



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 7 - SỐ 1
2017

TẬP 456

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.tonghoiylhoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VIÊM PHỔI CÓ LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUỊ NÃO

Nguyễn Thế Anh*, Vũ Đức Định**

TÓM TẮT¹

Nghiên cứu 50 trường hợp VAP ở bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy tại khoa HSTC bệnh viện Hữu Nghị trong giai đoạn 2009-2015 cho thấy: Tỷ lệ VAP là 50/108 (46.3%) trong đó VAP ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não là 21/44 (47,7%) và xuất huyết não là 29/64 (45.3%) với độ tuổi trung bình cho cả hai nhóm là $77,3 \pm 8,8$, Tính chất đờm: 98% số bệnh nhân xuất hiện đờm đục được phát hiện có VAP. Không có sự khác biệt về lâm sàng giữa hai nhóm VAP ở bệnh nhân xuất huyết não và tắc mạch não. Số ca VAP sớm là 19 (38%) so với VAP muộn là 31 (62%).

Từ khóa: Viêm phổi, thở máy, bệnh nhân đột quỵ não.

SUMMARY

VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN CRITICALLY ILL STROKE PATIENTS: CLINICAL CHARACTERISTICS

Our Study was carried on 108 artificial ventilated brain stroke patients at Hữu Nghị hospital in the time of 2009-2015. The results showed that VAP ratio patient was 50/108 (46.3%) with 21/44 (47.7%) VAP ones were in the haemorrhagic group and 29/64 (45.3%) were in the ischemic group.

Key words: Pneumonia, artificial ventilator, brain stroke patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi có liên quan đến thở máy (VAP- Ventilator Associated Pneumonia) là viêm phổi xuất hiện sau 48 giờ ở bệnh nhân (BN) thở máy qua ống nội khí quản (NKQ) hoặc ống mở khí quản (MKQ) mà không có bằng chứng viêm phổi trước đó. Theo ước tính có khoảng 8-28% số bệnh nhân thở máy bị viêm phổi và tỷ lệ tử vong từ 24-50% và có thể tới 76% trong một số trường hợp tác nhân là các vi khuẩn có nguy cơ cao [2];[4].

Bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy có nhiều yếu tố nguy cơ dẫn đến viêm phổi như tình trạng rối loạn ý thức, ho khạc kém, tuổi cao và thở máy kéo dài.... Một số nghiên cứu đã cho thấy tần suất xuất hiện VAP ở bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy vào khoảng 6,9% và tỷ lệ tử vong

trong vòng 30 ngày ở nhóm viêm phổi cao gấp 3 lần so với nhóm không viêm phổi [1],[4],[5].

Để góp phần chẩn đoán sớm và tìm biện pháp dự phòng thích hợp cho viêm phổi thở máy chúng tôi nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm phổi có liên quan đến thở máy ở bệnh nhân đột quỵ não*" với mục tiêu: *Xác định đặc điểm lâm sàng viêm phổi có liên quan đến thở máy ở bệnh nhân đột quỵ não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân đột quỵ não, phải đặt ống nội khí quản thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian 2009-2015.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- BN được chẩn đoán xác định đột quỵ não gồm: chảy máu não, nhồi máu não, chảy máu dưới nhện dựa trên triệu chứng lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não.

- Được đặt ống NKQ và thở máy > 48 giờ.

- Tuổi ≥ 18.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán viêm phổi thở máy: Chẩn đoán VPTM dựa theo bảng điểm chẩn đoán viêm phổi CPIS (Clinical pulmonary infection score) của Pugin J. năm 1991[5]. BN được chẩn đoán VPTM khi điểm viêm phổi ≥ 6 điểm sau khi thở máy trên 48 giờ.

- Có thân nhân, người đại diện hợp pháp đồng ý để bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân tuổi dưới 18.

- Bệnh nhân nhiễm khuẩn (NK) ở phổi hoặc các cơ quan khác trước khi được chẩn đoán xác định là VAP. Bệnh nhân VAP đồng thời có NK các cơ quan khác.

- Thân nhân, người đại diện hợp pháp không đồng ý để bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu tiến cứu.

- Xét nghiệm công thức máu, CRP, procalcitonin, XQ ngực, cấy đờm...: theo qui trình chuẩn hiện đang được áp dụng tại BV Hữu Nghị và trên toàn quốc.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy xét nghiệm khí máu Gem Premier 3000, Mỹ.

- Máy thở, monitor và các phương tiện theo dõi điều trị bệnh nhân.

2.4. Thu thập số liệu và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

*Bệnh viện Hữu Nghị

**Bệnh viện E Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định

Email: drvuducding@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 18/5/2017

Ngày duyệt bài: 30/5/2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của 50 bệnh nhân VAP vào nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	n	(%)
< 60 tuổi	1	2
61-70 tuổi	11	22
71-80 tuổi	15	30
> 80 tuổi	23	46
Tổng	50	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm VAP là 77,3 ± 8. Nhóm trên 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (46%).

Bảng 3.2. Phân bố theo giới

Giới	n	(%)
Nam	43	87,96
Nữ	7	12,04
Tổng	50	100

Nhận xét: Bệnh nhân VAP nam chiếm tỉ lệ lớn trong nghiên cứu 87,96%, VAP nữ: 12,04%.

Bảng 3.3. Phân bố theo thể lâm sàng đột quỵ não

Thể lâm sàng	n	%
Nhồi máu não	21	42
Chảy máu não	29	58
Tổng	50	100

Nhận xét: Tỷ lệ VAP ở bệnh nhân chảy máu não là 58% chiếm tỉ lệ cao hơn nhồi máu não là 42%.

Bảng 3.4. Phân bố theo bệnh lý kèm theo

Bệnh lý kèm theo	n	%
Đái tháo đường	12	24
Tiền sử đột quỵ	11	22
Suy tim	14	28

Nhận xét: Có ba nhóm bệnh lý kèm theo với bệnh nhân có tiền sử đột quỵ chiếm tỷ lệ cao nhất: 28%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng nhóm bệnh nhân VAP

Bảng 3.5. Triệu chứng lâm sàng hai thời điểm trước và sau VAP

Nhóm		< 48h (n=50)	> 48h (n=50)	p
Chỉ số				
Tính chất đờm	Đờm trong	49 (98,0)	1 (2,0)	< 0,05
	Đờm đục	1 (2,0)	49 (98,0)	
Nhiệt độ (°C)	36- 38,4	29 (58,0)	19 (38,0)	>0,05
	>38,4	20 (40,0)	31 (62,0)	
	<36	1 (2,0)	0 (0)	
Glasgow	≥ 9	17 (34,0)	19 (38,0)	>0,05
	< 9	33 (66,0)	31 (62,0)	
Liệt vận động	Có	39 (78,0)	32 (64,0)	>0,05
	Không	11 (22,0)	18 (36,0)	
Ran nổ	Có	22 (44,00)	18 (36,00)	>0,05
	Không	28 (56,00)	32 (64,00)	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	Cao (>140)	34 (68,0)	28 (56,0)	>0,05
	Bình thường (90-140)	15 (30,0)	21 (42,0)	
	Thấp (< 90)	1 (2,0)	1 (2,0)	
	Trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	153,2±27,2	149,48±23,76	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	Cao (>90)	12 (24,0)	8 (16,0)	>0,05
	Bình thường (60-90)	32 (64,0)	36 (72,0)	
	Thấp (< 60)	6 (12,0)	6 (12,0)	
	Trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	84,1±15,4	81,08±13,55	
Mạch (mmHg)	Nhanh (> 100)	26 (52,0)	27 (54,0)	>0,05
	Bình thường (60-100)	24 (48,0)	22 (44,0)	
	Chậm (< 60)	0	1 (2,0)	
	trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	106,3±17,9	105,22±18,18	

Nhận xét: Tính chất đờm: Hầu hết các bệnh nhân xuất hiện đờm đục đều được chẩn đoán viêm phổi, chiếm tỷ lệ 98%. Sự khác biệt về tính chất đờm có ý nghĩa thống kê ở thời điểm trước và sau khi xuất hiện viêm phổi.

- Nhiệt độ, điểm Glasgow, và ran nổ giữa hai thời điểm trước và sau khi xuất hiện viêm phổi không có sự khác biệt.

- Huyết áp, mạch giữa hai thời điểm trước và sau khi xuất hiện viêm phổi không có sự khác biệt.

Bảng 3.6. So sánh triệu chứng lâm sàng giữa hai nhóm VAP sớm và muộn

Nhóm		VAP sớm n=19 (%)	VAP muộn n=31 (%)	p
Chỉ số				
Tính chất đờm	Đờm trong	1(5,26)	0(0)	

	Đờm đục	18(94,74)	31(100,0)	
Nhiệt độ (°C)	>38,4	14(73,68)	2(67,74)	>0,05
	36-38,4	5(26,32)	10(32,26)	
	<36	0	0	
Glasgow	≥ 9	9(47,37)	14(45,16)	>0,05
	< 9	10(52,63)	17(54,84)	
Ran nổ	Có	7(36,84)	10(32,26)	>0,05
	Không	12(63,16)	20(64,52)	
Huyết áp tâm thu (mmHg)	Cao (>140)	8(42,11)	15(48,4)	>0,05
	Bình thường (90-140)	10(52,63)	16(51,6)	
	Thấp (< 90)	1(5,26)	0	
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	140,53 ± 27,1	142,93 ± 19,78	
Huyết áp tâm trương (mmHg)	Cao (>90)	3(15,79)	3(9,68)	>0,05
	Bình thường (60-90)	13(68,42)	22(70,97)	
	Thấp (< 60)	3(15,79)	6(19,35)	
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	79,95 ± 14,66	79,33 ± 13,82	
Mạch (mmHg)	Nhanh (> 100)	12(63,16)	15(48,39)	>0,05
	Bình thường (60-100)	7(36,84)	16(51,61)	
	Chậm (< 60)	0	0	
	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	110,37 ± 17,89	104,03 ± 20,13	

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng giữa hai nhóm viêm phổi sớm và viêm phổi muộn khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

VI. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về tuổi và giới: Tỷ lệ những bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 98,15%. Tuổi trung bình của nhóm VAP $77,3 \pm 8,8$ và của nhóm không VAP là $77,1 \pm 7,1$ ($p > 0,05$). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi $77,2 \pm 7,9$ tương tự với nghiên cứu của Lê Bảo Huy năm 2008 [2]. Nhưng tuổi trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Hữu Thông năm 2014 [3] và Phạm Thái Dũng năm 2013 [1].

4.2. Bàn luận về phân bố bệnh nhân VAP theo thể lâm sàng của đột quỵ: Bảng 3.1. cho thấy tỷ lệ bệnh nhân chảy máu não chiếm 58% cao hơn so với nhồi máu não 42%, tuy nhiên tỷ lệ VAP giữa các thể lâm sàng của đột quỵ chảy máu não và nhồi máu não khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Kasuya Y. năm 2011 đã tổng kết tỷ lệ mắc của VAP ở những bệnh nhân đột quỵ do thiếu máu não chiếm 28% với độ tuổi trung bình 66 ± 12 , còn theo nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này chiếm 47,7% với độ tuổi trung bình $77,2 \pm 7,9$ (bảng 3.1) [5]. Sự khác biệt này có thể do ở những bệnh nhân tuổi cao, thường có nhiều bệnh lý mạn tính phổi hợp làm tăng nguy cơ mắc viêm phổi trong khi thở máy. Tỷ lệ mắc VAP chung trong số 108 bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy là 46,3%.

4.3. Tính chất đờm: Theo dõi biến đổi tính chất của đờm trước và sau khi xuất hiện VAP cho

thấy ở thời điểm thở máy < 48 giờ chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp duy nhất đờm đục. Và 100% số bệnh nhân được chẩn đoán VAP đều được ghi nhận có sự biến đổi tính chất đờm. Sự thay đổi tính chất của đờm và tăng tiết đờm là dấu hiệu gợi ý có giá trị cho chẩn đoán VAP.

Tiêu chuẩn đờm trong chẩn đoán viêm phổi đã được Johanson Jr.W.G. năm 1972 đưa ra lần đầu tiên và Fabregas N. năm 1999 đã so sánh với giải phẫu tử thi kết quả cho thấy độ chính xác của tiêu chuẩn đờm nếu xét đơn độc trong viêm phổi có 64% bệnh nhân có tăng tiết đờm mù trong số những bệnh nhân viêm phổi [4].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ VAP ở bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy là 50/108 (46,3%) trong đó tỷ lệ VAP ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não là 21/44 (47,7%) và xuất huyết não là 29/64 (45,3%) với độ tuổi trung bình cho cả hai nhóm là $77,3 \pm 8,8$.

- Tính chất đờm: 98% số bệnh nhân xuất hiện đờm đục được phát hiện có VAP.

- Không có sự khác biệt về lâm sàng giữa hai nhóm VAP ở bệnh nhân đột quỵ và bệnh nhân xuất huyết não.

- Số ca VAP sớm là 19 (38%) so với VAP muộn là 31 (62%).

- Cần tiếp tục nghiên cứu về các markers nhiễm khuẩn và các chủng vi khuẩn gây VAP ở bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thái Dũng** (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn và biến đổi nồng độ procalcitonin, protein C phản ứng ở bệnh nhân viêm phổi thở máy*, Luận án tiến sỹ Y học, Học viện Quân Y.
2. **Lê Bảo Huy** (2009), "Đặc điểm vi khuẩn gây bệnh và tình hình kháng kháng sinh ở bệnh nhân có tuổi bị viêm phổi liên quan thở máy tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Thống Nhất thành phố Hồ Chí Minh", *Hội thảo toàn quốc về cấp cứu- hồi sức - chống độc lần thứ IX*, Đà Nẵng,, tr. 192-205.
3. **Trần Hữu Thông** (2014), *Nghiên cứu căn nguyên gây viêm phổi liên quan thở máy và hiệu quả dự phòng biến chứng này bằng phương pháp hút dịch liên tục tại hạ thanh môn*, Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Fabregas N., Ewig S., Torres A., et al.** (1999), "Clinical diagnosis of ventilator associated pneumonia revisited: comparative validation using immediate post-mortem lung biopsies", *Thorax*, 54(10), pp. 867-73.
5. **Kasuya Y., Hargett J.L., Lenhardt R., et al.** (2011), "Ventilator-associated pneumonia in critically ill stroke patients: frequency, risk factors, and outcomes", *Journal of critical care*, 26(3), pp. 273-9.
6. **Walker C. M., Abbott G.F., Greene R.E., et al.** (2014), "Imaging Pulmonary Infection: Classic Signs and Patterns", *American Journal of Roentgenology*, 202(3), pp. 479-492.
7. **Winer-Muram H.T., Rubin S.A., Miniati M., et al.** (1992), "Guidelines for reading and interpreting chest radiographs in patients receiving mechanical ventilation", *Chest*, 102(5 Suppl 1), pp. 565S-570S.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC TRẠNG BỆNH QUANH RĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI TỈNH ĐẮK LẮK

Lê Nguyễn Bá Thụ*, Trương Mạnh Dũng**, Ngô Văn Toàn**, Trần Tuấn Anh***

TÓM TẮT²

Mục tiêu: nghiên cứu nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh quanh răng ở người cao tuổi tỉnh Đắk Lắk. **Đối tượng nghiên cứu:** 1350 người cao tuổi (bằng hoặc lớn hơn 60 tuổi). **Phương pháp:** thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy bệnh quanh răng có liên quan tới địa dư: Những người ở nội thành có nguy cơ mắc bệnh quanh răng cao gấp 1,84 lần (OR = 1,84; 95%CI: 1,26-2,70) so với những người ở ngoại thành, mối liên quan là có ý nghĩa thống kê (với p<0,05). **Kết luận:** Những người cao tuổi ở ngoại thành có nguy cơ mắc BQR cao gấp 1,84 lần so với những người ở khu vực nội thành (OR = 1,84, 95%CI: 1,26-2,70). Không có mối liên quan giữa các yếu tố khác và bệnh quanh răng

Từ khóa: Bệnh quanh răng, người cao tuổi, Đắk Lắk.

SUMMARY

ASSOCIATED FACTORS TO PERIODONTAL DISEASE IN ELDERLY LIVING IN DAK LAK PROVINCE

Objectives: Research to describe the factors that affect periodontitis. **Research objective:** 1350 elders (60 years old or above). **Method:** a cross-sectional study. **Result:** This study showed that periodontitis is related to habitat: The risk of

periodontitis among the citizen are 1.84 times higher (OR = 1.84; 95%CI: 1.26-2.70) than the rural, this difference was statistically significant with p<0.05. **Conclusion:** The elderly people who are living in rural areas had more risk to get periodontitis than those living in urban areas (OR = 1.84, 95%CI: 1.26-2.70). There was no relationship between other factors and periodontitis.

Key words: Periodontitis, elderly, Dak Lak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, già hóa dân số đang trở thành vấn đề được toàn thể giới quan tâm. Ở Việt Nam, xu hướng già hóa dân số một cách nhanh chóng đặt ra thách thức lớn cho ngành y tế, trong đó có chăm sóc sức khỏe răng miệng [1]. Do vậy, việc chăm sóc sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi (NCT) đang ngày càng được coi trọng. Trong các bệnh răng miệng, bệnh quanh răng (BQR) là một trong hai nguyên nhân phổ biến nhất gây mất răng ở NCT[2]. Theo điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001, tỷ lệ người có BQR ở nước ta rất cao, lên tới 96,7%, đặc biệt BQR có tỷ lệ mắc tăng dần theo tuổi [3].

BQR là một bệnh tiến triển phức tạp, đa nguyên nhân. Có nhiều yếu tố nguy cơ khiến bệnh nhân dễ mắc bệnh cũng như làm trầm trọng thêm tình trạng bệnh, các yếu tố này cũng ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh [3].

Xuất phát từ thực tiễn, việc tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến BQR để phục vụ tốt hơn công tác chăm sóc, dự phòng sức khỏe răng miệng cho NCT, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục

*Trường Đại học Tây Nguyên

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Trường Cao Đẳng Y Tế Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tuấn Anh

Email: tuananh.dds@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 11/5/2017

Ngày duyệt bài: 25/5/2017

tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan tới thực trạng BQR ở NCT tỉnh Đắk Lắk năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: NCT (tuổi từ 60 trở lên)[4] sinh sống tại địa bàn tỉnh Đắk Lắk năm 2015. Tất cả đối tượng được cung cấp đầy đủ thông tin, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 07/2014 đến tháng 07/2015 tại 30 xã/phường của tỉnh Đắk Lắk.

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Dựa vào cỡ mẫu ước tính theo một tỷ lệ cho trước

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

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

- p: Tỷ lệ người trưởng thành mắc bệnh quanh răng tại cộng đồng ($p=0,96$), theo điều tra răng miệng NCT của Phạm Văn Việt [5].

- d: Mức sai số tuyệt đối giữa mẫu nghiên cứu và quần thể, lấy $d = 0,015$.

- α : mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$ nên $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$.

- Hệ số thiết kế $DE = 2$, do kỹ thuật chọn mẫu 30 chùm ngẫu nhiên

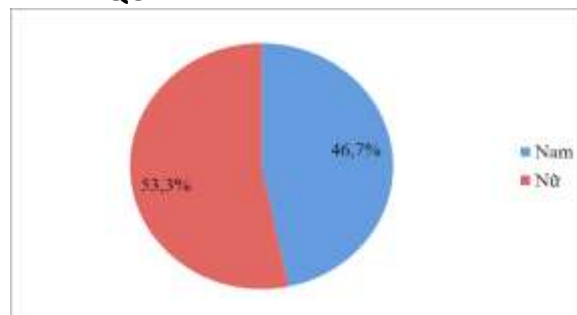
Áp dụng công thức này, ta có $n = 1311$ người. Thực tế đã khám 1350 người.

Các chỉ số biến số của nghiên cứu: Chỉ số quanh răng cộng đồng CPI (Community Periodontal Index). Dựa trên cơ sở miệng với hai cung răng được chia thành 6 vùng (Sextant) lục phân. Một vùng chỉ được tính khi còn ≥ 2 răng và các răng này không có chỉ định nhổ. Mã số cao nhất của các răng khám trong một vùng là mã số của vùng đó, mã số cao nhất của một người là mã số cao nhất trong các vùng. Khi một trong 6 vùng lục phân có bệnh người đó được hiểu là có bệnh.

2.4. Nội dung nghiên cứu: Tìm hiểu mối liên quan giữa BQR với các yếu tố tuổi, giới, nghề nghiệp, học vấn, điều kiện kinh tế thông qua khám và phỏng vấn bộ câu hỏi.

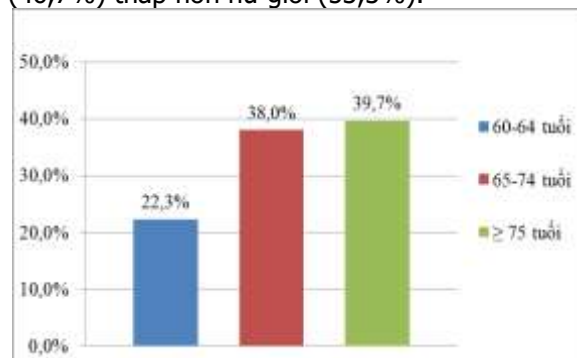
2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính rồi được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới (n=1350)

Nhận xét: Trong 1350 NCT, tỷ lệ nam giới (46,7%) thấp hơn nữ giới (53,3%).



Biểu đồ 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi (n=1350)

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 75 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,7%), nhóm tuổi từ 60-64 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất (22,3%).

Bảng 1. Tỷ lệ BQR ở đối tượng nghiên cứu (n=1350)

Bệnh quanh răng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có mắc bệnh	1184	87,7
Không mắc bệnh	166	12,3
Chung	1350	100,0

Nhận xét: Đa số NCT mắc BQR (87,7%).

Bảng 2: Mối liên quan giữa một số yếu tố và tình trạng BQR ở NCT.

Đặc điểm		BQR (%)	OR	95%CI
Giới tính	Nam	88,3	1,10	0,80-1,53
	Nữ*	87,2	1	-
Nhóm tuổi	60-64*	85,1	1	-
	65-74	88,1	1,30	0,86-1,97
	≥ 75	88,8	1,39	0,92-2,11

Địa dư	Nội thành*	84,0	1	-
	Ngoại thành	89,5	1,60	1,15-2,24
Trình độ học vấn	Dưới THPT*	87,5	1	-
	THPT trở lên	88,1	1,06	0,74-1,52
Nghề nghiệp chính trước đây	Nông dân và nghề khác*	87,7	1	-
	Công chức/ Viên chức	88,0	1,04	0,64-1,67
Tình trạng hôn nhân	Có vợ chồng	88,1	1,15	0,81-1,64
	Độc thân, ly dị, góa, ly thân*	86,6	1	-
Điều kiện kinh tế	Nghèo, cận nghèo, khác*	87,0	1	-
	Không nghèo	88,0	1,01	0,78-1,55

Nhận xét: Kết quả hồi quy logistic đơn biến cho thấy chỉ có địa dư là yếu tố có mối liên quan với tình trạng BQR của NCT. Những người ở ngoại thành có nguy cơ mắc BQR cao gấp 1,60 lần so với những người ở khu vực nội thành (OR = 1,60, 95%CI: 1,15-2,24).

Bảng 3: Phương trình hồi quy giữa một số yếu tố và tình trạng BQR ở NCT.

Đặc điểm		BQR (%)	OR	95%CI
Giới tính	Nam	88,3	1,26	0,86-1,82
	Nữ*	87,2	1	-
Nhóm tuổi	60-64*	85,1	1	-
	65-74	88,1	1,23	0,81-1,88
	≥75	88,8	1,33	0,85-2,09
Địa dư	Nội thành*	84,0	1	-
	Ngoại thành	89,5	1,84	1,26-2,70
Trình độ học vấn	Dưới THPT*	87,5	1	-
	THPT trở lên	88,1	1,23	0,79-1,90
Nghề nghiệp chính trước đây	Nông dân và nghề khác*	87,7	1	-
	Công chức/ Viên chức	88,0	1,01	0,58-1,77
Tình trạng hôn nhân	Có vợ chồng	88,1	1,20	0,81-1,75
	Độc thân, ly dị, góa, ly thân*	86,6	1	-
Điều kiện kinh tế	Nghèo, cận nghèo, khác*	87,0	1	-
	Không nghèo	88,0	1,04	0,73-1,48
Chung		87,7	-	-

Mô hình hồi quy đa biến đã được hiệu chỉnh với các biến: nhóm tuổi, giới tính, địa dư, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và điều kiện kinh tế cũng cho thấy chỉ có địa dư là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng BQR. Những người ở ngoại thành có nguy cơ mắc BQR cao gấp 1,84 lần so với những người ở khu vực nội thành (OR = 1,84, 95% CI: 1,26-2,70).

IV. BÀN LUẬN

BQR bao gồm viêm lợi và viêm quanh răng. Bệnh viêm quanh răng dẫn đến sự phá hủy các cấu trúc nâng đỡ răng và xương ổ răng. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây mất răng ở người trưởng thành [2]. Theo báo cáo thống kê của trung tâm kiểm soát dịch bệnh Hoa Kỳ (CDC), những NCT, người có trình độ dân trí thấp có nhiều khả năng mắc BQR hơn và tỷ lệ bị BQR khác biệt bởi tuổi tác, chủng tộc, trình độ học vấn, kinh tế [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bằng việc sử dụng phân tích hồi quy logistic đa biến sau khi

hiệu chỉnh với các biến: nhóm tuổi, giới tính, địa dư, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân và điều kiện kinh tế cho thấy chỉ có địa dư là yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng BQR. Những người ở ngoại thành có nguy cơ mắc BQR cao gấp 1,84 lần so với những người ở khu vực nội thành (OR = 1,84, 95%CI: 1,26-2,70). Các yếu tố còn lại không ghi nhận mối liên quan. Kết quả này tương tự so với nghiên cứu Nguyễn Thị Hoa [7]. Điều này có thể được giải thích do, khu vực nội thành thường được quan tâm và đầu tư với nhiều chương trình chăm sóc SKRM, ngoài ra người sống ở khu vực này có điều kiện kinh tế-văn hóa-xã hội tốt hơn. Do vậy, có sự khác biệt lớn về tỷ lệ BQR giữa khu vực nội thành và ngoại thành.

V. KẾT LUẬN

Những người cao tuổi ở ngoại thành có nguy cơ mắc BQR cao gấp 1,84 lần so với những người ở khu vực nội thành (OR = 1,84, 95%CI: 1,26-2,70). Không có mối liên quan giữa các yếu tố khác và bệnh quanh răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization:** "Già hoá và sức khỏe ở Việt Nam và khu vực Tây Thái Bình Dương hệ quả chính sách và ưu tiên hành động". Geneva, 2015.
2. **Genco J., Williams C.:** "Periodontal disease and overall health: a clinician's guide". Yardley, Pennsylvania, USA: Professional Audience Communications Inc, 2010, 23-28.
3. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải:** "Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam". Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 2001, 75 – 81.
4. **Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam:** "Luật người cao tuổi". Luật số 39/2009/QH12, 2009.
5. **Phạm Văn Việt:** "Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội". Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2004.
6. **Palmer A.:** "Periodontitis among adults aged ≥ 30 years—United States, 2009–2010". CDC Health Disparities and Inequalities Report—United States, 2013, 62(3), 129.
7. **Nguyễn Thị Hoa:** "Thực trạng bệnh vùng quanh răng và kiết thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của người cao tuổi ở tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2015". Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2015, 45-61.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ SỚM SAU MỔ TRỒNG NỐI BÀN TAY TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Lê Văn Đoàn*, Trần Huy Hùng**

TÓM TẮT³

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và yếu tố ảnh hưởng tới kết quả sớm sau mổ nối lại bàn tay bằng kỹ thuật vi phẫu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang ở 49 bệnh nhân bị đứt rời bàn tay. **Kết quả:** Có 46 nam, 3 nữ. Tuổi trung bình: $32,2 \pm 10,05$ (10-61 tuổi). Nguyên nhân chủ yếu là bị chém (63,3%). Tác nhân chính là vật sắc (91,8%). Tay tổn thương: 28 trái, 21 phải. Vùng tổn thương chủ yếu là vùng V (77,5%). Đặc điểm đứt rời: 25 đứt rời hoàn toàn, 24 đứt rời gần hoàn toàn. Hình thái tổn thương: 39 sắc gọn, 6 băm dập, 4 nhổ giạt. Không bảo quản và bảo quản không đúng (87,7%). Thời gian thiếu máu: 8-12h là nhiều nhất (46,9%). Tiền sử hút thuốc lá có 26 trường hợp (53,1%). Dùng thuốc chống tắc mạch sau nối: 33/49 trường hợp (67,3%). Kết quả bàn tay sống sau nối là 92%. Tuổi, giới tính, tay, vùng tổn thương, đặc điểm đứt rời không thấy ảnh hưởng tới kết quả. Nguyên nhân, tác nhân, hình thái tổn thương, thời gian thiếu máu, tiền sử hút thuốc lá có ảnh hưởng tới kết quả ($p < 0,05$). **Kết luận:** Đứt rời bàn tay chủ yếu ở nam giới, trong độ tuổi lao động, nguyên nhân chính là do bị chém. Đa số chưa biết cách bảo quản chi đứt rời. Kết quả sớm sau nối lại bàn tay đứt rời thành công cao. Nguyên nhân, tác nhân, hình thái tổn thương, cách bảo quản, thời gian thiếu máu và tiền sử hút thuốc lá có ảnh hưởng tới kết quả sớm.

Từ khóa: Trồng nối bàn tay, kỹ thuật vi phẫu.

