùng lưng. Các nghiên cứu giải phẫu cho thấy cơ thang được cấp máu bởi hoặc động mạch vai sau hoặc động mạch cổ ngang hoặc cả hai động mạch này [6] [7]. Do đó trong thiết kế lấy vạt da-cơ thang có thể dựa vào một trong hai động mạch này để làm cuống vạt. Cả hai trường hợp trong báo cáo này đều lấy động mạch vai sau làm cuống mạch vạt.

Vạt da cơ thang là một trong những vạt cơ bản trong tạo hình vùng đầu mặt cổ. Những ứng dụng của vạt dựa vào tính linh hoạt trong cách sử dụng các thành phần của vạt, độ dài cuống vạt và góc xoay của cuống vạt. Đa số các tác giả sử dụng trong tạo hình vùng cổ và vùng cằm [1][4][5][6]. W.L. Chen [5] sử dụng vạt để tạo hình lưỡi sau ung thư với cuống mạch nuôi là động mạch cổ ngang. F. Haas sử dụng vạt da-cơ thang tự do để tạo hình che phủ vùng trán-thái dương sau cắt bỏ ung thư.

V. KẾT LUẬN

Qua hai trường hợp sử dụng vạt da-cơ thang tạo hình che phủ tổ khuyết vùng cổ và vùng cằm cho kết quả khá tốt và tìm hiểu qua y văn, chúng tôi nhận thấy: Vạt da cơ thang là một vạt tổ chức với cuống mạch hằng định là động mạch vai sau và động mạch cổ ngang. Việc phẫu tích vạt tương đối dễ dàng và khả năng ứng dụng rất tốt trong tạo hình vùng đầu mặt cổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Demergasso F, Piazza MV. Trapezium myocutaneous flap in reconstructive surgery for head and neck cancer: an original technique. Am J Surg 1979;138:533-536.
2. Baek SM, Biler HF, Krespi YP, Lawson W. The lower trapezius island myocutaneous flap. Ann Plast Surg 1980;5:108-114.
3. Tan KC, Tan BK. Extended lower trapezius island myocutaneous flap: a fasciomuscular flap based on the dorsal scapular artery. Plast Reconstr Surg 2000;105:1758-1763.
4. Ugurlu K, Ozcelik D, Yildiz K, Kilinc L, Bas L. Extended vertical trapezius myocutaneous flap in head and neck reconstruction as a salvage procedure. Plast Reconstr Surg 2004;114:339-350.
5. Wei Liang Chen, Fang Song QIU, Ke Wang, Zhi Quan Huang. Zhao Hui Yang, Jin Song Li. Reconstruction with Extended Vertical Lower Trapezius Island Myocutaneous Flap for Total Glossectomy. The Chinese Journal of Dental Research 2008;11:42-46.
6. Mark L. Urken et al. Trapezium System. Regional and Free Flaps for Head and Neck Reconstruction 2012;2:27-42.
7. Franz Haas, M.D., Andreas Weiglein, M.D., Franz Schwarzl, M.D., and Erwin Scharnagl, M.D. The Lower Trapezius Musculocutaneous Flap from Pedicled to Free Flap: Anatomical Basis and Clinical Applications Based on the Dorsal Scapular Artery. Plast and Reconstr Surg 2004;113:1580-1590.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH CÁC KHỐI U VÙNG TIỂU KHUNG ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Lê Tư Hoàng*, Lê Nhật Huy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm giải phẫu bệnh các khối u tiểu khung được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Lê Tư Hoàng
Email: letuhoang89@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.2.2017
Ngày phản biện khoa học: 24.4.2017
Ngày duyệt bài: 28.4.2017

mô tả các bệnh nhân UTK được phẫu thuật tại BV Việt Đức giai đoạn 2011-2015. **Kết quả:** Có 92 BN được chẩn đoán UTK được phẫu thuật trong 5 năm, UTK thường có kích thước to, trên 5cm (94,6%), 2 loại u thường gặp nhất là u có nguồn gốc thần kinh (neurinoma, schwannoma...) và u có nguồn gốc từ trung mô (liposarcom, fibrosarcoma). 52 BN (56,5%) BN có thể mổ cắt toàn bộ u, 40 BN (43,5%) không thể cắt được u hoặc chỉ cắt được 1 phần u. **Kết luận:** UTK thường to, có nhiều nguồn gốc. Phân loại giải phẫu bệnh phức tạp. Hóa mô miễn dịch giúp cho chẩn đoán giải phẫu bệnh chính xác hơn.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL FEATURES OF THE OPERATED TUMORS IN PELVIC REGION IN THE VIET DUC HOSPITAL

Object: Describe the histopathological features of the operated tumors in pelvic region in the Viet Duc hospital. **Method:** Retrospective description. The patients having tumors in pelvic region were operated in the Viet Duc hospital from 2011 to 2015. **Result:** 92 patients having tumors in pelvic region were operated in 5 years. The size of tumors usually are bigger 5 cm (94,6%), the most common tumors are tumors having neural origin (neurinoma, schwannoma) and tumors having mesenchymal origin (liposarcoma, fibrosarcoma...). 52 patients (56,5%) could be resected tumors totally, 40 patients (43,5%) could be resected tumors partially or tumors couldn't be resected. **Conclusion:** The tumors in pelvic region are big and have varied origin. Histopathological classification are complicated. Histochemical examination help histopathological diagnosis to be more exact.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tiểu khung (UTK) là một thuật ngữ thường được sử dụng trong lâm sàng để chẩn đoán các khối u phát triển từ mô liên kết, thần kinh, mạch máu và bạch huyết... nằm trong vùng tiểu khung. UTK không có nguồn gốc từ một tạng thuộc tiểu khung hoặc thành tiểu khung, cũng không phải là ung thư thứ phát từ một cơ quan khác trong cơ thể. UTK nằm sâu trong ổ bụng,

có nhiều loại khác nhau, mỗi loại có những đặc điểm riêng biệt về nguồn gốc và bệnh lý. Hiện nay các nghiên cứu về UTK ở Việt Nam chưa nhiều, đặc biệt là các nghiên cứu về giải phẫu bệnh (GPB) các khối u vùng tiểu khung. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá đặc điểm GPB các khối u vùng tiểu khung được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán u tiểu khung, có kết quả GPB đúng tiêu chuẩn định nghĩa UTK trong thời gian 5 năm giai đoạn 2011-2015

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả, số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong giai đoạn 2011-2015, đã có 92 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán UTK và được phẫu thuật tại BV Việt Đức, trong đó

1. Đặc điểm dịch tễ học

Tuổi trung bình: Tuổi trung bình: 44,01±18,24

Tuổi thấp nhất là 2 ngày tuổi, tuổi cao nhất là 83 tuổi

Giới: Nam = 41 BN chiếm 44,56%; Nữ = 51 BN chiếm 55,44%

2. Triệu chứng lâm sàng thường gặp của các khối UTK**Bảng 1: Triệu chứng cơ năng**

Triệu chứng	N	%
Đau hạ vị	53	57,6
Đại tiện khó	7	7,6
Tiểu khó	6	6,5
Đau tê bì chi dưới	17	18,5
Tự sờ thấy u bụng	6	6,5
Khác	18	19,6

Nhận xét: Triệu chứng thường gặp nhất của bệnh nhân đi khám u tiểu khung là đau tức hạ vị.

3. Kích thước khối u trong mổ: U < 5cm: 5 BN (5,4%), 5cm < U < 10cm: 47 BN (51,1%), U > 10cm: 40 BN (43,5%). Đa số các trường hợp u tiểu khung thường rất to, chỉ có 5,4% BN có kích thước khối u nhỏ hơn 5 cm.

4. Đặc điểm giải phẫu bệnh**4.1 Phân loại các khối UTK theo giải phẫu bệnh****Bảng 2 Kết quả giải phẫu bệnh**

Nhóm	N	%
U nguồn gốc biểu mô	2	2,2
U nguồn gốc tế bào mầm	8	8,7
U nguồn gốc trung mô	32	34,8
U nguồn gốc u bao dây thần kinh	32	34,8
U nguồn gốc nang sau phúc mạc	7	7,6
Các u không rõ GPB	11	12
Tổng	92	100

4.2 Liên quan giữa giải phẫu bệnh và giới tính**Bảng 3 Liên quan giữa GPB và giới tính**

Giải phẫu bệnh	Nam	Nữ
Nguồn gốc biểu mô	0	2
U tế bào mầm	4	4
U nguồn gốc trung mô	13	19
U bao dây thần kinh	14	18
Nang sau phúc mạc	4	3
Không rõ GPB	6	5
Tổng	41	51

Nhận xét: tỷ lệ nam/nữ ở các nhóm giải phẫu bệnh là tương đối giống nhau. Riêng ở nhóm u có nguồn gốc biểu mô chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào là nam giới.

4.3 Liên quan giữa các yếu tố của u đến khả năng cắt bỏ**Bảng 4. Khả năng cắt bỏ u theo giải phẫu bệnh**

	Cắt toàn bộ	Cắt 1 phần u	Không cắt được
Nguồn gốc biểu mô	2	0	0
U tế bào mầm	7	0	1
U nguồn gốc trung mô	20	6	6
U bao dây thần kinh	12	14	6
Nang sau phúc mạc	4	3	0
Không rõ GPB	7	1	3
Tổng	52	24	16

Nhận xét: Nhóm u bao dây thần kinh, khả năng cắt bỏ toàn bộ u là thấp nhất.

IV. BÀN LUẬN

UTK rất đa dạng, biểu hiện các đặc điểm bệnh lý phong phú. Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, dấu hiệu thường gặp là đau hạ vị, đau tê chi dưới. Các triệu chứng lâm sàng thường do u to, chèn ép các cơ quan trong tiểu khung, do đó UTK khi phẫu thuật thường có kích thước lớn, đa số u to trên 5cm.

UTK gặp ở cả 2 giới, mọi lứa tuổi, từ trẻ sơ sinh 2 ngày tuổi tới bệnh nhân 83 tuổi. UTK gặp ở cả 2 giới, nữ nhiều hơn nam.

Vùng tiểu khung, đặc biệt là khoang trước xương cụt được hình thành từ sự phát triển của ngoại bì thần kinh, ruột sau và ống sống nên ở vị trí này có rất nhiều loại mô có nguồn gốc từ 3 lá thai [4]. Theo nguồn gốc mô học, UTK được phân chia thành 5 loại [4],[7].

U tiểu khung có nguồn gốc từ trung mô:

UTK có nguồn gốc trung mô chiếm 15- 20% (phần lớn là ung thư mô liên kết- sarcoma). Các loại sarcoma mô mềm ngoài phúc mạc thường gặp là liposarcoma, fibrosarcoma, leiomyosarcoma và malignant fibrous histiocytoma (MFH). UTK có nguồn gốc trung mô thường tiến triển chậm.

U tiểu khung có nguồn gốc từ thần kinh:

Mào thần kinh (neural crest) sinh ra từ ngoại bì phôi là nguồn gốc của các loại u thần kinh.

. **U có nguồn gốc thần kinh giao cảm**

. **U nguyên bào thần kinh:**

U nguyên bào thần kinh (neuroblastoma, sympathoblastoma) là u ác tính.

U hạch nguyên bào thần kinh (ganglioneuroblastoma) là u trung gian ác tính.

U hạch thần kinh (ganglioneuroma) là u lành tính.

. **U phó hạch (paraganglioma)**

. **U bao dây thần kinh:** U bao dây thần kinh cũng là loại u có nguồn gốc từ mào thần kinh. Cấu trúc của bao dây thần kinh có hai loại tế bào: Tế bào Schwann có nguồn gốc từ ngoại bì thần kinh và nguyên bào sợi có nguồn gốc từ trung mô.

U tiểu khung có nguồn gốc từ tế bào mầm

+ **U mầm (Germinoma):** U không có tumor marker đặc hiệu.

+ **Ung thư biểu mô phôi (Embryonal carcinoma):**

Nếu là dạng thuần nhất thì AFP(-), HCG (-), còn kết hợp với ung thư biểu mô túi noãn hoàng thì có AFP (+), HCG (-).

+ **Ung thư biểu mô túi noãn hoàng (Yolk sac tumor):**

Là loại u xuất phát từ biểu mô lót túi noãn hoàng, do tế bào mầm đa tiềm năng biệt hóa theo đường ngoại phôi. U ác tính thường gặp ở trẻ em, vị trí sau phúc mạc hiếm gặp so với các nơi khác. AFP là tumor marker đặc hiệu. U thường kết hợp với các u tế bào mầm khác.

+ **Ung thư biểu mô rau (Choriocarcinoma):**

U ác tính do các tế bào mầm đa năng biệt hóa theo

đường ngoài phôi. Vị trí sau phúc mạc ít gặp so với ở tuyến sinh dục. HCG là tumor marker đặc hiệu của u do các tế bào nuôi tiết ra [3].

+ U đa phôi (Polyembryoma): U đa phôi rất hiếm gặp, là một dạng của ung thư biểu mô phôi, thường kết hợp với các u tế bào mầm khác.

+ U quái (Teratoma): Là loại thường gặp nhất do các tế bào mầm đa năng biệt hóa trong phôi tạo thành; có các dạng sau:

U quái trưởng thành là loại lành tính.

U quái chưa trưởng thành: có tỷ lệ ác tính cao.

U quái có các thành phần ác tính (malignant teratoma, teratocarcinoma). Trong thành phần u quái có chứa các u tế bào mầm ác tính khác (ung thư biểu mô phôi, ung thư biểu mô rau), tùy trường hợp có thể có AFP(+) hoặc HCG (+).

Nang sau phúc mạc

+ Các nang quái hay nang bì: là một dạng của u quái sau phúc mạc.

+ Nang bạch mạch (lymphangioma) là dạng có nguồn gốc từ trung mô.

+ Nang có nguồn gốc từ trung biểu mô (mesothelioma).

+ U nang tuyến (cystadenoma và cystadenocarcinoma).

+ Nang máu: do chấn thương.

+ Nang hóa do thoái hóa kính (đặc biệt là loại Schwannoma).

+ Nang có nguồn gốc từ đường ruột.

Ung thư biểu mô

+ Ung thư biểu mô tuyến (adenocarcinoma).

+ Ung thư biểu mô nang tuyến (cystadenocarcinoma).

+ Ung thư biểu mô không rõ nguồn gốc (undifferentiated carcinoma).

Trong 5 loại u này thì u có nguồn gốc tế bào mầm, ung thư biểu mô và trung mô được xem như là các khối u mang tính chất ác tính. Các khối u có nguồn gốc tế bào mầm thường gặp ở độ tuổi trẻ, trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp BN nào ở độ tuổi trên 60.

Chúng tôi gặp 40 BN (43,4%) là u ác tính, 52 (56,6%) là u lành tính (các u không làm được hoá mô miễn dịch chúng tôi cho vào nhóm lành tính). Có 11 trường hợp trong nghiên cứu, kết luận GPB là u tế bào hình thoi. Đây là những BN không được xét nghiệm hoá mô miễn dịch, do vậy chúng tôi tạm xếp các BN này vào nhóm các khối u chưa rõ nguồn gốc GPB.

- Lê Ngọc Thành [5] có 73% là ác tính, 24% là u lành và 3% không rõ GPB.

- Trịnh Hồng Sơn [2] gặp 89% UTK là ác tính là 11% là lành tính. Kích thước trung bình của u

là 14cm. Hoàng Dương Vương [1] có 86% UTK là ác tính và 14% là u lành tính. Như vậy, tỷ lệ u ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác [6],[3].

Khả năng cắt bỏ hoàn toàn khối u hay không cũng phụ thuộc nhiều vào bản chất GPB của khối u. Các khối u có nguồn gốc thần kinh, mang tính chất lành tính do sự biệt hoá cao nhưng khả năng cắt bỏ toàn bộ lại thấp. Khả năng cắt toàn bộ các khối UTK trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 12/ 32 BN (37,5%).

Biết được giải phẫu bệnh lý trong UTK là rất quan trọng ngay cả những trường hợp không cắt bỏ được u vì nó sẽ quyết định cho hướng điều trị hỗ trợ và tiên lượng bệnh. Để tránh sinh thiết "trắng" nhiều ý kiến cho rằng nên sinh thiết u ở nhiều vị trí khác nhau và có kích thước đủ lớn. Cũng cần lưu ý rằng UTK ít di căn hạch nên lấy hạch thường không có tỷ lệ dương tính cao.

V. KẾT LUẬN

UTK có nguồn gốc đa dạng, phân loại giải phẫu bệnh phức tạp. U có thể lành tính hoặc ác tính. Hóa mô miễn dịch và tumor marker giúp chẩn đoán giải phẫu bệnh chính xác hơn. Biết bản chất u có giá trị cho tiên lượng và điều trị tiếp cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Dương Vương (1998), *Nghiên cứu chẩn đoán lâm sàng và cận lâm sàng của các u sau phúc mạc thường gặp tại bệnh viện Việt- Đức*, Luận án Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. Trịnh Hồng Sơn, Hoàng Dương Vương, Đỗ Đức Văn, Nguyễn Phúc Cường (1999) "Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị các khối u sau phúc mạc tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1991-1999, *tạp chí Y học thực hành*, 10, 1999.
3. Trương Nguyễn Duy Linh; Nguyễn Minh Hải; Phan Dương; Võ Tấn Long; Đinh Quang Tuyền; Võ Công Khanh; Đỗ Trọng Khanh (2007) " u trước xương cùng - đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị" *Tạp chí ngoại khoa*, số 6- 2007
4. Đỗ Kính (1998), *Phôi thai học người*, Nhà xuất bản Y học.
5. Lê Ngọc Thành (1987), *Góp phần chẩn đoán các khối u sau phúc mạc*, Luận án Tốt nghiệp bác sĩ Nội trú, Đại học Y Hà Nội.
6. Vũ Trí Thanh và Văn Tân (2003) "Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật bóc tách sau phúc mạc". *Y học TP HCM*, số 4 – 2003 Tr. 544-548.
7. Nguyễn Vương (2005), *Giải phẫu bệnh học*, Nhà xuất bản Y học.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN PHỨC TẠP BẰNG MỔ MỎ KẾT HỢP NỘI SOI MỀM LẤY SỎI TRONG MỔ TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC HUẾ

Lê Đình Khánh*, Nguyễn Nhật Minh*, Lê Đình Đạm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật mổ kết hợp với nội soi thận mềm trong mổ để điều trị sỏi thận san hô phức tạp, nhiều viên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện ở 30 bệnh nhân bị sỏi thận san hô phức tạp kèm ≥ 2 viên sỏi ở các đài thận, được điều trị bằng phẫu thuật mổ kết hợp với nội soi thận mềm trong mổ. Bệnh nhân được tái khám và chụp phim sau mổ để đánh giá sỏi. **Kết quả:** Sau khi lấy sỏi san hô ở bể thận, đối với các viên sỏi ở các đài thận, thông qua nội soi mềm, sử dụng rọ Dormia gắp sỏi 66,7%, sử dụng laser tán vỡ sỏi 13,3%, gắp sỏi bằng kim chiếm 13,3% và không tiếp cận được sỏi 6,7%. Tỷ lệ sạch sỏi 83,3%. **Kết luận:** Nội soi mềm kết hợp với mổ mở là phương pháp có hiệu quả trong điều trị sỏi san hô phức tạp, nhiều viên.

Từ khóa: sỏi thận san hô, nội soi thận mềm

SUMMARY

ASSESSMENT OF RESULTS OF OPEN SURGERY COMBINED WITH FLEXIBLE RENALSCOPY IN TREATMENT OF COMPLEX KIDNEY STONES AT HUE UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of open surgery combined with flexible renoscopy in treatment of complex kidney stones. **Materials and Methods:** The study was performed in 30 patients with complex kidney stone (staghorn combined calyx calculi) treated by open surgery combined with flexible renoscopy. Patients were followed and X ray controled 1 month after. **Results:** The staghorn stone were removed first, and then flexible renoscopy was used for removing the calyx calculi (by Dormia basket 66.7%, laser lithotripsy 13.3% , gripping with pince 13.3% and stones do not reach 6.7%) . Stone free rate is 83.3%. **Conclusions:** open surgery combined with flexible renoscopy is effective in treating complex kidney stone (staghorn combined calyx calculi).

Keywords: staghorn stone, flexible renoscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là bệnh lý thường gặp. Cho đến nay ở Việt Nam, sỏi tiết niệu chiếm tỉ lệ cao nhất trong số các bệnh lý tiết niệu được điều trị [2].

*Trường Đại học Y Dược – Đại học Huế
Chịu trách nhiệm chính: Lê Đình Khánh
Email: ledinhkhánh@hotmail.com
Ngày nhận bài: 13.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017
Ngày duyệt bài: 28.4.2017

Trong những năm gần đây, điều trị sỏi tiết niệu đã có nhiều tiến bộ, nhiều phương pháp xâm hại tối thiểu như tán sỏi ngoài cơ thể, lấy sỏi thận qua da... đã được áp dụng và đã mang lại kết quả khả quan [2,4].

Tuy nhiên với đặc điểm của sỏi tiết niệu ở Việt Nam, cứng chắc cũng như đa dạng về hình thái, kèm thêm bệnh nhân thường gặp khó khăn hơn [3]. Do vậy phẫu thuật mổ vẫn còn có giá trị nhất định đặc biệt đối với những trường hợp sỏi san hô, phức tạp, nhiều viên [1].