SUMMARY

*Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

**Học viện Quân Y.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đoàn

Email: Doanlv108@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 11/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 10/5/2017

Ngày duyệt bài: 26/5/2017

CLINICAL CHARACTERISTICS AND EARLY RESULT OF HAND REPLANTATION AT 108 HOSPITAL

Object: To review some clinical characteristics and find out factors that affect early result of amputated hand replantation using microsurgical technique. **Methods:** A retrospective, descriptive study of 49 patients with amputated hand. **Results:** There are 46 male, 3 female. Average age is 32.2 ± 10.05 (10-61 years). The main cause of injury is slashed (63.3%), by sharp tools (91.8%). Injured hand: 28 left, 21 right. The main zone of injury is zone V (38/49). Amputated characteristics: 25 complete, 24 incomplete. Mechanism of injury: 39 sharp, 6 crush, 4 avulsion. No or wrong cryopreservation 43/49 cases (87.7%). Ischemia time mostly 8-12 hours (46.9%). Smoking history: 26 cases (53.1%). Use of anti-embolism after replanted 33/49 cases (67.3%). Early success rate: 92%. Age, gender, hand, zone of injury, cryopreservation, amputation characteristics had no significant influence on survival rate. Cause, agent, mechanism of injury, ischemia time and smoking history significantly affected the survival rate of hand replantation ($p < 0.05$). **Conclusion:** Hand replantation is common in men and in working age, with main cause being slashing. The majority do not know cryopreservation. Overall early success rate is 92%. Cause, agent, mechanism of injury, cryopreservation, ischemia time and smoking history affect early result.

Key word: Hand replantation, microsurgical technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trồng lại chi thể đứt rời cho đến nay đã được thực hiện tại nhiều nước có nền kinh tế phát triển. Tỷ lệ thành công theo nhiều nghiên cứu cho thấy là khác nhau, phụ thuộc vào nhiều yếu tố như nguyên nhân, đặc điểm tổn thương, thời gian thiếu máu, cách bảo quản chi thể đứt rời...[3], [4], [5], [6], [7].

Ở Việt Nam, việc trồng nổi chi thể đứt rời đã được triển khai tại các bệnh viện, trung tâm y tế lớn trên khắp cả nước như Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Xanh Pôn, Bệnh viện Chấn thương – Chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh, Bệnh viện Trung ương Huế... [1]. Tuy nhiên, thương tổn bàn tay đứt rời vẫn là thách thức lớn với nhiều bệnh viện, phẫu thuật viên cả về kỹ thuật cũng như trang thiết bị, cho tới nay cũng chưa thấy có báo cáo nào tìm hiểu về đặc điểm lâm sàng và các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này với mục tiêu tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và yếu tố ảnh hưởng tới kết quả sớm sau mổ trồng nổi bàn tay đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 49 bệnh nhân bị đứt rời bàn tay (từ vùng IV, V), do mọi nguyên nhân được trồng nổi bằng kỹ thuật vi phẫu tại Viện Chấn thương-Chỉnh hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, trong 6 năm, từ 01/2011 - 01/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

*Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang không đối chứng

*Các đặc điểm lâm sàng cần nghiên cứu:

- Tuổi: chia theo 3 nhóm: dưới 18 tuổi, 18-60 tuổi (độ tuổi lao động), trên 60 tuổi. Giới tính: nam, nữ.

- Nguyên nhân tổn thương: gồm 5 nhóm: tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, tai nạn giao thông, bị chém (bạo lực xã hội), các nguyên nhân khác.

- Tác nhân tổn thương: vật sắc (dao, gương, kính, cưa, máy cắt...); vật tù (máy cuốn, máy ép, máy dập...).

- Tay tổn thương: tay trái, tay phải. Vùng tổn thương (theo Biemer, trích dẫn từ [2]): Vùng IV (tính từ khớp bàn ngón đến cung động mạch gan tay), vùng V (tính từ trên cung động mạch gan tay đến cổ tay).

- Đặc điểm đứt rời và phân độ đứt rời gần hoàn toàn (theo Biemer, trích dẫn từ [2]): đứt rời hoàn toàn hoặc đứt rời gần hoàn toàn. Đứt rời gần hoàn toàn gồm 5 độ từ I-V, dựa trên cấu trúc giải phẫu còn lại. Độ I (xương), độ II (gân duỗi), độ III (gân gấp), độ IV (thần kinh chính), độ V (vết da nhỏ hơn ¼ chu vi).

- Cách bảo quản chi đứt rời: gồm có bảo quản đúng (phần đứt rời được bọc gạc, vải sạch đặt trong 1 túi nylon sạch, buộc lại và để trong 1 túi nylon khác đựng nước. Buộc chặt lại để trong

hộp đá lạnh đảm bảo giữ chi thể luôn ở khoảng 4-5°C. Nếu đứt rời không hoàn toàn, chườm lạnh bằng túi nylon đựng đá lạnh), bảo quản không đúng (có bảo quản nhưng đặt trực tiếp trong đá lạnh hay trong nước đá) và không bảo quản.

- Thời gian thiếu máu (tính từ khi tai nạn đến khi cung cấp máu qua điểm nối động mạch thực hiện xong), chia làm 5 nhóm: dưới 6h, 6-8h, 8-12h, 12-16h, trên 16h.

*Kết quả sớm sau nối lại (sau mổ đến trước 6 tháng theo tiêu chuẩn của Pho.R.W.H), trích dẫn từ [2]:

- Gồm 3 nhóm: sống hoàn toàn (liền sẹo kỳ đầu hoặc kỳ 2), hoại tử một phần, hoại tử toàn bộ (phải tháo bỏ bàn tay trồng nổi).

- Các yếu tố liên quan tới sự sống của bàn tay sau nối gồm: nguyên nhân, tay và vùng tổn thương, đặc điểm, hình thái tổn thương, thời gian thiếu máu, cách bảo quản lạnh chi thể đứt rời, tiền sử hút thuốc lá và dùng thuốc chống tắc mạch sau mổ.

***Xử lý số liệu bằng** phần mềm thống kê y học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi, giới tính: độ tuổi trung bình là 32,2 ± 10,05, nhỏ nhất là 10 tuổi, lớn nhất là 61 tuổi. Chủ yếu là trong độ tuổi lao động (18-60 tuổi), chiếm 91,8%. Nam giới là chủ yếu (46/49), chiếm 93,8%.

- Tay tổn thương: có 28 tay trái, 21 tay phải. Vùng tổn thương: vùng V là chủ yếu (38/49), chiếm 77,5%.

- Nguyên nhân tổn thương: 16 trường hợp tai nạn lao động, 2 trường hợp tai nạn sinh hoạt, 31 trường hợp do bị chém (chiếm 63,2%). Tác nhân tổn thương: đa số là vật sắc (45/49), chiếm 91,8%.

- Đặc điểm đứt rời: gồm 25 trường hợp đứt rời hoàn toàn, 24 trường hợp đứt rời gần hoàn toàn. Trong nhóm đứt rời không hoàn toàn, độ V là nhiều nhất (13/24), chiếm 54,2%, độ IV là 16,7%, độ I, II là 12,5%, độ III là 4,2%.

- Hình thái tổn thương: tổn thương sắc gọn là 39/49 trường hợp (79,6%), tổn thương bầm dập là 6/49 trường hợp (12,2%), dạng nhổ giập là 8,2%.

- Cách bảo quản chi đứt rời: bảo quản đúng có 6/49 (12,24%) trường hợp, không bảo quản và bảo quản không đúng là 43/49 trường hợp, chiếm 87,7%.

- Thời gian thiếu máu: 8-12h là chủ yếu (23/49), chiếm 46,9%; 6-8h là 30,6%; dưới 6h là 14,3%; 12-16h là 8,2%; không có trường hợp nào trên 16h.

- Tiền sử có 26/49 trường hợp không hút thuốc lá, chiếm 53%.

- Dùng thuốc chống tắc mạch sau mổ: có 33/49 trường hợp, chiếm 67,3%; liều dùng chủ yếu là dưới 5 ngày (24/33), chiếm 72,7%.

3.2. Kết quả sống (sau mổ tới trước 6 tháng)

- Tỷ lệ sống sau nôi lại là 92%.

- Có 43 trường hợp sống hoàn toàn (87,76%) bao gồm cả liền sẹo kỳ đầu và liền sẹo kỳ hai; 2 trường hợp hoại tử một phần (4,08%): 1 trường hợp phải tháo bỏ ngón II hoại tử; 1 trường hợp cắt bỏ lớp thượng bì hoại tử; và 4 trường hợp hoại tử toàn bộ (8,16%), phải tháo bỏ bàn tay sau nôi lại.

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng tới kết quả sống

Bảng 1. Mối liên quan giữa kết quả sống sau mổ với hình thái tổn thương (n=49)

	Hình thái tổn thương			Tổng số
	Sắc gọn	Bầm dập	Nhổ giết	
Sống	37	3	3	43
Hoại tử 1 phần	1	0	1	2
Hoại tử toàn bộ	1	3	0	4
Tổng số	39	6	4	49

- Tay tổn thương: tỷ lệ sống giữa 2 vị trí tay trái và tay phải lần lượt là 26/28 (92,8%) và 17/21 (80,9%). Tương tự tỷ lệ sống giữa 2 nhóm vùng IV, vùng V lần lượt là 10/11 (90,9%) và 33/38 (86,8%). Không thấy sự khác biệt về tỷ lệ sống giữa 2 nhóm.

- Đặc điểm đứt rời: tỷ lệ sống của nhóm đứt rời hoàn toàn 20/25 (80%) và đứt rời gần hoàn toàn 23/24 (95,8%), chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa với ($p > 0,05$).

- Tác nhân tổn thương: tỷ lệ sống giữa 2 nhóm tác nhân tổn thương: vật sắc là 41/45

- Nguyên nhân tổn thương: tỷ lệ sống giữa các nhóm nguyên nhân: tai nạn lao động 12/16 (75%), tai nạn sinh hoạt 1/2 (50%), bị chém 30/31 (96,7%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

- Tác nhân tổn thương: tỷ lệ sống giữa 2 nhóm lần lượt là: vật sắc (41/45), chiếm 91,1% và vật tù (2/4), chiếm 50%. Sự khác biệt trên là có ý nghĩa với ($p < 0,05$).

- Hình thái tổn thương: tỷ lệ sống giữa 3 nhóm lần lượt là sắc gọn 37/39 (94,8%), 3/6 (50%), 3/4 (75%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

trường hợp (91,1%), vật tù là 50%. Sự khác biệt rõ rệt trên là có ý nghĩa ($p < 0,05$).

- Cách bảo quản: trong nhóm bảo quản đúng tỷ lệ sống là 6/6 trường hợp (100%) và tất cả những trường hợp hoại tử đều thuộc nhóm bảo quản không đúng hoặc không bảo quản.

- Thời gian thiếu máu: tỷ lệ sống giữa các nhóm thời gian lần lượt là: trước 6h (4/4), 6-8h (22/22), là 100%; 8-12h (14/19), chiếm 73,6%; 12-16h (3/4), chiếm 75%. Sự khác biệt trên là có ý nghĩa với ($p < 0,05$).

Bảng 2. Mối liên quan giữa kết quả sống sau mổ với thời gian thiếu máu (n=49)

	Thời gian thiếu máu				Tổng số
	< 6h	6-8h	8-12h	12-16h	
Hoại tử toàn bộ hoặc hoại tử 1 phần	0	0	5	1	6
Sống hoàn toàn	4	22	14	3	43
Tổng số	4	22	19	4	49

- Tiền sử hút thuốc lá: Tất cả những trường hợp hoại tử đều thuộc nhóm hút thuốc lá. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Dùng thuốc chống đông sau mổ: tỷ lệ sống giữa nhóm có dùng là 28/33 trường hợp (84,8%) và nhóm không dùng là 15/16 trường hợp (93,7%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi, giới tính: về giới tính có sự khác biệt rõ rệt, bệnh nhân chủ yếu là nam giới (93,8%).

Tuổi trung bình là $32,2 \pm 10,05$, phần lớn là trong độ tuổi lao động (91,8%). Kết quả này là tương đồng với Đào Văn Giang [1], tỉ lệ nam giới là 94% và tuổi trung bình là 29.

- Nguyên nhân tổn thương chính là do bị chém (31/49), chiếm 63,3%, và tác nhân vật sắc là chủ yếu (91,8%). Điều này cho thấy tình trạng báo động với việc giải quyết mâu thuẫn xã hội bằng vũ khí lạnh, sự xuống cấp về đạo đức đang có xu hướng tăng lên trong xã hội.

- Tay tổn thương, vùng tổn thương: chủ yếu là tay trái và vùng V. Do có lẽ chính là khi bị chém nên bệnh nhân phản xạ đưa tay trái lên để

chống đỡ, tương tự phù hợp với nhóm tổn thương do tai nạn lao động chủ yếu bị tay phải (đa số thuận tay phải).

- Đặc điểm đứt rời: không có sự khác biệt giữa đứt rời hoàn toàn và gần hoàn toàn. Nhưng trong nhóm gần hoàn toàn thì độ V là nhiều nhất (54,2%). Điều này cũng phù hợp với hình thái tổn thương chủ yếu là sắc gọn.

- Cách bảo quản chi đứt rời: đa số là không được bảo quản hoặc bảo quản không đúng, 43/49 trường hợp (87,7%). Điều này cho thấy đa số người dân chưa hiểu và chưa có kiến thức về bảo quản lạnh.

- Thời gian thiếu máu: không có trường hợp nào quá 16h, chủ yếu thuộc nhóm 8-12h. Theo Đào Văn Giang [1], thời gian thiếu máu cũng chủ yếu là 8-12h (63%). Điều này cho thấy công tác sơ cấp cứu, vận chuyển, chuẩn bị trước mổ và một số thủ tục khác...ở nước ta còn mất nhiều thời gian.

- Dùng thuốc chống đông sau mổ: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Lí do chính là do trong những trường hợp không dùng thuốc chống đông sau mổ, trong quá trình phẫu thuật đã sử dụng thuốc chống đông. Và thời gian sử dụng thuốc còn ngắn, chủ yếu là dưới 5 ngày (72,7%), trong khi liều dùng được khuyến cáo của Lovenox 0,4 đối với các trường hợp sau phẫu thuật là 7-10 ngày.

4.2. Kết quả sớm: Kết quả sớm có tỷ lệ sống là 92%. Kết quả trên là cao hơn so với nghiên cứu của Đào Văn Giang [1], kết quả sống của vùng cổ - bàn tay có tỷ lệ sống là 13/16 trường hợp (81,2%).

Có 2 trường hợp hoại tử một phần và 4 trường hợp hoại tử toàn bộ: cả 6 trường hợp là do tai nạn lao động (do máy dập hoặc máy cuốn nhô giết đứt bàn tay) nên gây ra các tổn thương phức tạp, mất nhiều tổ chức (đứt rách, dập nát nhiều gân, cơ, thần kinh); vết thương ô nhiễm, nhiều dị vật (bê tông, hạt nhựa, dầu mỡ, mùn gỗ...) kèm theo không bảo quản lạnh hoặc bảo quản không đúng (tất cả số trường hợp hoại tử đều thuộc nhóm này); và thời gian thiếu máu lại kéo dài (5 trường hợp từ 8-12h, 1 trường hợp trên 12h)... ảnh hưởng rõ rệt đến khả năng sống. Trường hợp sống được thì một số mô, gân, cơ, da đã hoại tử nên gây ra hoại tử một phần sau nối lại.

4.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả sớm: Nhóm bị tai nạn lao động và tác nhân tổn thương là vật tù có tỷ lệ sống thấp nhất ($p<0,05$) và toàn bộ số trường hợp hoại tử toàn bộ đều thuộc nhóm tai nạn lao động. Điều này có thể giải thích bởi các tai nạn lao động và vật tù

thường gây ra các tổn thương phức tạp, mức độ tổn thương lớn, dập nát, phá hủy nhiều tổ chức, vết thương ô nhiễm, nhiều dị vật, khó bảo quản.

Vị trí, vùng tổn thương: trong nghiên cứu này chưa thấy sự ảnh hưởng của bên tổn thương hay vùng tổn thương tới kết quả sớm ($p>0,05$). Kết quả này có sự khác biệt với Ma Z.[7]. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ tập trung vào vùng IV, V mà các cấu trúc giải phẫu, đặc biệt là mạch máu vùng này có đường kính lớn, dễ khâu nối, không quá khác biệt so với nhau. Trong khi đó, Ma Z.[7] chỉ tập trung nghiên cứu ở vùng I, II, III thì vùng III với kích thước mạch máu, thần kinh lớn, dễ dàng khâu nối, phục hồi tốt hơn nhiều so với vùng I, II. Do đó tỉ lệ sống sau nối lại giữa các vùng I, II, III là rất khác nhau.

Về hình thái tổn thương: dạng tổn thương bầm dập có tỷ lệ sống thấp nhất, 3/6 trường hợp (50%), điều này là do tổn thương bầm dập làm phá hủy, dập nát tổ chức nhiều, tổn thương khó hồi phục.

Cách bảo quản chi đứt rời: toàn bộ các trường hợp hoại tử thuộc nhóm không bảo quản hoặc bảo quản không đúng. Tất cả số trường hợp bảo quản đúng có tỷ lệ sống là 100%. Trong y văn đã ghi nhận trường hợp nối lại cổ tay thành công với thời gian thiếu máu lên tới 54h khi được bảo quản đúng. Còn theo Yu H. [6], nhóm bảo quản đúng có tỷ lệ sống cao hơn so với nhóm không bảo quản hoặc bảo quản không đúng là 4,89 lần (với $p=0,0002$). Do đó, việc bảo quản chi đứt rời ảnh hưởng rất lớn tới kết quả sống sau nối. Ma Z.[7] cũng đồng ý với quan điểm này.

Thời gian thiếu máu: tỷ lệ sống giữa các nhóm thời gian là khác biệt có ý nghĩa (với $p<0,05$). Tất cả các trường hợp hoại tử đều nằm trong nhóm thời gian thiếu máu kéo dài trên 8h, và tất cả các trường hợp dưới 8h đều sống hoàn toàn. Tuy nhiên kết quả này lại khác biệt với các tác giả Yin F.[5], Yu H.[6]. Ma Z.[7] đã trích dẫn một nghiên cứu về trồng nối ngón tay đứt rời với thời gian thiếu máu kéo dài hơn 24h, có tỷ lệ sống sau nối là 66.7%. Sự khác biệt trên do trong nghiên cứu của chúng tôi tập trung vào cổ-bàn tay, còn các tác giả Trung Quốc chỉ nghiên cứu về ngón tay. Theo Lin CH.[4] thì ngón tay có ít mô cơ, do đó nối lại ở vị trí này có thể được thực hiện ngay cả trong trường hợp thiếu máu dài hơn.

Tiền sử hút thuốc lá: có sự ảnh hưởng rõ rệt của việc có hút thuốc lá tới kết quả sống sau trồng nối (với $p<0,05$). Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tác động của thuốc lá tới mạch máu, là do các chất hóa học trong khói thuốc gây ra co thắt mạch, gây tắc mạch sau nối. Theo Beris AE.[3], tỷ lệ trồng nối thành công ở nhóm không

hút thuốc lá cao hơn gấp 11,8 lần so với nhóm có hút thuốc lá. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì nhóm không hút thuốc lá có tỷ lệ sống cao hơn nhóm có hút thuốc lá là 1,12 lần. Tuy có sự chênh lệch về tỷ lệ, do số lượng nghiên cứu của chúng tôi còn chưa nhiều, nhưng có sự tương đồng về kết quả, cho thấy sự ảnh hưởng của hút thuốc lá tới tỷ lệ sống sau nôi.

V. KẾT LUẬN

Đứt rời bàn tay thường gặp ở nam giới (93,8%) và chủ yếu trong độ tuổi lao động (91,8%), nguyên nhân chính là do bị chém (63,3%), tác nhân chính là vật sắc (91,8%). Thời gian thiếu máu còn dài, chủ yếu từ 8-12h (46,9%); đa số người dân không biết cách bảo quản chi đứt rời (87,7%).

Kỹ thuật vi phẫu trong trồng nôi bàn tay đứt rời mang lại tỷ lệ thành công cao (92%). Nguyên nhân, tác nhân, hình thái tổn thương, cách bảo quản lạnh, thời gian thiếu máu và tiền sử hút thuốc lá có ảnh hưởng tới kết quả sống sau trồng nôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Văn Giang**, Đánh giá kết quả của phẫu thuật nối lại bàn tay, ngón tay đứt rời bằng kỹ thuật vi phẫu tại Bệnh viện Việt Đức, Luận văn Thạc sĩ Y học. 2007, Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Huy Phan**, Kỹ thuật vi phẫu mạch máu, thần kinh: Kinh nghiệm và ứng dụng lâm sàng, Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật, 1999.
3. **Beris AE, Lykissas MG, Korompilias AV**, Mitsionis GI, Vekris MD, Kostas-Agnantis IP, Digit and hand replantation, Arch Orthop Trauma Surg. 2010 Sep;130(9):1141-7.
4. **Lin CH, Aydyn N, Lin YT, Hsu CT, Lin CH, Yeh JT**, Hand and finger replantation after protracted ischemia, Ann Plast Surg. 2010 Mar; 64(3):286-90.
5. **Yin F., Mi JY, Rui YJ, Xu YJ, Yao Q**, Qiu Y, Ke ZS, Sun ZZ, Risk factors of the failure in digit replantation, Zhongguo Gu Shang. 2015 May; 28(5):429-32.
6. **Yu H., Wei L., Liang B.**, Hou S., Wang J., Yang Y., Nonsurgical factors of digital replantation and survival rate, Indian J Orthop. 2015 May-Jun;49(3):265-71.
7. **Ma Z, Guo F, Qi J, Xiang W, Zhang J.**, Effects of non-surgical factors on digital replantation survival rate: a metaanalysis, J Hand Surg Eur Vol. 2016 Feb; 41(2):157-63.

SO SÁNH THỜI GIAN ĐIỀU CHỈNH CỦA MÁNG NHAİ ĐƯỢC THỰC HIỆN BẰNG HAI PHƯƠNG PHÁP CÓ VÀ KHÔNG CÓ SỬ DỤNG CUNG MẶT (Nghiên cứu trên sinh viên)

TÓM TẮT⁴

Mục tiêu: So sánh thời gian điều chỉnh máng nhai được thực hiện bằng hai phương pháp có và không có sử dụng cung mặt. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích, mẫu nghiên cứu gồm 49 đối tượng, trên mỗi đối tượng chúng tôi tiến hành thực hiện hai máng nhai bằng hai phương pháp. Phương pháp thứ nhất máng nhai được làm trên mẫu hàm được lên giá khớp có sử dụng cung mặt. Phương pháp thứ hai máng nhai được làm trên mẫu hàm được lên giá khớp không sử dụng cung mặt (sử dụng bàn lên giá khớp tự ý Quick Master). Máng nhai được làm theo phương pháp của Okeson (2013). Loại máng nhai được sử dụng là máng nhai phẳng, vững ổn. **Kết quả:** Thời gian điều chỉnh trung bình của máng nhai được làm bằng phương pháp sử dụng cung mặt (23,06 phút) nhanh hơn khoảng 4 phút so với không sử dụng cung mặt (27,18 phút). Thời gian điều chỉnh của máng nhai được làm bằng hai phương pháp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$). **Kết luận:** Không có sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian điều

Phan Thanh Phong*, Huỳnh Kim Khang*

chỉnh của máng nhai được thực hiện bằng hai phương pháp có và không có sử dụng cung mặt.

Từ khóa: Máng nhai, cung mặt, tự ý.

Ký hiệu: Máng nhai: MN; cung mặt: CM; tự ý: TY; thái dương hàm: TDH

SUMMARY

COMPARISON OF ADJUSTMENT TIME OF OCCLUSAL SPLINT FABRICATED BY TWO METHODS WITH OR WITHOUT FACEBOW (STUDY ON STUDENT)

Objectives: The aim of this study was to compare adjustment time of occlusal splint fabricated with or without facebow. **Materials and method:** with analytical cross-sectional study design, the sample consisted 49 students, for each individual we continued to fabricate two occlusal splints by two methods. The first method, occlusal splint was made on maxillary cast mounted with facebow. The second method, occlusal splint was made on maxillary cast mounted without facebow (used mounting table Quick Master). Occlusal splints was fabricated according to Okeson method (2013). Type of occlusal splint used was flat – plane splint (stabilization splint). **Results:** The mean adjustment time of occlusal splint fabricated with facebow (23.06 minutes) faster than occlusal splint fabricated without facebow (27.18 minutes). The adjustment time of occlusal splints fabricated by 2 methods were no significantly different ($p > 0.05$).

*Trường Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 12/5/2017

Ngày duyệt bài: 29/5/2017

Conclusions: There was no significant difference of adjustment time of occlusal splint fabricated with or without facebow.

Key word: Occlusal splint, facebow, arbitrary.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máng nhai là một máng nhựa được đặt giữa hai cung răng, gây nhả khớp toàn bộ cung răng. Nó là một khí cụ điều trị không xâm lấn có tác dụng duy trì sự ổn định của răng, phân bố lực nhai hợp lý trên toàn bộ cung răng, giúp bệnh nhân đạt được sự thư giãn toàn bộ các cơ nhai trong khi vẫn đảm bảo sự hài hòa trong các vận động của hàm dưới. Vì vậy, máng nhai được sử dụng rất rộng rãi: giúp tìm đạt tương quan trung tâm, xác định nguyên nhân căn khớp của loạn năng cơ khớp, điều trị triệu chứng đau, cải thiện vận động hàm dưới⁽⁴⁾.... Máng nhai thường được thực hiện trên mẫu hàm thạch cao đã được lên giá khớp. Có hai phương pháp lên giá khớp: (1) lên giá khớp có sử dụng cung mặt (kỹ thuật này tương đối phức tạp), (2) lên giá khớp không sử dụng cung mặt (kỹ thuật này đơn giản hơn).

Theo Ash và Ramfjord, phương pháp lên giá khớp có sử dụng cung mặt trong các điều trị phục hồi thì nguy cơ sai số khớp cắn là tối thiểu⁽¹⁾. Do đó, làm tăng độ chính xác trên khớp cắn của phục hồi mới hoặc khí cụ trong miệng và giảm thời gian điều chỉnh của chúng trên miệng bệnh nhân. Trong khi, một vài nghiên cứu khác cho rằng việc sử dụng cung mặt trong làm máng nhai thì không tạo được nhiều điểm tiếp xúc hơn và thời gian điều chỉnh cũng không khác biệt so với khi không sử dụng cung mặt^(2,3,7). Việc sử dụng cung mặt trong giai đoạn lên giá khớp hàm trên để làm máng nhai có tiết kiệm thời gian

điều chỉnh hơn hay không so với khi không sử dụng cung mặt, vấn đề này vẫn còn đang tranh cãi. Từ đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu này.

Câu hỏi nghiên cứu: Có sự khác biệt thời gian điều chỉnh tiếp xúc cắn khớp ở hai phương pháp thực hiện máng nhai có và không có sử dụng cung mặt hay không? *Mục tiêu nghiên cứu: So sánh thời gian điều chỉnh máng nhai được thực hiện bằng hai phương pháp có và không có dùng cung mặt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện trên sinh viên tại khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược TpHCM.

Tiêu chí chọn mẫu: Đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu; Độ tuổi từ 18 đến 26 tuổi.

Tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân mất nhiều hơn 8 răng mà chưa được phục hồi.

Cỡ mẫu: 49 người, mỗi đối tượng được làm hai máng nhai. Tổng cộng 98 máng nhai được thực hiện.

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang phân tích

3. Phương pháp nghiên cứu

- Mỗi đối tượng nghiên cứu sẽ được tiến hành lấy 2 dấu hàm trên và 2 dấu hàm dưới bằng alginate Aroma Fine Plus (GC). Sau đó, các dấu đã lấy được đổ mẫu bằng thạch cao New Plaston (GC).

- Một mẫu hàm trên được lên giá khớp bằng cung mặt theo phương pháp của Hoàng Tử Hùng⁽⁴⁾ (hình 1). Mẫu hàm trên còn lại của cùng đối tượng được lên giá khớp bằng phương pháp không dùng cung mặt (sử dụng bàn lên giá khớp tự ý) theo hướng dẫn của nhà sản xuất (hình 2).

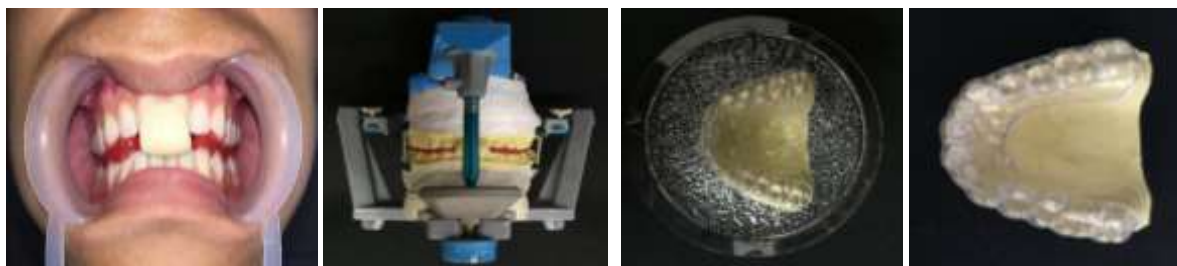


Hình 1: Phương pháp lên giá khớp hàm trên có sử dụng cung mặt.



Hình 2: Phương pháp lên giá khớp hàm trên không sử dụng cung mặt.

- Các mẫu hàm trên sau khi lên giá khớp sẽ được đánh mã số bởi một người khác không phải là thành viên của nhóm thực hiện nghiên cứu để làm mù từ giai đoạn này trở về sau.



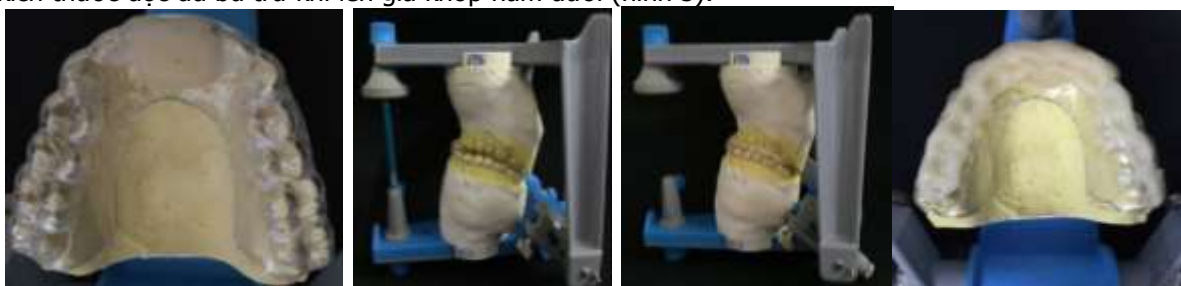
Hình 3: Lên giá khớp hàm dưới ở vị trí tương quan tâm. **Hình 4:** Ép máng và cắt theo giới hạn máng nhai.

- Mẫu hàm dưới được lên giá khớp ở vị trí tương quan trung tâm theo phương pháp của Hoàng Tử Hùng (2005)⁽⁴⁾(hình 3).

- Giai đoạn làm máng nhai trên giá khớp được thực hiện theo Okeson (2013)⁽⁶⁾.

Sử dụng máy ép Scheu Ministar S® để ép tấm nhựa dày 2mm ôm sát cung răng của mẫu hàm trên. Sau đó, cắt tấm nhựa theo giới hạn của đường viền máng nhai bằng đĩa cắt, tay khoan low-speed (hình 4).

Đắp nhựa tự cứng trên bề mặt máng nhai để tạo điểm chặn phía trước vùng răng cửa theo đúng kích thước đã bù trừ khi lên giá khớp hàm dưới (hình 5).



Hình 5: Điểm chặn trước ở vùng răng cửa.

Hình 6: Bơm nhựa và in dấu các răng hàm dưới lên máng.

Giai đoạn tiếp theo, chúng tôi tiến hành bơm nhựa tự cứng (Tempron GC) đều lên bề mặt nhai của máng. Sau đó, đóng hàm dưới lại thật chặt cho đến khi răng cửa dưới chạm vào điểm chặn trước. Đánh dấu trên máng các điểm in dấu của răng dưới bằng bút chì (hình 6).



Hình 7: Máng nhai sau khi đã mài chỉnh trên giá khớp.

Hình 8: Lắp máng nhai trên miệng.

Điều chỉnh các tiếp xúc trên máng nhai bằng giấy cắn để đạt các điểm chạm đều ở tất cả các răng hàm dưới. Chụp ảnh các tiếp xúc cắn khớp trên máng nhai sau khi mài chỉnh. Sau đó, máng nhai được làm sạch và đánh bóng (hình 7).

- Giai đoạn lắp máng nhai trên miệng bệnh nhân: máng nhai phải được lắp khít sát và vững ổn trên miệng (hình 8).

- Ghi nhận thời gian điều chỉnh của máng nhai trên miệng cho giống trên giá khớp.

Xử lý số liệu: Xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 22. Sử dụng phép kiểm T-test hai mẫu độc lập để xác định sự khác thời gian điều chỉnh giữa hai phương pháp làm máng nhai.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Thời gian điều chỉnh trung bình của máng nhai được làm bằng phương pháp có sử dụng cung mặt là 23,06 phút, phương pháp không sử dụng cung mặt là 27,18 phút. Thời gian điều

chỉnh máng nhai giữa hai phương pháp khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) (bảng 1).

Bảng 1: So sánh thời gian điều chỉnh máng nhai được thực hiện bằng hai phương pháp có và không có sử dụng cung mặt.

Phương pháp lên giá khớp	n	Thời gian điều chỉnh máng nhai (phút)			
		Trung bình (độ lệch chuẩn)	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Phạm vi số liệu	p
Có dùng cung mặt	49	23,06 (9,95)	21,00 (16,00-27,50)	8,00 – 56,00	0,053
không dùng cung mặt	49	27,18 (10,87)	27,00 (20,00-33,00)	9,00 – 57,00	

Kiểm định T Test 2 mẫu độc lập

*Mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai phương pháp nhưng kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian điều chỉnh máng nhai trung bình ở phương pháp có sử dụng cung mặt (23,06) vẫn ít hơn so với phương pháp không sử dụng cung mặt (27,18). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của Gamez và cộng sự (2013)⁽³⁾. Từ đó, chúng ta nhận thấy rằng việc sử dụng cung mặt trong làm máng nhai không đem lại nhiều lợi ích lâm sàng so với thời gian thực tế điều trị bệnh nhân. Tuy nhiên, cung mặt vẫn được xem là không thể thiếu trong nhiều trường hợp phức tạp chẳng hạn như mất răng loại III, loại IV⁽⁵⁾.

Trong phạm vi nghiên cứu này chúng tôi chỉ đủ dữ liệu để nói rằng không có sự khác biệt về thời gian điều chỉnh máng nhai được thực hiện bằng hai phương pháp có và không có sử dụng cung mặt trên những đối tượng không mất nhiều hơn 8 răng. Qua đó, chúng tôi đưa ra kiến nghị về sự so sánh giữa hai phương pháp này nên được thực hiện trên những trường hợp phức tạp hơn (mất nhiều hơn 8 răng).

IV. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian điều chỉnh của máng nhai được làm bằng hai phương pháp có và không có sử dụng cung mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ash M. M. and Ramfjord S. P. (1982), "An introduction to functional occlusion", Philadelphia: WB Saunders.
2. Camargo C., et al. (2011), "Assessment of three mounting techniques on a semi-adjustable articulator for fabricating occlusal appliances", *International Journal of Clinical Dentistry*, 4(1), p. 309.
3. Gamez G. C., Dib A. K., and Espinosa I. A. (2013), "Face bows in the development of Michigan occlusal splints", *Rev Fac Odontol Univ Antioq*, 25(1), pp. 92-116.
4. Hoàng Tử Hùng (2005), "Cắn khớp học", *Nhà xuất bản y học chi nhánh Thành phố Hồ Chí Minh*, tr.231-270
5. Kawai Y., et al. (2010), "Efficient resource use in simplified complete denture fabrication", *Journal of Prosthodontics*, 19, pp. 512-516.
6. Okeson J. P. (2013), "Management of temporomandibular disorders and occlusion", 7th ed, Mosby, 504p.
7. Shodadai S. P., et al. (2001), "Is there a benefit of using an arbitrary facebow for the fabrication of a stabilization appliance?", *Int J Prosthodont*, 14(6), pp. 517-522.

YẾU TỐ NGUY CƠ BIẾN GÂY ĐIẾC ĐỘT NGỘT Ở BỆNH NHÂN VIÊM TAI GIỮA CẤP

Phạm Thị Bích Đào*

TÓM TẮT⁵

Điếc đột ngột có thể xuất hiện ở người bệnh viêm tai giữa thanh dịch. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện ở 87 bệnh nhân điếc đột ngột, được đo thính lực và nhĩ lượng. **Kết quả thu được:** Đặc điểm nhóm nghiên cứu: 54 nam và 33 nữ, có độ tuổi từ 17 – 70. Nhĩ đồ typ A.14/87 bệnh nhân

bị viêm tai giữa thanh dịch. Chủ yếu nghe kém tiếp nhận mức độ trung bình. Thính lực đồ dạng thẳng và đi xuống. Có mối liên quan giữa viêm tai giữa và nghe kém tiếp nhận. Người tăng huyết áp. Không có mối liên quan với tuổi và giới. **Kết luận:** Như vậy ở những bệnh nhân viêm tai giữa nên thường xuyên theo dõi thính lực và điều trị sớm nghe kém tiếp nhận ở giai đoạn sớm.

Từ khóa: Nghe kém tiếp nhận, viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa thanh dịch, thính lực đồ, nhĩ lượng.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 14/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/5/2017

Ngày duyệt bài: 25/5/2017

SUMMARY

RISK OF DEVELOPING SUDDEN SENSORINEURAL HEARING LOSS IN PATIENTS WITH ACUTE OTITIS MEDIA

Objective: The aim of the study was to determine the etiology of Sudden Sensorineural Hearing Loss (SSHL) and to call attention to Acute Otitis Media (AOM) with SSLH. **Study Design and Setting:** We conducted a retrospective, multicenter analysis of SSLH. **Results:** A total of 87 patients (54 males, 33 females) ranging in age from 17 to 70 years (average male 40.21 ± 14.04 , average female 40.26 ± 11.16) were included. Fourteen of these had AOM. The majority of patients had moderate hearing loss. Flat and down-sloping types of audiogram were also observed ($P < 0.05$). There was a positive relationship between SSLH and AOM, SOM, cardiac pathology as hypertension. No significance was established in terms of age or sex ($p > 0.05$). Otoscopic examination was consistent with AOM. Tympanometry was observed as type A. **Conclusion:** In the treatment and follow-up periods, AOM patients should be checked and treated for the presence (if any) of early hearing loss.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp là bệnh tai mũi họng thường gặp. Viêm tai giữa là hiện tượng mưng mủ trong hòm tai, ngay sau màng nhĩ [1]. Người bệnh viêm tai giữa có các triệu chứng của bệnh tai như: đau tai, sốt, màng nhĩ phồng, tai giữa có dịch, chảy tai và nghe kém [2]. Một số triệu chứng ít gặp trong viêm tai giữa là nghe kém, chóng mặt, ù tai và động mắt [3]. Mặc dù việc chẩn đoán và điều trị viêm tai giữa cấp ngày càng được cải thiện, các biến chứng đe dọa tính mạng của viêm tai giữa cấp giảm dần nhưng không phải là không còn, phải kể đến như mất sức nghe hoặc mất thăng bằng được coi như là một biến chứng cần được điều trị [4]. Nghe kém có thể xuất hiện dưới hình thức điếc đột ngột [5]. Điếc đột ngột được định nghĩa là điếc trên 30dB ở ít nhất 3 tần số, xuất hiện trong 72 giờ đầu [6]. Điếc đột ngột có thể xảy ra ngang nhau ở mọi giới, mọi lứa tuổi tuy nhiên tỷ lệ cao nhất là 40-50 tuổi [7]. Bệnh sinh của điếc đột ngột ở đối tượng viêm tai giữa còn có quan điểm khác nhau giữa các tác giả [1-4]. Các nhà nghiên cứu cho rằng điếc đột ngột xảy ra trên những bệnh nhân viêm tai giữa sẽ tác động làm mất rung động của cửa sổ tròn. Ngày nay do phát triển của điều trị nội khoa đặc biệt là các thể hệ kháng sinh có tác dụng phổ rộng, các biến chứng gây điếc tiếp nhận như viêm mê nhĩ giảm đáng kể [6] nhưng hầu hết các điếc tiếp nhận đều không tìm được căn nguyên [7]. Vấn đề chính vẫn là sinh bệnh học và nguyên nhân của điếc đột ngột ở những người viêm tai giữa, việc coi điếc

đột ngột là một biến chứng hay di chứng của viêm tai giữa ít có ý nghĩa bằng việc phải điều trị sớm điếc đột ngột và coi đây là một cấp cứu về sức nghe [7]. Mục đích của nghiên cứu là *nghiên cứu hồi cứu lại các bệnh nhân điếc đột ngột có viêm tai giữa kể cả các viêm tai giữa bị điếc đột ngột đã bỏ quên*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Được lựa chọn từ khoa cấp cứu bệnh viện tai mũi họng trung ương và khoa khám bệnh bệnh viện đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân được chẩn đoán là điếc đột ngột có viêm tai giữa ở 10 ngày đầu tiên của bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân bị chấn thương thần kinh nghe, chấn thương vùng đầu, tụ máu não, được phẫu thuật tai, xấp xơ tai, viêm mê nhĩ mủ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu và cỡ mẫu

- Nghiên cứu mô tả từng ca, tiến cứu
- Chọn mẫu toàn bộ theo tiêu chuẩn của đối tượng nghiên cứu

2.3. Các chỉ số nghiên cứu

- Đánh giá mức độ suy giảm sức nghe: 16-25 dB nhẹ, 26-40 dB trung bình, 41-55 dB trung bình nặng, 56-70 dB nặng, 71-90 dB hoặc trên 90 dB điếc sâu [3]. Có hồ sơ bệnh án lưu trữ.

Các bệnh nhân sẽ được khám tai mũi họng, đo thính lực đơn âm, nhĩ lượng, làm xét nghiệm hóa sinh và vi khuẩn học dịch tai giữa, CT scan, MRI.

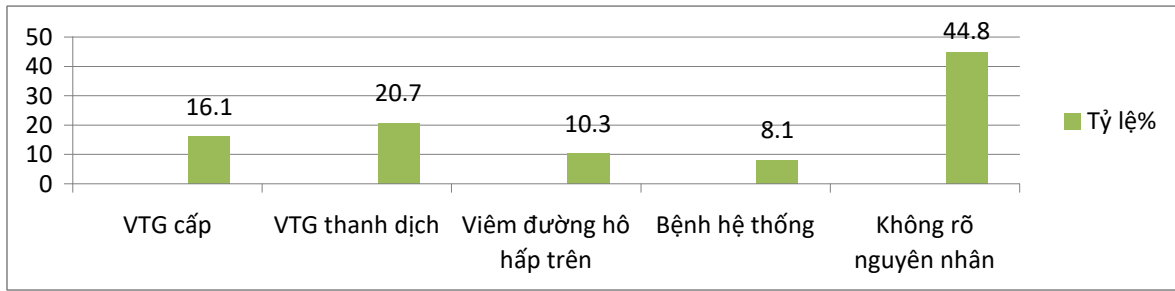
2.4. Xử lý số liệu: Sử dụng SPSS 15.0, phương pháp thống kê mô tả đánh giá phân tích dạng trung bình, độ lệch chuẩn (SD). Đánh giá các mối tương quan giữa các biến. giữa điếc đột ngột và viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa thanh dịch, bệnh lý vùng cổ, tăng huyết áp, đái tháo đường, giới, tuổi tác và nguyên nhân không xác định.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của các đối tượng tham gia. Không vi phạm các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích phát hiện sớm một số yếu tố nguy cơ đi kèm điếc đột ngột để phối hợp điều trị, tăng tỷ lệ thành công khi điều trị điếc đột ngột.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

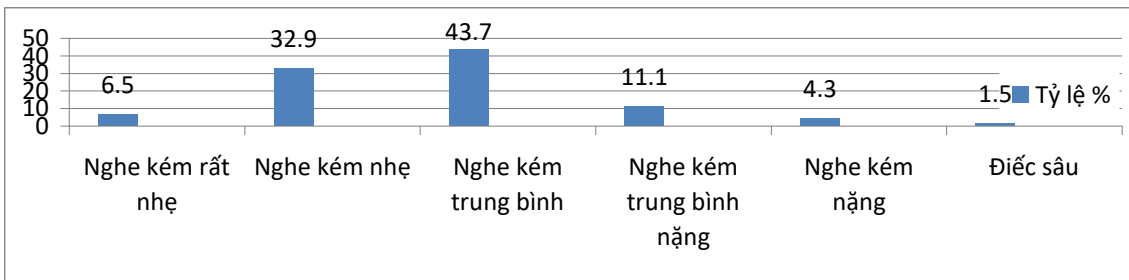
- Trong 87 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tai giữa cấp có điếc đột ngột. 54 nam (62,1%) và 33 nữ (37,9%).
- Tuổi



Biểu đồ 1: Các nguyên nhân gặp được ở bệnh nhân điếc đột ngột

Nhận xét: Trong 87 bệnh nhân điếc đột ngột được nghiên cứu thấy 44,8% không tìm ra nguyên nhân, 20,7% viêm tai giữa thanh dịch, 16,1% viêm tai giữa cấp, 10,3% viêm đường hô hấp trên, 8,1% bệnh hệ thống.

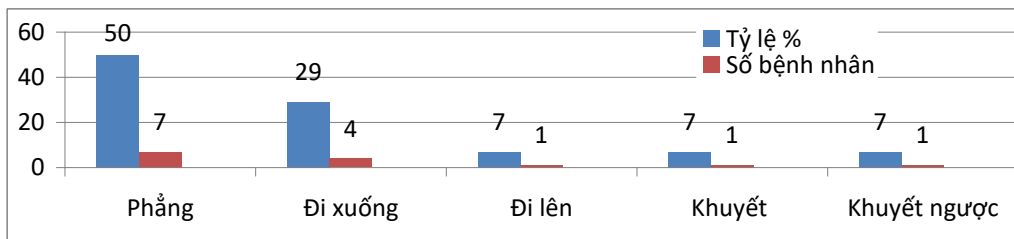
3.2. Các mức độ biểu hiện của điếc đột ngột trên các bệnh nhân nghiên cứu



Biểu đồ 2: Các mức độ nghe kém của điếc đột ngột trong nghiên cứu

Nhận xét: Mức độ nghe kém theo thứ tự nghe kém rất nhẹ, nghe kém nhẹ, nghe kém trung bình, nghe kém trung bình nặng, nghe kém nặng và điếc sâu lần lượt là: 6,5%, 32,9%, 43,7%, 11,1%, 4,3%, 1,5%.

3.3. Các dạng nhĩ lượng gặp trong bệnh nhân viêm tai giữa bị điếc đột ngột



Biểu đồ 3: Các dạng nhĩ lượng ở những bệnh nhân viêm tai giữa có điếc đột ngột.

Nhận xét: Dạng nhĩ đồ phẳng gặp 50%, dạng đi xuống 29%, đi lên, khuyết và khuyết ngược 7%.

3.4. Đánh giá mức độ liên quan giữa các bệnh với điếc đột ngột

Bảng 1: Mức độ liên quan giữa điếc đột ngột với một số bệnh

		VTG cấp	VTGTD	BLCSC	CRNN	Tuổi	Giới
VTG cấp	HSTQ	1,000	-,165	-,090	-,352(**)	-,189	-,053
VTGTD		-,165	1,000	-,328(**)	-,359(**)	-,470(**)	,365(**)
BLCSC		-,090	,328 (**)	1,000	-,221 (*)	-,256 (*)	,083
CRNN		-,352 (**)	-,359 (**)	-,221 (*),	1,000	328 (**)	-,031
Giới		-,189 (*)	-,470 (**)	-,256 (**)	,328 (**)	1,000	-,321 (**)
Tuổi		-,053	,365 (**)	,083	-,031	-,321 (**)	1,000

VTG cấp: viêm tai giữa cấp, VTGTD: viêm tai giữa thanh dịch, BLCSC: Bệnh lý cột sống cổ, CRNN: chưa rõ nguyên nhân; *Mỗi liên quan mức độ 0,05; **Mỗi liên quan mức độ 0,01

Nhận xét: Trong điếc đột ngột đa phần là chưa tìm được nguyên nhân với hệ số tương quan, 352, liên quan mức độ 0,05 với bệnh lý cột sống, với tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Có nhiều thuyết được đưa ra để giải thích cho bệnh lý điếc đột ngột là nhiễm trùng, chấn thương, khối u, bệnh tự miễn, ngộ độc, rối loạn tuần hoàn, thần kinh và chuyển hóa [3]. Các chức năng nội tiết và các yếu tố tim mạch là nguyên nhân thường gặp của điếc đột ngột [4].

Trong nghiên cứu với 87 bệnh nhân điếc đột ngột chúng tôi nhận được kết quả 54 nam (62,1%) và 33 nữ (37,9%), có độ tuổi từ 17 – 70, Jang CH và cộng sự cũng đưa ra kết quả tương tự với giới nam là 62,7%, tuổi từ 15 – 72 [1]. Về nguyên nhân gây điếc đột ngột trong nghiên cứu thấy 44,8% không tìm ra nguyên nhân, 20,7% viêm tai giữa thanh dịch, 16,1% viêm tai giữa cấp, 10,3% viêm đường hô hấp trên, 8,1% bệnh hệ thống. Kuhn M [5] chỉ ra rằng 74% số các trường hợp điếc đột ngột là không tìm được nguyên nhân và có một số yếu tố liên quan trong nghiên cứu có thể nghĩ rằng có liên quan với điếc đột ngột với hệ số tương quan 0,05 và 0,01 là bệnh lý cột sống, viêm tai giữa cấp, viêm tai giữa thanh dịch. Robert Stachler J [6] lại cho rằng điếc đột ngột ít liên quan đến những bệnh lý về tai mà chủ yếu do bệnh rối loạn chuyển hóa gây ra, tuy nhiên cũng có 3,4% do viêm nhiễm đi từ tai giữa vào mê nhĩ gây viêm mê nhĩ cấp tính và gây điếc.

Mức độ nghe kém trong điếc đột ngột theo thứ tự nghe kém rất nhẹ, nghe kém nhẹ, nghe kém trung bình, nghe kém trung bình nặng, nghe kém nặng và điếc sâu lần lượt là: 6,5%, 32,9%, 43,7%, 11,1%, 4,3%, 1,5%. Như vậy điếc ở mức độ nhẹ và trung bình gặp chủ yếu trong nghiên cứu, với mức độ điếc này nếu xuất hiện ở một tai bệnh nhân thường đi khám muộn vì triệu chứng nghe kém chung chỉ giảm khoảng 10% nên nếu công việc bận rộn người bệnh sẽ đến khám muộn sau 2 tuần. Song JE [7] khi nghiên cứu về thời gian đến khám tai mũi họng với những trường hợp nghe kém nhẹ và trung bình là 7 ngày với những bệnh nhân nghe kém 1 tại ở mức độ nhẹ và khả năng hồi phục thính lực vẫn tốt sau 2 tuần điều trị.

Dạng nhĩ đồ phẳng gặp 50%, dạng đi xuống 29%, đi lên, khuyết và khuyết ngược 7%. Kuhn M [5] nhận xét các nhĩ đồ dạng phẳng gặp trong điếc đột ngột có viêm tai giữa chiếm tới 61,3%. Họ cho rằng tổn thương tai giữa trong trường hợp này là nguyên nhân gây điếc đột ngột. Về mối tương quan giữa một số bệnh lý với điếc đột ngột nghiên cứu thu được: VTG cấp: viêm tai giữa cấp, VTGTD: viêm tai giữa thanh dịch, BLCSC: Bệnh lý cột sống cổ, CRNN: chưa rõ nguyên nhân. Trong điếc đột ngột đa phần là chưa tìm được nguyên nhân với hệ số tương quan -,352, liên quan mức độ 0,05 với bệnh lý cột sống, với tuổi.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, điếc đột ngột có thể do viêm tai giữa cấp hoặc thanh dịch, vì vậy khi người bệnh đến khám vì điếc đột ngột phải thăm khám đầy đủ các bộ phận tai mũi họng kèm theo đo nhĩ lượng và thính lực để phát hiện sớm và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jang CH, Park SY, Wang PC (2005) A case of tympanogenic labyrinthitis complicated by acute otitis media. Yonsei Med J 46: 161-165.
2. Rappaport JM, Bhatt SM, Burkard RF, Merchant SN, Nadol JB Jr (1999) Prevention of hearing loss in experimental pneumococcal meningitis by administration of dexamethasone and ketorolac. J Infect Dis 179: 264-268.
3. Stew BT, Fishpool SJ, Williams H (2012) Sudden sensorineural hearing loss. Br J Hosp Med (Lond) 73: 86-89.
4. Ciccone MM, Cortese F, Pinto M, Di Teo C, Fornarelli F, et al. (2012) Endothelial function and cardiovascular risk in patients with idiopathic sudden sensorineural hearing loss. Atherosclerosis 225: 511-516.
5. Kuhn M, Heman-Ackah SE, Shaikh JA, Roehm PC (2011) Sudden sensorineural hearing loss: a review of diagnosis, treatment, and prognosis. Trends Amplif 15: 91-105.
6. Robert J Stachler, Sujana S Chandrasekhar, Sanford M Archer et al. (2012) Otolaryngology-Head and Neck Surgery 146(1S) S1– S35.
7. Song JE, Sapthavee A, Cager GR, Saadia-Redleaf MI (2012) Pseudo-sudden deafness. Ann Otol Rhinol Laryngol 121: 96-99.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH QUANH RĂNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TỈNH ĐẮK LẮK

Lê Nguyễn Bá Thụ*, Trương Mạnh Dũng**,
Ngô Văn Toàn**, Trần Tuấn Anh***

TÓM TẮT⁶

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp trong điều trị bệnh quanh răng của người cao tuổi tỉnh Đắk Lắk năm 2016. **Đối tượng nghiên cứu:** 140 người nhóm đối chứng và 140 người nhóm can thiệp (bằng hoặc lớn hơn 60 tuổi). **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng. **Kết quả và kết luận:** Sau can thiệp, tỷ lệ người có mô quanh răng lành mạnh tăng 614,4%, cao răng, túi lợi nông và túi lợi sâu giảm lần lượt 49,1%; 70,4% và 59,4%. Tỷ lệ người có mất bám dính 0-3mm tăng 32,6%, mất bám dính 4-5mm giảm 35,6%.

Từ khóa: Hiệu quả can thiệp, bệnh quanh răng, người cao tuổi, Đắk Lắk.

SUMMARY

INTERVENTION EFFECTS OF PERIODONTITIS TREATMENT FOR THE ELDERLY IN DAKLAK PROVINCE

Objective: This study assesses intervention effects of periodontitis treatment for the elderly in Dak Lak province in 2015. **Research objective:** 140 persons of control group and 140 persons of intervention group (60 years old or above). **Method:** This was community controlled intervention study. **Results and conclusion:** After intervention, the rate of people with healthy gingivitis increased significantly with 614,4%, tooth tartar, shallow and deep pocket decrease 49,1%; 70,4% and 59,4% respectively. People with loss of attachment 0-3mm raised 26,24%, meanwhile the percentage of those with 4-5mm decline 35,6%.

Key words: Intervention effect, periodontitis, elderly, Daklak.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xu hướng già hóa dân số nhanh chóng ở thế giới cũng như ở Việt Nam đang đặt ra những thách thức lớn cho ngành y tế nói chung và chăm sóc sức khỏe răng miệng (SKRM) nói riêng [1]. Ở người cao tuổi (NCT), SKRM liên quan mật thiết đến quá trình thoái hóa của cơ thể và thói quen vệ sinh răng miệng, điều kiện kinh tế, đặc biệt là cơ hội được hưởng các dịch vụ y tế. Trong chương trình chăm sóc sức khỏe cho NCT, vấn đề chăm sóc SKRM ngày càng được các thầy thuốc nha khoa chú ý, BQR cùng với sâu răng là một trong hai nguyên nhân trực tiếp gây mất răng và ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống. Theo điều tra SKRM toàn quốc năm 2001,

tỷ lệ người có BQR ở nước ta rất cao, lên tới 96,7% [2].

Cũng như nhiều nước khác, các chương trình SKRM trên NCT ở nước ta còn ở mức hạn chế, có rất ít nghiên cứu cũng như chưa có hệ thống đào tạo lão nha và cơ sở điều trị riêng biệt. Từ thực tế này, nhu cầu đã đặt ra nhiệm vụ đối với ngành nha khoa, buộc chúng ta phải có các chiến lược can thiệp về đào tạo nhân lực, hệ thống dịch vụ... Xuất phát từ tầm quan trọng và ý nghĩa nêu trên, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả can thiệp trong điều trị BQR của NCT tỉnh Đắk Lắk năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Là NCT (theo luật NCT của Việt Nam quy định NCT lớn hơn hoặc bằng 60 tuổi) [3]. Tất cả đối tượng được cung cấp đầy đủ thông tin, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 01/2016 đến tháng 01/2017 tại 2 phường (Tân Tiến và Thành Công) thuộc thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk.

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp có đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Dựa vào cỡ mẫu ước tính so sánh 2 tỷ lệ [4]:

*Trường Đại học Tây Nguyên

**Trường Đại học Y Hà Nội

***Trường Cao Đẳng Y Tế Bình Dương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Tuấn Anh

Email: tuananh.dds@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/5/2017

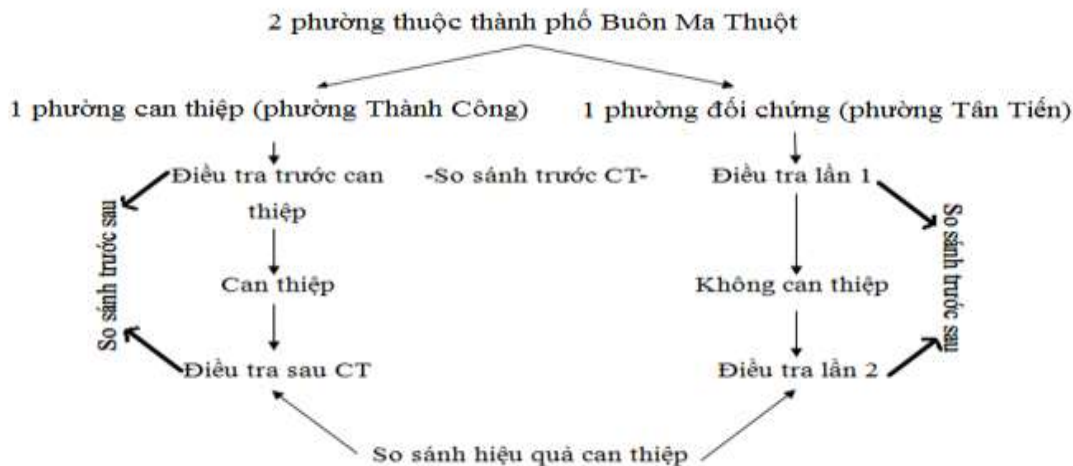
Ngày duyệt bài: 25/5/2017

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{[p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)]}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó: n_1 : Cỡ mẫu nghiên cứu cho nhóm đối chứng. n_2 : Cỡ mẫu nghiên cứu cho nhóm can thiệp. $Z_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy (95%). $Z_{(1-\beta)}$: Lực mẫu (80%); p_1 : Tỷ lệ NCT có nhu cầu điều trị bệnh răng miệng ở nhóm đối chứng sau can

thiệp (ước lượng = 80%); p_2 : Tỷ lệ NCT có nhu cầu điều trị bệnh răng miệng ở nhóm can thiệp sau can thiệp (ước lượng = 65%); $p = (p_1 + p_2) / 2$. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n_1 = n_2 = 140$ người cho mỗi nhóm.