Đã có nhiều đề tài công bố liên quan đến các phương pháp để hạn chế sỏi trong phẫu thuật trong đó bao gồm phẫu thuật mổ kết hợp với nội soi thận ống mềm. Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế cũng đã áp dụng trong thời gian gần đây và đã cho kết quả khả quan. Với mong muốn tổng kết các kết quả thực hiện, chúng tôi tiến hành đề tài: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận phức tạp bằng mổ mở kết hợp nội soi mềm lấy sỏi trong mổ tại bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 30 bệnh nhân bị sỏi tiết niệu bao gồm sỏi san hô được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật mổ hở kết hợp với phương pháp nội soi mềm trong mổ tại Bệnh viện trường Đại học Y Dược Huế từ 1/2015 đến 12/2016

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân có sỏi thận san hô 1 bên, kèm theo có ít nhất 2 viên sỏi ở đài thận cùng bên. Nghiên cứu các đặc điểm chung: Ghi nhận tuổi, giới, tiền sử liên quan đến sỏi tiết niệu

2.2.2. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng

-Triệu chứng cơ năng: Phát hiện và ghi nhận các triệu chứng: như đau âm ỉ vùng thắt lưng, cơn đau quặn thận...

-Triệu chứng thực thể: Khám và ghi nhận các dấu hiệu chạm thận, bập bênh thận, rung thận, các điểm đau niệu quản.

2.2.3. Nghiên cứu đặc điểm cận lâm sàng:

- X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị và UIV: Chụp phim UIV cho tất cả bệnh nhân trước mổ, và chụp phim hệ tiết niệu không chuẩn bị kiểm tra khi ra viện.

- Siêu âm hệ tiết niệu: Siêu âm cho tất cả bệnh nhân. Phân độ ứ nước của thận trên siêu âm dựa vào cách phân độ ứ nước của hội siêu âm thành phố Hồ Chí Minh [2].

Phương pháp phẫu thuật: Tiến hành phẫu thuật mở lấy sỏi:

2.2.4. Các đường mổ hở để lấy sỏi

- Mở bể thận theo Gil- Vernet: Chỉ định cho sỏi bể thận có thể phẫu tích được bể thận.

- Rạch bể thận + nối rộng nhu mô chỉ định cho bể thận trong xoang: chỉ định cho các trường hợp mở bể thận đơn thuần không đủ để lấy sỏi bể thận do sỏi quá lớn.

2.2.5. Kỹ thuật dùng nội soi mềm để lấy sỏi:

Thực hiện sau khi mở bể thận lấy sỏi hoàn tất.

Qua vết mổ mở ở bể thận, đưa ống nội soi mềm vào, lần lượt uốn theo các nhóm đài để kiểm tra các đài thận, tìm sỏi.

Khi phát hiện được sỏi,

- Nếu sỏi nhỏ sử dụng rọ Dormia đưa vào ở kênh thao tác của ống soi mềm để giữ sỏi và lấy ra ngoài.

- Trong trường hợp sỏi lớn, sử dụng laser để phá vỡ, sau đó tiếp tục lấy mảnh nhỏ ra ngoài bằng rọ Dormia

- Một số trường hợp sau khi kiểm tra bằng ống soi mềm xác định sỏi ở vị trí tương đối dễ tiếp cận, dùng kim để gấp sỏi ra ngoài

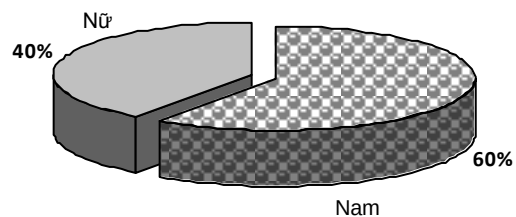
Kiểm tra lần cuối các đài thận bằng ống nội soi mềm sau đó rút máy, và đóng vết mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung

3.1.1. Giới tính

Tỷ lệ nam, nữ: 1,5



Biểu đồ 1. Giới của bệnh nhân

3.1.2. Tuổi

Tuổi trung bình: $51,3 \pm 14,9$

3.2. Một số đặc điểm bệnh lý và kết quả điều trị

Bảng 1: Tiền sử mắc bệnh liên quan

Tiền sử	n	Tỷ lệ %
Tiểu ra sỏi	2	6,7
Phẫu thuật lấy sỏi niệu quản	1	3,3
Phẫu thuật lấy sỏi thận	1	3,3
Không rõ tiền sử sỏi tiết niệu	26	86,7
Cộng	30	100

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Đau thắt lưng	19	63,3
Cơn đau quặn thận	3	10,0
Tiểu máu	5	16,7
Tiểu buốt, rát	8	26,7
Thận lớn	13	43,3
Không có triệu chứng	7	23,3

Bảng 3: Độ ứ nước của thận

Độ ứ nước của thận	n	Tỷ lệ %
Thận ứ nước độ I	7	23,3
Thận ứ nước độ II	10	33,3
Thận ứ nước độ III	13	43,4
Cộng	20	100

Bảng 4: Vị trí sỏi

Vị trí sỏi	n	Tỷ lệ %
Sỏi bể thận + sỏi đài trên	1	3,3
Sỏi bể thận + sỏi đài giữa	4	13,3
Sỏi bể thận + sỏi đài dưới	9	30,0

Sỏi bể thận + sỏi niệu quản	16	53,4
Tổng	20	100

Bảng 7: Các kỹ thuật phối hợp với nội soi mềm để lấy sỏi

Kỹ thuật	n	Tỷ lệ %
Tán sỏi bằng sóng laser	4	13,3
Lấy sỏi bằng Dormia	20	66,7
Dùng Kelly	4	13,3
Không tiếp cận được sỏi	2	6,7
Tổng	30	100

Bảng 8: Kết quả chụp X quang kiểm tra sau mổ

Tình trạng sỏi sau mổ	n	Tỷ lệ %
Hết sỏi	25	83,3
Còn sỏi	5	16,7
Tổng	30	100

IV. BÀN LUẬN

Sỏi tiết niệu nói chung và sỏi thận nói riêng ở Việt nam có thể xảy ra ở cả nam và nữ, tỉ lệ nam có nhiều hơn ở một số nghiên cứu. Tuy nhiên vấn đề ở đây là phần lớn những nghiên cứu ở Việt Nam đều cho thấy rằng sỏi thận ở Việt Nam có tính đa dạng về hình thái (sỏi san hô, hình thái phức tạp), sỏi cứng chắc... bên cạnh đó bệnh nhân thường đến điều trị muộn khi kèm các biến chứng, cho nên việc điều trị đôi khi rất khó khăn [2,3].

Phẫu thuật mở điều trị sỏi thận là phẫu thuật kinh điển, tuy nhiên do tính chất phức tạp như đã nêu cho nên đối với sỏi san hô, tỉ lệ sót sỏi sau mổ vẫn còn cao. Theo Nguyễn Hồng Trường khi phẫu thuật sỏi thận san hô tại Bệnh viện Việt Đức cho kết quả tốt chỉ đạt 19,8%, trung bình 51,5%, xấu 15,8%, trong đó tỷ lệ sót sỏi trong mổ 34,6% [3].

Trong những năm gần đây, các phương pháp điều trị xâm nhập tối thiểu sỏi tiết niệu đã được phát triển và được áp dụng vào lâm sàng với kết quả tốt [5,7]. Mặc dù vậy, phẫu thuật mở vẫn còn đóng một vai trò quan trọng. Theo nghiên cứu của Paik ML, thì mặc dù đã có những tiến bộ lớn trong điều trị sỏi tiết niệu bằng các phương pháp điều trị xâm nhập tối thiểu nhưng phẫu thuật mở vẫn có giá trị nhất định [4]. Yan SB cũng đã có nhận xét tương tự [6].

Nhằm hạn chế sỏi sỏi, nhiều biện pháp đã được áp dụng như sử dụng C Arm kiểm tra trong mổ, sử dụng các phương pháp phối hợp để tiếp cận sỏi trong mổ như nội soi mềm... hoặc sử dụng các phương pháp hỗ trợ như tán sỏi ngoài cơ thể điều trị những sỏi sót sau phẫu thuật..

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng chọn lựa là sỏi phức tạp, san hô và nhiều viên, trong đó tỉ lệ sỏi ở bể thận kết hợp với các đài thận

chiếm tỉ lệ cao nhất. Sự phân bố ở nhiều đài thận sẽ làm cho việc lấy hết sỏi khó khăn hơn.

Phần lớn các trường hợp trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng rọ Dormia để lấy sỏi ra ngoài (66,7%). Trong các trường hợp này chúng tôi đã đưa ống soi mềm vào vị trí mở bể thận lấy sỏi, sau đó dùng rọ Dormia lấy sỏi ra ngoài. Thủ thuật này trong một số trường hợp cũng không dễ. Chúng tôi có 4 trường hợp chiếm 13,3% không thể đưa ống soi mềm tiếp cận được sỏi do cổ đài thận quá nhỏ, 4 trường hợp khác sỏi lớn, chúng tôi phải sử dụng laser để phá vỡ sỏi sau đó lấy ra ngoài bằng rọ.

So với nghiên cứu của Phan Duy An trước đây tại BV Trung ương Huế, tỉ lệ sạch sỏi của chúng tôi thấp hơn lý do vì đối tượng chọn lựa của chúng tôi là những sỏi phức tạp và nhiều sỏi. Tương tự với nghiên cứu của Trần Văn Hinh, có 7/15 bệnh nhân còn sỏi không thể tiếp cận được cổ đài thận.

Trong thực hành lâm sàng, việc lấy hết sỏi đối với những trường hợp sỏi san hô kết hợp nhiều viên ở các đài thận là điều rất khó, đôi khi không thể thực hiện được. Tuy nhiên chúng tôi cho rằng việc lấy bỏ những phần sỏi gây tắc nghẽn cũng như những viên sỏi có nguy cơ tiếp tục rơi là điều quan trọng trong những trường hợp này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân bị sỏi thận san hô phức tạp, nhiều viên được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật mở kết hợp nội soi thận mềm trong mổ, cho thấy đây là một phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn trong điều trị bệnh sỏi thận phức tạp, nhiều viên. Thông qua nội soi mềm có thể kết hợp với tán sỏi laser, các dụng cụ khác như Dormia... để lấy những viên sỏi còn sót lại trong các đài thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Duy An, Trần Ngọc Khánh, Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng (2009). Đánh giá kết quả phẫu thuật mở kết hợp nội soi mềm trong điều trị sỏi đường niệu phức tạp. Tạp chí Y Học Thực hành. Số Hội nghị Khoa học Công nghệ toàn quốc ĐHYD Cần Thơ 2009. 2009; 682+683/2009: 247-251
2. Trần Văn Hình (2010). Nghiên cứu chỉ định và qui trình sử dụng một số biện pháp nhằm hạn chế sót sỏi trong phẫu thuật sỏi san hô và niệu quản. Đề tài nhánh thuộc đề tài độc lập cấp nhà nước "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và ứng dụng kỹ thuật cao trong điều trị bệnh sỏi đường tiết niệu". Mã số ĐTĐL2008G/28, Bộ khoa học và công nghệ
3. Nguyễn Hồng Trường (2007). Nghiên cứu phẫu thuật sỏi thận san hô. Luận văn Thạc sĩ Y học. ĐHY Hà Nội
4. Paik ML, Resnick MI (2000). Is there a role for open stone surgery? Urologic Clinics Volume 27, Issue 2, p 323-331
5. Borofsky MS, Lingeman JE (2015). The role of open and laparoscopic stone surgery in the modern era of endourology. Nat Rev Urol. 2015 Jul; 12(7): 392-400
6. Yan SB, Wei Q (2009). Open stone surgery: is it justified in the era of minimally invasive therapies? Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2009 Feb 15; 47(4):244-7
7. De S, Autorino R, Kim FJ, Zargar H, Laydner H, Balsamo R, Torricelli FC, Di Palma C, Molina WR, Monga M, De Sio M. (2015). Percutaneous nephrolithotomy versus retrograde intrarenal surgery: a systematic review and meta-analysis. Eur Urol. Jan;67(1):125-37.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA β HCG SAU 14 NGÀY CHUYỂN PHÔI ĐỐI VỚI KẾT QUẢ CÓ THAI TRONG THỤ TINH ỨNG NGHIỆM

Trần Văn Tú*, Nguyễn Xuân Hợi**

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị tiên lượng của nồng độ β HCG ngày 14 sau chuyển phôi đối với kết quả có thai trong thụ tinh ống nghiệm. **Đối tượng nghiên cứu:** 1228 bệnh nhân được thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia - bệnh viện Phụ sản Trung ương trong năm 2014 - 2015, có xét nghiệm β HCG ngày thứ 14 sau chuyển phôi ≥ 5 mIU/mL. Thai lâm sàng: Siêu âm đầu dò âm đạo sau 4 tuần chuyển phôi có hình ảnh túi thai, bao gồm cả các trường hợp thai ngoài tử cung. Thai sinh hóa: Định lượng β HCG ngày thứ 14 sau chuyển phôi ≥ 5 mIU/mL và siêu âm đầu dò âm đạo sau 4 tuần chuyển phôi mà không có hình ảnh túi thai (không phát triển thành thai lâm sàng). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: $31,4 \pm 4,6$ tuổi. Nồng độ β HCG trung bình ở nhóm thai lâm sàng là $761,5 \pm 706,33$ mIU/mL, nhóm thai sinh hóa là $161,02 \pm 82,35$ mIU/mL, với $p < 0,001$. Điểm cut-off của nồng độ β HCG tiên lượng cho thai lâm sàng là 299,5 mIU/mL, với độ nhạy là 81% và độ đặc hiệu là 98%. Điểm cut-off của nồng độ β HCG tiên lượng cho thai sinh hóa là 115,5 mIU/mL với độ nhạy 76% và độ đặc hiệu là 95%. **Kết luận:** Điểm cut-off của nồng độ β HCG sau 14 ngày chuyển phôi có giá trị cao trong

việc tiên lượng thai sinh hoá hay thai lâm sàng trong thụ tinh ống nghiệm.

Từ khóa: Thụ tinh trong ống nghiệm, β HCG, kết quả mang thai.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF β -hCG AT 14th DAYS AFTER EMBRYO TRANSFERATION TO IVF OUTCOME

Objective: To determine the value of β HCG level at 14th day after embryo transferation to in-vitro fertilization outcome. **Objects:** This study conducted in 1228 IVF patients in National Assisted Reproductive Technology Center-National hospital of Obstetrics and Gynecology from 2014 to 2015. Patients have β HCG blood test over 5 mIU/mL at 14th day after embryo transferation. Clinical pregnancy embryonic sac detected by transvaginal ultrasound after 4 weeks including ectopic pregnancy. Biochemical pregnancy: Level of β HCG is over 5 mIU/mL on day 14th after embryo transferation and no embryonic sac detected by vaginal ultrasound after 4 weeks (no clinical pregnancy). **Methods:** This was retrospective, cross-sectional method. **Results:** Mean of gestational age was $31,4 \pm 4,6$. Mean of β HCG level among clinical pregnancy was $761,5 \pm 706,33$ mIU/mL; Mean of β HCG level among biochemical pregnancy was $161,02 \pm 82,35$ mIU/mL ($p < 0,001$). The β HCG cut-off value in clinical pregnancy was 299,5 mIU/mL with sensitivity of 81%, specificity of 98% and that of biochemical pregnancy was 115,5 mIU/mL with 76% sensitivity, 95% specificity. **Conclusion:** The β HCG cut-off value at 14th day after embryo transferation was valuable in predicting clinical pregnancy or biochemical pregnancy in IVF.

Key words: IVF- In Vitro Fertilization, β HCG, pregnancy outcome.

*Bệnh viện Phụ sản Hải Dương

**Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Tú

Email: phamlai7075@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2017

Ngày duyệt bài: 27.4.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

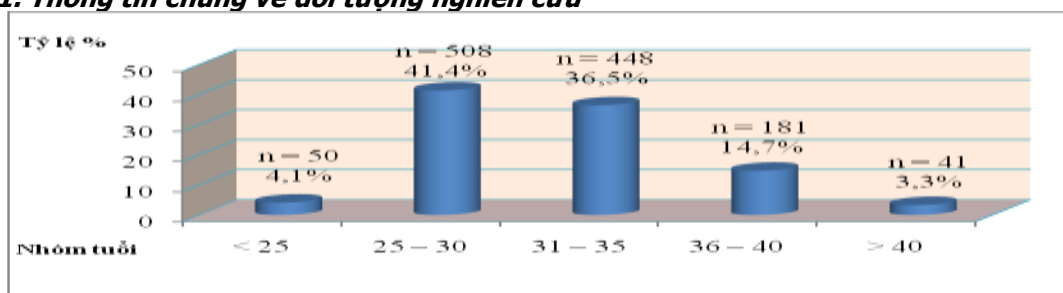
Thụ tinh ống nghiệm (IVF - In Vitro Fertilization) là chọc hút một hay nhiều noãn đã trưởng thành từ buồng trứng cho thụ tinh với tinh trùng (đã lọc rửa) trong ống nghiệm. Sau khi noãn thụ tinh phát triển thành phôi, chuyển phôi tốt vào buồng tử cung để phôi làm tổ và phát triển thành thai nhi. Ngay sau chuyển phôi 14 ngày, bệnh nhân được định lượng nồng độ β hCG huyết thanh sau đó siêu âm đầu dò âm đạo vào ngày 28 sau chuyển phôi. Dựa trên kết quả của 2 xét nghiệm này có: Thai sinh hóa: nồng độ β hCG ≥ 5 mIU/mL và siêu âm đầu dò âm đạo không có túi ối trong buồng tử cung. Thai lâm sàng: kết quả siêu âm bằng đầu dò âm đạo có sự xuất hiện của túi ối, phôi, tim thai [1]. Thực tế lâm sàng cho thấy nồng độ β hCG sau 14 ngày chuyển phôi rất thấp, do đó bác sỹ và bệnh nhân đều lo lắng liệu có phải là thai sinh hóa. Đồng thời siêu âm thai tại thời điểm này (14 ngày sau chuyển phôi) chưa có giá trị chẩn đoán. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định giá trị tiên lượng của nồng độ β hCG ngày 14 sau chuyển phôi đối với kết quả có thai trong thụ tinh ống nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả bệnh nhân được thụ tinh trong ống nghiệm tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia – bệnh viện Phụ sản Trung ương có xét nghiệm β hCG ngày thứ 14 sau chuyển phôi ≥ 5 mIU/mL.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. Nhóm tuổi ở đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: $31,4 \pm 4,6$ bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 25 – 30 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 20 và lớn nhất là 52.

Bảng 1. Nguyên nhân gây vô sinh ở đối tượng nghiên cứu

Nguyên nhân vô sinh	Tần số	Tỷ lệ %
Do vòi tử cung	450	36,6
Rối loạn phóng noãn	16	1,3
Tinh trùng bất thường	267	21,7

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Sau chuyển phôi có tiêm β hCG. Bệnh nhân được thụ tinh trong ống nghiệm tại nơi khác. Không đủ thông tin nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Thời gian: từ 2014 – 2015. Tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc gia – Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

2.4.2. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện, tất cả đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ đều được chọn vào nghiên cứu.

2.4.3. Tiêu chuẩn xác định tình trạng thai

- Thai lâm sàng: Siêu âm đầu dò âm đạo sau 4 tuần chuyển phôi có hình ảnh túi thai, bao gồm cả các trường hợp thai ngoài tử cung.

- Thai sinh hóa: Định lượng β hCG ngày thứ 14 sau chuyển phôi ≥ 5 mIU/mL và siêu âm đầu dò âm đạo sau 4 tuần chuyển phôi mà không có hình ảnh túi thai (không phát triển thành thai lâm sàng).

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 với các test: T-test, sử dụng đường cong ROC (Receiver Operating Characteristic Curve) tìm điểm cut-off của giá trị β hCG trong tiên lượng kết quả có thai. Dùng chỉ số Youden (Youden index) J để xác định nồng độ β hCG nào có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất. Chỉ số J là trị số cao nhất của tổng độ nhạy và độ đặc hiệu trừ đi 1. $J = \max (Se+Sp -1)$ với Se (Sensitivity) là độ nhạy và Sp (specificity) là độ đặc hiệu.

Lạc nội mạc tử cung	9	0,7
Tử cung bất thường	22	1,8
Do cả 2 vợ chồng	53	4,3
Nguyên nhân khác	22	1,8
Không rõ nguyên nhân	389	31,7
Tổng	1228	100%

Nhận xét: Nguyên nhân gây vô sinh ở đối tượng nghiên cứu chủ yếu do vòi tử cung (chiếm 36,6%); không rõ nguyên nhân chiếm 31,1%; các nguyên nhân do lạc nội mạc tử cung, rối loạn phóng noãn và tử cung bất thường chiếm tỷ lệ rất thấp.

3.2. Giá trị của nồng độ β hCG ngày 14 sau chuyển phôi đối với kết quả có thai lâm sàng thụ tinh trong ống nghiệm: Nghiên cứu 1228 trường hợp có thai (xét nghiệm β hCG ≥ 5 mIU/mL) sau thụ tinh trong ống nghiệm trong đó có 1080 trường hợp là thai lâm sàng (chiếm 87,9%), và 148 trường hợp là thai sinh hóa (chiếm 12,1%).