Cách chọn mẫu:



Hình 2.1. Sơ đồ thiết kế nghiên cứu can thiệp

2.4. Kỹ thuật thu thập số liệu:

Đối với nhóm chứng: Các đối tượng được phỏng vấn và khám lâm sàng bằng phiếu điều tra răng miệng; tư vấn về cách chăm sóc, giữ gìn vệ sinh răng miệng cá nhân lồng ghép khi khám lâm sàng. Đánh giá lại tình trạng SKRM sau 12 tháng.

Đối với nhóm can thiệp: Ngoài được phỏng vấn và khám lâm sàng bằng phiếu điều tra răng miệng như nhóm chứng. Nhóm nghiên cứu còn được truyền thông giáo dục sức khỏe và điều trị sớm: Lấy cao răng và làm nhẵn mặt chân răng. (03 lần mỗi lần cách nhau 06 tháng). Đánh giá lại tình trạng SKRM sau 12 tháng.

2.5. Các chỉ số nghiên cứu

- **Chỉ số quanh răng cộng đồng CPI (Community Periodontal Index) [5]:** Dựa trên cơ sở miệng với hai cung răng được chia thành 6 phần (sextant) lục phân. Một vùng chỉ được tính khi còn ≥ 2 răng và các răng này không có chỉ định nhổ.

Tiêu chuẩn: Mã số 0: Lành mạnh. Mã số 1: Chảy máu lợi trực tiếp hay ngay sau khi thăm khám. Mã số 2: Cao răng trên và dưới lợi phát hiện được trong khi thăm dò nhưng toàn bộ vạt đen của cây thăm dò túi lợi còn nhìn thấy. Mã số 3: Túi lợi sâu 4-5mm, bờ lợi viền răng nằm trong

lòng vạt đen của cây thăm dò túi lợi. Mã số 4: Túi sâu $>6\text{mm}$, vạt đen của cây thăm khám không nhìn thấy.

- **Chỉ số mất bám dính LOA (Loss of Attachment)[5]:** Để đánh giá về tình trạng tụt lợi do tiêu xương ở vùng quanh răng.

Tiêu chuẩn: Mã số 0: LOA 0-3mm (không nhìn thấy CEJ và mã số CPI 0-3). Mã số 1: LOA 4-5mm (CEJ trong vạt đen). Mã số 2: LOA 6-8mm (CEJ giới hạn trên của vạt đen và vạt 8,5mm). Mã số 3: LOA 9-11mm (CEJ giữa 8,5mm và vạt 11,5mm). Mã số 4: LOA $\geq 12\text{mm}$ (CEJ vượt trên 11,5mm).

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính rồi được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

2.7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự chấp thuận của chính quyền tỉnh Đắk Lắk và các ban ngành liên quan tại địa phương như Sở Y tế, Trung tâm y tế tỉnh Đắk Lắk. Tất cả các đối tượng nghiên cứu được giới thiệu rõ mục đích nghiên cứu và tự nguyện tham gia. Khi đối tượng nghiên cứu không muốn tham gia có thể từ chối.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Đặc điểm chung về nhóm can thiệp và nhóm chứng.

Đặc điểm		Nhóm nghiên cứu		Nhóm chứng		p χ^2 test
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	69	49,3	70	50,0	>0,05
	Nữ	71	50,7	70	50,0	
Nhóm tuổi	60-64 tuổi	33	23,6	30	21,4	>0,05
	65-74 tuổi	67	47,9	73	52,1	
	> 75 tuổi	40	28,6	37	26,4	
Địa dư	Nội thành	90	64,3	95	67,9	>0,05
	Ngoại thành	50	35,7	45	32,1	
Trình độ học vấn	Không biết chữ	29	20,7	33	23,6	>0,05
	Học hết tiểu học	63	45,0	58	41,4	
	Học hết bậc THPT	37	26,4	32	22,9	
	Trung cấp trở lên	11	7,9	17	12,1	
Nghề nghiệp	Nông dân, nghề khác	124	88,6	120	85,7	>0,05
	Công chức, viên chức	16	11,4	20	14,3	
Tình trạng hôn nhân	Có vợ chồng	110	78,6	103	73,6	>0,05
	Độc thân, ly dị, góa	30	21,4	37	26,4	
Điều kiện kinh tế	Không nghèo	96	68,6	91	65,0	>0,05
	Nghèo, cận nghèo, khác	44	31,4	49	35,0	
Tổng		140	100,0	140	100,0	

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy, 140 đối tượng mỗi nhóm tham gia nghiên cứu có giới, tuổi, trình độ, học vấn, nghề nghiệp hiện tại, tình trạng hôn nhân và điều kiện kinh tế tương tự nhau ($p>0,05$).

Bảng 2. Hiệu quả can thiệp đối với tình trạng BQR

CPITN cao nhất	Nhóm đối chứng		Nhóm can thiệp		CSHQ		HQCT %	P (sau CTCT /ĐC) Ztest
	Trước%	Sau%	Trước%	Sau%	ĐC%	CT%		
Lành Mạnh	7,9	7,1	7,1	50,0	-10,1	604,2	614,4	<0,01
Chảy máu lợi	14,3	19,3	15,0	19,3	35,0	28,7	-6,30	>0,05
Cao răng	51,4	46,4	52,2	21,5	-9,7	-58,8	-49,1	<0,01
Túi lợi nông	16,4	19,3	15,0	7,1	17,7	-52,7	-70,4	<0,01
Túi lợi sâu	10,0	7,9	10,7	2,1	-21,0	-80,4	-59,4	<0,05

Nhận xét: Kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ người có mô quanh răng lành mạnh của nhóm can thiệp tăng lên so với nhóm chứng là 614,4%, giảm tỷ lệ người có cao răng, túi lợi nông, sâu lần lượt là 49,1%, 70,4% và 59,4%.

Bảng 3. Hiệu quả can thiệp đối với tình trạng mất bám dính

Chỉ số MBD	Nhóm đối chứng		Nhóm can thiệp		CSHQ		HQCT %	p(sau CTCT /ĐC) Ztest
	Trước%	Sau%	Trước%	Sau%	ĐC%	CT%		
0-3mm	32,1	31,4	32,9	42,9	-2,2	30,4	32,6	<0,05
4-5mm	31,4	32,1	32,1	21,4	2,2	-33,3	-35,6	<0,05
6-8mm	23,6	22,9	22,1	21,4	-3,0	-3,2	-0,2	>0,05
9-11mm	2,1	2,9	1,4	2,1	38,1	50,0	11,9	>0,05
≥12mm	10,7	10,7	11,4	12,1	0,0	6,1	6,1	>0,05

Nhận xét: Kết quả can thiệp cho thấy tỷ lệ người LOA 0-3mm của nhóm can thiệp tăng lên so với nhóm chứng là 32,6%, giảm tỷ lệ người LOA 4-5mm là 35,6%, với sự thay đổi là có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu ta thấy đặc điểm chung về giới, tuổi, trình độ, học vấn, nghề nghiệp hiện tại, tình trạng hôn nhân và điều kiện kinh tế giữa nhóm đối chứng và can thiệp là gần tương tự nhau ($p>0,05$, χ^2), với $p>0,05$. Điều này cho thấy đối tượng được lựa chọn trong nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp theo

phương pháp dịch tễ học can thiệp, với thiết kế nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng và kết quả đánh giá HQCT trên đối tượng nghiên cứu sẽ hạn chế được nhiều trong quá trình lựa chọn nhóm can thiệp và nhóm đối chứng[6].

Trước can thiệp không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh mô quanh răng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng với $p>0,05$. Tuy nhiên, sau can thiệp, tỷ lệ người có cao răng và túi lợi nông, sâu

ở nhóm can thiệp giảm có ý nghĩa so với nhóm chứng và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Cũng ở bảng 2, kết quả tính toán HQCT cho thấy tỷ lệ người có mô quanh răng lành mạnh của nhóm can thiệp tăng lên so với nhóm chứng là 614,4%, giảm tỷ lệ người có cao răng, túi lợi nông, sâu lặn lượt là 49,1%, 70,4% và 59,4% (bảng 2). Điều này chứng tỏ phương pháp can thiệp là có hiệu quả với tình trạng bệnh quang răng.

Về tình trạng mất bám dính (LOA), Trước can thiệp không có sự khác biệt về tỷ lệ LOA giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng trước can thiệp, với $p > 0,05$. Tuy nhiên, sau can thiệp, nhóm can thiệp có tỷ lệ người có LOA 0-3mm tăng lên, và LOA 4-5mm giảm có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng và sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tính toán hiệu quả can thiệp đối với tình trạng mất bám dính cho thấy tỷ lệ người LOA 0-3mm của nhóm can thiệp tăng lên so với nhóm chứng là 32,6%, giảm tỷ lệ người LOA 4-5mm là 35,6%, với sự thay đổi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với tác giả của Phạm Văn Việt (2004) [7].

Hiện nay, các nghiên cứu đánh giá HQCT chăm sóc răng miệng ở trong nước và thế giới phần lớn tập trung ở nhóm trẻ tuổi. Kết quả sau khi sử dụng một hay nhiều biện pháp như giáo dục nha khoa, dùng nước súc miệng có Fluor, các dự phòng lâm sàng đều cho thấy tình trạng BQR giảm khá nhiều. Còn ở nhóm đối tượng NCT, những nghiên cứu can thiệp lâm sàng vẫn còn

thiếu rất nhiều, phần lớn là các chương trình giáo dục nha cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Sau can thiệp, tỷ lệ người có mô quanh răng lành mạnh tăng 614,4%, cao răng, túi lợi nông và túi lợi sâu giảm lần lượt 49,1%; 70,4% và 59,4%. Tỷ lệ người có mất bám dính 0-3mm tăng 32,6%, mất bám dính 4-5mm giảm 35,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization:** "Già hóa và sức khỏe ở Việt Nam và khu vực Tây Thái Bình Dương hệ quả chính sách và ưu tiên hành động". Geneva, 2015.
2. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải:** "Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam". Nhà xuất bản y học Hà Nội, 2001, 75 – 81.
3. **Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam.:** "Luật người cao tuổi". Luật số 39/2009/QH12, 2009.
4. **Casagrande J.T., Pike M.C., Smith P.G.:** "An Improved Approximate Formula for Calculating Sample Sizes for Comparing Two Binomial Distributions". Biometrics, 1978, 34(3), 483-486.
5. **Trương Mạnh Dũng:** "Nha khoa cộng đồng". Nhà xuất bản Y học, 2004, 265-267.
6. **Đào Ngọc Phong, Tôn Thất Bách:** "Phương pháp nghiên cứu khoa học trong y học và sức khỏe cộng đồng". Tài liệu hướng dẫn xây dựng đề cương nghiên cứu khoa học y học, Nhà xuất bản y học, 2006, 57- 69, 102-113.
7. **Phạm Văn Việt:** "Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội". Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, 2004.

CÁC KÍCH THƯỚC CUNG RĂNG VÀ TƯƠNG QUAN VỚI MỨC ĐỘ BIỂU HIỆN RĂNG CỬA HÌNH XÈNG

Huỳnh Kim Khang*, Quách Hữu Thịnh*

TÓM TẮT⁷

Mục tiêu: (1)Xác định kích thước chiều rộng cung răng giữa hai răng nanh, hai răng cối lớn thứ nhất hàm trên; (2)Xác định kích thước gần xa của bốn răng cửa hàm trên và kích thước chiều dài cung răng; (3) Xác định mối tương quan giữa mức độ biểu hiện răng cửa hình xèng và các kích thước cung răng hàm trên. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả và phân tích, mẫu nghiên cứu gồm 100 mẫu hàm thạch cao từ

20 đến 23 tuổi (48 nam, 52 nữ). Đánh giá và phân loại đặc điểm răng cửa hình xèng theo Hrdlicka, 1920. Chiều rộng, chiều dài cung răng và kích thước gần xa bốn răng cửa hàm trên được đo theo Moorrees, 1957. **Kết quả:** Chiều rộng cung răng hàm trên ở nam giới đều lớn hơn ở nữ giới; sự khác biệt này có ý nghĩa ($p < 0,05$). Chiều dài cung răng và tổng kích thước gần xa của bốn răng cửa ở nam lớn hơn nữ; sự khác biệt này không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Có mối tương quan thuận có ý nghĩa giữa mức độ biểu hiện RCHX với kích thước gần xa bốn răng cửa hàm trên ($r=0,42$) và chiều dài cung răng ($r=0,30$). **Kết luận:** Chiều rộng cung răng giữa hai răng nanh, hai răng cối lớn thứ nhất hàm trên ở nam lớn hơn nữ. Kích thước gần xa của bốn răng cửa hàm trên và kích thước chiều dài cung răng ở nam lớn hơn nữ. Có mối tương quan thuận giữa mức độ biểu hiện RCHX với tổng kích thước của bốn răng cửa và chiều dài cung răng.

*Trường Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 2/6/2017

Ngày duyệt bài: 16/6/2017

Không tìm thấy tương quan có ý nghĩa giữa mức độ biểu hiện RCHX và các kích thước chiều rộng cung răng hàm trên (bao gồm chiều rộng giữa hai răng nanh và chiều rộng giữa hai răng cối lớn thứ nhất).

Từ khóa: kích thước cung răng, răng cửa hình xẻng.

Ký hiệu: răng cửa hình xẻng: RCHX; chiều dài cung răng: DCR; răng nanh: RN; răng cối lớn thứ nhất: RCL1; gần xa: GX; hàm trên: HT; phải: P; trái: T; răng cửa giữa: I1; răng cửa bên: I2.

SUMMARY

DENTAL ARCH SIZES AND CORRELATION WITH SHOVEL-SHAPED INCISORS

Objectives: The aim of this study was: (1) to determine the size of maxillary intercuspid, intermolar widths; (2) to determine the mesiodistal crown diameters of four maxillary incisors and the arch depth; (3) to determine the correlation between shovel-shaped incisors and maxillary dental arch sizes. **Materials and method:** With the descriptive cross - sectional and analytic study design, the sample consisted 100 dental casts (at the age of 20-23). Shovel-shaped incisors were evaluated and classified by Hrdlicka (1920) method. The arch widths, depths and the mesiodistal crown diameters of four maxillary incisors were measured by Moorrees (1957) method. **Results:** The maxillary dental arch widths of male were higher than female, there were significant differences ($p < 0.05$). The arch depth and mesiodistal crown diameters of four maxillary incisors of male were higher than female, there were no significant differences ($p > 0.05$). There were positive correlation between shovel-shaped incisors and the mesiodistal crown diameters of four maxillary incisors ($r = 0.42$); the arch depth ($r = 0.30$). **Conclusions:** The maxillary intercuspid, intermolar widths; the mesiodistal crown diameters of four maxillary incisors and the arch depth of male were higher than female. There were positive correlation between the shovel-shaped incisors and the mesiodistal crown diameters of four maxillary incisors; the arch depth. There were no correlation between the shovel-shaped incisors and the maxillary dental arch widths.

Key word: Dental arch sizes; shovel-shaped incisors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bộ răng là đối tượng nghiên cứu và chăm sóc của thầy thuốc Răng Hàm Mặt. Cùng với sự phát triển của loài người, bộ răng cũng đã trải qua quá trình thay đổi và tiến hóa hàng triệu năm. Do đó, những thông tin có được từ bộ răng người rất phong phú và đa dạng. Nó không chỉ đảm nhận chức năng ăn nhai, mà còn chứa đựng những tài liệu vô cùng quý giá về nhân học, sinh học tiến hóa và di truyền. Tầm quan trọng của kích thước răng và cung răng được chứng minh rất nhiều trong những nghiên cứu trước đây. Một số tình trạng sai khớp cắn thông thường có thể xảy ra do sự khác biệt giữa kích thước răng và cung răng. Về mặt lâm sàng, biểu hiện của sự khác biệt này có thể dẫn đến răng chen chúc

nếu kích thước răng lớn mà kích thước cung răng lại nhỏ. Ngược lại, có thể xuất hiện khoảng hở giữa các răng khi răng nhỏ mà kích thước cung răng lại lớn. Ngoài ra, còn góp phần rất lớn đến nét thẩm mỹ và sự hài hòa khuôn mặt. Đây là mối quan tâm hàng đầu của các bác sĩ nha khoa tổng quát và các nhà chỉnh hình khi lập kế hoạch chẩn đoán và điều trị. Trong các đặc điểm hình thái của bộ răng, răng cửa hình xẻng là một trong những đặc điểm thu hút nhiều nghiên cứu nhất và đã được chứng minh là có giá trị phân loại chủng tộc cao. Tuy nhiên ở nước ta vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của răng cửa hình xẻng lên kích thước cung răng. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về các kích thước cung răng và tương quan với mức độ biểu hiện răng cửa hình xẻng với *mục tiêu nghiên cứu*:

- Xác định kích thước chiều rộng cung răng giữa hai răng nanh, hai răng cối lớn thứ nhất hàm trên
- Xác định kích thước gần xa của bốn răng cửa hàm trên và kích thước chiều dài cung răng.
- Xác định mối tương quan giữa mức độ biểu hiện răng cửa hình xẻng và các kích thước cung răng hàm trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống đáp ứng với tiêu chuẩn chọn mẫu.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu: bộ răng vĩnh viễn có đủ 24-28 răng trên cung hàm (có thể có hoặc không có răng khôn); răng không bị sâu vỡ lớn hoặc phục hình; không có tình trạng mòn răng quá mức ở mặt nhai hoặc mặt bên; chưa trải qua điều trị chỉnh hình răng mặt
- Loại khỏi nghiên cứu mẫu hàm bị bọt, bị khiếm khuyết ở những vị trí là điểm mốc đo.

***Cỡ mẫu:** 100 mẫu hàm thạch cao ở độ tuổi 20 đến 23 tuổi (48 nam, 52 nữ).

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả và phân tích.

2. Phương pháp nghiên cứu

• Phương pháp quan sát đặc điểm răng cửa hình xẻng: Quan sát trên mẫu hàm thạch cao mặt trong các răng cửa giữa và cửa bên hàm trên bằng mắt thường kết hợp với kính lúp có độ phóng đại gấp 4 lần, đánh giá và phân loại đặc điểm răng cửa hình xẻng theo 4 mức độ thể hiện (Hrdlicka, 1920)⁽⁵⁾:

Độ 0: Không có hình xẻng: không có dấu vết nào của gờ men hay phần lõm

Độ 1: Có vết hình xẻng: dấu vết của gờ men rõ nhưng chưa đủ để xét vào mức độ bán xẻng

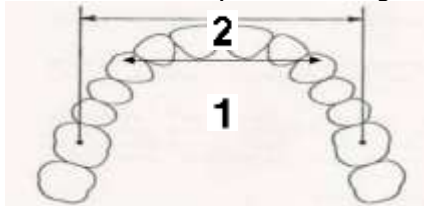
Độ 2: Hình xèng trung bình: gờ men rõ nhưng phần lõm mặt trong còn cạn

Độ 3: Hình xèng rõ: gờ men và phần lõm mặt trong rõ

• **Phương pháp đo chiều rộng cung răng:**

- Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát chiều rộng cung răng theo hai chỉ số là chiều rộng giữa hai răng nanh và chiều rộng giữa hai răng cối lớn thứ nhất (theo định nghĩa của Moorrees, 1957⁽⁷⁾). (hình 1).

- Sử dụng thước trượt điện tử đo khoảng cách giữa hai điểm xác định trước bằng bút chì.



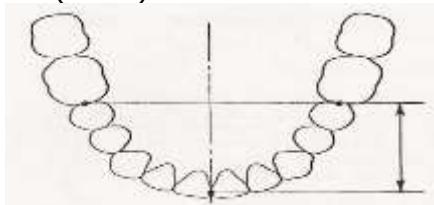
1: Chiều rộng cung răng giữa hai răng nanh;

2: Chiều rộng cung răng giữa hai RCL1

Hình 1: Chiều rộng cung răng. (Nguồn từ Larson, 2010⁽⁶⁾)

• **Phương pháp đo chiều dài cung răng**

- Chiều dài cung răng (DCR): là khoảng cách từ điểm tiếp xúc giữa hai răng cửa giữa đến đường thẳng nối hai điểm tiếp xúc giữa răng cối nhỏ thứ hai và răng cối lớn thứ nhất hai bên cung hàm (hình 2)⁽⁷⁾



Hình 2: Chiều dài cung răng. (Nguồn từ Larson, 2010⁽⁶⁾)

- Trên mẫu hàm thạch cao, dùng thanh kẽm thẳng mỏng nối hai điểm tiếp xúc giữa răng cối nhỏ thứ hai và răng cối lớn thứ nhất ở hai bên cung hàm (cố định bằng sáp hồng), sau đó sử dụng thước trượt điện tử để đo khoảng cách từ điểm tiếp xúc của hai răng cửa giữa (ở mặt trong) đến thanh kẽm.

Xử lý số liệu

- Sử dụng Microsoft Excel để xử lý số liệu.

- Sử dụng phép kiểm t để so sánh các giá trị trung bình trong nghiên cứu.

- Sử dụng tương quan Spearman để xác định tương quan giữa mức độ biểu hiện RCHX và các kích thước cung răng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Các kích thước cung răng: Các kích thước cung răng hàm trên được khảo sát bao gồm:

- + Chiều rộng cung răng giữa hai răng nanh: RN
- + Chiều rộng cung răng giữa hai răng cối lớn thứ nhất: RCL1

+ Chiều dài cung răng: DCR

+ Tổng kích thước gần xa của bốn răng cửa hàm trên từ răng cửa bên trái đến răng cửa bên phải: GX (HT I2-I2)

Kết quả bảng 3.1 cho thấy các kích thước trung bình cung răng hàm trên ở nam giới đều lớn hơn ở nữ giới. Sự khác biệt này có ý nghĩa ở hai kích thước chiều rộng cung răng ($p < 0,05$) và không có ý nghĩa đối với chiều dài cung răng và tổng kích thước gần xa của bốn răng cửa ($p > 0,05$).

Bảng 3.1: Các kích thước cung răng hàm trên phân bố theo giới tính

Hàm trên	Nam (n= 48)(mm)	Nữ (n= 52)(mm)	Chung (n= 100) (mm)	p
RN	35,72±1,84	34,68±2,09	35,18±2,03	< 0,05
RCL	48,45±2,53	47,26±2,48	47,86±2,56	< 0,05
DCR	24,95±2,15	24,83±1,74	24,89±1,94	> 0,05
GX (HT I2-I2)	31,83±1,54	31,35±1,48	31,61±1,51	> 0,05

Bảng 3.1 cho thấy có sự tăng dần về kích thước trung bình của chiều dài cung răng và tổng kích thước gần xa của 4 răng cửa hàm trên theo các mức độ biểu hiện RCHX (tăng dần từ độ 0 đến độ 3). Kích thước trung bình của chiều rộng cung răng giữa hai răng nanh và chiều rộng cung răng giữa hai răng cối lớn thứ nhất có sự tăng giảm chưa tìm được quy luật.

Bảng 3.2: Các kích thước cung răng hàm trên phân bố theo các mức độ biểu hiện RCHX (chung cả hai giới)

Chung	RN (mm)	RCL (mm)	DCR (mm)	GX(HT I2-I2) (mm)
Độ 0	35,13±2,94	48,47±3,12	22,98±2,22	30,68±1,61
Độ 1	35,28±1,94	48,06±2,54	24,11±0,87	31,01±0,59
Độ 2	34,97±2,00	47,30±2,54	24,60±1,67	31,11±1,80
Độ 3	35,25±2,03	47,99±2,56	25,34±2,03	31,90±1,55

2. Tương quan giữa mức độ biểu hiện RCHX và các kích thước cung răng

Kết quả trong bảng 3.3 cho thấy ở cả hai giới có mối tương quan thuận có ý nghĩa giữa: Tổng mức độ răng cửa hình xẻng của các răng cửa hàm trên và kích thước gần xa của 4 răng cửa hàm trên. Tổng mức độ răng cửa hình xẻng của các răng cửa hàm trên và chiều dài cung răng.

Bảng 3.3: Hệ số tương quan Spearman giữa mức độ biểu hiện RCHX và kích thước cung răng hàm trên (chung cả hai giới)

Chung	I1 RCHX (T+P)	I2 RCHX (T+P)	RCHX (I2-I2)
GX (HT I2-I2)	0,43**	0,37**	0,42**
RN	ns	ns	ns
RCL	ns	ns	ns
DCR	0,35**	0,25*	0,30**

(**):p < 0,01; (*) :p < 0,05

• Nhìn chung, răng có mức độ biểu hiện RCHX càng rõ thì tổng kích thước gần xa vùng răng cửa càng lớn, hay ngược lại các răng kích thước càng lớn có xu hướng biểu hiện đặc điểm RCHX càng rõ hơn. Hình dạng và kích thước của bốn răng cửa là một trong những yếu tố rất quan trọng ảnh hưởng đến độ cắn phủ, cắn chìa và sự chen chúc của cung răng. Chiều rộng, chiều dài và chu vi cung răng đóng vai trò rất quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị chỉnh hình. Việc lên kế hoạch điều trị của ngành nha khoa hiện đại cũng chủ yếu dựa vào việc phòng ngừa và chẩn đoán sớm⁽³⁾. Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát mối tương quan giữa mức độ biểu hiện răng cửa hình xẻng với chiều rộng và chiều dài cung răng nhằm tìm ra giá trị của đặc điểm RCHX trong việc tiên đoán kích thước cung răng.

• Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy tương quan có ý nghĩa giữa mức độ biểu hiện RCHX và các kích thước chiều rộng cung răng hàm trên được khảo sát (bao gồm chiều rộng giữa hai răng nanh và chiều rộng giữa hai răng cối lớn thứ nhất). Tuy nhiên, mối tương quan thuận có ý nghĩa được tìm thấy giữa mức độ biểu hiện RCHX và chiều dài cung răng ở cả hai giới. Răng cửa hình xẻng có gờ bên dày hơn so với răng cửa có hình dạng bình thường. Chính vì vậy, RCHX ở hàm trên có mức độ biểu hiện càng rõ thì càng có xu hướng mọc nghiêng ra phía ngoài nhiều hơn để tiếp xúc với răng cửa hàm dưới đã mọc trước đó, điều này góp phần làm tăng độ cắn chìa và chiều dài cung răng. Nghiên cứu của Hasegawa (2009)⁽⁴⁾ đưa ra kết quả hệ số tương quan thu được đạt mức trung bình. Người Mông Cổ xuất phát từ chủng tộc Mongoloid phương bắc có tỉ lệ biểu hiện RCHX cao hơn so với người Việt. Dân tộc Việt là sự kết hợp chủ yếu của hai đại chủng Mongoloid và Australoid⁽¹⁾⁽²⁾, đây có thể là được xem là nguyên nhân để giải thích sự khác biệt giữa kết quả của hai nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

- Chiều rộng cung răng giữa hai răng nanh, hai răng cối lớn thứ nhất hàm trên ở nam lớn hơn nữ.

- Kích thước gần xa của bốn răng cửa hàm trên và kích thước chiều dài cung răng ở nam lớn hơn nữ.

- Có mối tương quan thuận giữa mức độ biểu hiện RCHX với tổng kích thước của bốn răng cửa và chiều dài cung răng.

- Không tìm thấy tương quan có ý nghĩa giữa mức độ biểu hiện RCHX và các kích thước chiều rộng cung răng hàm trên (bao gồm chiều rộng giữa hai răng nanh và chiều rộng giữa hai răng cối lớn thứ nhất).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tử Hùng (1993), *Đặc điểm hình thái nhân học bộ răng người Việt*, Luận án phó tiến sĩ khoa học Y Dược, Đại học Y Dược, TP.HCM.
2. Huỳnh Kim Khang (2011), *Nghiên cứu dọc mối liên hệ một số đặc điểm hình thái giữa răng sữa và răng vĩnh viễn trẻ em người Việt*, Luận án tiến sĩ khoa học Y Dược, Đại học Y Dược, TP.HCM. 121tr.
3. Bishara SE., Jakobsen JR., Treder J., Nowak A. (1997), "Arch width changes from 6 weeks to 45 years of age", *Am. J. Dentofacial. Orthop.*, vol. 111(4), pp.401-409.
4. Hasegawa K., Terada K., Kageyama I., Tsukada S., Uzuka S., Nakahara R., Nakahara S. (2009) "Influence of shovel-shaped incisors on the dental arch crowding in Mongolian females", *Okajimas Folia Anat. Jpn.*, vol. 86(2), pp.67-72.
5. Hrdlicka A. (1920), "Shovel-shaped teeth", *Am. J. Phys. Anthro.*, vol. 3, pp.429-465.
6. Larson M. (2010), *Transverse arch dimensional changes in class I nonextraction, early and late first bicuspid extraction protocols*, Master of science in Dentistry, Saint Louis University.
7. Moorrees C.F.A., Thomsen S., Jensen E., Yen P.K. (1957), "Mesiodistal crown diameters of the deciduous and permanent teeth in individuals", *J.Dent. Res.*, vol. 36(1), pp.39-47.

LÂM SÀNG TRIỆU CHỨNG ĐAU TRONG MỘT SỐ RỐI LOẠN LIÊN QUAN ĐẾN STRESS

Nguyễn Văn Dũng* và cộng sự

TÓM TẮT⁸

Đặt vấn đề: Đau là triệu chứng thường gặp trong lâm sàng hầu hết các chuyên khoa. Mặc dù có sự khác biệt về vị trí và tính chất đau giữa các bệnh lý, nhưng hệ quả của đau đã ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống người bệnh. **Mục tiêu:** Làm sáng tỏ đặc điểm lâm sàng triệu chứng đau trong các rối loạn liên quan đến stress, góp phần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời ngay tại tuyến đầu. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang từng ca trên 56 bệnh nhân điều trị tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Vị trí thường gặp nhất: đau mặt cổ, chiếm 65,5% trong rối loạn lo âu, 85% trong các rối loạn dạng cơ thể, 100% trong phản ứng với stress trầm trọng; tiếp đó, đau lưng, đau bụng, đau ngực và đau các khớp, với tính chất mơ hồ, cảm giác nặng nề, cường độ đau tăng lên khi cảm xúc căng thẳng, khó chịu. **Kết luận:** Triệu chứng đau phát sinh và diễn biến trong các rối loạn tâm sinh có liên quan đến các yếu tố tâm lý- xã hội, thường gặp ở nhóm tuổi 20-39 (44,7%). Bệnh cảnh lâm sàng chiếm ưu thế là các triệu chứng đau chức năng đa dạng, phong phú không có bằng chứng tổn thương thực thể.

SUMMARY

CLIMATE SYMPOSIUM SYMPTOMS IN SOME FACTORS RELATED TO STRESS

Introduction: Pain is a common symptom in most clinical specialties. Although there is a difference in the location and nature of the pain between pathologies, the consequences of pain have a significant impact on the quality of life of patients. **Objective:** To clarify the clinical symptoms of pain in stress-related disorders, which contribute to early diagnosis and prompt treatment at the frontline. **Methodology:** A cross-sectional clinical case-control study of 56 patients treated at the Institute of Mental Health of Bach Mai Hospital. **Results:** Most common location: head face, 65.5% in anxiety, 85% in body disorders, 100% in severe stress response; Then, back pain, abdominal pain, chest pain and joint pain, with vague nature, heavy feeling, increased pain intensity when emotional stress. **Conclusion:** Symptoms of pain and development in familial disorders are related to psychosocial factors, which are common in the 20-39 age group (44.7%). Clinical scene predominates as diverse functional abnormalities, with no evidence of traumatic injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong lâm sàng tâm thần học, đau, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ là những triệu chứng thường gặp liên quan đến bệnh lý thực thể và chức năng. Trong đó, các rối loạn liên quan đến stress là nhóm bệnh lý mà đau biểu hiện đa dạng với những tính chất khá độc đáo. Một số nghiên cứu cho thấy triệu chứng đau chiếm tới 45% trong rối loạn lo âu và hoảng sợ, trong đó 80% là đau ngực. Trong nghiên cứu của Gay.C và Boureau.F (1995), có tới 50% đau đồng phát với trầm cảm trong các bệnh lý rối loạn dạng cơ thể, và mang tính chất mạn tính. Trong các rối loạn liên quan đến stress sau sang chấn, đau được phát hiện chiếm tỉ lệ 20%, chủ yếu là đau đầu, đau bụng và đau ngực. Trong thực hành tâm thần học và các chuyên khoa, triệu chứng đau gặp khá phổ biến nhưng cho đến nay vẫn chưa có công trình nào nghiên cứu có hệ thống vấn đề này. Với mong muốn mô tả đặc điểm lâm sàng triệu chứng đau trong các rối loạn liên quan đến stress, tác giả tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng triệu chứng đau trong các rối loạn liên quan đến stress, góp phần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời ngay tại tuyến đầu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thu nhận nghiên cứu 56 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn liên quan đến stress (theo ICD 10, 1992) có triệu chứng đau, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần trong năm 2016.

Nghiên cứu mô tả lâm sàng từng ca, có phối hợp sử dụng trắc nghiệm tâm lý BECK để đánh giá trạng thái trầm cảm, ZUNG để đánh giá tình trạng lo âu. Đồng thời, nghiên cứu đặc điểm tính cách người bệnh và các rối loạn chức năng khác trên từng bệnh nhân riêng biệt.

Xử lý số liệu thu thập được bằng phương pháp toán thống kê dùng trong y học.

* Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: dr.dungbm@yahoo.com
Ngày nhận bài: 4.2.2017
Ngày phản biện khoa học: 26.5.2017
Ngày duyệt bài: 2.6.2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Sự phân bố bệnh nhân đã khám và điều trị ở các chuyên khoa trước khi nhập viện

Chuyên khoa	n	%
Chưa khám chuyên khoa nào	7	12,5
Tim mạch	13	23,2
Thần kinh	20	35,7
Cơ - xương khớp	10	17,8
Đông y	9	16,1
Tiêu hoá	9	16,1
Phòng khám đa khoa	27	48,2

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân có triệu chứng đau đã có thời gian dài khám và điều trị tại các chuyên khoa trước khi đến với chuyên khoa tâm thần. Trong đó, khám nhiều nhất tại phòng khám đa khoa (48,2%), tiếp theo là chuyên khoa thần kinh (35,7%), tim mạch (23,2%), tiêu hoá (16,1%).

Bảng 2. Sự phân bố tuổi và thời gian bị bệnh

Tuổi \ Thời gian	< 1 năm	1-2 năm	> 2 năm	%
21-30	3	9	-	12 (21,42%)
31-40	9	14	4	27 (48,21%)
41-50	3	6	2	11 (19,64%)
> 50	1	3	2	6 (10,71%)
Tổng số	16 (28,57%)	32 (57,14%)	8 (14,28%)	56 (100%)

Nhận xét: Tuổi 31-40 có tỷ lệ cao nhất. Đây là độ tuổi cống hiến nhiều sức lao động nhất cho xã hội. Bệnh có xu hướng kéo dài nhiều năm, trở nên mạn tính: 2-5 năm (57,14%), < 1 năm (28,57%).

Bảng 3. Sự phân bố triệu chứng đau trên các thể bệnh

Thể bệnh	n	%
Rối loạn lo âu	Rối loạn lo âu lan toả	27
	Rối loạn hoảng sợ	2
Rối loạn dạng cơ thể	Rối loạn cơ thể hoá	12
	Rối loạn đau dai dẳng	5
	Rối loạn nghi bệnh	3
Phản ứng với stress trầm trọng	Phản ứng stress cấp	1
	Rối loạn stress sau sang chấn	2
	Phản ứng trầm cảm ngắn & kéo dài	4

Nhận xét: Triệu chứng đau hay gặp nhất là trong các rối loạn lo âu (51,9%), tiếp đến là rối loạn dạng cơ thể (35,7%), trong các phản ứng với stress trầm trọng (12,5%).

Bảng 4. Đặc điểm vị trí đau trên bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí	n	%
Đầu-mặt-cổ	43	76,8
Lưng-thắt lưng	30	53,6
Các khớp	25	44,6
Bụng	19	33,9
Ngực	38	67,8

Nhận xét: Trong các rối loạn liên quan đến stress, đau gặp nhiều ở vị trí đầu- mặt- cổ (76,8%), ở ngực (67,8%), tiếp đó là ở lưng-thắt lưng các khớp và bụng.

Bảng 5. Đặc điểm vị trí đau trên các bệnh lý (rối loạn) thường gặp

Vị trí	RL lo âu		RL dạng cơ thể		Phản ứng với stress	
	N1	%	N2	%	N3	%
Đầu-mặt-cổ	19	65,5	17	85	7	100
Lưng, thắt lưng	14	48,3	15	75	1	14,3
Các khớp	12	41,3	11	55	2	28,6
Bụng	11	37,9	6	30	2	28,6
Ngực	22	75,9	11	55	5	71,4

Nhận xét: Số liệu từ bảng 5 cho thấy, vị trí đau thường gặp nhiều là ở đầu-mặt- cổ, tiếp đến là ở ngực, các khớp và bụng.

Bảng 6. Đặc điểm kiểu đau trên các rối loạn

Vị trí	RL lo âu		RL dạng cơ thể		Phản ứng với stress	
	N1	%	N2	%	N3	%
Liên tục	13	44,8	13	65	2	28,6
Từng cơn	16	55,2	7	35	5	71,4

Nhận xét: Đau liên tục gặp nhiều trong các rối loạn dạng cơ thể (65%), trong khi đau từng cơn gặp nhiều trong rối loạn lo âu (55,2%) và trong phản ứng stress (71,4%).

Bảng 7. Tính chất đau trên các bệnh nhân nghiên cứu

Vị trí	n	%
Đau buốt, nhói	13	23,3
Đau bỏng rát	7	12,5
Đau cảm giác đè nặng	11	19,6
Đau mơ hồ	25	44,7
Đau nhất thời, luân chuyển	52	85,7
Đau kéo dài, không luân chuyển	8	14,3
Liên quan đến cảm xúc căng thẳng	41	73,2

Nhận xét: Đau mơ hồ, có tính chất nhất thời và luân chuyển gặp nhiều hơn cả (85,7%). Phần lớn đau tăng lên có liên quan đến cảm xúc căng thẳng (73,2%).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, rối loạn đau chức năng là thường gặp, và hầu hết đã có một thời gian điều trị theo đơn tại phòng khám đa khoa, hoặc điều trị nội trú ở các chuyên khoa: thần kinh (35,7%), tim mạch (23,2%), tiêu hóa (16,1%), cơ xương khớp (17,8%). Rối loạn đau chức năng diễn ra thường xuyên và kéo dài làm cho bệnh nhân khó chịu, họ tái khám và điều trị nhiều tháng nhiều năm tại các chuyên khoa đó nhưng ít có kết quả. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Bond M.R, Hugles (1997), Gallogher. RM (2004).

Trong bảng 2, triệu chứng đau thường gặp ở lứa tuổi 31-40 tuổi (48,21%), một phần nhỏ ở tuổi trưởng thành 21-30 tuổi (21,42%), rất ít gặp ở tuổi trên 50 (10,71%). Nghiên cứu thời gian bị bệnh, chúng tôi thấy bệnh dao động từ 6 tháng – 5 năm. Thường gặp nhiều hơn cả từ 1-2 năm (57,14%). Khuynh hướng bệnh tiến triển liên tục dẫn đến mạn tính nhiều năm với triệu chứng đau chức năng đa dạng luôn thay đổi. Người bệnh đã trải qua nhiều dịch vụ y tế ban đầu, kết quả khám nghiệm các chuyên khoa đều không phát hiện thấy bất thường và không giải thích được mối tương quan về mức độ của các triệu chứng với sự bận tâm quá mức của người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Trần Hữu Bình (2004), Gay C, Boureau F (1989).

2. Sự phân bố triệu chứng đau và đặc điểm đau trong các rối loạn liên quan đến stress ở các bệnh nhân nghiên cứu

Trong các rối loạn liên quan đến stress (bảng 3), triệu chứng đau gặp nhiều trong rối loạn lo âu (51,9%). Nhiều nghiên cứu cho thấy đau xuất hiện trong các rối loạn này từ giai đoạn rất sớm, cường độ dễ thay đổi theo trạng thái lo âu. Người bệnh than phiền đau bỏng rát hoặc buốt nhói, xảy ra từng cơn, nhất thời, luân chuyển, liên quan chặt chẽ đến cảm xúc căng thẳng. Trong các rối loạn dạng cơ thể, đau chiếm tỉ lệ 35,7%, đau với cảm giác đè nặng, đau liên tục hơn là từng cơn, với cảm giác mơ hồ, làm biến đổi cảm xúc, bệnh nhân trở nên buồn chán và đau khổ. Bởi vậy, một số tác giả cho rằng, trong các rối loạn dạng cơ thể, đặc biệt trong rối loạn cơ thể hoá, bên cạnh triệu chứng đau thường có triệu chứng trầm cảm, và các tác giả coi đó là hiện tượng "cơ thể hoá cảm xúc". Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy triệu chứng đau gặp tỉ lệ không cao (12,5%) trong phản ứng với stress trầm trọng, nhưng đặc điểm kiểu đau, tính chất đau, cường độ đau có nhiều biểu hiện giống như đau trong rối loạn lo âu. Nghiên cứu cho thấy có tới 71,4% người bệnh đau từng cơn, cảm giác buốt nhói, diễn ra nhất thời và mang tính chất luân chuyển, liên quan đến trạng thái cảm xúc căng thẳng.

Triệu chứng đau dựa trên cá tính riêng của người bệnh và sự hình thành cá tính đó; cũng như các đặc điểm của phản ứng thuộc về cấu trúc cảm xúc, đặc biệt là sự biến đổi của cảm xúc và những tác động của chúng đến cơ thể, được chúng tôi vận dụng khảo sát trên từng bệnh nhân riêng biệt. Do vậy, những biểu hiện cảm xúc về mặt cơ thể gọi là cơ thể hóa cảm xúc

trong các rối loạn liên quan đến stress khác nhau biểu hiện bằng những triệu chứng đau nhức năng, và những triệu chứng thần kinh thực vật nội tạng phong phú và đa dạng trên người bệnh.

Như vậy, rõ ràng các tình huống về tính đặc hiệu các xung đột cảm xúc và đặc điểm của các nét cảm xúc trên từng người bệnh đã góp phần hình thành nên sự phong phú và đa dạng về đặc điểm, tính chất và vị trí của triệu chứng đau trong các rối loạn liên quan đến stress. Điều đó đã gây ra những nhầm lẫn không ít trong chẩn đoán phân biệt và điều trị kém hiệu quả của các thầy thuốc nội khoa và chuyên khoa tâm thần. Nghiên cứu của Gay.C, Boureau F, (1989) và Gallogher. RM (2004) cũng có những đánh giá tương tự như chúng tôi.

Nhận xét chung theo y văn: Trên những bệnh nhân mắc các rối loạn liên quan đến stress đều cho thấy bệnh cảnh lâm sàng triệu chứng đau biểu hiện phong phú và đa dạng trên các vị trí, cơ quan khác nhau của cơ thể. Từ đó, hình thành những phức bộ triệu chứng thuộc về các chuyên khoa, phản ánh mối quan hệ của tác động tâm thần và cơ thể bằng các nhân tố liên quan (sang chấn tâm lý, yếu tố thể chất và đặc tính nhân cách).

Tuy nhiên, ở một số bệnh nhân, các triệu chứng rối loạn cảm xúc mờ nhạt, bệnh nhân chủ yếu than phiền về triệu chứng đau đa dạng, dai dẳng của mình. Triệu chứng đau dù xảy ra từng cơn hay liên tục với các tính chất khác nhau bỏng rát, chấy buốt, hoặc cảm giác đè nặng,... đều gây ra rối loạn giấc ngủ, giảm ăn ngon miệng, gây ra cảm giác mệt mỏi, chậm chạp về tâm lý vận động cho người bệnh. Giống như nhận xét của nhiều tác giả sự xuất hiện triệu chứng đau trong các rối loạn liên quan đến stress liên quan đến những biến đổi cảm xúc của người bệnh, liên quan đến tình trạng rối loạn khí sắc trong những điều kiện đời sống tâm lý khó chịu, những khó khăn hay xung đột, cùng với những nét biến đổi về đời sống tâm lý cá nhân mà chúng tôi nhận thấy trong công trình nghiên cứu.

Ở đây, điều đáng chú ý là trong tiền sử của bệnh nhân, phần lớn đều tìm thấy yếu tố chấn

thương tâm lý. Yếu tố đó có tính chất khởi động và làm biến đổi những phản ứng sinh lý kéo dài thông qua hệ thống thần kinh thực vật và cơ quan nội cảm thụ tác động đến các cơ quan nội tạng gây ra những biến đổi chức năng khác nhau. Điều đó cho thấy sự hình thành triệu chứng đau theo một cơ chế tâm – sinh học phức tạp, đòi hỏi thầy thuốc thực hành phải có quan điểm tâm- thể trong chẩn đoán và điều trị.

V. KẾT LUẬN

1. Bệnh thường gặp ở độ tuổi lao động 20-40 (69,63%); khuynh hướng tiến triển liên tục, trở nên mạn tính: 6 tháng- 1 năm (28,5%), 2-5 năm (57,14%).

2. Bệnh nhân đã khám và điều trị ở nhiều chuyên khoa trước khi nhập viện SKTT: ở phòng khám đa khoa (48,2%), chuyên khoa thần kinh (35,7%), tim mạch (23,2%), tiêu hoá (16,1%). Đau gặp nhiều ở vị trí đầu-mặt-cổ (76,8%), ở ngực (67,8%), lưng-thắt lưng (53,6%), các khớp và bụng (44,6%). Tính chất đau chủ yếu là mơ hồ (44,7%), có khi buốt nhói (23,2%), 19,6% đau với cảm giác đè nặng, và 12,5% cảm giác đau bỏng rát. Đau diễn ra nhất thời, luân chuyển (85,7%), và tăng lên khi tình trạng cảm xúc lo âu, căng thẳng (73,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổ chức y tế thế giới (1992) "Các rối loạn liên quan stress"** *Phân loại bệnh quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi (ICD-10)*, Bản dịch tiếng Việt, Hà Nội.
2. **Trần Hữu Bình (2004)**, "Đánh giá tác dụng thuốc chống trầm cảm trong điều trị các chứng đau mạn tính", *Tạp chí NCYH ĐHY Hà Nội*, T4, tr.45-51.
3. **Ferreri M. (1997)** "Stress từ bệnh học tâm thần đến cách tiếp cận trong điều trị", NXB Mũi Cà Mau, thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Ghen J.H. (2001)**, "Sinh lý học lâm sàng cơ sở", NXBYH.
5. **Bond M.R., Hugles. (1997)**, Psychological aspects of chronic pain, in *diatil stud*, V9, N01, P23-27.
6. **Gay C., Boureau F. (1989)**, "Douleur et Depression", *Autour de la Depression*, Numero Special. P: 120-131.
7. **Gallogher R.M. (2004)**, "Mood anxiety disorders in chronic pain", hand book for heathcare providers in pain research an management. Vol 27.

THỰC TRẠNG TẬT KHÚC XẠ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA SINH VIÊN TẠI ĐẠI HỌC TRẦN ĐẠI NGHĨA, NGUYỄN HUỆ VÀ NGÔ QUYỀN

Phí Vĩnh Bảo¹, Nguyễn Văn Tập²,
Đào Văn Dũng³, Trần Văn Hưởng⁴

TÓM TẮT⁹

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tật khúc xạ và một số yếu tố liên quan của sinh viên tại 3 trường đại học Trần Đại Nghĩa, Nguyễn Huệ và Ngô Quyền. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành trên 1.050 sinh viên tại 3 trường đại học Trần Đại Nghĩa, Nguyễn Huệ và Ngô Quyền năm 2015. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên là cao với 23,3%. Tuy vậy kiến thức đúng và đầy đủ về nguyên nhân trong sinh hoạt, học tập và các biện pháp phòng ngừa là chưa cao với tỷ lệ 21,2%; 34,1% và 19,1%. Qua phân tích đa biến cho thấy một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ mắt ở sinh viên gồm mắt nhìn gần liên tục ≥ 2 giờ/ngày, tiếp xúc máy tính ≥ 2 giờ/ngày, chơi game ≥ 2 giờ/ngày, xem truyền hình ≥ 2 giờ/ngày, tư thế ngồi học sai, thời gian tự học ≥ 2 giờ/ngày, thói quen học ở hành lang, phòng ngủ và cường độ ánh sáng ở nơi học tập riêng dưới 300 lux. Cần có các giải pháp can thiệp hiệu quả trong đó chú trọng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm giảm tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên.

Từ khóa: tật khúc xạ, sinh viên.

SUMMARY

REFRACTIVE ERRORS AND SOME RELATED FACTORS AMONG THE STUDENTS AT TRAN DAI NGHIA UNIVERSITY, NGUYEN HUE UNIVERSITY AND NGO QUYEN UNIVERSITY

Objectives: Determination of refractive error proportion and some related factors of students at 3 universities Tran Dai Nghia, Nguyen Hue and Ngo Quyen. **Methods:** The cross-sectional survey on 1.050 students at Tran Dai Nghia University, Nguyen Hue University and Ngo Quyen University in 2015. **Results:** The proportion of refractive errors was 23.3%. However, the correct and adequate knowledge about causes of daily life, learning and preventive was not high with the proportion was 21.2%, 34.1% and 19.1%. Through a multiple logistic regression model, students who were spent two hours and over of ongoing regulatory eyes per day, spent two hours and over on using computer per day, spent two hours and over on playing game, spent two hours and over on using television per day, the habit of poor sitting posture, spent two hours and over of studying per day, studying in the hallway, studying in the bedroom and light intensity of studying place under 300 lux were more likely to be refractive errors. Effective interventions are needed, focusing on health education and

communication to reduce the incidence of refractive errors in students.

Keywords: refractive errors, students

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực. Tổ chức Y tế thế giới ước tính tỷ lệ người bị suy giảm thị lực từ năm 1996 đến năm 2020 tăng từ 5,8 tỷ người đến 7,9 tỷ người và hầu hết sự gia tăng này xảy ra ở các nước đang phát triển [5]. Tại Việt Nam, tỷ lệ học sinh, sinh viên mắc tật khúc xạ khá cao (39% - 66%) và gia tăng nhanh qua các năm gần đây, đặc biệt là cận thị học đường [3],[1],[4]. Tuy vậy, những thông tin về tình hình tật khúc xạ và các yếu tố dịch tễ liên quan ở sinh viên vẫn chưa hệ thống đầy đủ, và có nhiều sự khác biệt giữa các địa phương, chưa có các hướng dẫn, chương trình can thiệp phát hiện, điều trị và phòng ngừa tật khúc xạ tại nhiều đơn vị. Do vậy nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu "xác định tỷ lệ tật khúc xạ và các yếu tố liên quan của học viên 3 trường đại học, năm 2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm: Thời gian từ tháng 4/2015 đến tháng 9/2015.

Địa điểm tại 3 trường: đại học Trần Đại Nghĩa, đại học Nguyễn Huệ và đại học Ngô Quyền.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các sinh viên hệ quân sự tại 3 trường Đại học Trần Đại Nghĩa, Đại học Nguyễn Huệ và Đại học Ngô Quyền.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu: tính cỡ mẫu theo công thức ước tính cỡ mẫu theo tỷ lệ.

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2} \times DE$$

Theo nghiên cứu của Hoàng Ngọc Chương năm 2009 trên 1.100 sinh viên năm thứ nhất trường cao đẳng Kỹ thuật Y tế II, kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên mắc tật khúc xạ là 21,5% [1], chọn $p=0,215$, $Z_{1-\alpha/2}=1,96$ trị số phân phối chuẩn, $d=0,05$ là sai số cho phép, $DE=4$ là hệ số thiết kế. Vậy cỡ mẫu tối thiểu là $n = 1.038$ sinh viên. Thực tế chọn 1.050 sinh viên.

Chọn mẫu: Các sinh viên năm thứ 1,2,3,4 được chọn ngẫu nhiên theo cách rút thăm ngẫu nhiên từ danh sách sinh viên của các lớp. Tổng số chọn được 1050

2.5 Chỉ số nghiên cứu: sinh viên mắc tật khúc xạ khi mắt (được thử thị lực không kính, kính lỗ, đo khúc xạ tự động, soi bóng đồng tử, đo khúc xạ chủ quan bằng hộp thử kính) có độ cầu tương đương (cận thị từ -0,50D trở lên, viễn

¹Bệnh viện Quân Y 175

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Ban Tuyên Giáo Trung ương

⁴Bệnh viện Đa khoa Nam Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phí Vĩnh Bảo

Email: bshuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.5.2017

Ngày duyệt bài: 9.6.2017

thị từ 0,75D trở lên và có độ loạn thị từ 0,75D trở lên).

2.6 Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng Epidata và phân tích bằng phần mềm Stata/IC13.0. Sử dụng test χ^2 để so sánh các tỷ lệ với ngưỡng ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$.

2.7 Đạo đức nghiên cứu: Quyền và lợi ích của sinh viên được đảm bảo theo đúng quy định của hội đồng đạo đức Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 175. Đề tài được sự chấp thuận của trường Đại học

Trần Đại Nghĩa, Đại học Nguyễn Huệ và Đại học Ngô Quyền.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát 1.050 sinh viên, tỷ lệ sinh viên trong độ tuổi từ 19 tuổi trở xuống là 19,8%, trong độ tuổi 20 là 21,8%, trong độ tuổi 21 là 24,8% và từ 22 tuổi trở lên là 33,6%. Về năm theo học, tỷ lệ sinh viên năm thứ nhất là 25,1%, năm thứ hai là 25,4%, năm thứ ba là 23,8% và năm thứ tư cao nhất là 25,7%. Tỷ lệ sinh viên có bố hoặc mẹ mắc tật khúc xạ là 3,5%.

3.1. Tỷ lệ mắc tật khúc xạ mắt ở các sinh viên

Bảng 1. Tỷ lệ mắc tật khúc xạ học đường ở các sinh viên (n=1.050)

Tật khúc xạ mắt		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mắc tật khúc xạ	Có	245	23,3
	Không	805	76,7
Phân loại tật khúc xạ	Cận thị	177	16,9
	Viễn thị	13	1,2
	Loạn thị	19	1,8
	Cận loạn	34	3,2
	Viễn loạn	2	0,2

Tỷ lệ mắc tật khúc xạ chung ở sinh viên là 23,3%. Trong đó, tỷ lệ sinh viên mắc cận thị là 16,9%, viễn thị 1,2%, loạn thị 1,8%, cận loạn 3,2% và viễn loạn 0,2%.

Bảng 2. Kiến thức đúng của sinh viên về phòng chống tật khúc xạ (n=1.050)

Kiến thức		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Về biểu hiện	Đúng	888	84,6
	Chưa đúng	162	15,4
Về nguyên nhân trong sinh hoạt	Đúng	223	21,2
	Chưa đúng	827	78,8
Về Nguyên nhân trong học tập	Đúng	361	34,4
	Chưa đúng	689	65,6
Về các biện pháp dự phòng	Đúng	201	19,1
	Chưa đúng	849	80,9

Tỷ lệ sinh viên có kiến thức đúng về các biểu hiện là 84,6%, về các nguyên nhân trong sinh hoạt là 21,2%, về nguyên nhân trong học tập là 34,4% và về các biện pháp phòng ngừa là 19,1%.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ học đường ở các sinh viên

Bảng 3. Một số thực hành trong sinh hoạt liên quan đến tật khúc xạ (n=1.050 sinh viên)

Thực hành trong sinh hoạt, giải trí		Tật khúc xạ				p	OR (KTC 95%)
		Có		Không			
		SL	%	SL	%		
Thời gian xem truyền hình (giờ/ngày)	< 2 giờ	5	10,9	41	89,1		1
	≥ 2 giờ	24	64,9	13	35,1	<0,05	15,14 (4,33 - 59,04)
Thời gian biểu cho môi ngày	Có	235	23,5	767	76,5		1
	Không	10	20,8	38	79,2	0,68	1,16 (0,56 - 2,66)
Chơi game	Không	70	15,7	376	84,3		1
	Có	175	29,0	429	71,0	<0,05	2,19 (1,59 - 3,03)
Thời gian chơi game (giờ/ngày)	< 2 giờ	132	24,3	412	75,7		1
	≥ 2 giờ	43	72,7	17	28,3	<0,05	7,89 (4,22 - 15,2)
Chơi thể thao	Có	100	19,0	427	81,0		1
	Không	145	27,7	378	72,3	<0,05	1,64 (1,21 - 2,21)
Tiếp xúc máy tính	< 2 giờ	69	9,1	692	90,9		1

(giờ/ngày)	≥ 2 giờ	176	60,9	113	39,1	<0,05	15,62 (10,94 - 22,33)
Chế độ dinh dưỡng	Tốt	40	21,5	146	78,5		1
	Chưa tốt	205	23,7	659	76,3	0,52	1,14 (0,77 - 1,71)

Một số thực hành trong sinh hoạt, giải trí liên quan đến tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên ($p < 0,05$): sinh viên có thói quen chơi game, sinh viên có thời gian chơi game ≥ 2 giờ/ngày, sinh viên tiếp xúc với máy vi tính ≥ 2 giờ/ngày.