Bảng 2. So sánh nồng độ β hCG trung bình giữa thai lâm sàng và thai sinh hóa

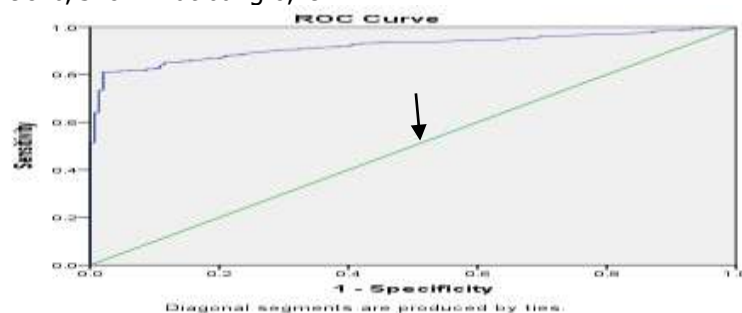
Tình trạng thai	Nồng độ β hCG	n	$\bar{X} \pm SD$	p
Thai lâm sàng		1080	761,5 $\pm$ 706,33	0,001
Thai sinh hóa		148	161,02 $\pm$ 82,35	

Nhận xét: Nồng độ β hCG trung bình ở thai lâm sàng (761,5 $\pm$ 706,33 mIU/mL) cao hơn nồng độ β hCG trung bình ở thai sinh hóa (161,02 $\pm$ 82,35 mIU/mL) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Giá trị tiên lượng của β hCG với thai lâm sàng

Giá trị chẩn đoán β hCG (mIU/mL)	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị J
284,5	81,8	91,9	0,737
285,5	81,7	91,9	0,736
286,5	81,7	92,6	0,743
287,5	81,7	93,9	0,756
288,5	81,5	93,9	0,754
291	81,5	95,3	0,768
293,5	81,4	95,3	0,767
294,5	81,3	95,3	0,766
296	81,2	97,3	0,785
298	81,1	97,3	0,784
299,5	81,0	98,0	0,79
300,5	79,3	98,0	0,773
301,5	79,2	98,0	0,772
303	78,9	98,0	0,769
304,5	78,6	98,0	0,766
307	78,3	98,0	0,763

Nhận xét: Điểm cut-off của β hCG tiên lượng cho thai lâm sàng là 299,5 mIU/mL với độ nhạy 81% và độ đặc hiệu 98%, J lớn nhất bằng 0,79.



Biểu đồ 2. Đường cong ROC của β hCG trong tiên lượng thai lâm sàng

Nhận xét: Diện tích đường cong ROC (AUC = 0,919) có giá trị trong chẩn đoán tình trạng có thai lâm sàng, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và khoảng tin cậy 95% CI (0,9-0,94).

Bảng 4. Giá trị tiên lượng của β hCG với thai sinh hóa

Giá trị chẩn đoán βhCG (mIU/mL)	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %	Giá trị J
109,5	76,0	93,1	0,691
111	76,5	93,1	0,696
112	76,2	93,5	0,697
114,5	76,0	94,1	0,701
115,5	76,0	95,0	0,71
116,5	75,7	95,0	0,707
117,5	75,2	95,0	0,702
118,5	74,1	94,5	0,686
120	73,4	94,5	0,679

Nhận xét: Điểm cut-off β hCG tiên lượng cho thai sinh hóa là 115,5 mIU/mL với độ nhạy 76% và độ đặc hiệu 95%, J lớn nhất bằng 0,71.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: $31,4 \pm 4,6$ tuổi, bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi từ 25 – 30 tuổi (chiếm 41,4%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Neeta Singh và cộng sự [2]. Đây cũng là nhóm đang trong độ tuổi sinh đẻ, đồng thời là độ tuổi có nhu cầu và nguyện vọng sinh con cao nhất. Đối tượng có tuổi nhỏ nhất là 20 tuổi và lớn nhất là 52 tuổi. Độ tuổi có khá nhiều ảnh hưởng đến kết quả có thai ở đối tượng thụ tinh trong ống nghiệm, do có liên quan đến dự trữ buồng trứng, người ta nhận thấy tuổi càng cao thì dự trữ buồng trứng càng giảm, đặc biệt sau tuổi 35. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy, nguyên nhân gây vô sinh ở đối tượng chủ yếu do vòi tử cung chiếm 36,6%, đây cũng là nguyên nhân vô sinh có tiên lượng tốt nhất trong thụ tinh ống nghiệm, kết quả này phù hợp với kết quả của Neeta Singh [2]. Tiếp theo là không rõ nguyên nhân chiếm 31,7%, bất thường về tinh trùng chiếm 21,7%. Các nguyên nhân gây vô sinh khác như: lạc nội mạc tử cung, rối loạn phóng noãn và tử cung bất thường chiếm tỷ lệ rất thấp.

So sánh nồng độ β hCG trung bình giữa thai lâm sàng và thai sinh hóa:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ β hCG trung bình ở thai lâm sàng (761,5mIU/mL) cao hơn thai sinh hóa (161,02mIU/mL) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Neeta Singh và cộng sự (2013) hồi cứu trên 181 trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm từ 5/2009 – 11/2012, cho kết quả nồng độ β hCG trung bình (xét nghiệm ngày thứ 14 sau chuyển phôi) trong thai khả thi là 625 mIU/mL, trong thai không khả thi (bao gồm thai

sinh hóa, sảy thai, thai ngoài tử cung, thai ngừng phát triển) là 174 mIU/mL [2]. Theo nghiên cứu của Maysa M. Khadra trong năm 2009 – 2011, hồi cứu 248 chu kỳ chuyển phôi dẫn đến có thai, cho kết quả nồng độ β hCG trung bình ngày 14 sau chuyển phôi ở thai khả thi là 264 mIU/mL, trong thai không khả thi là 120 mIU/mL [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả của Neeta Singh và cộng sự [2] và một số tác giả khác [3].

Giá trị tiên lượng của nồng độ β hCG sau 14 ngày chuyển phôi:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tìm được điểm cut-off của nồng độ β hCG tiên lượng cho thai lâm sàng là 299,5 mIU/mL, với độ nhạy là 81% và độ đặc hiệu là 98%, AUC là 0,919, mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và khoảng tin cậy 95% CI (0,9-0,94). Nghiên cứu của Neeta Singh và cộng sự (2013) trên 171 trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm cho kết quả: điểm cut-off của nồng độ β hCG tiên lượng cho thai trên 12 tuần là 347 mIU/mL với độ nhạy 72,2% và độ đặc hiệu 73,6%, diện tích dưới đường cong ROC là 0,79 [2].

Điểm cut-off nồng độ β hCG của chúng tôi cao hơn những kết quả được báo cáo bởi Bjercke và cộng sự (55 mIU/mL) [6]; và Poikkeus và cộng sự (76 mIU/mL) [7], nhưng thấp hơn Singh và cộng sự (347 mIU/mL) [2]; Eskandar và cộng sự (315 mIU/mL) [5]. Sự khác biệt của điểm cut-off giữa các nghiên cứu khác nhau có thể do 1 số lý do: số chu kỳ chuyển phôi trong mỗi nghiên cứu, tuổi phôi (phôi ngày 2, ngày 3 hay ngày 5), kỹ thuật và phương pháp định lượng β hCG, thời điểm định lượng β hCG sau chuyển phôi (định lượng ngày 11, ngày 12, ngày 14 hay ngày 16)... Như vậy, rõ ràng điểm cut-off nồng độ β hCG có giá trị tốt trong tiên lượng kết cục thai nghén.

Tuy nhiên, không có điểm cut-off nào có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 100%, do đó điểm cut-off của β hCG được xác định bởi đường cong ROC rất hữu ích nhưng không phải là chính xác tuyệt đối 100% trong tiên lượng kết cục thai kỳ.

Điểm cut-off của nồng độ β hCG tiên lượng thai sinh hóa là 115,5mIU/mL, với độ nhạy 76% và độ đặc hiệu 95%. Nghiên cứu của tác giả Mamdoh A. Eskandar (2011): theo dõi 261 chu kỳ ICSI/IVF có dương tính với test β hCG sau chuyển phôi tìm được điểm cut-off tiên lượng cho thai sinh hóa là 76,15mIU/mL, với độ nhạy 93,33%, độ đặc hiệu 89,84% và diện tích dưới đường cong ROC là 0,919 [5].

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ β -hCG trung bình của thai lâm sàng là $761,5 \pm 706,33$ mIU/mL và thai sinh hóa là $161,02 \pm 82,35$ mIU/mL.

- Điểm cut-off nồng độ β hCG sau 14 ngày chuyển phôi tiên lượng cho thai lâm sàng là 299,5 mIU/mL, với độ nhạy là 81% và độ đặc hiệu là 98%; tiên lượng cho thai sinh hóa là 115,5 mIU/mL với độ nhạy 76% và độ đặc hiệu là 95%.

- Nồng độ β hCG ngày 14 sau chuyển phôi rất có ý nghĩa trong việc tiên lượng, cũng như theo dõi kết cục thai nghén.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. B.Hédon, H.Déchoud, T.Anahogy, F.Arnal and C.Humeau (1998), "Assisted procreation. Infertility and contraception", a textbook for clinical practice.
2. Neeta Singh, Manu Goyal, et al (2013). Predictive value of early serum beta-human chorionic gonadotrophin for the successful outcome in women undergoing in vitro fertilization. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 6 (4), 245-247.
3. Maysa M. Khadra, Mazen A. Freij, et al (2016). Human chorionic gonadotropin cutoff value determined by receiver operating characteristic curve analysis is useful but not absolute for determining pregnancy outcomes. *Middle East Fertility Society Journal*, 21(2), 120-124.
4. Xiao-yan HUANG, Yuna ZANG, Hai-qin YU (2007). Serum beta hCG of 11 day after embryo transfer to predict pregnancy outcome. *Journal of Reproduction and Contraception* 18(3):213-219
5. Eskandar MA, Al-Shahrani M, Shaamash A, El-Emain M, Al-Ahmad M, Payodon B (2001). Early Maternal Serum β -human Chorionic Gonadotropin Measurements After ICSI in the Prediction of Long-term Pregnancy Outcomes. *A Retrospective Cohort Analysis. J Clin Med Res*;3(1):30-5.
6. S. Bjerkce, T. Tanbo, P.O. Dale, L. Morkrid, T. Abyholm. Human chorionic gonadotrophin concentrations in early pregnancy after in-vitro fertilization. *Hum Reprod*, 14 (1999), pp. 1642-1646.
7. P. Poikkeus, V. Hiilesmaa, A. Tiitinen. Serum HCG 12 days after embryo transfer in predicting pregnancy outcome. *Hum Reprod*, 17 (2002), pp. 1901-1905.

XÁC ĐỊNH ĐỘC TÍNH CẤP VÀ ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG GÂY KÍCH ỨNG DA VÀ MẮT CỦA CHẾ PHẨM CHIẾT BẰNG ETHYLACETAT TỪ CÂY BABET LÙN TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Phan Thị Hoa¹, Phạm Thị Vân Anh², Mai Phương Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định độc tính cấp và đánh giá khả năng gây kích ứng mắt và da của chế phẩm chiết bằng ethylacetat từ cây Babet lùn trên động vật thực nghiệm. **Phương pháp:** (1) Xác định LD₅₀ của chế phẩm chiết từ cây Babet theo đường tiêm dưới da trên chuột nhắt trắng theo phương pháp Litchfield – Wilcoxon và hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới. (2) Đánh giá khả năng gây kích ứng mắt và da của chế phẩm chiết từ cây Babet trên thỏ theo hướng dẫn của OECD và ISO 10993-10. Bôi thuốc thử lên da thỏ, đánh giá tình trạng ban đỏ và

phù nề trên da, xác định chỉ số kích ứng da. Mẫu thuốc thử được nhỏ vào túi kết mạc mắt thỏ, đánh giá các tổn thương xuất hiện trên giác mạc, mống mắt và kết mạc để xác định mức độ kích ứng mắt. **Kết luận:** Chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn ít có độc tính cấp với LD₅₀ = 7,854 (8,924 – 5,070) gam được liều/kg và chỉ số điều trị là 163,625, có khả năng gây kích ứng da mức độ vừa và gây kích ứng mắt mức độ nặng.

Từ khóa: ethylacetat, Babet lùn, kích ứng, độc tính cấp

SUMMARY

EVALUATION OF ACUTE TOXICITY IN MICE, AND ACUTE SKIN AND EYE IRRITATION IN RABBITS OF ETHYLACETATE EXTRACT OF MALLOTUS NANUS

This study was aimed at evaluating acute toxicity, acute skin and eye irritation of ethylacetate extract of *Mallotus nanus*. Toxicity of the preparation was evaluated in Swiss albino mice by administering orally

¹Học viện Y dược cổ truyền Việt Nam

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Hoa

Email: drpthoa@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.01.2017

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2017

Ngày duyệt bài: 26.4.2017

graded doses of the extract in the ranges of 1.513g to 15.133g /kg body weight to the animals and observed continuously for the 72h. The median acute toxicity value (LD₅₀) of the extract was determined to be 7.854g /kg body weight, and the therapeutic index was 163.625. In order to determine whether the ethylacetate fraction of *Mallotus nanus* has acute skin irritation on NZW rabbits, several skin reactions were evaluated. The skin of rabbits was treated with the test sample and whether the animals sustained significant skin damage was determined by observing skin erythema and edema following the administration of the test samples. The average score was calculated by adding the scores for edema formation according to the primary skin irritation index (primary irritation index, PII). The results from the present study suggest that the ethylacetate fraction of *Mallotus nanus* has moderate skin irritation. The eye irritation test is carried out by applying *Mallotus nanus* ethylacetate extract in the conjunctival sac of one eye of rabbits. The grades of ocular reaction, that is, conjunctivae, cornea, and the iris, are recorded at each examination as per OECD TG405. The ethylacetate extract of *Mallotus nanus* showed severe eye irritation properties.

Keywords: ethylacetate, *Mallotus nanus*, irritation, acute toxicity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trứng cá là một bệnh ngoài da do rối loạn bất thường trong đơn vị nang lông tuyến bã [1]. Mặc dù không gây biến chứng nguy hiểm, nhưng bệnh thường diễn biến kéo dài, đặc biệt có thể để lại sẹo lõm hoặc sẹo lồi làm ảnh hưởng quan trọng về mặt thẩm mỹ khiến người bệnh mất tự tin, ảnh hưởng đến năng suất làm việc và chất lượng cuộc sống của người bệnh [2]. Ở Việt Nam, đã có một số thuốc Y học cổ truyền được dùng trên lâm sàng để trị mụn trứng cá theo kinh nghiệm dân gian nhưng chưa thực sự được chứng minh tác dụng. Cây thuốc Babet lùn (*Mallotus nanus*) là loại cây đang được sử dụng theo kinh nghiệm dân gian ở các tộc người thiểu số để làm đẹp da, chữa bệnh trứng cá, chưa có trong sách của Đỗ Tất Lợi và Võ Văn Chi. Một số nhà khoa học ở viện Hóa kết hợp với Bỉ và Hàn Quốc đã nghiên cứu thành phần hóa học và tác dụng chống oxy hóa của lá cây năm 2010 [3]. Tuy nhiên, cho tới nay trên thế giới chưa có một tài liệu nào công bố về thành phần hóa học và tác dụng sinh học cũng như tính an toàn của rễ cây này. Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Xác định độc tính cấp và đánh giá khả năng gây kích ứng da và mắt của chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn trên động vật thực nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Chế phẩm chiết bằng ethylacetat từ cây Babet lùn. 1 gam

chứa 22,7g dược liệu. Dung môi pha thuốc trước khi dùng cho động vật thí nghiệm: DMSO 5%.

2.2. Hóa chất và dụng cụ phục vụ nghiên cứu:

Gạc vô khuẩn cắt miếng hình vuông diện tích 2,5cm x 2,5cm, gạc băng, nước sạch để rửa sạch vùng bôi thuốc, proparacain hydrochlorid 0,5%, kính lúp

2.3. Động vật thực nghiệm

- Chuột nhắt trắng, chủng *Swiss*, cả hai giống, khỏe mạnh, trọng lượng $20 \pm 2g$, của Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.

- Thỏ chủng *New Zealand White*, lông trắng, trưởng thành, khỏe mạnh, cân nặng 2,0 – 2,2kg do Trung tâm chăn nuôi động vật thí nghiệm Hà Tây cung cấp.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Nghiên cứu độc tính cấp: Xác định LD₅₀ của các chế phẩm chiết từ cây Babet theo đường tiêm dưới da trên chuột nhắt trắng theo phương pháp Litchfield – Wilcoxon và hướng dẫn của Tổ chức Y tế Thế giới [4], [5]

2.4.2. Nghiên cứu khả năng gây kích ứng da: Nghiên cứu khả năng gây kích ứng da được tiến hành dựa trên hướng dẫn của OECD và ISO 10993-10 [6], [7].

- *Chuẩn bị mẫu thuốc thử:* pha mẫu chế phẩm chiết với DMSO 5% tạo thành dung dịch có nồng độ 8,8mg cao/0,5mL (tương đương 0,2g dược liệu/0,5mL)

- *Quy trình nghiên cứu:* Trước ngày nghiên cứu 24 giờ, thỏ được cạo lông ở phần lưng và hông trên diện tích 10 x 15cm ở cả 2 bên cột sống để bôi thuốc và quan sát các vị trí thử nghiệm. Đánh giá và tính điểm các chỉ số về ban đỏ (erythema), phù nề (oedema) tại thời điểm 1 giờ, 24, 48, 72 giờ sau khi loại bỏ mẫu thử. Nếu có tổn thương, theo dõi thỏ 14 ngày để đánh giá khả năng phục hồi. Khi tổn thương đã hồi phục thì ngừng theo dõi.

Bảng 1. Bảng đánh giá tính điểm kích ứng da cho hai triệu chứng ban đỏ và phù nề

		Điểm
Ban đỏ	- Không có ban	0
	- Ban rất nhẹ (khó nhận thấy)	1
	- Dễ nhận thấy	2
	- Nhẹ đến nặng	3
	- Nặng đến hình thành vảy trên da	4
Phù nề	- Không có	0
	- Rất nhẹ (khó nhận thấy)	1
	- Dễ nhận thấy (da dày lên)	2
	- Trung bình (dày lên 1mm)	3
	- Nặng (dày hơn 1mm hoặc ra ngoài vùng bôi)	4

-Đánh giá kết quả: Tính chỉ số kích ứng (PII: primary irritation index) như sau:

- + Chỉ tính toán từ các hiện tượng quan sát được ở các thời điểm 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ.
- + Tính chỉ số kích ứng cho từng thỏ→Chỉ số kích ứng của mẫu thử.

Bảng 2. Bảng xếp loại kích ứng da dựa vào PII

Xếp loại	PII trung bình
Không kích ứng	0 – 0,4
Kích ứng nhẹ	0,5 – 1,9
Kích ứng vừa	2 – 4,9
Kích ứng nặng	5 - 8

2.5. Nghiên cứu khả năng gây kích ứng mắt: Nghiên cứu khả năng gây kích ứng mắt được tiến hành theo hướng dẫn của OECD và ISO 10993-10 [7].

Bảng 3. Môi tương quan liều lượng và tỷ lệ phần trăm chuột chết sau tiêm cận chiết ethylacetat từ Babet

Lô chuột	Thể tích tiêm (mL/kg)	Liều (g dược liệu/kg)	Chuột chết (%)
1	2,0	1,513	0
2	4,0	3,027	10
3	6,0	4,540	20
4	8,0	6,053	40
5	10,0	7,567	50
6	12,0	9,080	60
7	14,0	10,593	80
8	16,0	12,107	90
9	18,0	13,620	90
10	20,0	15,133	100

Từ đó tính được LD₅₀ cậnchiết ethylacetat từ Babet: LD₅₀ = 7,854 (8,924 – 5,070) gam dược liệu/kg; TI= [(7,854/0,2) x 50]: 12 = 163,625 (Tính người trưởng thành 50kg, hệ số ngoại suy trên chuột nhất 12). Chỉ số điều trị (TI: therapeutic index) còn được gọi là cửa sổ hoặc cửa sổ điều trị an toàn, TI =LD₅₀/ED₅₀ (trong nghiên cứu trên động vật thực nghiệm)

3.2. Nghiên cứu khả năng gây kích ứng da

Bảng 4. Bảng đánh giá ban đỏ, phù nề trên các thỏ đánh giá kích ứng da của sản chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn

Thỏ	Ban đỏ								Phù nề							
	1 giờ		24 giờ		48 giờ		72 giờ		1 giờ		24 giờ		48 giờ		72 giờ	
	M1	Ch	M1	Ch	M1	Ch	M1	Ch	M1	Ch	M1	Ch	M1	Ch	M1	Ch
Thỏ 1	0	0	2	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 2	0	0	3	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 3	1	0	2	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

M1: vùng da bôi mẫu 1 nồng độ 0,2g dược liệu/0,5 ml; Ch: vùng da bôi dung môi DMSO 5%

Kết quả ở bảng 5 cho thấy:

-Ở tất cả các thỏ, không xuất hiện hiện tượng ban đỏ hay phù nề trên vùng da bôi DMSO 5% dùng làm chứng.