Bảng 4. Một số thực hành trong học tập liên quan đến tật khúc xạ ($n=1.050$)

Thực hành trong học tập		Tật khúc xạ				p	OR (KTC 95%)
		Có		Không			
		SL	%	SL	%		
Mắt nhìn gần liên tục	< 2 giờ	124	14,5	734	85,5		1
	≥ 2 giờ	121	63,0	71	37,0	<0,05	10,1 (7,01 - 14,5)
Thời gian tự học	< 2 giờ/ngày	58	13,0	389	87,0		1
	2-5 giờ/ngày	153	29,0	374	71,0	<0,05	2,74 (1,96 - 3,83)
	> 5 giờ/ngày	34	44,7	42	55,3	<0,05	5,43 (3,19 - 9,22)
Học tại hành lang	Không	161	19,0	688	81,0		1
	Có	84	41,8	117	58,2	<0,05	3,07 (2,17 - 4,31)
Học tại phòng ngủ	Không	114	14,7	664	85,6		1
	Có	131	48,2	141	51,8	<0,05	5,41 (3,92 - 7,46)
Tư thế ngồi học	Đúng	71	12,9	478	87,1		1
	Không đúng	174	34,7	327	65,3	<0,05	3,58 (2,60 - 4,95)
Cường độ sáng tại góc học tập	≥300 lux	181	20,2	714	79,8		1
	<300 lux	64	41,3	91	58,7	<0,05	2,77 (1,90 - 4,03)

Một số thực hành trong học tập liên quan đến tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên ($p < 0,05$): sinh viên có thói quen mắt nhìn gần liên tục ≥ 2 giờ/ngày, sinh viên tự học ở nhà học từ 2-5 giờ/ngày, sinh viên tự học ở nhà trên 5 giờ/ngày, sinh viên có thực hành học ở hành lang, sinh viên có thực hành học trong phòng ngủ, sinh viên có tư thế ngồi học không đúng, cường độ ánh sáng tại góc học tập riêng dưới 300lux.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ qua phân tích đa biến

Yếu tố	OR hiệu chỉnh	KTC 95%	p
Mắt nhìn gần liên tục ≥ 2 giờ	3,19	1,89 – 5,36	<0,05
Tiếp xúc máy tính, điện thoại ≥ 2 giờ/ngày	5,86	3,69 – 9,31	<0,05
Chơi game ≥ 2 giờ/ngày	2,56	1,21 – 5,42	0,01
Xem truyền hình ≥ 2 giờ/ngày	2,56	1,08 – 6,06	0,03
Tư thế ngồi học sai	3,71	2,44 – 5,65	<0,05
Thời gian tự học	2-5 giờ	2,64	1,64 – 4,26
	Trên 5 giờ	6,59	3,12 – 13,9
Thói quen học trong phòng ngủ	2,53	1,67 – 3,85	<0,05
Thói quen học ở hành lang	1,60	1,01 – 2,53	0,04
Cường độ ánh sáng góc học tập < 300 lux	2,68	1,61 – 4,47	<0,05
Chiều dài trục nhãn cầu	1,33	1,08 – 1,64	<0,05
Độ tuổi	20 tuổi	4,94	2,05 – 11,9
	21 tuổi	3,97	1,70 – 9,29
	≥ 22 tuổi	8,28	3,62 – 18,9

Qua phân tích đa biến, các yếu tố liên quan đến tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở các sinh viên ($p < 0,05$): mắt nhìn gần liên tục ≥ 2 giờ/ngày, sinh viên tiếp xúc máy tính ≥ 2 giờ/ngày, chơi game ≥ 2 giờ/ngày, xem truyền hình ≥ 2 giờ/ngày, tư thế ngồi học sai, sinh viên có thời gian tự học ≥ 2 giờ/ngày, thói quen học ở hành lang, thói quen học tại phòng ngủ, cường độ ánh sáng ở nơi học tập riêng dưới 300 lux, chiều dài trục nhãn cầu và nhóm tuổi.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ mắc tật khúc xạ của các sinh viên

Khảo sát 1.050 sinh viên 3 trường thì tỷ lệ mắc tật khúc xạ là 23,3%. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi tương đương kết quả của tác giả Nguyễn Hoàng Chương năm 2009, tại trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế II, tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên là 21,5% [1].

So với khảo sát sinh viên năm thứ nhất của một số trường Đại học, Cao đẳng tại Việt Nam, tỷ lệ mắc tật khúc xạ trên sinh viên bằng khoảng 1/2 trường Đại học Y Dược Huế và 1/3 trường Đại học Thăng Long [3],[4].

So sánh với một số trường trên thế giới về tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên có khác nhau ở các vùng miền, các khu vực và các quốc gia, tuy nhiên nhìn chung thì tỷ lệ mắc tật khúc xạ hiện nay trên toàn thế giới là rất cao. Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên Malaysia năm 2008 là 32,24% [6], ở sinh viên Ấn Độ năm 2010 là 39,78% [7] và ở sinh viên Nhật Bản năm 2014 là 56,90%. Tỷ lệ mắc tật khúc xạ có xu hướng tăng nhanh trong những năm gần đây do áp lực về học tập ngày càng tăng cùng với sự phát triển của nền kinh tế thị trường. Tỷ lệ cận thị ở sinh viên Malaysia là 28,24% [6], ở Ấn Độ là 21,41% [7] và ở Nhật Bản là 35,9% [9] thì tỷ lệ cận thị trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Điều này cũng phù hợp vì tuyển sinh đầu vào 3 trường sinh viên phải đạt sức khỏe loại 1 về mắt, hoặc bị tật khúc xạ nhẹ.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ học đường của sinh viên

Mắt nhìn gần liên tục: Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nhóm sinh viên có thói quen mắt nhìn gần liên tục ≥ 2 giờ/ngày cao hơn so với nhóm mắt nhìn gần liên tục < 2 giờ/ngày ($OR=3,19$; $p<0,05$). Nếu mắt phải nhìn gần liên tục nhiều giờ trong ngày, nhiều ngày liên tiếp trong tháng, đặc biệt là trong điều kiện thiếu ánh sáng thì thể thủy tinh luôn luôn ở trong tình trạng phải điều tiết, luôn bị căng phồng gây nên tình trạng mệt mỏi, tê liệt điều tiết. Hiện tượng mắt phải điều tiết ở mức quá mạnh kéo dài khi nhìn gần có thể làm cho trục nhãn cầu dài ra và gây cận thị. Mỗi liên quan chặt chẽ giữa nhìn ở khoảng cách gần kéo dài với cận thị đã được xác định trong nghiên cứu của Vũ Quang Dũng [2].

Sử dụng máy vi tính, điện thoại di động: Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nhóm sinh viên tiếp xúc với máy vi tính hoặc điện thoại di động ≥ 2 giờ/ngày cao hơn so với nhóm tiếp xúc dưới 2 giờ/ngày ($OR=5,86$; $p<0,05$). Nghiên cứu đoàn hệ 17.217 sinh viên tốt nghiệp đại học Tây Ban Nha, thời gian tiếp xúc với máy tính trung bình là 14,3 giờ. Sau khi điều chỉnh yếu tố tuổi và giới tính, người sử dụng máy tính > 40 giờ/tuần có nguy cơ mắc tật cận thị gấp 1,49 lần người sử dụng máy tính < 10 giờ/tuần.

Chơi game: Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nhóm chơi game với thời gian ≥ 2 giờ/ngày cao hơn so

với nhóm chơi dưới 2 giờ/ngày ($OR=2,56$; $p<0,05$). Kết quả này tương tự với nhiều nghiên cứu về thực trạng chơi game ở thanh thiếu niên Việt Nam, điều này phù hợp với tình hình thực tế rằng phần lớn sinh viên Việt Nam sử dụng internet và các mạng xã hội.

Xem truyền hình nhiều: Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nhóm xem truyền hình với thời gian ≥ 2 giờ/ngày cao hơn so với nhóm xem truyền hình dưới 2 giờ/ngày ($OR=2,56$; $p<0,05$). Nghiên cứu của You Q.S. và cộng sự năm 2012 tại Trung Quốc, nguy cơ mắc tật cận thị giảm theo thời gian xem truyền hình càng ngắn ($OR=0,93$; $p<0,05$) và khoảng cách xem tivi càng xa ($OR=0,95$; $p<0,05$).

Thói quen học ở hành lang và phòng ngủ: Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nhóm sinh viên có thói quen học ở hành lang và học tại phòng ngủ cao hơn ở nhóm không có thói quen học ở hành lang ($OR=1,60$; $p<0,05$) và học tại phòng ngủ ($OR=2,53$; $p<0,05$). Hành lang và phòng ngủ của sinh viên không phải là nơi được trang bị đầy đủ các trang thiết bị bàn ghế, chiếu sáng dành cho việc học, do đó thói quen này cần hạn chế ở các sinh viên để giảm tỷ lệ mắc tật khúc xạ.

Cường độ ánh sáng ở nơi học tập riêng: Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nhóm có cường độ ánh sáng tại góc học tập riêng dưới 300 lux cao hơn tỷ lệ ở nhóm trên 300lux ($OR=2,68$; $p<0,05$). Tuy các điều kiện về chiếu sáng lớp học ở các trường đã đáp ứng tiêu chuẩn, nhưng một bộ phận sinh viên ngồi học ở nơi có cường độ chiếu sáng dưới 300lux khi học ở nhà điều này cũng là một nguyên nhân khiến tỷ lệ sinh viên mắc tật khúc xạ cao ở các trường. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Vũ Quang Dũng, cường độ chiếu sáng tại vị trí ngồi học của học sinh có liên quan đến cận thị học đường ($OR=2,7$; $p<0,05$) [2].

Nhóm tuổi: Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên 20 tuổi ($OR=4,94$; $p<0,05$), 21 tuổi ($OR=3,97$; $p<0,05$), ≥ 22 tuổi ($OR=8,28$; $p<0,05$) cao hơn sinh viên ≤ 19 tuổi. Khảo sát của George S. và cộng sự năm 2012, trên sinh viên trường Cao đẳng y tế tại Ấn Độ, tỷ lệ cận thị là 39,5%. Trong đó, sinh viên năm thứ nhất và năm thứ hai có tỷ lệ cận thị cao lần lượt là 40% và 52,5%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên là cao với 23,3%. Tuy vậy kiến thức đúng và đầy đủ về nguyên nhân trong sinh hoạt, học tập và các biện pháp phòng ngừa là chưa cao với tỷ lệ

21,2%; 34,1% và 19,1%. Qua phân tích đa biến cho thấy một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ mắt ở sinh viên gồm mắt nhìn gần liên tục ≥ 2 giờ/ngày, tiếp xúc máy tính ≥ 2 giờ/ngày, chơi game ≥ 2 giờ/ngày, xem truyền hình ≥ 2 giờ/ngày, tư thế ngồi học sai, thời gian tự học ≥ 2 giờ/ngày, thói quen học ở hành lang, phòng ngủ và cường độ ánh sáng ở nơi học tập riêng dưới 300lux. Cần có các giải pháp can thiệp hiệu quả trong đó chú trọng công tác truyền thông giáo dục sức khỏe nhằm giảm tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở sinh viên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Ngọc Chương, Hoàng Hữu Khôi, Nguyễn Tịnh Anh (2010) "Đánh giá tình hình thị lực và tật khúc xạ của học sinh sinh viên năm thứ nhất trường Cao đẳng Kỹ thuật Y tế II". *Tạp chí khoa học và công nghệ, Đại học Đà Nẵng*, Số 2 (37), tr.198-203.
2. Vũ Quang Dũng (2013) *Nghiên cứu thực trạng và một số giải pháp phòng chống cận thị ở học sinh*

trung học cơ sở khu vực trung du tỉnh Thái Nguyên, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Thái Nguyên.

3. Dương Hoàng Ân, Nguyễn Bạch Ngọc, Đinh Minh Anh (2014) *Thực trạng cận thị của tân sinh viên trường đại học Thăng Long năm 2013 - 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng*, Trường Đại học Thăng Long, Kỷ yếu công trình khoa học 2014 – Phần II, tr.60.
4. Nguyễn Minh Tú, Hoàng Trọng Sỹ, Võ Văn Thắng, Trần Bình Thắng (2014) "Các chỉ tiêu hình thái, thể lực, bệnh tật và một số yếu tố liên quan ở sinh viên năm thứ nhất Trường Đại học Y dược Huế". *Tạp chí Y học Cộng đồng*, Số 10 +11, tr 50-57.
5. World Health Organization (2007) *Global Initiative for the Elimination of Avoidable Blindness : action plan 2006-2011*, Geneva, Switzerland
6. Gopalakrishnan S., Prakash M.V.S., Jha R.K. (2011) "A Study of Refractive Errors among Medical students in AIMST University, Malaysia". *Indian medical journal*, 105 (11), pp.365-374.
7. Maurya R.P., Bhushan P., Singh V.P., et al. (2012) "Prevalence of Oculo-Visual Disorders amongst University Students in Varanasi District, North India". *Pak J Ophthalmol* 28 (2), pp.86-90.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XA ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỖ CỘT SỐNG THẮT LƯNG THẤP BẰNG Nẹp VÍT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Văn Hữu*, Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

TÓM TẮT¹⁰

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xa điều trị phẫu thuật gậy cột sống thắt lưng thấp bằng nẹp vít tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên bệnh nhân được cố định cột sống thắt lưng thấp bằng nẹp vít. **Kết quả:** Trong số 51 bệnh nhân có 40 nam, 11 nữ. Tuổi trung bình $35,82 \pm 2,18$, cao nhất 86 tuổi, thấp nhất 16 tuổi. Trong đó 25 bệnh nhân không liệt, 1 bệnh nhân liệt hoàn toàn, 25 bệnh nhân liệt không hoàn toàn. Theo dõi sau mổ với thời gian trung bình 7,23 năm, bệnh nhân tiến triển tốt, 4 bệnh nhân mổ lại vì khớp giả gây gãy nẹp. **Kết luận:** Cố định cột sống đường sau bằng vít qua cuống trong chấn thương cột sống thắt lưng thấp là phương pháp mang lại kết quả tốt. Tuy nhiên cần lưu ý hơn trong vấn đề ghép xương sau mổ.

Từ khóa: cột sống thắt lưng thấp, nẹp vít, bệnh viện Việt Đức.

SUMMARY

*Bệnh viện hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sơn
Email: sondinhngoc75@yahoo.com
Ngày nhận bài: 12.3.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017
Ngày duyệt bài: 6.6.2017

RESULT OF TREATMENT FOR LOW LUMBAR BURST FRACTURES BY PEDICLE SCREW FIXATION AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: To evaluate the long-term result of treatment for low lumbar burst fractures at Viet Duc Hospital. **Method:** A retrospective descriptive study. **Results:** 51 patients included 40 males and 11 females. The average age was 35.82 ± 2.18 , the highest was 86 years old, the youngest was 16 years old. Of these 25 patients were not listed, one was completely paraplegic, and 25 patients were not completely paralyzed. Postoperative follow-up at an average of 7.23 years, patients progressed well, 4 patients nonunion need to revision. **Conclusion:** Fixing the posterior vertebral column with pedicle screws in lower lumbar spine injury is a good method. However, should be more attention in postoperative bone grafting.

Keywords: low lumbar spine, splint, Viet Duc hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cột sống thắt lưng thấp (CSTLT) là đoạn cột sống thắt lưng từ L3 đến L5, được bảo vệ bởi khung chậu, các cơ thắt lưng và đây là vùng chịu lực, vận động nhiều nhất so với các vùng cột sống khác do phải nâng đỡ toàn bộ phần trên cơ thể mà phần dưới là khung chậu cố định giống như một cái đe nên khi chấn thương cột sống vùng này cần một lực tác động lớn, do đó khi

tổn thương giải phẫu thường phức tạp và gây mất vững [1]. Ở Việt nam chưa có thống kê chính xác nào về tình hình chấn thương cột sống nhưng số liệu thống kê ở các trung tâm lớn cho thấy chấn thương cột sống ngày một tăng[2]. Theo thống kê của chúng tôi tại khoa Phẫu thuật cột sống bệnh viện Việt Đức từ tháng 10 năm 2007 đến tháng 3 năm 2011, tổng số bệnh nhân chấn thương cột sống phải mổ là 773. Trong đó bệnh nhân bị chấn thương CSTLT phải mổ là 78 trường hợp (chiếm 10%).

CSTLT là vùng có ống sống rộng, không có tủy sống mà chỉ có các rễ đuôi ngựa nên khi phẫu thuật vào vùng này, ngoài mục đích giải phóng các yếu tố chèn ép thần kinh tạo điều kiện cho sự phục hồi của thần kinh còn phải giữ được đường cong sinh lý cũng như phục hồi lại cấu trúc giải phẫu cột sống càng nhiều càng tốt. Nếu không nắn chỉnh tốt sẽ gây gù cột sống và giảm chức năng cuộc sống. Tổn thương về giải phẫu vùng CSTLT thường phức tạp mà mục đích can thiệp phẫu thuật cũng không giống so với chấn thương cột sống ở vùng khác. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm: "*đánh giá kết quả xa điều trị phẫu thuật gãy cột sống thắt lưng thấp bằng nẹp vít*" tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 51 trường hợp được chẩn đoán là gãy cột sống thắt lưng thấp từ L3- L5 được điều trị phẫu thuật lồi sau bằng phương pháp bắt vít qua cuống tại khoa PTCS BV Việt Đức từ 2007 đến tháng 6 năm 2011.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Tất cả 51 bệnh được chẩn đoán xác định là gãy cột sống thắt lưng từ L3-L5 có chỉ định phẫu thuật và được mổ cố định cột sống tại khoa PTCS BV Việt Đức.

- Có đủ bệnh án, có kết quả phim XQ, phim CLVT.

Tiêu chuẩn loại trừ

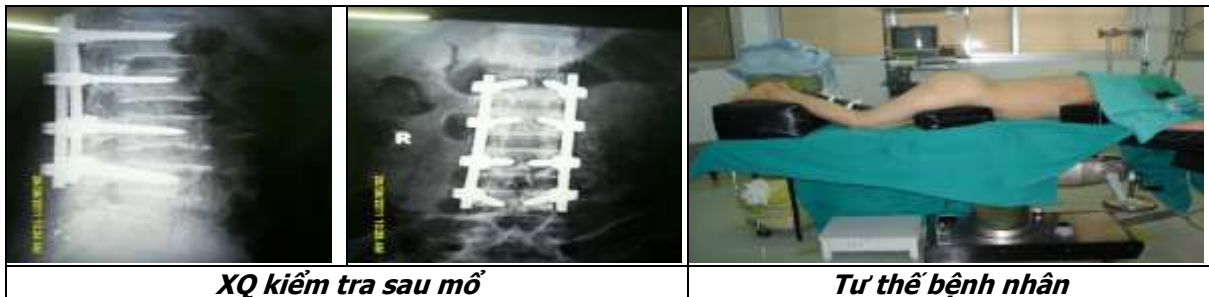
- Bệnh trượt đốt sống
- Những bệnh nhân có tổn thương phối hợp là chấn thương sọ não có giảm hoặc mất tri giác.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả lâm sàng không đối chứng hồi cứu

Xử lý số liệu: Số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Thu thập số liệu: Các bệnh nhân đều được chụp XQ sau mổ, theo dõi và khám lại ít nhất từ 6 tháng trở lên, đánh giá và theo dõi dựa vào thang điểm đánh giá mức độ đau VAS (Visual Analog Score), thang điểm Oswestry, đánh giá thương tổn thần kinh theo phân loại Frankel.



XQ kiểm tra sau mổ

Tư thế bệnh nhân

Quy trình kỹ thuật: BN tư thế nằm sấp; Xác định vị trí tổn thương trên Carm; Tách cân cơ thắt lưng; Bắt vít qua cuống; Đặt rod, giã nẹp; Mở cung sau ngang mức tổn thương, giải ép; Ghép xương.

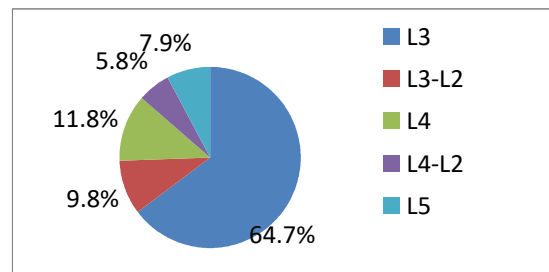
III. KẾT QUẢ

Trong thời gian 2007-2011 khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức tiến hành mổ 78 trường hợp chấn thương cột sống thắt lưng thấp trong lô nghiên cứu của chúng tôi là 51BN, bao gồm 40 nam, 11 nữ. Tuổi trung bình $35,82 \pm 2,18$, cao nhất 86 tuổi, thấp nhất 16 tuổi.

Trong đó tai nạn lao động chiếm 49%, tai nạn giao thông chiếm 21,6%, tai nạn sinh hoạt chiếm 29,4%. 24BN chiếm 47,1% bệnh nhân có tổn thương phối hợp kèm theo.

Vị trí tổn thương: Vị trí tổn thương nhiều nhất là L3 chiếm 64,7%, tiếp đến là L4 chiếm

11,8%, các vị trí L3-L2, L5, L4-L2 lần lượt là 9,8; 7,9; 5,8%.



Biểu đồ 1: Vị trí tổn thương cột sống thắt lưng thấp

Thay đổi giải phẫu trước mổ**Bảng 1: Đặc điểm giải phẫu cột sống thắt lưng thấp trước mổ**

Góc gù thân đốt TB	Góc gù vùng chấn thương TB	Giảm chiều cao thân đốt sống TB	Tỷ lệ hẹp ống sống
$18,27^{\circ} \pm 1,4$	$6,37^{\circ} \pm 1,8$	$46,9\% \pm 3,7$	$46,33\% \pm 3,6$

Góc gù thân đốt sống trung bình là $18,27^{\circ} \pm 1,4$, góc gù vùng chấn thương trung bình là $6,37^{\circ} \pm 1,8$, giảm chiều cao thân đốt sống trung bình $46,9\% \pm 3,7$, tỷ lệ hẹp ống sống là $46,33\% \pm 3,6$.

Kết quả cải thiện góc gù và giảm chiều cao thân đốt**Bảng 2: Kết quả sau điều trị**

Chỉ số trung bình	Trước khi mổ	Sau khi mổ	Khi khám lại
Góc gù thân đốt	$18,27 \pm 1,4$	$6,27 \pm 1,1$	$3,12 \pm 1$
Góc gù vùng chấn thương	$6,37 \pm 1,8$	$-5,65 \pm 1,3$	$-4,06 \pm 1,7$
Giảm chiều cao thân đốt	$46,9\% \pm 3,8$	$21,68\% \pm 2,62$	$13,24\% \pm 1,6$

Kết quả cho thấy góc gù thân đốt sống, góc gù vùng chấn thương và mức giảm chiều cao thân đốt sống sau khi mổ và khám lại thấp hơn so với trước khi mổ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Theo dõi sau mổ với thời gian trung bình 7,23 năm bệnh nhân tiến triển tốt sau mổ, 4 bệnh nhân lại vì khớp giả gây gãy nẹp.

IV. BÀN LUẬN

Tần suất của chấn thương cột sống thắt lưng thấp phải mổ so với chấn thương cột sống thắt lưng phải mổ tại khoa phẫu thuật cột sống là 16%. Theo Seybold EA và cộng sự trong 255 bệnh nhân chấn thương cột sống thắt lưng có 63 bệnh nhân chấn thương cột sống thắt lưng thấp, tần suất là 25%[3]. Như vậy tần suất chấn thương cột sống thắt lưng thấp so với chấn thương cột sống thắt lưng là rất thấp.

Ta thấy vị trí hay gặp nhất là ở L3 chiếm 74,5%. L4 chiếm 17,6%. Ít nhất là L5 với 7,8%. Có thể giải thích do L3 gần vùng bản lề, là nơi chuyển hướng cong của cột sống và cũng là chỗ giáp ranh của giữa phần di động nhiều và phần cố định (L5) như một cái đe làm cho L3 bị vỡ vụn nhiều hơn 41/51 bệnh nhân. Ở L4 và L5 hướng của các mặt khớp là từ trên xuống dưới nên cử động theo chiều đứng dọc càng nhiều, tầm vận động đạt 20° , mặt khác để chấn thương L4,L5 cần một năng lực tác động mạnh do các đốt sống này có hệ thống cơ lưng rất khỏe bám vào cùng với các dây chằng cố định đốt sống với xương chậu ở phía dưới. Điều này cũng giải thích vì sao khi chấn thương cột sống L4,L5 thì thường kèm theo trật thân đốt sống.

Tỷ lệ cải thiện góc gù thân đốt và giảm chiều cao thân đốt sống trung bình sau phẫu thuật của chúng tôi là: Tỷ lệ cải thiện về góc gù thân đốt là 65,7%, giảm chiều cao thân đốt được cải thiện là 53,8%. Kết quả này cũng giống kết quả của một số tác giả khác khi nghiên cứu chấn thương cột

sống ở vùng khác [4-6]. Đối với sự hồi phục của cột trước nghĩa là sự liền thân đốt sống thể hiện bằng chỉ số giảm chiều cao thân đốt sống. Qua nghiên cứu của chúng tôi với 51 bệnh nhân thì sự giảm chiều cao thân đốt sống trung bình trước mổ là 44,3%, sau mổ là 18,24%, sau khi khám lại là 13,24%. Như vậy chiều cao thân đốt sống được cải thiện 53,8%. Kết quả này cho thấy kết quả nắn chỉnh bằng nẹp vít qua cuống là rất tốt và hiệu quả. An HS, Simpson JM và cộng sự [7] đã theo dõi 22 trường hợp gãy vụn cột sống thắt lưng thấp với thời gian theo dõi trung bình 56,2 và 39 tháng giữa nhóm điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật lỗi sau. Kết quả cho thấy, ở nhóm điều trị phẫu thuật giảm chiều cao thân đốt sống trung bình chỉ còn lại 19% trong khi đó, ở nhóm điều trị bảo tồn là 31%. Như vậy đối với cột sống thắt lưng thấp thì vấn đề phẫu thuật để giải phóng thần kinh chỉ là một lý do, điều quan trọng hơn nữa là phải trả lại được cấu trúc giải phẫu càng nhiều càng tốt và cố định càng ngắn càng tốt mà vẫn phải đảm bảo mục đích của cố định và nắn chỉnh về giải phẫu.

Theo dõi sau mổ bệnh nhân phục hồi tốt, có 04 bệnh nhân khám lại đau lưng, khớp giả gây gãy nẹp vít. Các bệnh nhân được tiến hành mổ lại thay nẹp vít kèm theo hàn xương liền thân đốt. Với các bệnh nhân không gãy nẹp, không xuất hiện than phiền đau lưng tăng theo thời gian.

IV. KẾT LUẬN

Cố định cột sống đường sau bằng vít qua cuống trong chấn thương cột sống thắt lưng thấp là phương pháp mang lại kết quả tốt. Tuy nhiên cần lưu ý hơn trong vấn đề ghép xương sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ki Soo Kim, M.D** và cộng sự (1997), *Surgical Treatment of the Low Lumbar(L3-L5) Spinal Fractures*. J Bone Joint Surg. Vol. 4. No. 1, pp 74-80.
2. **Nguyễn Văn Thạch** (2007), "Nghiên cứu điều trị phẫu thuật gãy cột sống ngực thắt lưng không

vững, không liệt tủy và liệt tủy không hoàn toàn bằng dụng cụ Moss Miami", Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y

3. Seybold EA, Sweeney CA, Fredrickson BE, Warhold LG, Bernini PM.(1999) Functional outcome of low lumbar burst fractures. A multicenter review of operative and nonoperative treatment of L3-L5. Spine. Oct 15;24(20): 2154-61
4. Finn CA, Stauffer ES.(1992) Burst fracture of the fifth lumbar vertebra. J Bone Joint Surg Am. Mar;74(3):398-403

5. Huang TJ, Chen JY, Hsu RW.(1994) Burst fracture of the fifth lumbar vertebra with unilateral facet dislocation: case report. J Trauma. May; 36(5):755-7.
6. Vaccaro A.R., Albert T.J. (2003), "Spine surgery", *Tricks of the trade*, Thieme Express. pp.140- 141; 156- 158; 186- 188.
7. An HS, Vaccaro A, Cotler JM, Lin S.(1991) Low lumbar burst fractures. Comparison among body cast, Harrington rod, Luque rod, and Steffee plate. Spine. Aug;16(8 Suppl): S440-4

KHẢO SÁT TƯƠNG QUAN GIỮA CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN LỐI SỐNG VỚI BMI Ở NGƯỜI KIỂM TRA SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT¹¹

Mở đầu: Cùng với sự phát triển của xã hội ngày càng văn minh, trình độ hiểu biết chăm sóc sức khỏe ngày càng tốt hơn. Tuy nhiên, bên cạnh sự gia tăng thói quen hoạt động thể lực nhằm bảo vệ sức khỏe, tỷ lệ không nhỏ đặc biệt nam giới với thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá ngày càng gia tăng. Nghiên cứu này nhằm khảo sát các thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá, tập thể dục và mối tương quan của các thói quen này với chỉ số khối cơ thể (BMI) của đối tượng là người kiểm tra sức khỏe tổng quát tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát mối liên quan giữa các thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá, tập thể dục với chỉ số BMI. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, có phân tích thực hiện tại Khoa Chăm sóc Sức khỏe theo yêu cầu BV Chợ Rẫy, thời gian từ ngày 1/4/2017 đến 30/5/2017. Gồm 402 đối tượng đã qua kiểm tra sức khỏe tổng quát và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các biến số cần khảo sát: giới tính, tuổi, chỉ số BMI, thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá, tập thể dục. Tiêu chuẩn béo phì dựa trên BMI của WHO cho người châu Á. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22, độ tin cậy 95% với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê, sử dụng các phép kiểm tra CHI bình phương. **Kết quả:** Nam chiếm đa số 56,5% (227 TH) so với nữ 43,5% (175 TH). Tuổi trung bình 42,59 (14-87). Đa số không tập thể dục 52,49% (211 TH); tập thể dục 47,51% (191 TH). Không uống bia rượu 60,9% (245 TH); có uống bia rượu 39,1% (158 TH); nam uống bia rượu chiếm đa số hơn nữ (nam 157 TH, nữ 1 TH); số lon bia uống trung bình 7,623 lon/tuần. Hút thuốc lá 15,2% (61 TH), không hút thuốc lá 84,8% (341 TH). Cân nặng bình thường chiếm đa số 39,6%; kể đến dư cân 26,6%; béo phì 25,6%; thiếu cân 7,2%. Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng uống bia rượu và BMI ($p < 0,001$; Test CHI2). Liên quan có ý nghĩa thống kê

giữa hút thuốc lá và BMI ($p = 0,021$; Test CHI2). Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thói quen tập thể dục và BMI ($p = 0,021$; Test CHI2). **Kết luận:** Thói quen uống bia rượu và hút thuốc lá cũng cần được quan tâm khi điều trị béo phì.

Từ khóa: chỉ số khối cơ thể, lối sống, uống bia rượu, hút thuốc lá, tập thể dục.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN LIFESTYLE PATTERNS AND BODY MASS INDEX IN A SAMPLE OF HEALTH CHECKUP EXAMINEES

Background: More the society is modernly developing, more healthcare understanding level is better. Beside, physical activity is more popular, frequency of alcoholic consumption and smoking is significant for male. This paper analyzes life style patterns, body mass index (BMI) as well as correlation between alcoholic consumption, smoking, physical activity and BMI in the sample of general health checkup examinees at Cho Ray hospital. **Objective:** *Assessing the correlation between alcoholic consumption, smoking, physical activity and BMI.*

Methods: Cross-sectional prospective study, between April 1st, 2017 and May 30th, 2017; The subjects are health check-up examinees at Health Care Department of Cho Ray hospital. The subjects are 402 examinees underwent general health checkup and agreed to involve in this study. The variables analyzed comprise gender, age, BMI, alcoholic consumption, smoking, physical activity. Alcoholic consumption is variable with calculating such as: 1 can of beer # 333ml beer # 140ml wine (ethanol 12%) # 55ml liquor (ethanol 30%) # 42ml brandy (ethanol 40%) # 33ml rice alcohol (ethanol 50%). Smoking is variable calculated by cigarette/week. Physical activity is variable calculated by period/week or month (2 or 3 periods/month, 1-2 periods/week, 3-4 periods/week, ≥ 5 periods/week (period ≥ 30 min.)). Criteria for obesity is WHO's criteria for Asian. **Results:** Male > female (56.5% vs 43.5%). Mean age 42.59 (14-87). No physical exercise is more than physical exercise (52.49% vs 47.51%). No alcoholic consumption is more than alcoholic consumption (60.9% vs 39.1%), mean can is 7.623 cans/week. No smoking is more than smoking (84.8%

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.5.2017

Ngày duyệt bài: 30.5.2017

vs 15.2%). Normal weight is 39.6%, over weight is 26.6%, obesity 25.6%, under weight 7.2%. The statistically significant correlation between alcoholic consumption and BMI ($p < 0.001$, Chi-squared Test), between smoking and BMI ($p = 0.021$, Chi-squared Test), between physical activity and BMI ($p = 0.021$, Chi-squared Test). Conclusion: Alcoholic consumption and smoking have to be considered in obesity treatment.

Keywords: Body mass index (BMI), life style, alcoholic consumption, smoking, physical activity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của xã hội văn minh và đời sống công nghiệp hiện đại, ý thức tự chăm sóc sức khỏe của người dân Việt Nam cũng gia tăng, biểu hiện bởi ý thức kiểm tra sức khỏe định kỳ hằng năm tại những cơ sở y tế có uy tín, tăng cường tập thể dục nhằm tăng cường sức khỏe. Bên cạnh, thực tế hiện nay tỷ lệ nam giới uống bia rượu và hút thuốc lá ngày càng nhiều. Đã có nhiều công trình nghiên cứu tại Việt Nam cũng như trên thế giới đã chứng minh tác hại của bia rượu và thuốc lá lên sức khỏe, nghiên cứu này nhằm khảo sát sự liên quan giữa những yếu tố liên quan lối sống bao gồm thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá, tập thể dục với BMI, một chỉ số để đánh giá béo phì. *Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát mối liên quan giữa các thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá, tập thể dục với chỉ số BMI.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, có phân tích thực hiện tại Khoa Chăm sóc Sức khỏe

Bảng 1. Thói quen tập thể dục

	Tập thể dục	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Tỷ lệ cộng dồn
Valid	Không tập thể dục	211	52,5	52,5
	Tập 2 – 3 lần/tháng	11	2,7	55,2
	Tập 1-2 lần/tuần	24	6,0	61,2
	Tập 3-4 lần/tuần	20	5,0	66,2
	Tập 5 lần/tuần	136	33,8	100,0
	Tổng cộng	402	100,0	

Nhận xét: Thói quen không tập thể dục chiếm đa số 52,5%; tập 5 buổi/tuần chiếm đa số 33,8%

Bảng 2. Thói quen uống rượu bia

		Số trường hợp	Tỷ lệ %	Tỷ lệ cộng dồn
Valid	Không	244	60,7	60,7
	Có	158	39,3	100,0
	Tổng cộng	402	100,0	

Nhận xét: Không uống bia rượu chiếm tỷ lệ cao hơn 60,7%, uống bia rượu 39,3%,

Bảng 3. Số lon bia uống trong tuần

Uống rượu bia	Trung bình	Số trường hợp	Độ lệch chuẩn
Không	,000	244	,0000
Có	7,623	158	8,1500
Tổng cộng	2,996	402	6,3170

Nhận xét: Số lon bia uống trung bình 7,623 lon/tuần.

Bảng 4. Thói quen hút thuốc lá

theo yêu cầu BV Chợ Rẫy, thời gian từ ngày 1/4/2017 đến 30/5/2017.

Gồm 402 đối tượng đã qua kiểm tra sức khỏe tổng quát và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các biến số cần khảo sát: giới tính, tuổi, chỉ số BMI, thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá, tập thể dục. Uống bia rượu: không hoặc có, nếu có ghi nhận số lon bia uống trong 1 tuần. Cách tính tương đương: 1 lon bia # 333ml bia # 140ml rượu vang (ethanol 12%) # 55ml rượu mùi (ethanol 30%) # 42ml rượu mạnh (ethanol 40%) # 33ml rượu đế (ethanol 50%). Hút thuốc lá: không hoặc có, nếu có tính số điếu hút trong/ngày. Tập thể dục tập 2 – 3 buổi/tháng, tập 1-2 buổi/tuần, tập 3-4 buổi/tuần, tập ≥ 5 buổi/tuần (mỗi buổi ≥ 30 phút). Tiêu chuẩn béo phì dựa trên BMI của WHO cho người châu Á.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22, độ tin cậy 95% với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê, sử dụng các phép kiểm CHI bình phương.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung

- **Giới tính:** Nam chiếm đa số 56,5% (227 TH) so với nữ 43,5% (175 TH)

- **Tuổi:** Tuổi trung bình 42,59 tuổi (thấp nhất 14 tuổi, cao nhất 87 tuổi)

- **Nghề nghiệp:** đa số là công nhân viên chức chiếm tỷ lệ cao 74,1% (298 TH), kể đến là hưu trí và kinh doanh.

- **BMI:** BMI trung bình 23,33

		Số trường hợp	Tỷ lệ %	Tỷ lệ cộng dồn
Valid	Không	341	84,8	84,8
	Có	61	15,2	100,0
	Tổng cộng	402	100,0	

Nhận xét: Đa phần thói quen không hút thuốc là 84,8%, có hút thuốc 15,2%.

3.2 Tương quan giữa BMI và lối sống

Bảng 5. Phân nhóm dựa trên BMI

		Số trường hợp	Tỷ lệ %	Tỷ lệ cộng dồn
Valid	Thiếu cân	29	7,3	7,3
	Bình thường	159	39,9	47,2
	Dư cân	107	26,9	74,1
	Béo phì	103	25,9	100,0
	Tổng cộng	398	100,0	
Missing	System	4		

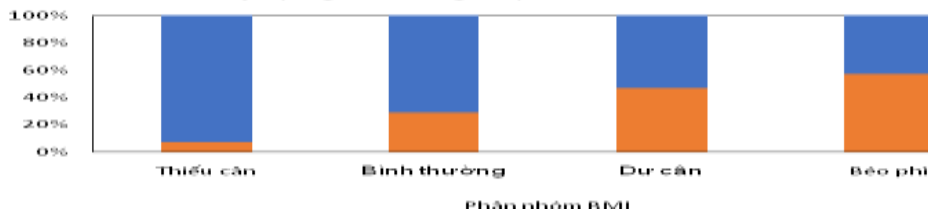
Nhận xét: Cân nặng bình thường chiếm đa số 39,6%, kể đến dư cân 26,6%, béo phì 25,6%.

Bảng 6. Liên quan giữa tình trạng uống rượu bia và BMI

		BMI				Tổng cộng
		Thiếu cân	Bình thường	Dư cân	Béo phì	
Uống rượu bia	Không	27	113	57	44	241
	Có	2	46	50	59	157
Tổng cộng		29	159	107	103	398

Nhận xét: Liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng uống bia rượu và BMI, tỷ lệ phân bố BMI khác nhau giữa người có uống rượu và không uống rượu với p thống kê <0,001 (test CHI2).

Tỷ lệ người uống rượu theo nhóm BMI



Biểu đồ 1. Tỷ lệ người uống rượu theo nhóm BMI

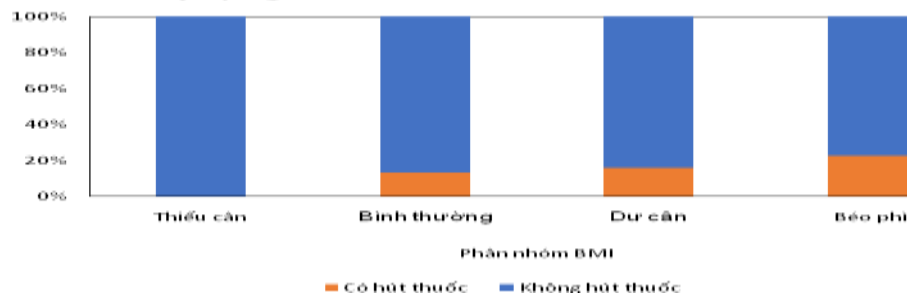
Nhận xét: Mỗi liên quan giữa BMI và tình trạng uống bia rượu dựa vào biểu đồ với tỷ lệ tăng dần của uống bia rượu theo BMI tăng.

Bảng 7. Liên quan giữa BMI và hút thuốc lá

		BMI				Tổng cộng
		Thiếu cân	Bình thường	Dư cân	Béo phì	
Hút thuốc lá	Không	29	138	90	80	337
	Có	0	21	17	23	61
Tổng cộng		29	159	107	103	398

Nhận xét: Có sự liên quan giữa hút thuốc lá và BMI với ngưỡng p=0,021 dùng test CHI2.

Tỷ lệ người có hút thuốc lá theo nhóm BMI



Biểu đồ 2. Tỷ lệ người có hút thuốc lá theo nhóm BMI

Nhận xét: Mỗi liên quan theo liều được đánh giá dựa vào biểu đồ với tỷ lệ tăng dần của hút thuốc lá theo BMI

Bảng 8. Liên quan thói quen tập thể dục và BMI

		BMI				Tổng cộng
		Thiếu cân	Bình thường	Dư cân	Béo phì	
Tập thể dục	Không tập thể dục	22	93	57	38	210
	Tập 2 – 3 lần/tháng	2	2	1	6	11
	Tập 1-2 lần/tuần	2	5	7	10	24
	Tập 3-4 lần/tuần	1	5	11	2	19
	Tập 5 lần/tuần	2	54	31	47	134
Tổng cộng		29	159	107	103	398

Nhận xét: Có sự liên quan giữa thói quen tập thể dục và BMI với ngưỡng $p=0,021$ dùng test CHI2

V. BÀN LUẬN

5.1. Đặc điểm chung: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 402 người đã qua kiểm tra sức khỏe tổng quát bao gồm xét nghiệm sinh hoá, huyết học, vi sinh, siêu âm tuyến giáp, bụng, vú, chụp x quang. Trong đó tỷ lệ nam giới chiếm đa số 56,5%, tuổi trung bình 43 tuổi cũng phù hợp do đối tượng kiểm tra sức khỏe đa phần thuộc tuổi lao động cũng đa số người kiểm tra sức khỏe là công nhân viên chức. Vì thế đối tượng nghiên cứu này phù hợp với mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm khảo sát yếu tố liên quan lối sống như uống rượu, hút thuốc lá phổ biến ở người trẻ và độ tuổi lao động.

Các thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá và tập thể dục được khảo sát dựa vào lời khai của đối tượng nghiên cứu với bác sĩ tham gia nghiên cứu, bác sĩ tham gia nghiên cứu đảm bảo sự an tâm và sự trung thực từ đối tượng nghiên cứu.

Không có thói quen uống bia rượu chiếm tỷ lệ cao hơn là uống bia rượu (60,7% so với 39,3%), nhóm có thói quen uống bia rượu đa số là nam giới chỉ có 1 trường hợp là nữ giới. Tính số lon bia trung bình uống là 7,623 lon/tuần, tương đương uống 2,54 lít bia/tuần, tương đương 132,39 lít bia uống/năm.

Theo kết quả điều tra từ Bộ Y tế, Việt Nam đứng top 2 các nước Đông Nam Á, top 10 các nước châu Á và top 29 các nước trên thế giới uống bia rượu. Theo báo cáo của Bộ Công thương, sản lượng tiêu thụ bia 2016 của Việt Nam là 3,788 tỷ lít bia, trung bình mỗi người Việt Nam uống 42 lít/năm, tăng 4 lít bia so với năm 2015. Vì vậy, lượng bia tiêu thụ của đối tượng có uống bia rượu trong nghiên cứu của chúng tôi 132,39 lít/năm cao hơn nhiều so với lượng bia trung bình mỗi người Việt Nam uống trong 1 năm 42 lít/năm.

Trong nhóm nghiên cứu, thói quen hút thuốc lá chỉ chiếm 15,2% thấp hơn nhiều so với nhóm không hút thuốc lá, đây là dấu hiệu tốt cho thấy

đa phần những người đi kiểm tra sức khỏe có ý thức về tác hại của thuốc lá. Trong nhóm hút thuốc lá chỉ có 1 trường hợp là nữ giới.

Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nam giới hút thuốc lá cao nhất thế giới với 47,4% nam giới trưởng thành hút thuốc. Rất may là tỷ lệ nữ hút thuốc còn thấp, chỉ chiếm 1,4% nữ giới trưởng thành (Điều tra toàn cầu về sử dụng thuốc lá ở người trưởng thành - GATS-2010). Theo công bố của Quỹ Phòng chống Tác hại hút thuốc lá của Bộ Y tế đưa ra 2016: Việt Nam nằm trong 15 nước hút thuốc lá nhiều nhất thế giới. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), thuốc lá là nguyên nhân chính gây ra các ca tử vong trên toàn thế giới và nó cũng là nguyên nhân hàng đầu có thể ngăn ngừa cái chết. Mỗi năm, thuốc lá cướp đi sinh mạng của gần 6 triệu người, trong đó có hơn 5 triệu người đang và đã từng hút thuốc, và hơn 600 nghìn người không hút thuốc nhưng bị tiếp xúc thụ động với khói thuốc của người khác. Số người chết vì thuốc lá nhiều hơn tổng số người chết vì HIV/AIDS, lao phổi và sốt rét cộng lại.

Thói quen tập thể dục chiếm 47,5% trong đó số lần tập 5 buổi/tuần chiếm đa số 33,8%. Tuy nhiên, đối tượng không có thói quen tập thể dục chiếm nhiều hơn 52,5%, điều này cho thấy ý thức rèn luyện thể dục thể thao của đối tượng nghiên cứu vẫn chưa cao.

Dựa trên tiêu chuẩn phân loại của WHO cho người châu Á (tính trên BMI), nghiên cứu chúng tôi ghi nhận nhóm cân nặng bình thường chiếm đa số 39,6%, dư cân 26,6%, béo phì 25,6% và thiếu cân 7,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận BMI trung bình là 23,33; theo nghiên cứu gộp của Ohkuma T. và Cs⁽⁶⁾ ghi nhận BMI trung bình của người Nhật Bản dao động 20,2 đến 24,9; của người Hoa Kỳ 25, đến 48,7; của người New Zealand là 25,8. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi BMI trung bình tương đương BMI của người Nhật. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán

bệnh béo phì của Hiệp hội nghiên cứu béo phì của Nhật Bản (Japan Society for the study of obesity) ở mức BMI ≥ 25 có độ nhạy và độ đặc hiệu tốt nhất để phát hiện đa yếu tố nguy cơ⁽²⁾. Theo một nghiên cứu khác của Kuriyama S. và Cs⁽³⁾ ghi nhận ở những người có BMI từ 25 đến <30 (thừa cân) và ≥ 30 (béo phì) có chi phí chăm sóc sức khỏe tương tự như ở các nước phương Tây.

5.2. Các mối liên quan

- Bia rượu và BMI: Theo tác giả Mary A. Nies và Cs⁽⁴⁾ nghiên cứu trên sinh viên ghi nhận chỉ số trở ngại do alcohol (alcohol problem index: RAPI) có liên quan lượng bia rượu uống vào và BMI. Theo Tolstrup và Cs ghi nhận lượng bia rượu uống vào có liên quan thuận với béo phì. Một nghiên cứu khác của Michael T. French và Cs⁽⁵⁾ ghi nhận sự gia tăng tần suất và lượng bia rượu uống vào liên quan có ý nghĩa thống kê với sự tăng cân ít đối với nam giới, nhưng không liên quan ở nữ giới; cơ chế được giải thích do alcohol không chỉ là chất gây nghiện mà còn là nước giải khát giàu năng lượng mà có thể gây trở ngại chức năng chuyển hoá và tiến trình nhận thức.

Tương tự, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận liên quan: có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng uống bia rượu và các nhóm béo phì dựa trên BMI, tỷ lệ phân bố BMI khác nhau giữa người có uống rượu và không uống rượu với p thống kê $<0,001$ (test CHI2) (bảng 5) và với tỷ lệ tăng dần của uống bia rượu theo BMI tăng (biểu đồ 1).

Hút thuốc lá và BMI: Theo Shadrach Dare và Cs⁽⁷⁾ ghi nhận những người đang hút thuốc lá ít bị béo phì hơn người chưa bao giờ hút thuốc lá, người đã từng hút thuốc lá trước đây dễ bị béo phì hơn người đang hút thuốc lá và chưa từng hút thuốc lá; ở người hút thuốc lá nguy cơ béo phì gia tăng cùng với số lượng thuốc lá hút; người hút thuốc lá nặng (heavy smoker) thì béo phì hơn người hút thuốc lá nhẹ (light smoker), qua nghiên cứu này kết luận thật quá đơn giản nếu cho rằng hút thuốc lá giúp tránh béo phì và bỏ thuốc lá có thể liên quan tăng cân tạm thời.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có sự liên quan giữa hút thuốc lá và BMI với giá trị $p=0,021$ (dùng test CHI2) (bảng 6), và mối liên quan theo liều được đánh giá dựa vào biểu đồ với tỷ lệ tăng dần của hút thuốc lá theo BMI

(biểu đồ 2), kết quả khẳng định việc hút thuốc lá có ảnh hưởng lên tăng cân.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có sự liên quan giữa hút thuốc lá và BMI với giá trị $p=0,021$ (test CHI2) (bảng 6) và mối liên quan theo liều được đánh giá dựa vào biểu đồ với tỷ lệ tăng dần của hút thuốc lá theo BMI (biểu đồ 2).

Tập thể dục và BMI: Theo Sulemana và Cs ghi nhận mối tương quan nghịch giữa mức độ hoạt động thể lực và BMI. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có sự liên quan giữa thói quen tập thể dục và BMI với giá trị $p=0,021$ (test CHI2) (bảng 7), và ghi nhận tỷ lệ không tập thể dục giảm khi cân nặng tăng và tỷ lệ tập 5 buổi/tuần tăng khi cân nặng tăng, tuy nhiên tỷ lệ tập 5 buổi/tuần không khác biệt ở 2 nhóm bình thường và dư cân (biểu đồ 3); kết quả này có thể giải thích do ý thức hoạt động thể lực khi cân nặng tăng lên.

V. KẾT LUẬN

Thói quen uống bia rượu và hút thuốc lá cũng cần được quan tâm khi điều trị béo phì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Eva Rasky, Willibald Julius Stronegger, Wolfgang Freidl, (1996) "The relationship between body weight and patterns of smoking in women and men". *International Journal of Epidemiology*, 25(6)
2. Japan society for the study of obesity, (2002) "New criteria for "obesity disease" in Japan". *Circ. J.*, 66(11), p.987-92.
3. Kuriyama S., Tsuji I., Ohkubo T., Anzai Y., Takahashi K., Watanabe Y., Nishino Y., HIsamichi S. (2002) "Medical care expenditure associated with body mass index in Japan" *International Journal of Obesity*, 26, p.1069-1074.
4. Mary A. Nies, Linman Sun, Donna Kazemi, Amy Carriker, Jacek Dmochowski, (2012) "Relationship of body mass index to alcohol consumption in College Freshmen". *The Scientific World Journal. Article ID 849018*, <http://dx.doi.org/10.1100/2012/849018>. (accessed on 10th June 2017).
5. Michael T. French, Edward C. Norton, Hai Fang, Johanna Catherine, (2010) "Alcohol consumption and body weight". *Health Econ*, 1997), p.814-832.
6. Ohkuma T., Hirakawa Y., Nakamura U., Kiyohara Y., Kitazono T., Ninomiya T. "Association between eating rate and obesity: a systematic review and meta-analysis" *International Journal of obesity*, (accessed on 10th June 2017)
7. Shadrach Dare, Daniel F. Mackay, Jill P. Pell, (2015), "Relationship between smoking and obesity", *Plos One/DOI:10.1371/Journal.pone.0123579* April 17, 2015 1/12 (accessed June 10, 2017)

TÁC DỤNG CỦA VIÊN LUOTAI TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ

NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Nguyễn Thanh Thủy*, Nguyễn Phương Đông**, Đặng Kim Thanh*

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp và khảo sát tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng của viên Luotai.

Phương pháp: thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. **Kết quả:** Sau điều trị, hai nhóm nghiên cứu đều cải thiện độ liệt Rankin và chỉ số Barthel. Nhóm dùng viên Luotai cải thiện độ liệt Rankin là 93,3% tốt hơn nhóm không sử dụng là 86,7% với $p > 0,05$ và mức chênh lệch Barthel trước – sau điều trị ở nhóm dùng Luotai là $45,88 \pm 10,0$ tốt hơn nhóm không sử dụng là $38,77 \pm 12,00$ với $p < 0,01$. **Kết luận:** Viên Luotai có tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp và chưa thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

Từ khóa: Nhồi máu não, viên Luotai.

SUMMARY

THE SUPPORT EFFECT OF LUOTAI SOFT CAPSULE IN TREATING CEREBRAL INFARCTION AFTER THE ACUTE PERIOD

Objective: To evaluate the support effect of Luotai soft capsule in treating patients with cerebral infarction after the acute period and side effects of the method on clinic and paraclinic. **Methods:** randomized controlled clinical trial, comparing the results before and after treatment. **Results:** The results indicated that two group had improved Rankin scale and Barthel index. Group with Luotai soft capsule had 93.3% patients improved Rankin scale better than another group (86.7%; $p > 0.05$) and the differences in the point of Barthel index before and after treatment in group with Luotai soft capsule was 45.88 ± 10.00 better than another group (38.77 ± 12.00 ; $p < 0.01$). **Conclusions:** Luotai soft capsule had the support treatment effect of mobility rehabilitation in patients with cerebral infarction after the acute period and no side effects were found on clinic and paraclinic.

Key words: Cerebral infarction, Luotai soft capsule.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật phổ biến ở mọi quốc gia trên thế giới. Theo tổ chức y tế thế giới, mỗi năm có khoảng 15 triệu người mắc tai biến mạch máu não, trong đó nhồi máu não chiếm 80 -

85%[1]. Ở Việt Nam, bệnh lý này đang có chiều hướng gia tăng, tỷ lệ mắc là 115,92/100.000 dân; thống kê ở các bệnh viện tuyến tỉnh, từng thời kỳ 3 - 5 năm thấy tỷ lệ điều trị nội trú tăng 1,7 - 2,5 lần[2]. Ngày nay với sự tiến bộ của y học, tỷ lệ tàn phế do nhồi máu não có xu hướng gia tăng, vấn đề phục hồi chức năng càng được chú trọng.

Panax Notoginseng Saponins (biệt dược Luotai) là thuốc có nguồn gốc từ củ tam thất, một trong nhiều vị thuốc đông dược quý đã được nghiên cứu và sử dụng phổ biến điều trị thiếu máu não cục bộ tại Trung Quốc [3],[4]. Ở Việt Nam, Luotai đã được nghiên cứu hiệu quả điều trị nhồi máu não cấp [5],[6]. Nhằm góp phần đánh giá tác dụng của viên Luotai trong hỗ trợ điều trị nhồi máu não sau giai đoạn cấp đồng thời góp phần vào việc đa dạng hóa các loại thuốc dùng trong điều trị di chứng tai biến mạch máu não, đặc biệt là thuốc có nguồn gốc từ các dược liệu cổ truyền, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng của viên Luotai trong điều trị hỗ trợ phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp.*

2. *Khảo sát tác dụng không mong muốn của viên Luotai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân chẩn đoán nhồi máu não điều trị nội trú từ 01/2012 đến 11/2012 tại khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Bạch Mai.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân chẩn đoán xác định là liệt nửa người do nhồi máu động mạch não giữa lần đầu sau giai đoạn cấp bằng CT scanner sọ não hoặc MRI sọ não; đã thoát hôn mê, ổn định hô hấp và tim mạch, không biến chứng; độ liệt Rankin từ độ II đến độ IV – V, chỉ số Barthel từ độ II đến độ IV.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Nhồi máu não do bệnh lý tim, dị dạng mạch máu não, tái phát lần 2 trở đi; kèm lao, HIV/AIDS, tâm thần, bỏ điều trị quá 3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu lâm sàng mở có đối chứng, so sánh trước – sau điều trị.

Chọn 60 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu, chia 2 nhóm theo phương pháp ghép cặp đồng đều về tuổi, giới tính và mức độ bệnh theo độ liệt Rankin và chỉ số Barthel và thể bệnh y học cổ truyền:

*Khoa Y học cổ truyền - Trường Đại học Y Hà Nội

** Khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Thủy

Email: tuonglai12@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2017

Ngày duyệt bài: 5.6.2017

Nhóm 1: 30 bệnh nhân điều trị theo phác đồ nền (thuốc y học hiện đại, điện châm) và viên Luotai 100 mg, uống 2 viên/ngày chia 2 lần sau bữa ăn.

Nhóm 2: 30 bệnh nhân được điều trị theo phác đồ nền.

2.2.2. Chất liệu nghiên cứu

**Thuốc nghiên cứu - Luotai:* Mỗi viên nang mềm chứa: Panax notoginseng saponins (chiết xuất củ tam thất): 100mg. Ngày uống 02 viên chia 02 lần sáng, chiều, trong 30 ngày.

**Thuốc y học hiện đại trong phác đồ điều trị*

- Thuốc bảo vệ và dinh dưỡng thần kinh: Gliatilin: Ống tiêm 1000mg/4ml do Italfarmaco S.p.A sản xuất. Ngày 02 ống, tiêm bắp sáng, chiều. Nootropyl: viên 800mg do UCB Pharma. S.A. Ngày 02 viên, uống sáng, chiều.

- Các thuốc điều trị bệnh kèm theo nếu có như tăng huyết áp...

**Phác đồ huyết:* Điều trị liệt nửa người do nhồi máu não bằng điện châm tại Khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Bạch Mai:

- Chi trên bên liệt: Kiên ngưng (II.15) xuyên Tý nhu (II.14), Khúc trì (II.11) xuyên Thủ tam lý (II.10), Chi câu (X.6) xuyên Ngoại quan (X.5), Hợp cốc (II.4) xuyên Lao cung (IX.8), Bát tà (ngoài kinh).

- Chi dưới bên liệt: Giáp tích L1 – L5 (ngoài kinh), Hoàn khiêu (XI.30), Phong thị (XI.31), Huyết hải (IV.10), Túc tam lý (III.36), Dương

lăng tuyền (XI.34), Giải khê (III.41), Bát phong (ngoài kinh).

- Mặt bên liệt: Địa thương (III.4), Giáp xa (III.6).

- Nếu thất ngôn: Liêm tuyền (ngoài kinh), Ngoại kim tân (ngoài kinh), Ngoại ngọc dịch (ngoài kinh).

Huyết dùng luân lưu trong điều trị. Liệu trình 25 – 30 phút/ngày, 30 ngày.

2.2.3. Phương pháp đánh giá kết quả

- Đánh giá mức độ phục hồi liệt nửa người theo độ liệt Rankin, chỉ số Barthel: Loại tốt: chuyển được 2 độ liệt trở lên; Loại khá: chuyển lên 1 độ liệt; Loại kém: không chuyển độ liệt hoặc nặng lên.

- Đánh giá tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

2.2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y học, bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Tuổi trung bình: $63,7 \pm 9,6$. Nhóm tuổi mắc nhiều nhất là ≥ 60 tuổi (65,0%). Giới: tỷ lệ nam/nữ là 1,14.