-Trên vùng da bôi thuốc thử tương đương liều 0,2 g dược liệu/0,5 ml:

+ Thỏ số 1: ở thời điểm 1 giờ sau khi loại bỏ thuốc ra khỏi vùng da, không có hiện tượng ban

- Mẫu thuốc thử được pha với nồng độ như trong nghiên cứu khả năng gây kích ứng da. Số lượng thỏ: 03 thỏ (đánh số từ 1 đến 3)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nghiên cứu độc tính cấp: Cân 0,5 gam cao cận chiết ethylacetat từ Babet, pha trong dung dịch DMSO 5% thành 15 ml vừa đủ dùng trong nghiên cứu độc tính cấp. Sau khi tiêm thuốc thử dịch chiết ethylacetat từ 2mL/kg đến liều 20 mL/kg, tất cả chuột trong các lô có hiện tượng mệt, giảm vận động, khó thở, sau đó thấy tím tái khi quan sát vùng niêm mạc. Xuất hiện chuột chết ở các lô, số lượng chuột chết tỷ lệ thuận với liều dùng và được trình bày ở bảng 4.

đỏ. Ở các thời điểm 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ đều có ban đỏ dễ nhận thấy. Không quan sát thấy hiện tượng phù nề ở các thời điểm.

+ Thỏ số 2: ở thời điểm 1 giờ sau khi loại bỏ thuốc ra khỏi vùng da, không có hiện tượng ban đỏ. Ở thời điểm 24 giờ, có hiện tượng ban đỏ mức độ vừa. Ở thời điểm 48 giờ và 72 giờ đều có ban đỏ dễ nhận thấy. Không quan sát thấy hiện tượng phù nề ở các thời điểm.

+ Thỏ số 3: ở thời điểm 1 giờ sau có ban đỏ nhưng khó nhận thấy. Ở thời điểm 24 giờ và 48 giờ có ban đỏ dễ nhận thấy. Thời điểm 72 giờ chỉ còn ban đỏ khó nhận thấy. Không quan sát thấy hiện tượng phù nề ở các thời điểm.

Trên cả 3 thỏ, hiện tượng ban đỏ đều mất đi và da thỏ hồi phục sau 5 – 7 ngày.

Từ kết quả trên tính được chỉ số kích ứng PII trên từng thỏ như bảng 6.

Bảng 5. Chỉ số kích ứng (PII) trên thỏ đánh giá kích ứng da của chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn

Thỏ	PII
Thỏ số 1	2,00
Thỏ số 2	2,33
Thỏ số 3	1,67

Từ kết quả ở bảng 6, tính được chỉ số kích ứng PII của mẫu thuốc thử với nồng độ 0,2 g được liều/0,5mL là: $PII = (2 + 2,33 + 1,67)/3 = 2$.

Dựa vào bảng phân loại kích ứng da theo PII, chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn với nồng độ 0,2 g được liều/0,5 mL gây kích ứng da mức độ vừa.

3.3. Nghiên cứu khả năng gây kích ứng mắt

Bảng 6. Bảng đánh giá kích ứng mắt của cặn chiết ethylacetat từ Babet

Thỏ	Thời điểm	Mức độ mờ đục giác mạc	Mống mắt	Kết mạc	
				Mức độ đỏ	Phù kết mạc
Thỏ số 1	1 giờ	0	1	2	1
	24 giờ	2	1	2	3
	48 giờ	3	1	2	4
	72 giờ	3	1	3	4

Kết quả ở bảng 7 cho thấy: Khi thực hiện kích ứng mắt trên thỏ số 1, ngay 1 giờ sau khi nhỏ thuốc xuất hiện tổn thương mống mắt, kết mạc mức độ 1 và 2.

-Tại các thời điểm 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ, xuất hiện các tổn thương mờ đục giác mạc, tổn thương mống mắt, mức độ đỏ, phù nề kết mạc ngày càng nặng thêm.

Sau 72 giờ tiếp tục theo dõi, đánh giá mức độ và tiến triển của các tổn thương ở mắt thỏ thì thấy các tổn thương ngày càng nặng. Đến thời điểm sau 6 ngày nhỏ thuốc, xuất hiện mờ đục giác mạc độ 4 (giác mạc trắng đục, không thấy chi tiết mống mắt). Đây là một dấu hiệu kích ứng mắt nặng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Độc tính cấp: Cho chuột tiêm dưới da gáy thuốc thử theo liều tăng dần từ 1,513g được liều/kg đến 15,133 g được liều/kg chuột, theo dõi biểu hiện của chuột trong vòng 24 giờ đầu sau khi tiêm thuốc đã quan sát thấy các dấu hiệu của độc tính bao gồm giảm vận động, khó thở, sau đó thấy tím tái khi quan sát vùng niêm mạc. Liều 1,513g được liều/kg chuột là liều cao nhất không gây chết chuột, và liều 15,133 g được liều/kg chuột là liều thấp nhất gây chết chuột 100% sau 24 giờ quan sát. Từ đồ thị biểu thị mối liên quan tuyến tính giữa liều lượng của cặn chiết ethylacetat từ Babet và tỷ lệ chuột chết (đồ

thị 1) đã xác định được $LD_{50} = 7,854 (8,924 - 5,070)$ gam được liều/kg, và chỉ số điều trị của mẫu thuốc thử là 163,625. Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới về thuốc có nguồn gốc được liệu với chỉ số TI > 100, đây là được liệu ít có độc tính cấp. Phạm vi an toàn của chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn đạt yêu cầu, liều tác dụng < 1/100 LD_{50} [5].

4.2. Khả năng kích ứng da: Khả năng gây kích ứng da của cặn chiết ethylacetat từ cây Babet lùn được tiến hành bằng cách bôi mẫu thuốc thử với nồng độ 0,2 gam được liều/0,5 mL lên da thỏ. Sau 24 giờ bôi thuốc, các vùng da bôi mẫu thuốc thử đều xuất hiện những ban đỏ dễ nhận thấy, tuy nhiên không có hiện tượng phù nề ở các thời điểm quan sát. Các ban đỏ trên da thỏ đều mất đi và da thỏ hồi phục sau 5-7 ngày. Trong khi đó, các vùng da bôi dung môi pha thuốc là DMSO 5% đều không có hiện tượng ban đỏ và phù nề. Điều này cho thấy, hiện tượng ban đỏ trên da thỏ khi bôi thuốc thử không phải do DMSO 5%. Như vậy, dấu hiệu kích ứng khi bôi thuốc thử là ban đỏ không kèm phù nề, triệu chứng này bắt đầu xuất hiện rõ sau 24 giờ bôi thuốc, và có thể hồi phục hoàn toàn sau 5-7 ngày ngừng sử dụng thuốc. Chỉ số kích ứng trên da thỏ PII là 2, dựa vào bảng phân loại kích ứng da theo PII (bảng 2), chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn với nồng độ 0,2 gam được liều/0,5mL gây kích ứng da mức độ vừa.

4.3. Khả năng kích ứng mắt: Khả năng gây kích ứng mắt được tiến hành bằng cách nhỏ 0,1mL mẫu thuốc thử vào túi kết mạc mắt phải của thỏ, mắt trái không nhỏ gì. Đánh giá các tổn thương giác mạc, mống mắt và kết mạc tại các thời điểm 1 giờ, 24 giờ, 48 giờ, 72 giờ sau khi nhỏ thuốc. Kết quả cho thấy, ngay 1 giờ sau khi nhỏ thuốc thử đã xuất hiện các tổn thương mống mắt, kết mạc mức độ 1 và 2. Sau 72 giờ, xuất hiện các tổn thương mờ đục giác mạc, tổn thương mống mắt, mức độ đỏ, phù nề kết mạc rõ rệt hơn. Tiếp tục theo dõi, đánh giá mức độ và tiến triển của các tổn thương ở mắt thỏ đến thời điểm sau 6 ngày nhỏ thuốc, xuất hiện mờ đục giác mạc độ 4 (giác mạc trắng đục, không thấy chi tiết mống mắt). Như vậy, có thể thấy, mẫu thuốc thử đã gây tổn thương cả giác mạc, mống mắt và kết mạc, các tổn thương xuất hiện sớm và tiến triển nhanh và ngày càng nặng hơn. Theo hướng dẫn của OECD, có thể thấy, mẫu chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn gây kích ứng mắt nặng trên thỏ.

V. KẾT LUẬN

- **Về độc tính cấp:** phạm vi an toàn của chế phẩm chiết ethylacetat từ cây Babet lùn đạt yêu cầu, liều tác dụng $< 1/100$ LD₅₀. Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới về thuốc có nguồn gốc dược liệu với chỉ số TI > 100 , đây là dược liệu ít có độc tính cấp.

- **Về khả năng gây kích ứng da:** chế phẩm chiết trong ethylacetat từ cây Babet lùn nồng độ

0,2 gam dược liệu/0,5 mL có chỉ số kích ứng bằng 2, xếp loại kích ứng da mức độ vừa.

- **Về khả năng gây kích ứng mắt:** chế phẩm chiết ethyl acetat từ cây Babet lùn pha trong dung môi là dung dịch DMSO 5% tạo thành dung dịch có nồng độ 0,2 gam dược liệu/0,5 mL gây kích ứng mắt nặng trên thỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ray C, Trivedi P, Sharma V (2013). Acne and its treatment lines. *International Journal of Research in Pharmaceutical and Biosciences*. 3(1):1-16.
2. Zaenglein AL, Grabber EM, Thiboutot DM, Strauss JS (2008). Chapter 78: Acne vulgaris and acneiform eruptions. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*, 7th edition. Newyork, USA: McGraw Hill Companies. 690-702
3. Phan VK, Nguyen TM, Minh CV et al (2010). Two new C-glucosyl benzoic acids and flavonoids from *Mallotus nanus* and their antioxidant activity. *Arch Pharm Res*, 33(2):203-208.
4. OECD (2001). *Guidance Document on the Recognition, Assessment and Use of Clinical Signs as Humane Endpoints for Experimental Animals Used in Safety Evaluation, acute oral toxicity*. Environmental Health and Safety Monograph Series on Testing and Assessment No 19.
5. World Health Organization (2000). *Working group on the safety and efficacy of herbal medicine*. Report of regional office for the western pacific of the World Health Organization.
6. OECD 404 (2015), *OECD guideline for testing of chemicals: Acute Dermal Irritation/Corrosion*
7. International Organisation of Standardization (2010), *Biological evaluation of medical devices – Part 10: Tests for irritation and skin sensitization*, ISO 10993-10.

ĐIỀU TRA MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG BỆNH LÝ CỦA DÂN CƯ SỐNG TRONG MỘT KHU CÔNG NGHIỆP

Nguyễn Đức Sơn*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm điều tra một số biểu hiện triệu chứng bệnh lý trên 3428 người sống trong cùng một khu dân cư thuộc một khu công nghiệp; trong đó có 192 đối tượng phải tiếp xúc với hoá chất trong khi làm việc. Tuổi đời trung bình của nhóm tiếp xúc là 41 ± 8 tuổi và ở nhóm không tiếp xúc là 49 ± 12 tuổi. Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ các đối

tượng có biểu hiện kích thích các hệ cơ quan của cơ thể ở nhóm có tiếp xúc đều cao hơn nhóm không tiếp xúc có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Các triệu chứng chính về mắt (cay mắt, chảy nước mắt 30,7% và 14,0%; ngứa mắt 47,0% và 26,4%; đỏ mắt 9,4% và 3,4%), về mũi (cay mũi, chảy nước mũi 30,2% và 15,8%; ngứa mũi, hắt hơi liên tục 26,6% và 16,1%), về họng (ngứa họng 52,6% và 35,7%; đau họng 55,2% và 34,1%); buồn nôn 4,2% và 1,7%; tức ngực 16,1% và 7,4%. Tuy vậy, không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tật giữa hai nhóm đối tượng này ($p > 0,05$). Nghiên cứu cũng tìm thấy mối liên quan rõ rệt giữa cảm nhận mức độ ô nhiễm môi trường sống với các biểu hiện kích thích các hệ cơ quan của cơ thể ($p < 0,001$).

*Viện Sức khỏe nghề nghiệp và Môi trường

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Sơn

Email: ducson199@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

SUMMARY**TO INVESTIGATE SOME SYMPTOMS OF PEOPLE LIVING IN ONE INDUSTRIAL ZONE**

This study was carried out to investigate some symptoms of 3428 people, who lived in the same area of industrial zone. Among them 192 subjects had to expose to chemical when working. The mean of age in exposed group was 41 ± 8 and that among non-exposed group was 49 ± 12 . The result showed that the rate of subjects having an irritative symptom of body organs in exposed group was higher than that among in non-exposed group significantly ($p < 0.001$). The mainly symptoms were that eye symptoms (eye stinging, running eye 30.7% and 14.0%; eye itches 47.9% and 26.4%; eye red 9.4% and 3.4%), nose symptoms (nose stinging, running nose 30.2% and 15.8%; nose itches, sneezing continuously 26.6% and 16.1%), throat symptoms (throat itches 52.6% and 35.7%, sore throat 55.2 and 34.1%), nauseating 4.2% and 1.7%; tightness in chest 16.1% and 7.4%. However, there was not the difference of the disease rate between two groups ($p > 0.05$). The study also finds out the relation between feeling of polluted environmental degree and irritative symptoms clearly ($p < 0.001$).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây vấn đề ô nhiễm môi trường, ô nhiễm không khí và ảnh hưởng của nó đến sức khỏe con người được rất nhiều các nghiên cứu đề cập tới [3], [5]. Theo thống kê từ Cục y tế dự phòng, tổng lượng hoá chất được sử dụng và sản xuất trong cả nước trong ngành công nghiệp năm 1996 là 18 triệu tấn [2]. Và có khoảng 500 loại hoá chất khác nhau đang được sử dụng [1]. Hiện nay việc quản lý, sử dụng hoá chất còn nhiều điểm bất hợp lý và

thiếu quy chuẩn [4]. Tại các khu công nghiệp, sức khỏe cộng đồng dân cư xung quanh luôn phải chịu ảnh hưởng chính từ việc ô nhiễm từ môi trường sản xuất, đặc biệt là ở các công nhân sống tại khu vực này và lại làm việc trực tiếp trong các doanh nghiệp của khu công nghiệp. Để có biện pháp điều trị và dự phòng có hiệu quả sức khỏe cho người dân sống tại khu vực này thì việc có được các số liệu điều tra về biểu hiện bệnh lý trong cộng đồng dân cư là rất cần thiết: *Mục tiêu nghiên cứu: Điều tra một số triệu chứng bệnh lý của dân cư sống trong một khu công nghiệp thuộc tỉnh PT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 3428 đối tượng sống trong cùng một khu dân cư thuộc một khu công nghiệp, gồm:

- 192 đối tượng vừa sống tại khu dân cư này và là các công nhân làm việc trong khu công nghiệp, phải tiếp xúc với hoá chất trong khi làm việc (nhóm I)

- 3236 đối tượng là người dân thông thường, không phải tiếp xúc với hoá chất khi làm việc (nhóm II)

2. Phương pháp nghiên cứu

- Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Lựa chọn chủ đích toàn bộ dân cư sống trong cùng một khu công nghiệp
- Kỹ thuật nghiên cứu: Điều tra các đối tượng theo mẫu phiếu có sẵn về:
 - + Các biểu hiện kích thích các hệ cơ quan của cơ thể
 - + Cảm nhận về ô nhiễm môi trường sống

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

TT	Đặc điểm đối tượng nghiên cứu	Nhóm I	Nhóm 2
1	Tổng số đối tượng	192	3236
2	Giới - Nam	50%	27%
	- Nữ	50%	73%
3	Tuổi trung bình	41 ± 8	49 ± 12

3428 đối tượng sống trong cùng một khu dân cư thuộc một khu công nghiệp thuộc tỉnh PT. với tuổi đời trung bình của nhóm tiếp xúc là 41 ± 8 tuổi và ở nhóm không tiếp xúc là 49 ± 12 tuổi đã được phỏng vấn. Kết quả điều tra cho thấy:

Nhìn chung ở nhóm cộng đồng dân cư khi làm việc phải tiếp xúc với hoá chất (nhóm I) có tỷ lệ các triệu chứng về hô hấp (ho, khạc đờm), các biểu hiện dị ứng (dị ứng, nổi mề đay), các bệnh ngoài da cao hơn so với nhóm cộng đồng dân cư khi làm việc không phải tiếp xúc với hoá chất (nhóm II). Cụ thể là: Ho, sổ mũi < 1 tuần (45,7% và 40,2%); ho kéo dài > 1 tuần (23,9%

và 22,6%); dị ứng, nổi mề đay (6,5% và 2,1%); bệnh ngoài da (2,2% và 0,6%). Đối với các bệnh mãn tính: ở nhóm I có tỷ lệ một số bệnh cao hơn nhóm II như các bệnh về khối u (u lành tính và ác tính) (6,3% và 2,5%), các bệnh về sinh sản và phụ khoa (6,3% và 3,0%). Tuy vậy có thể do đối tượng nghiên cứu ở nhóm cộng đồng dân cư khi làm việc phải tiếp xúc với hoá chất không nhiều nên sự khác biệt này không thấy có ý nghĩa thống kê. Các biểu hiện triệu chứng bệnh lý mắc do kích thích của hai nhóm được trình bày theo bảng sau:

Bảng 2. Biểu hiện triệu chứng bệnh lý mắt do kích thích của hai nhóm

STT	Triệu chứng	Nhóm 1		Nhóm 2		p
		n	%	n	%	
1	Mắt: Cay mắt, chảy nước mắt	59	30,7	452	14,0	<0,001
2	Ngứa mắt	92	47,9	855	26,4	<0,001
3	Sưng mắt	6	3,1	46	1,4	>0,05
4	Đỏ mắt	18	9,4	110	3,4	<0,001
5	Mũi: Cay mũi, chảy nước mũi	58	30,2	512	15,8	<0,001
6	Ngứa mũi, hắt hơi liên tục	51	26,6	521	16,1	<0,001
7	Họng: Ngứa họng	101	52,6	1155	35,7	<0,001
8	Khàn giọng	19	9,9	216	6,7	>0,05
9	Hắt hơi	30	15,6	453	14,0	>0,05
10	Ho khan	28	14,6	289	8,9	>0,05
11	Khô giọng	19	9,9	201	6,2	>0,05
12	Đau họng	106	55,2	1103	34,1	<0,001
13	Khó thở	27	14,1	303	9,4	>0,05
14	Dạ: Khô môi	5	2,6	75	2,3	>0,05
15	Khô da	5	2,6	93	2,9	>0,05
16	Ngứa mắt	5	2,6	146	4,5	>0,05
17	Ngứa tay	3	1,6	71	2,2	>0,05
18	Phát ban mặt	2	1,0	39	1,2	>0,05
19	Phát ban tay	2	1,0	36	1,1	>0,05
20	Đáp ứng TKTV-TKTU: Nhức đầu	59	30,7	944	29,2	>0,05
21	Buồn nôn	8	4,2	87	1,7	<0,05
22	Hoa mắt, chóng mặt	21	10,9	319	9,9	>0,05
23	Cảm giác gai người, ngứa sốt	3	1,6	21	0,6	>0,05
24	Mệt mỏi	48	25,0	731	22,6	>0,05
25	Ra nhiều nước bọt	2	1,0	11	0,3	>0,05
26	Đau ngực	31	16,1	240	7,4	<0,001
27	Khó chịu vì mùi	148	77,1	1479	45,7	<0,001

Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ các đối tượng có biểu hiện kích thích các hệ cơ quan của cơ thể ở nhóm có tiếp xúc đều cao hơn nhóm không tiếp xúc có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Các triệu chứng chính về mắt (cay mắt, chảy nước mắt 30,7% và 14,0%; ngứa mắt 47,0% và 26,4%; đỏ mắt 9,4% và 3,4%), về mũi (cay mũi, chảy nước mũi 30,2% và 15,8%; ngứa mũi, hắt hơi liên tục 26,6% và 16,1%), về họng (ngứa họng 52,6% và 35,7%; đau họng 55,2% và 34,1%); buồn nôn 4,2% và 1,7%; tức ngực 16,1% và 7,4%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa cảm nhận ô nhiễm môi trường và các biểu hiện triệu chứng bệnh lý mắt của cơ thể

Cảm giác về môi trường	Các biểu hiện	OR (Khoảng tin cậy 95%)	P
Không khí có mùi khó chịu	Cay mắt, chảy nước mắt	1,7 (1,3-2,4)	<0,001
	Ngứa mắt	3,8 (2,9-4,9)	<0,001
	Sưng mắt	8,4 (2,2-31)	<0,02
	Cay mũi, chảy nước mũi	2,1 (1,6-2,7)	<0,001
	Ngứa mũi, hắt hơi liên tục	1,8 (1,4-2,3)	<0,001
	Ngứa họng	8,4 (6,7-10,4)	<0,001
	Ho khan	1,9 (1,3-2,7)	<0,001
	Đau họng	15,1 (11,8-19,4)	<0,001
	Khó thở	3,2 (1,9-5,2)	<0,001
	Ngứa mắt	20,2 (7,1-57,5)	<0,001
	Ngứa tay	5,1 (2,0-12,8)	<0,01
	Phát ban mặt	7,4 (1,9-28,3)	<0,001
	Phát ban tay	7,6 (1,5-37,8)	<0,02
	Nhức đầu	5,5 (4,4-6,9)	<0,001

Cảm giác về môi trường	Các biểu hiện	OR (Khoảng tin cậy 95%)	p
	Buồn nôn	2,9 (1,2-7,2)	<0,02
	Hoa mắt, chóng mặt	1,4 (1,2-2,0)	<0,05
	Đau ngực	2,3 (1,0-5,4)	<0,05
Không khí có nhiều và rất nhiều bụi	Ngứa mắt	2,7 (2,1-3,4)	<0,001
	Khản giọng	4,9 (2,9-8,2)	<0,001
	Hắt hơi	2,6 (1,9-3,4)	<0,001
	Khô giọng	3,6 (2,1-6,0)	<0,001
	Khô môi	16,1 (8,3-31,3)	<0,001
	Khô da	6,6 (3,3-13,2)	<0,001
	Ngứa mắt	6,0 (3,4-10,7)	<0,001
	Buồn nôn	4,4 (1,9-9,9)	<0,001
	Mệt mỏi	2,6 (2,1-3,3)	<0,001
	Đau ngực	2,5 (1,2-5,6)	<0,05
Không khí bị ô nhiễm do nước thải ở mức nhiều và rất nhiều	Cay mắt, chảy nước mắt	11,0 (8,1-15,1)	<0,001
	Đỏ mắt	4,0 (2,5-6,3)	<0,001
	Cay mũi, chảy nước mũi	1,9 (1,5-2,4)	<0,001
	Ngứa mũi, hắt hơi liên tục	3,2 (2,5-4,1)	<0,001
	Khản giọng	3,3 (2,3-4,5)	<0,001
	Hắt hơi	3,1 (2,4-4,1)	<0,001
	Ho khan	4,2 (3,1-5,7)	<0,001
	Khô giọng	3,3 (2,3-4,6)	<0,001
	Đau họng	2,0 (1,6-2,5)	<0,001
	Khó thở	6,5 (4,7-8,4)	<0,001
	Khô da	2,6 (1,6-4,3)	<0,001
	Ngứa tay	2,2 (1,3-3,7)	<0,02
	Phát ban mặt	3,7 (1,8-8,7)	<0,001
	Phát ban tay	2,7 (1,3-5,4)	<0,02
	Nhức đầu	2,3 (1,9-2,9)	<0,001
	Buồn nôn	2,4 (1,5-3,8)	<0,001
	Hoa mắt, chóng mặt	2,8 (2,1-3,8)	<0,001
	Cảm giác gai người, ngứa sốt	4,1 (1,5-10,9)	<0,02
	Ra nhiều nước bọt	5,2 (1,2-23,3)	<0,05
	Đau ngực	2,4 (1,8-3,3)	<0,001

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra: Có mối liên quan rõ rệt giữa cảm nhận về môi trường ở cộng đồng dân cư (không khí có mùi khó chịu, có nhiều bụi, bị ô nhiễm bởi chất thải) và các biểu hiện kích thích các hệ cơ quan của cơ thể gây mắc các triệu chứng bệnh lý: kích thích mắt (cay mắt, chảy nước mắt); kích thích hệ hô hấp (cay mũi, chảy nước mũi, ho, hắt hơi...); kích thích hệ tiêu hoá (buồn nôn...); kích ứng da (ngứa, phát ban...) và một số các triệu chứng cụ thể khác.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ các đối tượng có biểu hiện mắc triệu chứng bệnh lý do kích thích các hệ cơ quan của cơ thể ở nhóm có tiếp xúc với hoá chất khi làm việc đều cao hơn nhóm không tiếp xúc có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Các triệu chứng chính về mắt (cay mắt, chảy nước mắt 30,7% và 14,0%; ngứa mắt 47,0% và 26,4%; đỏ mắt 9,4% và 3,4%), về mũi (cay mũi, chảy nước mũi 30,2% và 15,8%; ngứa mũi, hắt hơi liên tục 26,6% và 16,1%), về họng (ngứa họng 52,6% và 35,7%; đau họng 55,2% và 34,1%); buồn nôn 4,2% và 1,7%; tức ngực 16,1% và 7,4%.

Tuy vậy, không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tật giữa hai nhóm đối tượng này ($p > 0,05$).

Có mối liên quan giữa cảm nhận mức độ ô nhiễm môi trường sống với các biểu hiện mắc triệu chứng bệnh lý do kích thích các hệ cơ quan của cơ thể ($p < 0,001$).

KHUYẾN NGHỊ: Các cơ quan chức năng cần có các biện pháp xử lý thích hợp đối với các nguồn ô nhiễm môi trường từ các khu công nghiệp đồng thời ngành y tế lao động cần có biện pháp bảo vệ và cải thiện sức khỏe cho cộng đồng dân cư xung quanh khu công nghiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Bích Thủy, Lê Bích Thủy, 2002 "Tình hình ô nhiễm môi trường do các hoá chất và các biện pháp xử lý ở Việt Nam", Cục môi trường, Bộ khoa học công nghệ và môi trường
2. Nguyễn Thị Hồng Tú, 2001 "Nghiên cứu tình hình quản lý, sử dụng hoá chất và sức khỏe người lao động", Cục y tế dự phòng, Bộ Y tế
3. Sở Khoa học, Công nghệ và Môi trường. Báo cáo "Chất lượng không khí hiện tại ở Hà Nội", 1998
4. Chu Hồng Vân, 2005 "Đánh giá tình hình sử dụng và ô nhiễm hoá chất tại một số nhà máy quốc phòng", Báo cáo khoa học toàn văn hội nghị quốc tế Y học lao động và vệ sinh môi trường lần thứ 2, tháng 11 năm 2005, trang 169-175
5. The Department of Health of UK. Committee on the Medical Effects of Air Pollution. Quantification of the Effects of Airpollution on Health in the United Kingdom., 1998

HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ TRUYỀN TĨNH MẠCH N-ACETYLCYSTEIN HAI GIAI ĐOẠN TRONG ĐIỀU TRỊ NGỘ ĐỘC CẤP PARACETAMOL

Trần Đức Anh², Ngô Đức Ngọc^{1,3}, Lê Đình Tùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả và các tác dụng không mong muốn của phác đồ truyền tĩnh mạch N-acetylcystein hai giai đoạn trong điều trị ngộ độc cấp paracetamol. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu trên 61 ngộ độc cấp thuốc paracetamol được điều trị truyền NAC tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai từ 01/2014 - 10/2016. Bệnh nhân nhóm can thiệp truyền NAC 200mg/kg trong 4 giờ, tiếp theo 100mg/kg trong 16 giờ và BN nhóm chứng truyền NAC 150mg/kg trong 1h, tiếp theo 50 mg/kg trong 4 giờ, sau đó 100mg/kg trong 16 giờ. **Kết quả:** các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu đều không có tử vong, không tiến triển não gan, các BN đều ra viện, không có di chứng. Thời gian nằm viện trung bình không khác biệt giữa nhóm truyền 2 giai đoạn và 3 giai đoạn. Nồng độ AST của nhóm điều trị hai giai đoạn cao nhất ở ngày thứ 3 còn ở nhóm 3 giai đoạn cao nhất ở ngày thứ 2, sau đó giảm dần về bình thường. Tác dụng không mong muốn ở nhóm hai giai đoạn chỉ gặp phản ứng dị ứng nhẹ (13,3%), ở nhóm 3 giai đoạn, 22,6% có phản ứng dị ứng và 3,2% biểu hiện phản vệ mức độ trung bình. **Kết luận:** Phác đồ truyền tĩnh mạch N-acetylcystein hai giai đoạn cho kết quả điều trị tốt ở bệnh nhân ngộ độc cấp paracetamol, tương đương phác đồ chuẩn truyền 3 giai đoạn. Phác đồ truyền 2 giai đoạn làm giảm được tỷ lệ phản ứng dị ứng, đặc biệt là phản vệ.

Từ khóa: ngộ độc paracetamol, N-acetylcystein, phác đồ 2 giai đoạn

SUMMARY

EFFECTIVENESS AND ADVERSE EFFECTS OF TWO PHASE INTRAVENOUS N-ACETYLCYSTEINE

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Trung Tâm Chống Độc Bệnh viện Bạch Mai

³Khoa Cấp cứu A9 Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Ngọc

Email: ngoducngoc@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 21.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

REGIMEN IN THE TREATMENT OF ACUTE PARACETAMOL POISONING

Objective: To evaluate the efficacy and adverse effects of two-phase intravenous N-acetylcysteine regimen (simplified standard protocol) in the treatment of acute paracetamol overdose. **Methods:** the study included 61 patients with paracetamol poisoning treated at Vietnam Poison Control Center of Bach Mai hospital from 01/2014 to 10/2016. In the intervention group, the loading dose of 200mg/kg NAC was infused in 4 hours, followed by 100mg/kg in 16 hours and in control group, 150mg/kg NAC was infused in 1 hour, followed by 50mg/kg in 4 hours, then 100 mg/kg in 16 hours. **Results:** In two groups received 2-phase and 3-phase regimens, there were no deaths, no patients progressed hepatic encephalopathy, and all patients were discharged without sequelae. The average length of hospitalization was not different between the 2 groups. AST levels of patients in intervention group was highest at the third day and in control group was in the second day, then gradually decreased to normal range. adverse effects in two-phase regimen group were only mild allergic reactions (13.3%), in 3-phase regimen group, 22.6% had allergic reactions and 3.2% of the patients developed anaphylactic reactions. **Conclusions:** two-phase intravenous N-acetylcysteine regimen had good effectiveness in acute paracetamol poisonings, that was equal to standard 3-phase protocol. Moreover, 2-phase regimen reduced the rate of allergic reactions, especially anaphylaxis.

Keywords: paracetamol poisoning, N-acetylcystein, two-phase regimen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Paracetamol là thuốc hạ sốt, giảm đau thông dụng nhất. Tuy nhiên, khi dùng quá liều paracetamol có thể gây ngộ độc, chủ yếu là gây hoại tử tế bào gan và do sử dụng rộng rãi nên ngộ độc paracetamol trở thành ngộ độc thường gặp nhất ở nhiều quốc gia cùng với tỷ lệ cao suy gan cần ghép gan và tử vong. Ở Việt Nam hiện nay có khoảng gần 200 biệt dược do đó paracetamol trở thành tác nhân gây ngộ độc cấp

thường gặp và ngày càng gia tăng, đặc biệt là các bệnh nhân uống số lượng lớn với mục đích tự tử.

Trong điều trị ngộ độc cấp paracetamol, N-acetylcystein là thuốc giải độc hiệu quả nhất và nếu được dùng sớm có tác dụng ngăn ngừa tiến triển tổn thương gan do ngộ độc. Hiệu quả điều trị ngộ độc paracetamol bằng N-acetylcystein trên tình mạch phác đồ chuẩn ba giai đoạn đã được chứng minh trong nghiên cứu trước đây tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai, tuy nhiên tỷ lệ tác dụng không mong muốn chủ yếu là phản ứng dạng phản vệ cũng khá thường gặp [1]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng đều cho thấy tỷ lệ tác dụng không mong muốn khá cao này chủ yếu xảy ra sớm liên quan đến truyền liều tấn công [2,3]. Gần đây một số tác giả đã đề xuất phác đồ truyền hai giai đoạn (phác đồ chuẩn giản hóa) thay thế cho phác đồ truyền ba giai đoạn có thể giảm được tỷ lệ tác dụng không mong muốn [2]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá hiệu quả và các tác dụng không mong muốn của phác đồ truyền tĩnh mạch N-acetylcystein hai giai đoạn trong điều trị ngộ độc cấp paracetamol.

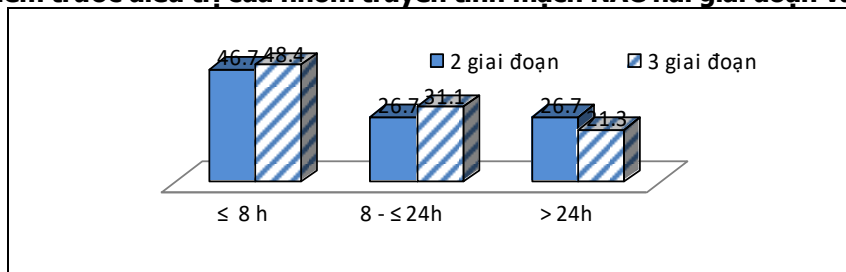
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 61 BN ngộ độc cấp thuốc paracetamol có chỉ định điều trị bằng NAC đường TM tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai trong 01/2014- 10/2016.

Tiêu chuẩn chọn BN: Uống paracetamol với liều $\geq 140\text{mg/kg}$. Biểu hiện ngộ độc trên LS sau uống paracetamol: buồn nôn, nôn, cứng mạc mắt vàng, biểu hiện suy tế bào gan, suy thận.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm trước điều trị của nhóm truyền tĩnh mạch NAC hai giai đoạn và ba giai đoạn



Biểu đồ 1. Thời gian từ khi uống paracetamol đến khi dùng NAC ở 2 nhóm

Nhận xét: Không có khác biệt về thời gian từ khi uống paracetamol đến khi được truyền NAC ở hai nhóm 2 giai đoạn (n=30) và 3 giai đoạn (n=31) (p: 0,553).

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng trước điều trị giữa nhóm truyền NAC 2 giai đoạn và 3 giai đoạn

Phác đồ		2 giai đoạn	3 giai đoạn	p
Vào viện	Tuổi	26,8 ± 1,73	26,7 ± 1,95	0,94

Tiêu chuẩn loại trừ: Các BN có ngộ độc phối hợp với thuốc, chất độc khác. Có bệnh lý gan thận từ trước

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiền cứu

- Nhóm tiền cứu là nhóm được điều trị bằng NAC 2 giai đoạn (10/2015-10/2016)

- Nhóm hồi cứu là nhóm được điều trị bằng NAC 3 giai đoạn (1/2014 - 10/2015).

Tiến hành nghiên cứu: Tại Trung tâm Chống độc bệnh viện Bạch Mai từ 10/2015-10/2016 bệnh nhân được áp dụng phác đồ truyền tĩnh mạch NAC hai giai đoạn (liều tải 200mg/kg trong 4 giờ tiếp theo 100mg/kg trong 16 giờ) và bệnh nhân được sử dụng truyền tĩnh mạch NAC bằng phác đồ ba giai đoạn (liều nạp 150mg/kg trong 1h tiếp theo 50mg/kg trong 4 giờ, sau đó 100mg/kg trong 16 giờ) từ 1/2014-9/2015 trong điều trị ngộ độc cấp paracetamol.

- Thu thập các số liệu: giới, tuổi, nghề nghiệp, lý do vào viện, hoàn cảnh, nguyên nhân uống paracetamol, tổng liều uống, thời gian từ khi uống paracetamol đến khi được dùng NAC, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng theo các mốc thời gian vào viện, ngày điều trị 2, ngày điều trị 3, ngày điều trị 4, ngày điều trị 5, ngày điều trị 6, ngày điều trị 7, khi ra viện.

Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được phân tích theo phương pháp thống kê y học, trên chương trình SPSS 22.0, tính tỉ lệ %, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, so sánh trung bình bằng t test, so sánh tỉ lệ % bằng χ^2 (hoặc Fisher exact test). Chọn mức ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$

Cân nặng (kg)	54,1 ± 2,61	52,1 ± 1,57	0,63
Tổng liều paracetamol (mg)	22123 ± 2501	21959 ± 2870	0,97
Liều paracetamol theo cân nặng (mg/kg)	427,2 ± 53,2	410,2 ± 56,3	0,83
Thời gian uống đến khi xuất hiện triệu chứng (giờ)	1,6 ± 0,28	3,1 ± 0,71	0,06
Thời gian từ khi uống đến khi vào viện (giờ)	10,6 ± 2,1	9,3 ± 1,4	0,60

Nhận xét: Hai nhóm BN không có sự khác biệt về các chỉ số lâm sàng trước điều trị.

3.2. Hiệu quả điều trị truyền NAC phác đồ 2 giai đoạn và 3 giai đoạn: Kết quả điều trị tất cả các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có bệnh nhân tử vong, không có BN tiến triển não gan, các BN đều ra viện, không có di chứng.

Bảng 2. Thời gian nằm viện ở các nhóm BN có độ nặng khác nhau được điều trị theo 2 phác đồ

Phác đồ	2 giai đoạn		3 giai đoạn		P
	n	TB ± ĐLC	n	TB ± ĐLC	
Ngày ĐTTB					
Ngày điều trị	30	3,2 ± 0,51	31	2,6 ± 0,48	0,62
Dùng NAC sau uống paracetamol ≤ 8h	14	1,7 ± 0,29	11	1,4 ± 0,28	0,26
Dùng NAC từ 8h - 24 h sau uống paracetamol	7	3,2 ± 1,01	15	2,6 ± 0,72	0,62
Dùng NAC >24h sau uống paracetamol	9	5,4 ± 1,12	5	4,8 ± 1,83	0,75
BN có PSS độ 0 khi vào viện*	11	2,5 ± 0,71	11	1,5 ± 0,25	0,24
BN PSS độ 1 lúc vào viện	13	2,2 ± 0,44	17	2,7 ± 0,67	0,59
BN PSS độ 2 lúc vào viện	4	6,8 ± 1,37	2	7,5 ± 3,50	0,81
BN PSS độ 3 lúc vào viện	2	11,5 ± 0,5	1	13	0,22

Nhận xét: Không có sự khác biệt về ngày điều trị trung bình ở nhóm bệnh nhân có độ nặng khác nhau và được truyền NAC ở các thời điểm khác nhau.

Bảng 3. Thời gian điều trị giữa NAC dùng theo phác đồ 2 giai đoạn và 3 giai đoạn

Phác đồ	2 giai đoạn		3 giai đoạn		P
	n	TB ± ĐLC	n	TB ± ĐLC	
Ngày ĐTTB					
BN có nồng độ paracetamol trên đường điều trị	19	2,3 ± 0,48	22	2,0 ± 0,51	0,61
BN có nồng độ paracetamol dưới đường điều trị	6	3,8 ± 1,04	5	5,0 ± 1,6	0,55
BN đến muộn >24h	5	5,8 ± 1,7	4	3,0 ± 0,4	0,19
BN có tăng AST	11	5,7 ± 0,95	7	5,8 ± 1,53	0,94
BN có tăng ALT	8	7,1 ± 0,79	6	6,3 ± 1,73	0,79

Không có sự khác biệt về ngày điều trị trung bình ở nhóm bệnh nhân được dùng theo phác đồ 2 giai đoạn hay 3 giai đoạn ở nhóm BN uống liều paracetamol khác nhau hoặc đã có tổn thương gan khi vào viện.

Tỷ lệ bệnh nhân tăng AST, ALT: Nhóm 2 giai đoạn có 36,7% (11/30) bệnh nhân có tăng AST và 26,7% (8/30) bệnh nhân có tăng ALT. Nhóm 3 giai đoạn có 22,6% (7/31) BN tăng AST và 19,4% (6/31) BN tăng ALT tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với (p) lần lượt là p=0,228 và p=0,498

Bảng 4. Diễn biến AST ở các bệnh nhân có tổn thương gan ở hai nhóm điều trị

Phác đồ	2 giai đoạn		3 giai đoạn		P
	n	TB ± ĐLC	n	TB ± ĐLC	
Ngày điều trị					
AST vào viện	11	270,7 ± 112,6	7	289,6 ± 200,8	0,82
AST ngày 2	9	314,9 ± 131,5	6	3230,5 ± 1227,0	0,004
AST ngày 3	9	1135 ± 889	6	1836 ± 1170	0,90
AST ngày 4	8	561,9 ± 308,6	4	1567,3 ± 951,9	0,39
AST ngày 5	7	315,5 ± 118,3	3	767,3 ± 338,6	0,73
AST ngày 6	4	273,7 ± 147,4	3	280 ± 124,1	0,72
AST ngày 7	3	239,6 ± 152,7	2	241,5 ± 139,5	
AST ra viện	11	35,9 ± 6,3	7	32,9 ± 6,1	0,75

Nhận xét: Nồng độ AST của nhóm điều trị hai giai đoạn cao nhất ở ngày thứ 2 điều trị còn ở nhóm 3 giai đoạn cao nhất ở ngày thứ 1 và giảm dần theo các ngày điều trị sau đó, nồng độ AST ở hai nhóm đều trở về bình thường lúc ra viện. Nồng độ AST ở nhóm ba giai đoạn có vẻ cao hơn ở nhóm hai giai đoạn tuy nhiên chỉ có nồng độ AST ở ngày thứ nhất với (p=0,046; CI=95%) ở hai nhóm là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê các mốc thời gian còn lại sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với (p > 0,05; CI=95%),

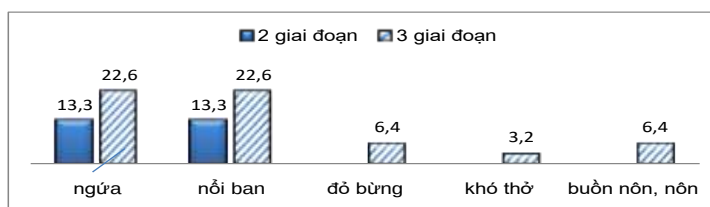
Bảng 5. Diễn biến bilirubin toàn phần, trực tiếp (Biltp, Bitt) ở hai nhóm điều trị

Phác đồ Ngày điều trị		2 giai đoạn		3 giai đoạn		P
		n	TB ± ĐLC	n	TB ± ĐLC	
Vào viện	Biltp	30	14,0±1,31	31	14,9±1,25	0,647
	Bitt	30	3,8±0,60	31	4,0±0,50	0,734
Ngày 2	Biltp	13	12,6±1,32	8	11,3±1,62	0,544
	Bitt	13	4,1±0,67	8	4,6±0,92	0,654
Ngày 3	Biltp	9	15,8±2,0	4	11,4±2,59	0,226
	Bitt	9	5,3±1,40	4	4,1±1,15	0,584
Ngày 4	Biltp	8	15,1±1,7	4	15,3±3,38	0,961
	Bitt	8	4,4±1,11	4	4,2±0,91	0,635
Ngày 5	Biltp	6	13,1±1,88	1	15,3	
	Bitt	6	6,2±1,87	1	5,24	
Ngày 6	Biltp	2	13,8±2,20	1	16,9	
	Bitt	2	6,45±3,5	1	4,1	
Ra viện	Biltp	29	15,4±4,88	27	12,6±3,67	0,423
	Bitt	29	3,2±0,57	27	3,0±0,45	0,785

Nhận xét: Bilirubin toàn phần, và trực tiếp ở hai nhóm không có sự khác biệt qua các ngày điều trị với ($p>0,05$).

Diễn biến xét nghiệm đông máu ở nhóm bệnh nhân có INR >2 ở hai nhóm bệnh nhân: Ở hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 1 bệnh nhân ở nhóm 2 giai đoạn và 2 bệnh nhân ở nhóm 3 giai đoạn có INR >2. Bệnh nhân ở nhóm hai giai đoạn tăng cao nhất ở ngày điều trị thứ 3 (INR= 3,2) sau đó giảm dần và trở về mức bình thường. Ở nhóm 3 giai đoạn 2 bệnh nhân tăng cao nhất ở ngày điều trị thứ 2 (INR 2,73 và 2,15) sau đó giảm dần trở về mức bình thường.

3.3. So sánh tác dụng không mong muốn của phác đồ truyền NAC 2 giai đoạn và 3 giai đoạn



Biểu đồ 2. Tác dụng không mong muốn của hai phác đồ truyền TM NAC

Nhận xét: Phác đồ truyền NAC 2 giai đoạn có tỷ lệ tác dụng không mong muốn xu hướng thấp hơn phác đồ 3 giai đoạn (tuy nhiên, kiểm định Fisher $p>0,05$). Trong 11 BN bị dị ứng với NAC ở nhóm 3 giai đoạn có 4 BN nồng độ paracetamol dưới ngưỡng và 2 BN trên ngưỡng điều trị, ở nhóm 2 giai đoạn có 2 BN nồng độ paracetamol nằm phía dưới đường điều trị trên biểu đồ Rumack-Matthew.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân ngộ độc paracetamol trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều ở bệnh nhân nữ, trong độ tuổi lao động, và chủ yếu nguyên nhân do tự tử. Trong hai nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm bệnh nhân đến viện sớm thời gian từ khi uống đến khi sử dụng NAC dưới 8 giờ và bệnh nhân khi vào viện chủ yếu không triệu chứng hoặc ở mức độ nhẹ theo phân độ của PSS. Bệnh nhân có nồng độ paracetamol nằm dưới đường điều trị so với biểu đồ Rumack-Matthew chiếm đa số.

Hai nhóm bệnh nhân không có sự khác biệt về các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng trước

điều trị như: tuổi, giới, tổng lượng paracetamol, hay lượng paracetamol/kg ở hai nhóm, tỷ lệ các bệnh nhân có tăng men gan giữa hai nhóm sự khác biệt đều không có ý nghĩa thống kê. Do đó đặc điểm đầu vào của 2 nhóm BN được điều trị theo 2 phác đồ là tương đồng.

Kết quả điều trị tất cả các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu không có bệnh nhân tử vong, không có BN tiến triển não gan, các BN đều ra viện, không có di chứng, ngày điều trị trung bình theo một số tiêu chí như độ nặng, thời gian vào viện... ở hai nhóm là như nhau. Theo nhiều tác giả trên thế giới và Việt Nam, hiệu quả điều trị đều đạt được dù điều trị NAC đường uống hay

một số phác đồ truyền tĩnh mạch [4,5,6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy NAC có hiệu quả tốt khi dùng theo phác đồ chuẩn 3 giai đoạn hay phác đồ giản hóa 2 giai đoạn.

Tỷ lệ tác dụng không mong muốn ở hai nhóm của chúng tôi lần lượt là: ở nhóm hai giai đoạn, 13,3 % (4/30BN) phản ứng dị ứng nhẹ, ở nhóm 3 giai đoạn, 22,6% (7/31BN) xuất hiện phản ứng dị ứng và có 3,2% biểu hiện phản vệ ở mức độ trung bình. Mặc dù tỷ lệ phản ứng dị ứng, đặc biệt là biểu hiện phản vệ xu hướng giảm rõ ràng ở nhóm truyền phác đồ 2 giai đoạn, nhưng do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn khiêm tốn để đánh giá tác dụng không mong muốn nên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ tác dụng không mong muốn trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao so với nghiên cứu của Mant hay Kerr (phản ứng phản vệ 3 - 6%), tuy nhiên thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Lynch (phản ứng phản vệ 48%). Khi truyền theo phác đồ 2 giai đoạn, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ phản ứng dị ứng cao hơn so với nghiên cứu của Andis Graudin. Theo nghiên cứu này ở Úc, phác đồ 2 giai đoạn có 4,0% bệnh nhân xuất hiện phản ứng phản vệ còn nhóm 3 giai đoạn có 10,4% bệnh nhân có phản ứng phản vệ [2]. Chúng tôi nhận thấy trong các bệnh nhân dị ứng với NAC ở nhóm truyền NAC 3 giai đoạn có phần nhiều bệnh nhân xét nghiệm nồng độ paracetamol dưới ngưỡng điều trị, điều này tương tự kết quả của các nghiên cứu trước nhận thấy nếu BN quá liều paracetamol có nồng độ paracetamol dưới ngưỡng điều trị lại gia tăng tỷ lệ phản vệ [7].

IV. KẾT LUẬN

Phác đồ truyền tĩnh mạch N-acetylcystein hai giai đoạn (phác đồ chuẩn giản hóa: liều tải 200mg/kg trong 4 giờ, tiếp theo 100mg/kg trong 16 giờ) cho kết quả điều trị tốt ở bệnh nhân ngộ độc cấp paracetamol, tương đương phác đồ chuẩn truyền 3 giai đoạn. Phác đồ truyền NAC 2 giai đoạn làm giảm được tỷ lệ phản ứng dị ứng, đặc biệt là phản vệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Trần Hưng, Lê Xuân Hiếu, Ngô Đức Hùng (2015). Hiệu quả điều trị ngộ độc cấp paracetamol bằng N-acetylcystein đường tĩnh mạch. *Tạp chí Y học Việt nam*, 437 (1), 62 - 68.
2. Graudins A, Harper A (2015). Comparison of adverse drug reaction rates using a two-bag to a standard three-bag intravenous acetylcysteine regimen for paracetamol poisoning. *Clin Toxicol*, 53: 249.
3. Chiew AL, et al (2016). Evidence for the changing regimens of acetylcysteine. *Br J Clin Pharmacol*, 81(3), 471-81.
4. Kerr F, Dawson A, Whyte I.M và cộng sự (2005). The Australasian Clinical Toxicology Investigators Collaboration randomized trial of different loading infusion rates of N-acetylcysteine. *Ann Emerg Med*, 45 (4), 402-408.
5. Lynch RM, Robertson R (2004). Anaphylactoid reactions to intravenous N-acetylcysteine: a prospective case controlled study. *Accid Emerg Nurs*, 12 (1), 10-15.
6. Pakravan N et al (2008). Risk factors and mechanisms of anaphylactoid reactions to acetylcysteine in acetaminophen overdose. *Clin Toxicol*, 46(8), 697-702.
7. Waring WS, Stephen AF, Robinson OD (2008). Lower incidence of anaphylactoid reactions to N-acetylcysteine in patients with high acetaminophen concentrations after overdose. *Clin Toxicol*, (46), 496-500.

NHỮNG ĐẶC THÙ CỦA CHẤN THƯƠNG XUYÊN THủng NHÃN CẦU KHÔNG CÓ DỊ VẬT NỘI NHÃN

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu những nét đặc thù của chấn thương xuyên nhãn cầu và đánh giá khả năng hồi phục sau điều trị. **Phương pháp:** Mô tả tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng tất cả mắt chấn thương xuyên thủng nhãn cầu không có dị vật nội

nhãn (CTXTNC không có DVNN) trong 12 tháng từ tháng 07/2009- tháng 06/2010. **Kết quả:** Thu thập được 551 mắt của 546 bệnh nhân, tỷ lệ nam/nữ là 4,3:1. Tỷ lệ bảo tồn được nhãn cầu là 96%. Thị lực ra viện dưới ĐNT 3m là 64,6% trong đó thị lực ST (-) là 10,1%. Tuy nhiên so với lúc vào viện thì thị lực 1/10- <3/10 tăng từ 5,9% lên 13,2%; thị lực >6/10 tăng từ 2% lên 9,3% sau điều trị. Khả năng hồi phục thị lực phụ thuộc vào: vị trí vết xuyên thủng, mức độ tổn thương các cơ quan nội nhãn, đến sớm hay muộn. **Kết luận:** VTXNC không DVNN là bệnh cảnh thường gặp, gây nhiều tổn thương phối hợp, để lại nhiều biến chứng với tỷ lệ mù lòa cao. Vì vậy cần phải sớm khám phát hiện, điều trị kịp thời vết thương xuyên và xử lý các biến chứng của nó.

*Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2017

Ngày duyệt bài: 28.4.2017

Từ khóa: chấn thương xuyên nhãn cầu, dị vật nội nhãn

SUMMARY

SPECIFIC CHARACTERISTICS OF THE EYEBALL PENETRATING INJURY WITHOUT FOREIGN BODIES

Purpose: To evaluate specific characteristics of penetrating trauma and restored ability followed by managements. **Method:** Prospective description, clinical trial, non control. This was launched on all the injured eyeball without foreign body during the time of 12 months, from Jul. 2009 to Jun. 2010. **Results:** There were 551 eyes of 546 patients, the ratio of male: female equals 4.3:1. The rate of eyeball form maintainance was 96%. Postoperative visual acuity (VA) below 3 meters were 64.6% in which visual acuity of negative light perception (NLP) were 10.1%. However, compare to preoperation, VA of 1/10-<3/10 increased from 5.9% up to 13.2%; VA of >6/10 increased from 2.0% up to 9.3%. The restored ability of VA depends on the location of eyeball perforation, situation of intraocular lesions, duration of the injury. **Conclusion:** The eyeball penetration without foreign bodies are common clinical field, it may create many combined injuries with high risk of blindness. Therefore, it is very important that soon detection, on time treatment and its complicated management.

Keywords: Eyeball penetrating injury, intraocular foreign body.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những cấp cứu nguy hiểm nhất là chấn thương xuyên thủng nhãn cầu (CTXTNC), và không có trường hợp nào giống trường hợp nào. Vết thương xuyên khác nhau về nguyên nhân, hướng đi của vật gây xuyên thủng, lý tính và hóa tính của tác nhân gây xuyên thủng, độ rộng và vị trí vết thương. Vì vậy CTXTNC rất phức tạp. Ngoài ra tiên lượng khác nhau còn do sơ cứu ban đầu và thời gian trước khi vào viện hoặc tuổi và thể trạng bệnh nhân cũng như các tổn thương phối hợp khác.

Ngày nay sinh hoạt xã hội đa dạng, lưu lượng giao thông tăng lên, mật độ phương tiện tham gia giao thông nhiều thêm đáng kể làm cho số lượng chấn thương càng nhiều. Đây là nhóm bệnh gặp thường ngày trong phiên trực và chiếm tỷ lệ phẫu thuật cấp cứu cao nhất, khoảng 80%.

Tuy đa dạng nhưng CTXTNC có hai nhóm khác nhau là có dị vật nội nhãn và không có dị

vật nội nhãn. Hiện nay có ít tài liệu nêu rõ các đặc thù trong nhóm CTXTNC không có dị vật nội nhãn (DVNN) nên sự phân loại còn gặp nhiều khó khăn, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hệ thống hóa các đặc thù của CTXTNC không có DVNN và qua đó hình thành các tiên lượng phù hợp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa: Tất cả bệnh nhân chấn thương xuyên thủng nhãn cầu mà không có dị vật nội nhãn vào Bệnh viện Mắt Đà Nẵng trong 12 tháng, từ tháng 07/2009- tháng 06/2010, không phân biệt tuổi và giới.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các chấn thương không gây xuyên thủng võ nhãn cầu.

- Các chấn thương đơn thuần tại các bộ phận phụ thuộc.

- Được chuyển tiếp ngay đến Bệnh viện đa khoa thành phố do các tổn thương nặng phối hợp (não, hàm mặt, đa thương tích....)

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2.1. Tiêu chuẩn đánh giá các đặc thù

- Nguyên nhân

- Vị trí vết thương

- Các tổn thương ngoại nhãn kèm theo

- Các tổn thương ở cơ quan nội nhãn.

- Tình hình sơ cấp cứu tại tuyến dưới.

- Thời gian từ lúc chấn thương đến lúc vào viện.

- Thị lực lúc vào viện và lúc xuất viện.

2.2.2. Đạo đức trong nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y đức trong nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phương pháp thống kê y học và phần mềm thống kê SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu thu thập được 551 mắt của 546 bệnh nhân trong 12 tháng, tỷ lệ nam/nữ là 4,3:1. Tất cả đều được phẫu thuật cấp cứu trong phiên trực hoặc cấp cứu tri hoãn và nội trú tại khoa Chấn thương tạo hình của Bệnh viện Mắt. Có 529 mắt được bảo tồn (96%) và 22 mắt phải khoét bỏ nhãn cầu (4%).

3.1 Nguyên nhân gây ra chấn thương

STT	Nguyên nhân	Lứa tuổi (n)				SL	Tỷ lệ
		<20	20-40	41-60	>60		
1	Tai nạn trong sinh hoạt	25	78	56	7	166	30,1%
2	Tai nạn giao thông	5	9	8	5	27	4,9%

3	Mâu thuẫn đánh nhau	2	9	3	0	14	2,5%
4	Trò chơi nguy hiểm	8	4	0	0	12	2,2%
5	Thiên tai	0	0	1	3	4	0,7%
6	Tai nạn trong lao động	10	80	177	61	328	59,5%
Tổng cộng		50	180	245	76	551	100%

Có 6 nguyên nhân chính gây ra CTXTNC trong đó nhiều nhất là tai nạn trong lao động 328 mắt chiếm 59,5% và ít nhất là thiên tai 4 mắt chiếm 0,7%.

Tuổi gặp nhiều nhất là 40-60 đặc biệt là nguyên nhân tai nạn lao động. Với nguyên nhân trò chơi nguy hiểm hầu hết là trẻ em và người trẻ <20 tuổi.

3.2. Vị trí vò nhãn cầu bị xuyên thủng

- Trung tâm giác mạc: vết thương sắc gọn và vỡ thể thủy tinh 74 mắt (13,4%) trong đó có 5 mắt do chim cò mổ, 01 mắt do đạn bi săn chim

và còn lại là tai nạn lao động vật nhọn vào giác mạc trung tâm.

- Giác mạc ngoài vùng quang học: 136 mắt (24,7%).

- Giác mạc cả chu biên và trung tâm: 115 mắt (20,8%)

- Giác mạc có xuyên qua khỏi rìa vào củng mạc: 145 (26,3%)

- Củng mạc: 81 mắt (14,7%)

Nhận xét: Xuyên thủng liên quan đến giác mạc nhiều hơn củng mạc, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.3. Các tổn thương ngoại nhãn kèm theo

STT	Tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ
1	Rách bờ mí không hoàn toàn	54	9,8%
2	Rách mí toàn bộ sụp mí trên	37	6,7%
3	Rách mí toàn bộ sụp mí dưới	137	24,9%
4	Đứt cơ ngoại vận nhãn	14	2,5%
5	Gãy xương hốc mắt	15	2,7%
6	Đứt lệ quản	53	9,6%
7	Thị thần kinh	4	0,7%
8	Tổn thương ngoại nhãn khác	5	0,9%
Tổng cộng		319/551	57,8%

Có 57,8% kèm theo các tổn thương cơ quan ngoại nhãn, trong đó chủ yếu là mí mắt dưới 137 mắt (24,9%), mí trên ít bị tổn thương hơn mắt dưới (6,7%). Tỷ lệ đứt lệ quản khá cao (9,6%).

3.4. Các tổn thương ở cơ quan nội nhãn theo vị trí vết thương

STT	Vị trí	Tổn thương nội nhãn (n)				SL	Tỷ lệ
		XHTP	Mống mắt	TTT	Dịch kính		
1	Trung tâm giác mạc	20	4	70	8	74	13,4%
2	Giác mạc ngoài vùng quang học	85	97	50	11	136	24,7%
3	Giác mạc cả chu biên và trung tâm	43	63	34	83	115	20,8%
4	Giác mạc có xuyên qua khỏi rìa vào củng mạc	98	101	65	114	145	26,3%
5	Củng mạc	11	12	16	80	81	14,7%
Tổng cộng		257	277	235	216	551	100%
		985					

(Ghi chú: XHTP = xuất huyết tiền phòng, TTT = thể thủy tinh)

- Tổn thương nội nhãn hầu hết phối nhiều cơ quan nên tổng số tổn thương tăng cao hơn tổng số mắt.

- Vị trí trung tâm giác mạc: 70/74 (94,6%) mắt có vỡ TTT, vết thương qua rìa có đến 114/145 (78,6%) mắt tổn thương dịch kính. Còn vết thương xuyên củng mạc thì gần như 100% xuyên vào buồng dịch kính.

Vậy các tổn thương nội nhãn liên quan mật thiết đến vị trí vết xuyên thủng, bộ phận nào

nằm cạnh vết xuyên là dễ bị tổn thương nhất. Trung bình có $985:511 = 1,9$ tổn thương trên một mắt chấn thương xuyên thủng.

3.5. Tình trạng sơ cấp cứu trước khi vào viện

3.5.1. Thời gian trước khi vào viện: Trước 6 giờ: 164 mắt (29,8%), sau 6 giờ: 387 mắt (70,2%)

3.5.2. Tình trạng sơ cấp cứu ban đầu:

Đúng: 186 mắt (33,7%); không đúng: 220 (39,9%); không sơ cứu: 145 (26,4%).

3.6. Tình trạng thị lực

STT	Thị lực	Vào viện		Ra viện	
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
1	ST(-)	50	9,1%	56	10,1%
2	ST(+)- ĐNT < 1m	330	59,9%	229	41,6%
3	ĐNT 1m-ĐNT < 3m	47	8,5%	71	12,9%
4	ĐNT 3m - ĐNT < 1/10	16	2,9%	27	4,9%
5	1/10 - < 3/10	33	5,9%	73	13,2%
6	3/10 - < 6/10	19	3,4%	44	8,0%
7	> 6/10	11	2,0%	51	9,3%
8	Không thử được	45	8,3%	0	0,0%
	Tổng cộng	551	100%	551	100%

(Ghi chú: ST(-): sáng-tối *âm tính*; ST(+): sáng-tối *dương tính*; ĐNT: đếm ngón tay; m: mét). Số mắt có TL ST(-) tăng từ 50 mắt lên 56 mắt là do có 6 mắt "không đo được TL" khi vào viện.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Nguyên nhân gây ra chấn thương:**

Nguyên nhân xảy ra CTXTNC rất đa dạng nhưng tai nạn lao động là nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (59,5%). Lý do là trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm người lao động tự do không theo tổ chức nghiệp đoàn với kỷ cương và bảo hộ lao động không tốt. Trong khi đó nghiên cứu của Koo L. là chỉ có 30,3% là do nghiên cứu này tại thành phố công nghiệp việc lao động bằng máy móc phổ biến hơn nhiều so với lao động chân tay [4]. Điều giống nhau là xảy ra ở tuổi lao động 20-60. Tai nạn sinh hoạt là hoàn cảnh chấn thương gặp nhiều nhất trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Long (68,8%) [1], trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 30,1%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có lẽ do sự khác nhau về định nghĩa danh mục các hoạt động được gọi là "sinh hoạt". Ít nhất là do thiên tai (0,7%) và tai nạn giao thông (4,9%) vì hầu hết các tai nạn thiên tai thường dẫn đến hậu quả chết người hoặc đa thương tích, nạn nhân phải được chuyển đến các bệnh viện đa khoa chứ không vào bệnh viện chuyên khoa mắt.

4.2. Vị trí vò nhãn cầu bị xuyên thủng:

Rất nhiều vị trí xuyên thủng NC, vị trí liên quan mật thiết với tiên lượng và kỹ thuật xử lý vết thương. Trung tâm giác mạc khó hồi phục thị lực nhất vì trên trục nhãn cầu, nơi dẫn truyền ánh sáng đến võng mạc. Tất cả các mắt do chim cò mổ đều rất chính xác tại trung tâm vì đồng tử màu đen, trẻ em thường gần gũi chim cò nuôi ở nhà nông dân, chim cò tưởng là ruồi vốn là thức ăn hàng ngày của cò nên mổ rất chính xác. Các vết thương ngoại vùng quang học của giác mạc là hoàn toàn ngẫu nhiên gặp trong tất cả các tai nạn, chiếm tỷ lệ cao (24,7%). Còn tổn thương vừa giác mạc vừa củng mạc thực sự là những chấn thương nặng có liên quan đến buồng dịch

kính, nghiên cứu có đến 145 mắt chiếm 26,3%. Tương đương với tác giả Nguyễn Thị Bích Lợi và Soylu M [6]. Vị trí xuyên thủng phụ thuộc vào giải phẫu, vùng nào bị lộ ra ngoài nhiều nhất sẽ bị xuyên thủng dễ dàng hơn [5].

4.3. Các tổn thương ngoại nhãn kèm theo: Cơ quan ngoại nhãn rất quan trọng trong thị giác hai mắt và thẩm mỹ. Trong nghiên cứu của chúng tôi mi dưới bị tổn thương nhiều nhất là do không được gỡ xương hốc mắt trên bảo vệ như mí trên. Hơn một nửa có tổn thương kèm cơ quan ngoại nhãn trong đó rất nhiều tổn thương phức tạp như đứt lệ quản và thị thần kinh. Các nghiên cứu ở nước ngoài ghi nhận các tổn thương phần ngoại nhãn góp phần vào kết quả điều trị như công trình của Schmidt G.W [5]. Nếu tổn thương cơ vận nhãn thì sau đó sẽ song thị và lác, chúng tôi gặp 5 mắt. Việc gãy xương hốc mắt hầu hết gây vùng yếu nhất đó là sàng hốc mắt và thành trong-trên, phẫu thuật tái tạo giải phẫu vừa khó vừa phức tạp và ít kết quả như nhận xét của tác giả Nguyễn Thị Thu Yên [4].

4.4. Các tổn thương nội nhãn theo vị trí vết thương: Hầu hết có nhiều tổn thương trên cùng một trường hợp chấn thương, có 985 tổn thương nội nhãn, trung bình có 1,9 cùng với vết thủng vỏ nhãn cầu nữa là 2,9. Vậy có khoảng 3 tổn thương cùng lúc đòi hỏi phải xử lý cấp cứu.

XHTP gặp nhiều nhất trong vết xuyên giác mạc. Tổn thương dịch kính thì gặp trong vết thương xuyên củng mạc. Điều này nói lên tổn thương cơ quan nội nhãn liên quan mật thiết với vị trí vết thương.

4.5. Tình trạng sơ cấp cứu trước khi vào viện

4.5.1. Thời gian trước khi vào viện: Trong cấp cứu xử lý vết thương ngoại khoa chúng tôi lấy mốc giờ là 6 giờ. Thực tế chỉ có 29,8% đến với bệnh viện trong vòng thời gian này, còn lại là đến trễ sau 6 giờ (70,2%), Thời gian vô cùng

quan trọng trong xử lý chấn thương, có những bệnh nhân đến rất sớm nhưng đã ăn no không thể gây mê được, phải chuyển phẫu thuật cấp cứu trì hoãn. So với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Long thì tác giả lấy mốc 24 giờ thì sau 24 giờ có 31,1% [1].

4.5.2. Tình trạng sơ cấp cứu ban đầu:

Việc sơ cứu phụ thuộc vào kiến thức chuyên khoa của chuyên khoa tuyến dưới nên chỉ có 33,7% là xử lý đúng. Có 39,9% xử lý không đúng nguyên tắc sơ cứu vết thương xuyên nhãn cầu. Tất cả phụ thuộc vào chất lượng của mạng lưới chăm sóc mắt ban đầu tại địa phương. Điều quan tâm là có đến 33,7% không sơ cứu dù có đến trạm xá hay không. Vết thương để hở khi di chuyển đoạn đường xa đến trung tâm sẽ làm cho tiền lượng nặng hơn như nhận xét của Schmidt G.W [5].

4.6. Tình trạng thị lực: Tỷ lệ ST (-) gặp ở mắt có các tổn thương rất nặng khi võng mạc hắc mạc đã mất hoàn toàn chức năng. Sở dĩ sau khi xuất viện số mù ST(-) tăng thêm mắt là do khi vào số mắt "không đo được" (do phù nề mí) họ đã bị ST(-) nhưng không phát hiện được.

Sau điều trị hầu hết TL tăng lên, đáng chú ý là TL >1/10 tăng đáng kể, đây là TL đủ cho bệnh nhân đi lại. TL >6/10 tăng từ 2,0% lên 9,3% là điều đáng khích lệ vì rất khó phục hồi chức năng thị giác cho một mắt chấn thương xuyên thủng.

Tương tự như nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước là tỷ lệ hồi phục thị lực thấp và cần theo dõi lâu dài.

V. KẾT LUẬN

VTXTNC không DVNN là bệnh cảnh rất phức

tạp, lứa tuổi lao động (20-60) chiếm 77,1%; tai nạn lao động là nhiều nhất (59,5%). Vị trí vết thương rất đa dạng nhưng phần lớn vẫn là nững nơi lộ ra bên ngoài nhiều như giác mạc, củng mạc.

Tổn thương các cơ quan nội nhãn > 2 nên việc xử lý và theo dõi rất phức tạp. Việc sơ cứu rất quan trọng nhưng chỉ khoảng 1/3 là sơ cứu đúng kỹ thuật chuyên khoa.

Mức cải thiện thị lực phụ thuộc vào vị trí tổn thương, nguyên nhân và tình trạng sơ cứu ban đầu.

Tổn thương ngoại nhãn chiếm 57,8%; nội nhãn thì trung bình có 1,9 tổn thương trên một mắt chấn thương xuyên thủng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Long (2001), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương nhãn cầu tại BV TW Huế, *Luận văn thạc sĩ y học*, Trường ĐHYD Huế.
2. Đinh Tuấn Vinh (2004), *Nhận xét tình hình vết thương xuyên nhãn cầu tại khoa Chấn thương Bệnh viện Mắt Trung ương năm 2003. Luận văn Tốt nghiệp đại học*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hn.
3. Nguyễn Thị Thu Yên (2004), Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt dịch kính trong điều trị vết thương xuyên nhãn cầu, *Luận án tiến sĩ y học*, Trường ĐHYD Hà Nội, 2004
4. Koo L., Kapadia M. K. et al. (2005), Gender differences in etiology and outcome of open globe injuries, *J Trauma*, 59, pp:175.
5. Schmidt G.W., Broman A.T., Hindman H.B, (2008), "Vision survival after open globe injury predicted by classification and regression tree analysis", *Ophthalmology*, pp115-202.
6. Soylu M., Sizmaz S., Cayli S., (2010), "Eye injury (ocular trauma) in southern Turkey: epidemiology, ocular survival, and visual outcome". *Int Ophthalmol*, 30, pp:143 - 148.

THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CỦA NGƯỜI DÂN TẠI HUYỆN BÌNH LỤC TỈNH HÀ NAM NĂM 2016

Dương Huy Lương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 385 đối tượng hộ gia đình nhằm mục tiêu Mô tả thực trạng thực hành phòng chống bệnh đái tháo đường typ 2 của người dân tại huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam năm 2016. Kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có

thói quen "ăn vừa đủ" chiếm 77,66%; 15,84% đối tượng sử dụng ≥ 2 bát rau mỗi bữa; 40,26% ĐTNC không tham gia tập bất kì loại hình thể dục nào; 1,3% đối tượng có thực hành "đạt".

Từ khóa: Thực hành, đái tháo đường typ 2, Bình Lục

SUMMARY

THE PRACTICE OF TYPE 2 DIABETES PREVENTION IN BINH LUC DISTRICT, HA NAM PROVINCE IN 2016

Cross-sectional study in 385 households aims to assess the practice of type 2 diabetes prevention in Binh Luc district, Ha Nam province in 2016. The

*Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế
Chịu trách nhiệm chính: Dương Huy Lương
Email: dr.luong.vn@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.01.2017
Ngày phản biện khoa học: 21.4.2017
Ngày duyệt bài: 26.4.2017

results showed that the percentage of people having a habit of "eating enough" was 77.66%; 15.84% of people had ≥ 2 bowls of vegetables per meal; 40.26% of people did not do any type of exercise; 1.3% of people was rated as "good" in term of practice.

Keywords: practice, type 2 diabetes, Binh Luc

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh mạn tính không lây phổ biến, đặc trưng bởi sự tăng đường máu do hậu quả của sự thiếu hụt hoặc giảm hoạt động của insulin hoặc kết hợp cả hai. Đái tháo đường có thể dẫn đến biến chứng ở nhiều bộ phận của cơ thể và làm tăng nguy cơ tử vong sớm.

Những năm đầu thế kỷ 21, các chuyên gia của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã dự báo "Thế kỷ 21 sẽ là thế kỷ của các bệnh nội tiết và rối loạn chuyển hoá, đặc biệt bệnh ĐTĐ sẽ là bệnh không lây phát triển nhanh nhất". Bệnh không lây đang gia tăng nhanh chóng ở các nước có thu nhập cao, nhưng còn nhanh hơn ở một số nước có thu nhập trung bình và thấp [1]. Xu hướng bệnh tật ở Việt Nam không nằm ngoài quy luật chung của thế giới. Việt Nam đang trong giai đoạn chuyển dịch dịch tễ học với gánh nặng của các bệnh không lây nhiễm, đặc biệt là bệnh ĐTĐ đang có xu hướng ngày càng tăng lên [2]. Năm 1990, Tạ Văn Bình nghiên cứu tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ là 1,2% và đã tăng lên 4% vào năm 2001 [3]. Điều tra của Bệnh viện Nội tiết Trung Ương cho thấy sau 10 năm (2002 – 2012) tỷ lệ mắc ĐTĐ trên toàn quốc đã tăng thêm 200% từ 2,7% lên 5,42% [4].

Do đó, nâng cao kiến thức cho người dân về phòng bệnh ĐTĐ là hết sức cần thiết và việc tìm ra những hạn chế về kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về ĐTĐ là một vấn đề quan trọng góp phần xây dựng một chiến lược truyền thông phù hợp cho từng đối tượng và từng địa phương. Trên cơ sở đó, bài viết hướng đến làm rõ thực trạng thực hành về phòng chống bệnh đái tháo đường typ 2 của người dân huyện Bình Lục, Hà Nam với mục tiêu "*Mô tả thực trạng thực hành phòng chống bệnh đái tháo đường typ 2 của người dân tại huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam năm 2016*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- *Tiêu chuẩn chọn đối tượng:*

+ Chủ hộ gia đình hoặc một người khác tại hộ gia đình có vai trò chính trong chăm sóc sức khỏe hiện đang sinh sống tại Bối Cầu và Bồ Đề huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

+ Mỗi hộ gia đình chỉ phỏng vấn 1 người

+ Có đủ sức khỏe và khả năng trả lời câu hỏi của phỏng vấn viên

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Đối tượng không đủ khả năng minh mẫn để trả lời phỏng vấn

+ Đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tháng 5/2016 đến tháng 3/2017

3. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng cho một tỷ lệ:

$$N = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \cdot q}{d^2}$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu; p = 7,6% (tỷ lệ người dân có kiến thức "đạt" về phòng bệnh ĐTĐ typ 2 dựa theo kết quả nghiên cứu của Trương Lê Văn Ngọc tại Bắc Ninh năm 2011 [5]).

1 – p: Tỷ lệ người dân có kiến thức "chưa đạt" về phòng bệnh ĐTĐ typ 2

d: mức chính xác mong muốn, chọn d = 0,027

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ ứng với độ tin cậy 95%

Thay số vào công thức trên ta có n = 370. Thực tế cỡ mẫu thu thập được là 385.

5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được quản lý bằng phần mềm Epidata và được phân tích bằng phần mềm Stata 12.0.

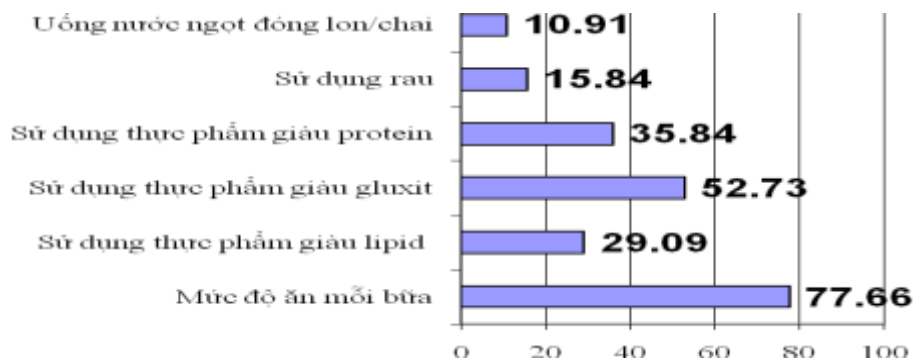
6. Đạo đức nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ sử dụng kỹ thuật phỏng vấn, quan sát để thu thập thông tin, không gây hại cả về thể chất và tinh thần của đối tượng nghiên cứu.

- Đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích đầy đủ ý nghĩa của nghiên cứu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

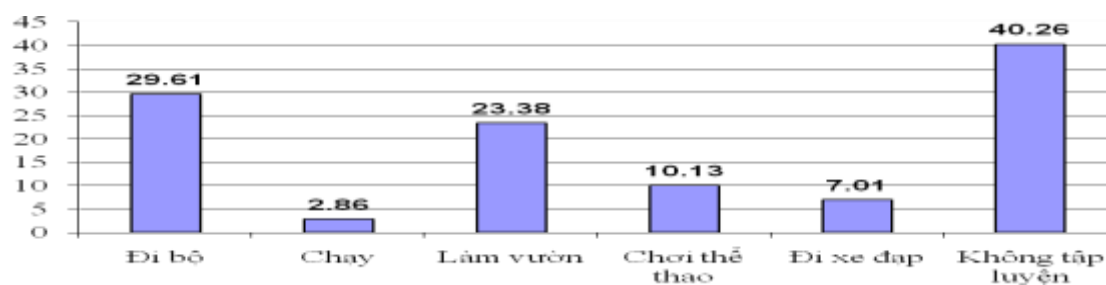
- Các thông tin thu thập chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu và đảm bảo giữ bí mật các thông tin mà đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) cung cấp.

III. KẾT QUẢ



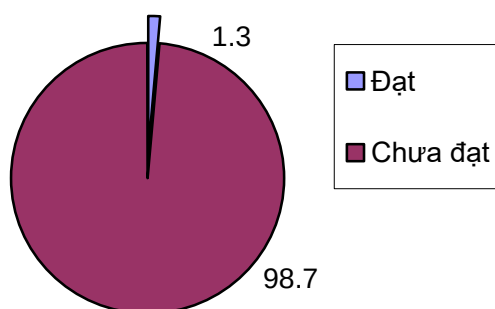
Biểu đồ 1. Chế độ dinh dưỡng của đối tượng trong 1 tuần gần nhất (n = 385)

Nhận xét: Qua biểu đồ ta thấy: Số ĐTNC có thói quen "ăn vừa đủ" chiếm tỷ lệ khá cao (77,66%). Tỷ lệ ĐTNC thường sử dụng dầu thực vật/các loại hạt có dầu là 29,09%. Tỷ lệ ĐTNC sử dụng ≥ 2 loại thực phẩm giàu glucid là 52,73%. Tỷ lệ ĐTNC sử dụng ≥ 3 loại thực phẩm giàu protein là 35,84%. Tỷ lệ ĐTNC sử dụng ≥ 2 bát rau mỗi bữa là khá thấp chỉ 15,84%. Chỉ có 10,91% ĐTNC có thói quen uống nước ngọt trong bữa ăn.



Biểu đồ 2. Chế độ luyện tập và hoạt động thể lực (n = 385)

Nhận xét: Qua biểu đồ trên ta thấy: 40,26% ĐTNC không tham gia tập bất kì loại hình thể dục nào. Loại hình thể dục ĐTNC tham gia nhiều nhất là đi bộ chiếm 29,61%, ít nhất là chạy chiếm 2,86%.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ đối tượng đạt các mức độ thực hành đối với bệnh ĐTĐ (n = 385)

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng có thực hành "đạt" rất thấp chỉ chiếm 1,3% (những người có tổng điểm $\geq 3,5$ được coi là "đạt" thực hành), 98,7% có thực hành "chưa đạt" về bệnh ĐTĐ.

IV. BÀN LUẬN

Chế độ dinh dưỡng: Kết quả nghiên cứu cho thấy, 77,65% ĐTNC có thói quen ăn vừa đủ mỗi bữa. Đây là thói quen tốt được các nhà khoa học khuyến cáo. Chế độ ăn vừa đủ giúp duy trì được

lượng đường huyết phù hợp, không gây tăng đường huyết quá cao sau mỗi bữa ăn và không gây hạ đường huyết lúc xa bữa ăn.

Đối với việc sử dụng các loại thực phẩm nhiều mỡ (lipid), 29,09% ĐTNC có thói quen tốt khi

thường sử dụng dầu thực vật và các loại hạt có dầu trong bữa ăn, phần lớn các ĐTNC vẫn còn sử dụng mỡ động vật và đồ chiên rán. Theo Trần Minh Long, những người thường xuyên ăn chất béo có tỷ lệ mắc ĐTD typ 2 cao gấp 1,46 lần những người không có thói quen này [6]. Chế độ ăn nhiều chất béo bão hòa có thể làm tăng cholesterol máu, béo phì và là yếu tố nguy cơ dẫn tới ĐTD typ 2.

Tỷ lệ người dân sử dụng đa dạng các loại thực phẩm giàu protein trong bữa ăn vẫn còn thấp (35,84%). Các loại thực phẩm giàu protein thường được sử dụng là cá, hải sản, đậu và các chế phẩm từ đậu. Đây là thói quen tốt cần được duy trì bởi theo các nhà khoa học, hàm lượng protein trong thịt gia cầm, thủy hải sản tương đối cao, giàu chất béo không bão hòa (chất béo có lợi cho cơ thể) và hàm lượng cholesterol tương đối thấp.

Chế độ luyện tập và hoạt động thể lực: Nghiên cứu của Vũ Nguyên Lam cho thấy nguy cơ mắc ĐTD ở nhóm không tập thể dục cao hơn nhóm tập đủ thời gian và đều đặn là 3,2 lần [7]. Theo Trần Minh Long, những người ít hoạt động thể lực có tỷ lệ mắc ĐTD typ 2 cao hơn 1,46 lần những người thường xuyên hoạt động thể lực [6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 38,8% ĐTNC không tham gia tập luyện các loại hình thể dục.

Trong các loại hình thể dục, loại hình "đi bộ" chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,61%, các loại hình như chạy, chơi thể thao, đi xe đạp chiếm tỷ lệ thấp, lần lượt là 2,86%; 10,13%, 7,01%. Có tới 40,26% các ĐTNC không tham gia luyện tập thể dục. Có thể thấy, kết quả này là phù hợp với địa điểm nghiên cứu là các xã ở nông thôn với cơ sở vật chất cho thể dục thể thao như phòng tập thể hình, aerobic hay sân chơi bóng chuyền, cầu lông... còn chưa phát triển nhiều, người dân lựa chọn những hình thức tập luyện đơn giản hoặc không tập thể dục vì thấy các loại hình không phù hợp với bản thân mình.

Trên cơ sở chấm điểm đánh giá thực hành cho thấy tỷ lệ ĐTNC có thực hành "đạt" rất thấp là 1,3. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiểu biết của người dân còn thấp. Từ đó, các phương tiện truyền thông cần phải hoạt động mạnh mẽ hơn nữa để người dân dễ dàng tiếp cận hơn với các thông tin. Một số vấn đề đáng quan tâm trong chế độ ăn uống của người dân mà các cán bộ y

tế cần nắm được để có phương pháp và hình thức truyền thông phù hợp về chế độ ăn uống như: tỷ lệ sử dụng đa dạng các loại thực phẩm chưa cao, tỷ lệ người dân ăn nhiều rau mỗi bữa thấp, tỷ lệ sử dụng dầu thực vật thấp. Cán bộ y tế nên đưa ra các giải pháp truyền thông hợp lý để người dân có thể nắm được các thông tin bổ ích và áp dụng vào cuộc sống hàng ngày.

V. KẾT LUẬN

Thực hành của người dân về phòng bệnh đái tháo đường còn chưa tốt:

- + Tỷ lệ người dân có thực hành "đạt" thấp, chiếm 1,3%.
- + Tỷ lệ người dân sử dụng đa dạng các thực phẩm giàu glucid và thực phẩm giàu protein còn thấp.
- + Tỷ lệ người dân có thói quen ăn rau tốt (≥ 2 bát) còn thấp.

Vì vậy, ngành y tế và chính quyền địa phương cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe cho người dân về phòng chống bệnh đái tháo đường để nâng cao hiểu biết, từ đó nâng cao tỷ lệ thực hành đúng về phòng chống đái tháo đường của người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hanson MA and Gluckman PD**, *Developmental origins of health and disease - Global public health implications*. Best Practice and Research Clinical Obstetrics Gynaecology. 2015.
2. **Narain, et al.**, *Non-communicable diseases in the South-East Asia region: burden, strategies and opportunities*. The national medical journal of India, 2011. 24 (5): p. 280-287.
3. **Tạ Văn Bình**, *Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam, các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng*. 2006 Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.
4. **Nguyễn Vinh Quang and Lê Phong**, *Báo cáo kết quả sơ bộ hoạt động điều tra lập bản đồ dịch tễ học bệnh đái tháo đường toàn quốc năm 2012*. 2013, Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia hoạt động phòng chống các rối loạn thiếu i ốt. p. 1-29.
5. **Trương Lê Văn Ngọc**, *Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng bệnh đái tháo đường của người dân từ 26-64 tuổi tại xã Yên Bảo, huyện Yên Du, tỉnh Bắc Ninh năm 2011*. 2011, Trường Đại học y tế công cộng.
6. **Trần Minh Long**, *Mô tả một số yếu tố liên quan đái tháo đường typ 2 và tiền đái tháo đường ở nhóm tuổi từ 30-69 tại tỉnh Nghệ An năm 2010*. 2011, Đại học Y Hà Nội.
7. **Vũ Nguyên Lam and Nguyễn Văn Hoàn**, *Điều tra dịch tễ học bệnh đái tháo đường tại thành phố Vinh năm 2002*. 2002.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 454 - THÁNG 5 - SỐ 2 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - MAY - 2017

- | | | |
|----|--|----|
| 1 | Hiệu quả giảm áp lực nội sọ sau phẫu thuật mở sọ giảm áp ở bệnh nhân chấn thương sọ não nặng
Effectiveness decompression after decompressive craniectomy in patients with severe traumatic brain injury | 1 |
| | Nguyễn Đình Hưng, Nguyễn Công Tô
Vũ Văn Hòe, Nguyễn Văn Hưng | |
| 2 | Kết quả trồng lại bộ phận đứt rời vùng đầu mặt bằng kỹ thuật vi phẫu tại Bệnh viện Việt Đức
Microsurgical replantation of the amputated scalp and facial organs in Vietduc Hospital | 4 |
| | Đào Văn Giang, Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Tài Sơn | |
| 3 | Nhận xét đặc điểm hình thái ngoài răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên
Comments morphological maxillary first premolar | 8 |
| | Ngô Thị Hương Lan, Nguyễn Thế Hạnh, Đoàn Trung Hiếu | |
| 4 | Thực trạng kiến thức về ung thư vú và tự khám vú của phụ nữ trong độ tuổi từ 20 - 59 tuổi tại xã Ngọc Liên - Cẩm Giàng - Hải Dương
Knowledge of breast cancer and breast self-examination of women aged 20-59 at Ngọc Lien - Cam Giang - Hai Duong | 11 |
| | Nguyễn Thị Hằng, Lê Thanh Tùng | |
| 5 | Kết quả điều trị rối loạn trầm cảm bằng Fluoxetine kết hợp với thuốc chống động kinh ở bệnh nhân động kinh cơn lớn (cơn co cứng - co giật)
Results of treatment of depressive disorder with Fluoxetine combined with antiepileptic drugs in patients with generalized tonic-clonic seizures | 15 |
| | Đàm Đức Thắng, Bùi Quang Huy,
Ngô Ngọc Tân, Cao Tiến Đức | |
| 6 | Mô tả triệu chứng bệnh rối loạn căng cơ gấp ở các ca sĩ và đánh giá hiệu quả phương pháp luyện thanh
Characteristics of voice disorders muscle tension among singer and effective after vocal training method | 19 |
| | Phạm Thị Bích Đào, Trần Ngọc Lan | |
| 7 | Kết quả và các yếu tố tiên lượng của phẫu thuật giải ép trong chấn thương sọ não nặng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn
Outcomes and some prognostic factors after decompressive craniectomy for treatment severe traumatic brain injury at Saint Paul general Hospital. | 22 |
| | Nguyễn Đình Hưng, Nguyễn Công Tô
Vũ Văn Hòe, Nguyễn Văn Hưng | |
| 8 | Nghiên cứu trên thực nghiệm đặc điểm hệ thống ống tủy răng hàm nhỏ thứ nhất hàm trên
Study on experiments the morphological characteristics of root canal system of the maxillary first premolars | 25 |
| | Ngô Thị Hương Lan, Nguyễn Thế Hạnh,
Đương Thị Phương Linh | |
| 9 | Kết quả trồng lại da đầu đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2005 đến năm 2016
Microsurgical replantation of the scalp avulsion in Vietduc Hospital from 2005 to 2016 | 28 |
| | Đào Văn Giang, Nguyễn Hồng Hà, Nguyễn Tài Sơn | |
| 10 | Đánh giá kết quả sử dụng vật đùi trước ngoài làm mỏng bằng vi phẫu tích
Evaluation of using the microdissected thin anterolateral thigh perforator flaps | 31 |
| | Nguyễn Vũ Hoàng, Nguyễn Tài Sơn | |
| 11 | Các yếu tố ảnh hưởng đến liền vết mổ sau phẫu thuật Ferguson điều trị bệnh trĩ
Factors affecting postoperative wound instant Ferguson hemorrhoids treatment | 35 |
| | Phan Sỹ Thanh Hà, Trần Minh Đạo, Nguyễn Xuân Hùng | |

12	Kết quả sử dụng Vidato x 30CH giảm đau cho bệnh nhân ung thư giai đoạn muộn Using Vidatox 30CH to relieve pain for the advanced cancer patients	38
	Nguyễn Thị Hải Yến	
13	Tác dụng của bài thuốc “Hậu thiên lục vị” điều trị các triệu chứng mãn kinh The efficacy of “Hau thien luc vi” remedy on treating tmenopausal symptoms	42
	Thái Thị Hoàng Oanh	
14	Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân động kinh cơn lớn (thể co cứng - co giật) Studying of the some factors related to depressive disorders in patients with generalized tonic-clonic seizures	45
	Đàm Đức Thắng, Bùi Quang Huy, Ngô Ngọc Tảo, Cao Tiến Đức	
15	Nghiên cứu đặc điểm niệu động học bàng quang thần kinh tăng hoạt ở bệnh nhân chấn thương tủy sống tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2015-2016 A study on urodynamic characteristics of overactive bladder in spinal cord injured patients at Bach Mai during 2015-2016	49
	Đỗ Đào Vũ, Cao Minh Châu	
16	Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại khoa Nội Nhi Bệnh Viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh từ năm 2012 đến 2014 Research model of disease in Internal medicine Pediatrics Hospital Tra Vinh province from 2012 to 2014	53
	Phạm Thế Hiền, Dương Thuận Thiên	
17	Thực trạng nôn trớ ở trẻ dưới 12 tháng tuổi và cách xử lý của bà mẹ Current status of reflux of children less 12 months of age and treatments of mothers	55
	Cao Thị Thu Hương, Ngô Thị Thu Huyền	
18	Kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống bệnh sốt xuất huyết tại xã Đông Hòa, Thành phố Thái Bình năm 2013 Knowledge, attitude, practice of local prevention of dengue in Dong Hoa, Thai Binh City in 2013	60
	Trần Thị Khuyên, Đỗ Văn Dung, Nguyễn Văn Tiến	
19	Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu tuyến giáp đơn thuần thể nhiều nhân tại khoa phẫu thuật lồng ngực Bệnh viện TWQĐ 108 từ 6/2013 đến 11/2015 Evaluate the early results of benign non-toxic multinodular goiter thyroidectomy in thoracic surgery departement of Hospital 108 from 6/2013 to 11/ 2015.	65
	Trần Trọng Kiêm	
20	Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nhiễm khuẩn bệnh viện do Acinetobacter tại khoa Điều trị tích cực, Bệnh viện Nhi Trung ương Clinical characteristics and investigations of nesocomia caused by acinetobacter at the intensive care Unit- Vietnam National Children’s Hospital	68
	Trần Tuấn Anh, Tạ Anh Tuấn, Nguyễn Thị Diệu Thúy	
21	Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cán ngắn tại Bệnh viện Việt Đức The results of non-cemented short stem total hip replacement surgery at Viet Duc Hospital	72
	Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến	
22	Đánh giá kết quả điều trị nang nhái sàn miệng tại Khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai Evaluation of the results of ranula treatment at odontostomatology department, Bachmai Hospital	75
	Nguyễn Xuân Thực	
23	Đánh giá hiệu quả phẫu thuật đục lệch thể thủy tinh Surgical outcomes of subluxated cataract lens	79
	Nguyễn Xuân Hiệp	
24	Một số đặc điểm lâm sàng của rối loạn lo âu lan tỏa ở người trưởng thành Clinical features some of generalized anxiety disorder in adults	82
	Nguyễn Văn Dũng và cộng sự	

- 25 **Tình hình kháng và sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại Khoa Hồi sức Tích cực Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ năm 2016** 85
Situation of antibiotics used and resistance on treatment hospital – acquired infections in intensive care unit of Phu Tho General Hospital in 2016
Nguyễn Huy Ngọc
- 26 **Một số yếu tố liên quan đến định hướng học tập và việc làm sau tốt nghiệp của tân bác sỹ Trường Đại học Y Hà Nội** 91
The factors to work-study orientation of new doctors at Ha Noi Medical University
Dương Huy Lương
- 27 **Nghiên cứu niệu động học rối loạn chức năng bàng quang ở bệnh nhân tổn thương tủy sống năm 2009-2010** 94
An urodynamic study on bladder dysfunction of spinal cord injured patients in 2009-2010
Đỗ Đào Vũ
- 28 **Nghiên cứu mô hình bệnh nhi tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh trong 2 năm 2015 – 2016** 97
Research model patients Tra Vinh Obstetrical and Pediatrival Hospital in 2015 - 2016
Phạm Thế Hiền, Lê Minh Dũng
- 29 **Thực trạng nhận thức về bạo lực học đường của học sinh trường Trung học Phổ thông Lê Quý Đôn Thành phố Thái Bình năm 2014** 103
Situation of violence awareness School of high school pupils of Le Quy Don, City Thai Binh in 2014
Trần Thị Khuyên, Nguyễn Văn Tiến, Đỗ Văn Dung
- 30 **Đánh giá kết quả phẫu thuật bướu giáp thông trung thất** 106
Evaluating results of substernal goiters surgery
Trần Trọng Kiểm
- 31 **Tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường và tăng Lipid máu của phụ nữ 20-59 tuổi béo phì trung tâm tại phường Cổ Nhuế và Xuân Đình, Bắc Từ Liêm, Hà Nội** 110
History of hypertension, hyperglycemia and raised lipid in women aged 20-59 year having central obesity in Co Nhue and Xuan Dinh commune, Bac Tu Liem, Hanoi
Ngô Thị Thu Huyền, Cao Thị Thu Hương
- 32 **Thay đổi về tế bào trong máu ngoại biên ở trẻ trong cơn hen phế cấp có nhiễm Virus hợp bào hô hấp** 114
Changes in peripheral blood cells in children with asthma exacerbation infected respiratory syncytial virus
Nguyễn Thị Diệu Thúy
- 33 **Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trượt đốt sống thắt lưng l4-l5 tại Khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức** 117
Clinical features and image analysis of l4 – l5 lumbar spondylolisthesis at Spine Surgery Department – Viet Duc Hospital
Võ Văn Thanh, Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn
- 34 **Nhận xét kết quả điều trị sỏi tuyến nước bọt dưới hàm tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai** 121
Reviews of treatment results for submandibular salivary gland stones at the Department of Dentistry Bach Mai Hospital
Nguyễn Xuân Thực
- 35 **Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân tật khúc xạ điều trị Laser Excimer tại Bệnh viện Mắt Trung Ương** 125
Clinical characteristics of patients with refractive error corrected by laser excimer at Vietnam National Hospital of ophthalmology
Nguyễn Xuân Hiệp
- 36 **Nghiên cứu lâm sàng suy giảm nhận thức trên bệnh nhân tâm thần phân liệt** 128
Clinical research on cognitive impairment in patients schizophrenia
Nguyễn Văn Dũng và cộng sự
- 37 **Khảo sát cơ bản tỷ lệ tinh trùng di động thẳng và xoay quanh trục** 131
Research on the progressive and rotational swimming of human spermatozoa
Nguyễn Minh Đức, Nguyễn Thanh Tùng

38	Đánh giá khả năng phục hồi thị lực sau phẫu thuật phaco ở trẻ em Evaluation of ability of visual acuity recovery in cataract children by phaco surgery	135
	Nguyễn Quốc Đạt	
39	Kết quả nội soi cắt lọc điều trị tổn thương rách đồng thời hai sụn chêm khớp gối Results of arthroscopic partial meniscectomy in knees with meniscus tear both sides	139
	Trần Trung Dũng, Đào Xuân Thành	
40	Đo sức cản đường thở bằng kỹ thuật ngắt quãng lưu lượng và tỷ lệ phục hồi phế quản ở trẻ hen tại Bệnh viện Nhi Trung Ương Mesuring the airways resistance by interrupture technique and the ratio of bronchodilator response in asthma Children in National Hospital of Pediatrics	144
	Lê Thị Minh Hương, Lê Thị Hồng Hạnh, Nguyễn Duy Bộ, Nguyễn Thị Vân Anh	
41	Nghiên cứu biên độ điều tiết ở mắt cận thị trên người trưởng thành khỏe mạnh 19-21 tuổi Study on accomodative amplitude in myopic eye of healthy adults aged 19-21	147
	Trần Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Thu Hiền, Lê Đình Tùng	
42	Một số yếu tố liên quan tới vận chuyển không an toàn bệnh nhi cấp cứu tại Bệnh viện Nhi Trung Ương Factors related to unsafe transport for children with serious illnesses in the National Children Hospital	151
	Trương Thị Mai Hồng	
43	Kết quả kích thích buồng trứng trên bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ antagonist tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương Results of ovarian stimulation in poor response women undergone antagonist protocol at National Obstetric and Gynaecology Hospital	155
	Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Mạnh Hà	
44	Kết quả điều trị gãy kín mâm chày bằng phẫu thuật kết xương nẹp khóa với đường mổ tối thiểu tại Bệnh viện TWQĐ 108 Results of locking plate fixation of closed tibial plateau fracture using minimal invasive techniques at the Military Central Hospital 108	159
	Nguyễn Năng Giới, Nguyễn Lâm Bình và cộng sự	
45	Đồng nhiễm HBV, HCV ở bệnh nhân HIV tại bốn tỉnh biên giới Việt - Trung Human immunodeficiency virus and hepatitis C virus/hepatitis B virus coinfection in four border provinces of Vietnam and China	162
	Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Thị Hoa Hạc Văn Vinh, Nguyễn Đức Trung	
46	Đặc điểm môi hàn composite tự dán dính DYAD FLOW™ KERR trên kính hiển vi điện tử quét Characteristics of the fillings by self-adhesive composite DYAD FLOW™KERR on scanning electron microscope	166
	Phạm Thị Tuyết Nga, Phạm Thị Thu Hiền	
47	Đánh giá hiệu quả ban đầu của phương pháp đặt stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị tắc mật do ung thư Evaluate the short term results of ercp biliary stenting for patients suffering from malignant biliary obstruction	169
	Dương Minh Thắng, Đỗ Quang Út	
48	Tình trạng nhiễm độc chì và sức khỏe tâm thần của trẻ em Lead poisoning and mental health of children	173
	Nguyễn Đức Sơn, Nguyễn Thu Hà	
49	Tiêm botulinum toxin nhóm A vào cơ bàng quang điều trị một bệnh nhân tổn thương tủy sống có bàng quang thần kinh tăng hoạt Botulinum toxin type A injection into bladder to treat overactive bladder in spinal cord injured patients	177
	Đỗ Đào Vũ, Lương Tuấn Khanh	

50	Nghiên cứu tình hình tật khúc xạ mắt của người dân Thành phố Đà Nẵng Research of the situation of refractive errors of Danang City people	180
	Nguyễn Quốc Đạt	
51	Nghiên cứu điều kiện lao động và tình hình sức khỏe của công nhân giày da mỹ phong Tiểu Cần huyện Tiểu Cần Tỉnh Trà Vinh năm 2016 Research working conditions and health situation of workers of the state need My Phong shoe Tieu Can Tra Vinh province in 2016	184
	Phạm Thế Hiền, Tô Phước Vinh	
52	Nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến mật độ xương ở bệnh nhân viêm cột sống dính khớp Factors associated with bone mineral density in patients with spondyloarthropathies	188
	Đào Xuân Thành, Nguyễn Quốc Dũng	
53	Giải pháp nâng cao hiệu quả công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người Mường huyện Kim Bôi, Tỉnh Hòa Bình Efficiency solutions improve primary health care for Muong people at Kim Boi distric, Hoa Binh province	192
	Nguyễn Văn Thỏa, Nguyễn Văn Tiến, Đỗ Văn Dung, Phạm Trường Sơn	
54	Nghiên cứu biên độ điều tiết mắt chính thị ở người trưởng thành khỏe mạnh Study on accomodative amplitude in emmetropic eye of healthy adults	196
	Trần Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Thu Hiền, Lê Đình Tùng	
55	Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm đáp ứng kém với phác đồ Antagonist Clinical and subclinical characteristics of poor ovarian response women undergone gnrh Antagonist protocol	200
	Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Mạnh Hà	
56	Nghiên cứu tình hình an toàn thực phẩm tại các bếp ăn của các trường mầm non và tiểu học ở Huyện Vĩnh Linh Tỉnh Quảng Trị năm 2015 Food safety at cafeterias of kindergartens and elementary schools in Vinh Linh district, Quang Tri province 2015	204
	Nguyễn Tất Minh, Phan Thị Bích Ngọc	
57	Đánh giá kết quả phẫu thuật kết xương liên mẫu chuyển xương đùi ở người cao tuổi bằng nẹp khóa với can thiệp tối thiểu The outcomes of treatment for intertrochanteric femoral fractures in old patients using locking plates with minimally invasive surgery	208
	Nguyễn Năng Giới, Nguyễn Lâm Bình	
58	Nồng độ HSCRП huyết tương ở bệnh nhân HIV AIDS tại tỉnh Hà Giang Plasma HSCRП in human immunodeficiency virus patients in Ha Giang province	212
	Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Thị Hoa Hạc Văn Vinh, Trần Bảo Ngọc	
59	Đặc điểm lâm sàng các thể bệnh viêm khớp tự phát thiếu niên Juvenile idiopathic arthritis in children: Clinical features of different types classified by ILAR criteria	215
	Trương Thị Mai Hồng	
60	Kết quả hàn phục hồi tổn thương mô cứng cổ răng bằng Composite tự dán dính Results restored cervical lesion injury by composite self - adhesive	219
	Phạm Thị Tuyết Nga, Hoàng Thị Thu Trang, Vũ Thị Quỳnh Hà	
61	Xử trí dị vật đường tiêu hóa trên bằng nội soi ống mềm tại Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108 Removal of a foreign body from the upper gastrointestinal tract with a flexible endoscope in 108 Hospital	222
	Dương Minh Thắng, Vũ Văn Khiên	
62	Đánh giá thị lực người dân Đà Nẵng Assessment of visual acuity of the Da Nang City people	225
	Nguyễn Quốc Đạt	

- 63 **Nhận xét tác dụng không mong muốn của phác đồ huyết thanh kháng nọc rắn hổ mang bành (Naja atra, Naja kaouthia) tiêm dưới da kết hợp truyền tĩnh mạch** 228
Evaluation the adverse drug reaction of subcutaneous injection combined with intravenous infusion elapidae (Naja atra, Naja kaouthia) anti-venom serum protocol
Phạm Duệ, Ngô Đức Ngọc
- 64 **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** 233
Investigating left ventricular end systolic elastance and diastolic functional characteristics in the elderly without cardiovascular diseases
Lương Công Thức, Nguyễn Thị Vân Anh
- 65 **Đánh giá sai số khoảng cách đồng tử của kính mắt và ảnh hưởng đối với bệnh nhân có tật khúc xạ** 236
Errors of interpupillary distance of eyeglasses and it's impact on patients with refractive errors
Trần Xuân Quang, Nguyễn Đức Anh
- 66 **Tạo hình tổn khuyết vùng đầu cổ bằng vạt da - cơ thang: Nhân hai trường hợp và nhìn lại Y văn** 239
The trapezius myocutaneous flap for head and neck defect reconstruction: Two cases study and review
Trần Xuân Thạch, Đỗ Thị Ngọc Linh, Bùi Mai Anh, Nguyễn Hồng Hà
- 67 **Đặc điểm giải phẫu bệnh các khối u vùng tiểu khung được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức** 242
Histopathological features of the operated tumors in pelvic region in the Viet Duc Hospital
Lê Tư Hoàng, Lê Nhật Huy
- 68 **Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận phức tạp bằng mổ mở kết hợp nội soi mềm lấy sỏi trong mổ tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế** 246
Assessment of results of open surgery combined with flexible renalscopy in treatment of complex kidney stones at Hue University Hospital
Lê Đình Khánh, Nguyễn Nhật Minh, Lê Đình Dạm
- 69 **Giá trị tiên lượng của β hCG sau 14 ngày chuyển phôi đối với kết quả có thai trong thụ tinh ống nghiệm** 249
Predictive value of β -hCG at 14th days after embryo transferation to IVF outcome
Trần Văn Tú, Nguyễn Xuân Hợi
- 70 **Xác định độc tính cấp và đánh giá khả năng gây kích ứng da và mắt của chế phẩm chiết bằng ethylacetat từ cây Babet lùn trên động vật thực nghiệm** 253
Evaluation of acute toxicity in mice, and acute skin and eye irritation in rabbits of ethylacetate extract of mallotus nanus
Phan Thị Hoa, Phạm Thị Vân Anh, Mai Phương Thanh
- 71 **Điều tra một số triệu chứng bệnh lý của dân cư sống trong một khu công nghiệp** 257
To investigate some symptoms of people living in one industrial zone
Nguyễn Đức Sơn
- 72 **Hiệu quả của phác đồ truyền tĩnh mạch n-acetylcystein hai giai đoạn trong điều trị ngộ độc cấp Paracetamol** 261
Effectiveness and adverse effects of two phase intravenous n-acetylcysteine regimen in the treatment of acute Paracetamol poisoning
Trần Đức Anh, Ngô Đức Ngọc, Lê Đình Tùng
- 73 **Những đặc thù của chấn thương xuyên thấu nhãn cầu không có dị vật nội nhãn** 265
Specific characteristics of the eyeball penetrating injury without foreign bodies
Nguyễn Quốc Đạt
- 74 **Thực hành về phòng chống bệnh đái tháo đường typ 2 của người dân tại Huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam năm 2016** 269
The practice of type 2 diabetes prevention in Binh Luc District, Ha Nam province in 2016
Dương Huy Lương