- Tuổi, giới, mức độ di chứng theo độ liệt Rankin, chỉ số Barthel, thể bệnh y học cổ truyền trước điều trị ở 2 nhóm là tương đương nhau ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Tiến triển theo độ liệt Rankin

Bảng 1. Tiến triển theo độ liệt Rankin

Nhóm	Kết quả	Loại tốt		Loại khá		Loại kém		p ₁₋₂
		n	%	n	%	n	%	
Nhóm 1		2	6,7	26	86,6	2	6,7	> 0,05
Nhóm 2		0		26	86,7	4	13,4	

Hai nhóm đều có cải thiện độ liệt Rankin, trong đó tỷ lệ bệnh nhân đạt loại tốt và khá ở nhóm 1 là 93,3% cao hơn nhóm 2 là 86,7% ($p > 0,05$).

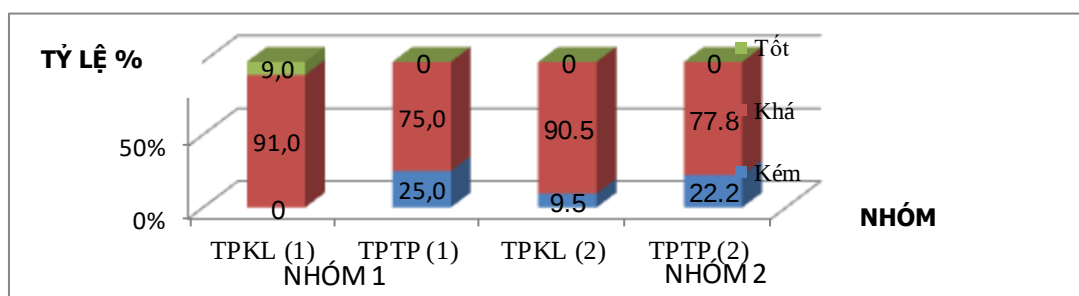
3.2.2. Tiến triển độ liệt theo chỉ số Barthel

Bảng 2. Tiến triển độ liệt theo chỉ số Barthel

So sánh điểm trung bình chỉ số Barthel trước – sau điều trị								
Nhóm	Điểm	Trước điều trị(N ₀)		Sau điều trị (N ₃₀)		Chênh N ₃₀ – N ₀	p ₀₋₃₀	
		$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		$\bar{x} \pm SD$		
	Nhóm 1		25,29 ± 16,80		71,17 ± 21,18	45,88 ± 10,00	< 0,01	
	Nhóm 2		24,60 ± 18,42		63,37 ± 26,54	38,77 ± 12,00	< 0,01	
	p ₁₋₂		> 0,05		< 0,01	< 0,01		
Kết quả dịch chuyển chỉ số Barthel								
Nhóm	Kết quả	Loại tốt		Loại khá		Loại kém		p ₁₋₂
		n	%	n	%	n	%	
	Nhóm 1	10	33,3	17	56,7	3	10,0	< 0,05
	Nhóm 2	3	10,0	16	53,3	11	36,7	

Hai nhóm đều cải thiện chỉ số Barthel, trong đó tỷ lệ cải thiện độ liệt ở nhóm 1 chiếm 90,0% cao hơn nhóm 2 là 63,3% ($p < 0,05$); mức chênh lệch Barthel ở nhóm 1 là $45,88 \pm 10,00$ cao hơn nhóm 2 là $38,77 \pm 12,00$ ($p < 0,01$).

3.2.3. Kết quả theo thể bệnh Y học cổ truyền



Biểu đồ 1. Kết quả dịch chuyển độ liệt Rankin theo thể bệnh y học cổ truyền

Ở cả hai nhóm, thể trúng phong kinh lạc có tỷ lệ dịch chuyển độ liệt Rankin tốt hơn thể trúng phong tạng phủ ($p > 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn của thuốc trên lâm sàng và cận lâm sàng

3.1. Tác dụng không mong muốn của viên Loutai trên lâm sàng: Trong suốt thời gian điều trị, không ghi nhận trường hợp nào xuất hiện các triệu chứng: mất ngủ, nổi mề đay, rối loạn tiêu hóa. Không có bệnh nhân nào tử vong, nặng lên hoặc ngừng thuốc.

3.2. Tác dụng không mong muốn của thuốc trên cận lâm sàng: Các chỉ số huyết học (hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu) và sinh hóa máu (AST, ALT, Ure, Creatinin) trước và sau điều trị có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp điều trị phác đồ kết hợp y học hiện đại và y học cổ truyền tại khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Bạch Mai đều có cải thiện độ liệt Rankin và chỉ số Barthel. Tuy nhiên, nhóm dùng phối hợp thêm viên Loutai có tỷ lệ cải thiện chỉ số tốt hơn nhóm không sử dụng.

Thuốc viên Luotai chiết xuất từ củ tam thất có tác dụng ức chế sự tạo huyết khối và cải thiện hoạt tính của tPA, ức chế sự kết tập tiểu cầu, bảo vệ tế bào thần kinh, chống oxy hóa, bảo vệ tổn thương não khỏi sự thiếu oxy, giãn mạch máu, tăng lưu lượng tuần hoàn máu não. Chính vì vậy, trên lâm sàng thuốc được chỉ định điều trị trong trường hợp: nhồi máu não, cơn thiếu máu não thoáng qua, phòng và điều trị di chứng của bệnh mạch máu não [5],[6].

Theo y học cổ truyền, nguyên nhân trúng phong là do nội nhân kết hợp với ngoại nhân, trong đó nội nhân là chính, thường do tức giận gây can uất, lâu ngày hóa hỏa, can phong nội động gây trúng phong. Sau giai đoạn cấp của

nhồi máu não, liệt nửa người phần lớn do khí hư huyết ứ trệ hoặc đàm thấp. Theo Nội kinh "Phong khí thông vào can, phong sinh ra từ bên trong cơ thể con người đều do can mà ra", "huyết hành phong tự diệt" mà "khí hành tất huyết hành". Chính vì vậy, các vị thuốc có tính vị qui kinh can, thận và có tác dụng hành khí, hoạt huyết lưu thông kinh lạc giúp phục hồi chức năng vận động nhanh chóng [4]. Củ tam thất có tác dụng hoạt huyết hóa ứ mạnh nên có tác dụng điều trị tốt di chứng trúng phong. Tuy nhiên để khẳng định được hiệu quả tốt hơn của viên Luotai cần phải mở rộng nghiên cứu về số lượng bệnh nhân lớn hơn trong thời gian dài hơn.

Nghiên cứu chưa thấy xuất hiện tác dụng không mong muốn trên lâm sàng và cận lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

- Viên nang Loutai có tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp.
- Chưa thấy tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng và cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Wade S. Smith, S. Claiborne Johnston, J. Donald Easton (2005). *Harrison's principles of Internal Medicine, volume II, 16th Edition*. The McGraw- Hill Medical publishing division. 2372 – 86.
- Nguyễn Văn Đăng (2007). *Thực hành thần kinh các bệnh và hội chứng thường gặp*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 569 – 573.
- Jie Wang et al (2004). Arandomised, double – blind, placebo con trolled trial of Xuesaitong in patients with hyperviscosity bood. *European Journal of Chinese Medicine*. 3 (1), 22 – 26.
- Zhong Shang- Qian et al (2005). Effect of Xuesaitong Soft Capsule on Hemorheology and in Auxiliary Treating Patients With Acute Cerebral Infarction. *CJIM* 2005. 11(2), 128 – 131.
- Nguyễn Văn Thông, Lê Đình Toàn và cộng sự (2009). Nghiên cứu đánh giá hiệu quả đơn trị liệu của thuốc Luotai trong điều trị đột quỵ thiếu máu não cục bộ cấp tính. *Tạp chí Y học lâm sàng bệnh viện 108*. 4(3), 14 – 20.

6. Mai Duy Tôn, Nguyễn Đạt Anh (2010). Bước đầu đánh giá hiệu quả của Luotai ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp tại khoa Cấp cứu Bệnh

viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học lâm sàng bệnh viện Bạch Mai*. 48, 39– 42.

THỰC TRẠNG TAI NẠN THƯƠNG TÍCH CỦA TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI 4 XÃ HUYỆN THANH LIÊM TỈNH HÀ NAM NĂM 2015

Vũ Minh Hải*, Nguyễn Thanh Phúc**

TÓM TẮT¹³

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tai nạn thương tích của trẻ dưới 5 tuổi tại 4 xã huyện Thanh Liêm tỉnh Hà Nam năm 2015. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang thông qua điều tra dịch tễ học. **Kết quả:** Trong tổng 1814 trẻ em dưới 5 tuổi của 1208 hộ gia đình được chọn điều tra có 266 trẻ bị tai nạn thương tích (chiếm 14,7%), 79,7% trẻ bị 1 lần tai nạn thương tích. Có nhiều loại tai nạn thương tích xảy ra với trẻ em dưới 5 tuổi, chiếm tỷ lệ cao nhất là tai nạn té ngã với 46,6%, thấp nhất là tai nạn trẻ bị sắc khí bú sữa mẹ và hóc dị vật với tỷ lệ 2,3%, trong đó trẻ nam chiếm 55,6% và trẻ nữ chiếm 44,6%. Nơi xảy ra tai nạn nhiều nhất là tại nhà của các em với tỷ lệ 75,2%. nguyên nhân dẫn đến tai nạn thương tích ở trẻ dưới 5 tuổi nhiều nhất là vô ý do bản thân trẻ gây ra chiếm 62,4%. Trong nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ trẻ được điều trị tại nhà là tương đối cao với 69,9%. Tỷ lệ sơ cấp cứu ban đầu của trẻ cao với 97%. Đối với trẻ bị tai nạn thương tích, trẻ bị di chứng chiếm tỷ lệ thấp với 5,6%. **Kết luận:** Tỷ lệ tai nạn thương tích ở trẻ dưới 5 tuổi là 14,7%, nguyên nhân thường gặp là té ngã, đa số tai nạn xảy ra tại nhà. Do đó người chăm sóc trẻ chính cần chú ý hơn nữa để giảm tai nạn thương tích cho trẻ.

Từ khóa: Tai nạn thương tích, trẻ dưới 5 tuổi, Hà Nam

SUMMARY

ACCIDENTAL INJURY SITUATION OF CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN 4 COMMUNES IN THANH LIEM DISTRICT, HA NAM PROVINCE IN 2015

Objective: Describing the accidental injury situation of children under age 5 in four communes in Thanh Liem district, Ha Nam province in 2015.

Methods: Cross-sectional study in epidemiology.

Results: In 1814 children aged under 5 in 1208 households who were selected, there were 266 children with injuries (accounting for 14.7%), 79.7% of them once injured. There are many types of injuries happened to children under 5 years old, the highest percentage of accidents was fall with 46.6%, accounting for the lowest rate was breastfeeding choking and foreign object choking with the rate at

2.3%, of which there was 55.6% of boys and 44.6% of girls. Where most accidents occurred was their home with 75.2%. The most common cause of those accidents and injuries in children under 5 was unintentionality of themselves, which accounted for 62.4%. The study showed that the rate of children treated at home was relatively high with 69.9%. The rate of children given first-aid was high, 97%. In children with injuries, the rate of sequelae in injured children was low, at 5.6%. **Conclude:** The rate of injured children aged under 5 was 14.7%, the major cause was the act of falling, most of accidents happened at home. Thus, child keepers should pay more attention so as to reduce the rate of traumatic accidents in children.

Keywords: Injury, children under 5 years.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm trên thế giới có ít nhất 5,5 triệu người chết và gần 100 triệu người tàn tật vĩnh viễn do tai nạn thương tích (TNTT). Tai nạn thương tích không chỉ là vấn đề công cộng mà còn là vấn đề của sự phát triển, nhất là TNTT ở trẻ em. Ước tính trên thế giới có khoảng 830.000 tử vong do TNTT không chủ định, tương đương 2.000 trẻ tử vong mỗi ngày. Nguyên nhân gây tai nạn cho trẻ em hàng đầu là tai nạn giao thông đường bộ (260.000 trẻ/năm), đuối nước (175.000 trẻ/năm), bỏng (96.000 trẻ/năm) [1]. Mỗi năm, tại Việt Nam, ngành Y tế phải dành phần lớn cho hoạt động cấp cứu, phục hồi chức năng cho các trường hợp TNTT mà lẽ ra phải dùng cho công tác dự phòng và bảo vệ bà mẹ trẻ em.

Trước tình hình trên, chúng tôi muốn hiểu rõ hơn về: thực trạng TNTT của trẻ em dưới 5 tuổi như thế nào, và thái độ của những người chăm sóc trẻ về việc phòng tránh TNTT cho trẻ ra sao, từ đó góp phần nghiên cứu ra các giải pháp phù hợp giúp giảm thiểu tỷ lệ TNTT của trẻ em. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mô tả thực trạng tai nạn thương tích của trẻ dưới 5 tuổi tại 4 xã huyện Thanh Liêm, tỉnh Hà Nam năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại địa bàn 4 xã/thị trấn của huyện Thanh Liêm tỉnh Hà Nam.

*Đại học Y Dược Thái Bình

**TTYT Thanh Liêm, Hà Nam

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2017

Ngày duyệt bài: 29.5.2017

2. Đối tượng nghiên cứu

- Trẻ em dưới 5 tuổi (trẻ sinh từ tháng 1/2010 đến hết tháng 12/2014).

- Người chăm sóc trẻ chính (là người biết rõ nhất về các hoạt động của trẻ trong gia đình hoặc theo thứ tự chọn ưu tiên bố/mẹ -> ông/bà) trên địa bàn 4 xã/thị trấn của huyện Thanh Liêm tỉnh Hà Nam.

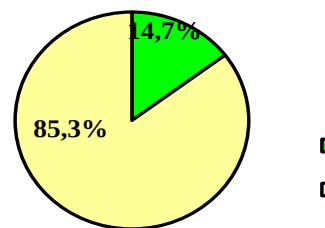
3. Phương pháp nghiên cứu

3.1 *Thiết kế nghiên cứu:* Thiết kế nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

3.2 *Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu thập số liệu:* Cỡ mẫu áp dụng cho điều tra cắt ngang

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

Trên thực tế chúng tôi đã điều tra được 1208 hộ gia đình (trong đó có 1814 trẻ dưới 5 tuổi)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Tỷ lệ trẻ bị tai nạn thương tích (n=1814)

Ở biểu đồ 1, tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị tai nạn thương tích trong tổng số 1814 trẻ em dưới 5 tuổi của 1208 hộ gia đình được chọn điều tra là 14,7%.

Bảng 1. Số lần bị tai nạn thương tích trong 1 năm theo giới

Số lần bị TNTT	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
1 lần		115	77,7	97	82,2	212	79,7
2 lần		28	18,9	19	16,1	47	17,7
3 lần		5	3,4	2	1,7	7	2,6
Tổng		148	55,6	118	44,4	266	100,0

Qua bảng trên ta thấy trong 1 năm vừa qua có 266 trẻ bị tai nạn thương tích. Trong đó, 79,7% trẻ bị 1 lần tai nạn thương tích

Bảng 2. Phân bố các loại tai nạn thương tích của trẻ theo giới

Loại tai nạn thương tích	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Té ngã		70	47,3	54	45,8	124	46,6
Ngộ độc		15	10,1	19	16,1	34	12,8
Bỏng, phỏng lửa		14	9,5	19	16,1	33	12,4
Bị cắt vào tay, chân		23	15,5	9	7,6	32	12,0
Bị các bạn đánh		18	12,2	7	5,9	25	9,4
Động vật cắn		4	2,7	11	9,3	15	5,6
Tai nạn giao thông		9	6,1	3	2,5	12	4,5
Ngã xuống ao, hồ, sông...		7	4,7	2	1,7	9	3,4
Sặc khí bú sữa mẹ		5	3,4	1	0,8	6	2,3
Hóc dị vật		4	2,7	2	1,7	6	2,3
Tổng		148	55,6	118	44,4	266	100,0

Nhận xét: Tai nạn té ngã là tai nạn gặp nhiều nhất ở trẻ dưới 5 tuổi (chiếm 46,6%); ngộ độc chiếm 12,8%; bỏng, phỏng lửa chiếm 12,4%; bị cắt vào tay, chân chiếm 12%. Bị các bạn đánh chiếm 9,4%; bị động vật (chó, ong) cắn chiếm 5,6%; tai nạn giao thông chiếm 4,5%; ngã xuống ao, hồ, sông chiếm 3,4%; sặc khí bú sữa mẹ và hóc dị vật cùng chiếm 2,3%. Bảng trên cũng cho thấy, tỷ lệ trẻ nam bị TNTT cao hơn trẻ nữ (nam 55,6% và nữ 44,4%).

Bảng 3. Nơi xảy ra tai nạn thương tích (n=266)

Nơi xảy ra tai nạn	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		SL	%	SL	%	SL	%
Ở nhà		112	75,7	88	74,6	200	75,2
Trường học		23	15,5	11	9,3	34	12,8
Đường đi lại		8	5,4	11	9,3	19	7,1
Ao hồ, sông, suối, biển		4	2,7	2	1,7	6	2,3
Khác		1	0,7	6	5,1	7	2,6

Nhận xét: Nơi xảy ra tai nạn nhiều nhất là ở nhà chiếm 75,2%; tiếp theo là khu vực trường học chiếm 12,8%; khu vực đường đi lại chiếm 7,1%; ao hồ, sông chiếm 2,3%; khu vực khác chiếm 2,6%.

Bảng 4. Nguyên nhân dẫn đến tai nạn thương tích (n=266)

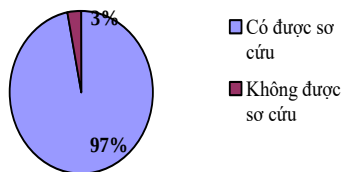
Nguyên nhân	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Vô ý do người khác	73	27,4
Vô ý do mình	166	62,4
Cố ý bởi người khác	9	3,4
Không nhớ rõ	18	6,8

Nhận xét: Nguyên nhân dẫn đến tai nạn thương tích ở trẻ dưới 5 tuổi nhiều nhất là vô ý do bản thân trẻ gây ra chiếm 62,4%; tiếp theo là vô ý do người khác chiếm 27,4%; 6,8% người chăm sóc trẻ không rõ nguyên nhân xảy ra tai nạn thương tích.

Bảng 5. Nơi nạn nhân được điều trị sau khi được sơ cứu (n=266)

Nơi được điều trị	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tại nhà	186	69,9
Trạm y tế	62	23,3
Bệnh viện huyện	9	3,4
Bệnh viện tỉnh, TW	6	2,3
Tư nhân	3	1,1

Kết quả bảng trên cho thấy sau khi được sơ cứu có 69,9% trẻ được theo dõi và điều trị tại nhà; 23,3% trẻ được theo dõi và điều trị tại trạm y tế; 3,4% trẻ được điều trị tại bệnh viện huyện và 2,3% trẻ được điều trị tại bệnh viện tỉnh.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ nạn nhân có được sơ cấp cứu (n=266). Biểu đồ trên cho thấy có 97% trẻ bị tai nạn thương tích được sơ cứu ban đầu; tỷ lệ trẻ không được sơ cứu là 3%.

Bảng 6. Ảnh hưởng của tai nạn thương tích đến sức khỏe (n=266)

Ảnh hưởng đến sức khỏe	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khỏi hoàn toàn	251	94,4
Di chứng (thương tật)	15	5,6

Nhận xét: 94,4% trẻ khỏi hoàn toàn sau khi bị tai nạn thương tích; 5,6% trẻ bị các di chứng (thương tật) ảnh hưởng tới sức khỏe như khả năng vận động, nhìn và thẩm mỹ.

IV. BÀN LUẬN

Tai nạn trẻ em từ lâu đã trở thành một vấn đề y tế công cộng nghiêm trọng của cả thế giới. Có 89% các trường hợp tai nạn trẻ em xảy ra ở những nước đang phát triển, trong đó có Việt

Nam. Theo một nghiên cứu của Quỹ Nhi Đồng Liên Hiệp Quốc (UNICEF) năm 2004 tại 6 nước Châu Á, thấy rằng, tai nạn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em 1 tuổi trở lên. Ở các nước phát triển, tỉ lệ tử vong do tai nạn ở trẻ em là 135/100.000 trẻ, còn ở các nước đang phát triển, tỉ lệ này là 1000/100.000 trẻ [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ trẻ em dưới 5 tuổi bị tai nạn thương tích trong tổng số 1814 trẻ em dưới 5 tuổi của 1208 hộ gia đình được chọn điều tra là 14,7%. Như vậy, cứ trung bình 7 trẻ trong xã thì có 1 trẻ bị TNTT [3].

Kết quả phân tích về giới tính của trẻ bị tai nạn thương tích cho thấy trẻ nam bị tai nạn thương tích nhiều hơn trẻ nữ (nam 55,6 và nữ là 44,4%). Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm sinh lý, hoạt động thể lực của trẻ nam thường hiếu động hơn trẻ nữ.

Về số lần bị tai nạn thương tích, có 79,7% trẻ bị tai nạn thương tích đã từng bị 1 lần trong vòng 1 năm qua; 17,7% trẻ từng bị 2 lần; 2,6% trẻ từng bị 3 lần. Như vậy, đa số trẻ bị tai nạn thương tích 1 lần, tỷ lệ trẻ từng bị tai nạn thương tích từ 2-3 lần trong một năm qua khoảng 20% số trẻ, điều này cho thấy sự bất cẩn của chính các trẻ nhưng cũng có một phần trách nhiệm thuộc về gia đình và nhà trẻ khi chưa có những biện pháp phòng tránh tai nạn thương tích đủ hiệu quả cho các em [4].

Cũng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, trong số các trẻ dưới 5 tuổi bị tai nạn thương tích thì loại tai nạn té ngã chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 46,6% trường hợp; Ngộ độc đứng thứ 2 với tỷ lệ 12,8% trường hợp; bỏng và phỏng lửa đứng thứ 3 với 12,4% trường hợp; Tai nạn bị vật sắc, nhọn cắt vào tay, chân chiếm 12% trường hợp; bị các bạn đánh chiếm 9,4% trường hợp; động vật cắn chiếm 5,6% trường hợp... Kết quả về tỷ lệ TNTT và cơ cấu các loại tai nạn thương tích của chúng tôi cao hơn nhiều so với các nghiên cứu trước. Có sự khác biệt đó là do sự khác nhau trong việc lựa chọn địa bàn và đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu mình thực hiện. Kết quả té ngã gặp chủ yếu và phần lớn trẻ té ngã trong quá trình tập đi, chạy nhảy, vấp ngã vì ở lứa tuổi này trẻ thích khám phá ưa hiếu động, hay chạy nhảy nên việc té ngã là điều thực tế.

Tìm hiểu về nơi xảy ra tai nạn thương tích, kết quả cho thấy 75,2% trẻ em dưới 5 tuổi bị tai nạn thương tích khi ở nhà; 12,8% bị tai nạn thương tích khi ở nhà trẻ; 7,1% trẻ bị tai nạn thương tích ở đường đi lại. Kết quả này là hoàn toàn hợp lý khi hầu hết các hoạt động của trẻ

dưới 5 tuổi là ở 3 nơi này. Trong nghiên cứu này, phần lớn tai nạn thương tích của các trẻ xảy ra ở nhà. Điều này có thể được giải thích do nhà trẻ là nơi có sự quản lý chặt chẽ của cô nuôi dạy trẻ nên ít có nguy cơ xảy ra tai nạn thương tích hơn ở nhà. Tại nhà, do người chăm sóc trẻ thường không thể “để mắt” tới các em một cách thường xuyên, cộng thêm với việc người dân vùng nông thôn thiếu kỹ năng phòng ngừa tai nạn thương tích cho các em nên các tai nạn cũng dễ xảy ra hơn.

Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ trẻ được sơ cấp cứu cao với 97%. Một điều rất may là một trong những kết quả thu được trong nghiên cứu đã chỉ ra phần lớn trẻ bị tai nạn thương tích khi có người chăm sóc trẻ ở bên cạnh, điều này sẽ giúp cho việc phát hiện trẻ bị tai nạn thương tích được nhanh hơn, xử trí các tai nạn thương tích được kịp thời hơn, ít để lại các di chứng nặng nề hơn.

Nơi điều trị tai nạn thương tích trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao nhất là tại nhà chiếm 69,9%, tiếp đó là trạm y tế chiếm 23,3%. Về logic, tỷ lệ này cũng khác nhiều so với các nghiên cứu đã được đề cập khi trạm y tế là nơi điều trị sau sơ cứu với 36%; tại nhà chiếm 34,2%. Có thể do trạm y tế có khoảng cách xa với nhà người dân, hoặc nhiều người dân còn “chủ quan” trong việc xử lý các tai nạn ở trẻ em vì cứ nghĩ vết thương nhỏ, không đáng lo ngại, chỉ cần sơ cứu và không cần đi khám kiểm tra. Điều này có thể khiến trẻ tăng nguy cơ bị nhiễm trùng, nhiễm khuẩn, gây dị tật cho trẻ nếu người chăm sóc không xử lý vết thương tốt. Một điều rất may là kết quả nghiên cứu đã chỉ ra phần lớn trẻ bị tai nạn thương tích khi có người chăm sóc trẻ ở bên cạnh, điều này sẽ giúp cho việc phát hiện trẻ bị tai nạn thương tích được nhanh hơn, xử trí các tai nạn thương tích được kịp thời hơn, ít để lại các di chứng nặng nề hơn. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả về tỷ lệ trẻ được sơ

cấp cứu với tỷ lệ 97%. Tỷ lệ này tương đương so với nghiên cứu của Lê Anh Tuấn (96,5%) [3].

Trong kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa cho thấy 94,4% trẻ khỏi hoàn toàn sau tai nạn thương tích, chỉ có 5,6% trẻ bị các di chứng (thương tật) ảnh hưởng tới sức khỏe. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ trẻ bị di chứng là tương đối thấp, tuy nhiên các di chứng về tai nạn thương tích luôn là nỗi lo của các gia đình và cộng đồng do ảnh hưởng to lớn của nó.

V. KẾT LUẬN

- Trong số 1208 hộ điều tra thì có 226 em gặp TNTT trong 1 năm chiếm 14,7%, hầu hết trẻ bị tai nạn thương tích 1 lần (79,7%).

- Đa số các em gặp TNTT té ngã (chiếm 46,6%); tiếp đến là ngộ độc chiếm 12,8%; bỏng lửa chiếm 12,4%; bị cắt vào tay chân chiếm 12%.

- Hầu hết trẻ dưới 5 tuổi bị tai nạn thương tích ở nhà chiếm 75,2%.

- Tỷ lệ trẻ được tự điều trị tại nhà và được sơ cứu ban đầu là tương đối cao với 69,9% và 97,0%.

- Có 5,6% trẻ bị các di chứng (thương tật) ảnh hưởng tới sức khỏe như khả năng vận động, nhìn và thính mỹ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, UNICEF (2008), World report on child injury prevention
2. Phạm Lê Duy, Đoàn Thị Ngọc Diệp (2012), “Đặc điểm tai nạn trẻ em nhập khoa cấp cứu Bệnh viện nhi đồng 2 năm 2010”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 16:1, tr. 8-17.
3. Lê Anh Tuấn (2014), *Thực trạng tai nạn thương tích và công tác quản lý, sơ cấp cứu tại huyện Hưng Nguyên tỉnh Nghệ An năm 2014*, Luận án Chuyên khoa cấp II chuyên ngành Quản lý y tế, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
4. Nguyễn Đức Chính, Trần Văn Oánh, Trần Tuấn Anh và cộng sự (2011), “Tình hình cấp cứu tai nạn thương tích tại Bệnh viện Việt Đức năm 2009-2010”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 10 (787), tr. 7-9.

HOẠT ĐỘ ENZYM TRANSAMINASE Ở BỆNH NHÂN ĐỒNG NHIỄM HIV/HCV TẠI BỐN TỈNH BIÊN GIỚI VIỆT - TRUNG

Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Thị Hoa¹,
Trần Bảo Ngọc¹, Nguyễn Thị Tố Uyên¹

TÓM TẮT¹⁴

Mục tiêu: 1) Xác định hoạt độ enzym transaminase huyết tương ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV đang được quản lý tại bốn tỉnh biên giới Việt-Trung. 2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến tăng hoạt độ enzym transaminase ở bệnh nhân HIV/AIDS. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 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) Ở nhóm BN HIV/HCV, hoạt độ và tỷ lệ tăng enzym ALT, AST tương ứng là $71,5 \pm 49,6$ U/L và 68,7%; $77,8 \pm 59,7$ và 68,7%. Ở nhóm BN HIV đơn thuần, hoạt độ và tỷ lệ tăng enzym ALT, AST tương ứng là $43,2 \pm 26,1$ U/L và 17,2%; $36,1 \pm 20,1$ và 18,2%. 2) Theo thời gian sử dụng ARV ≤ 1 năm và > 1 năm, hoạt độ ALT, AST ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV tương ứng là $73,7 \pm 38,5$ U/L và $71,2 \pm 50,9$ U/L; $78,9 \pm 47,2$ U/L và $77,7 \pm 61,2$ U/L; ở nhóm HIV đơn thuần tương ứng là $39,1 \pm 21,8$ U/L và $33,7 \pm 26,4$ U/L; $42,7 \pm 17,3$ U/L và $35,5 \pm 20,2$ U/L. **Kết luận:** 1) Hoạt độ và tỷ lệ tăng enzym transaminase ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV cao hơn so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần. 2) Không có sự khác biệt về hoạt độ enzym transaminase huyết tương theo thời gian sử dụng thuốc ARV, tình trạng sử dụng rượu ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV cũng như nhóm HIV đơn thuần.

Từ khóa: Transaminase, ALT, AST, HIV.

SUMMARY

PLASMA TRANSAMINASE ACTIVITY IN HIV/HCV COINFECTION IN FOUR BORDER PROVINCES BETWEEN VIETNAM AND CHINA

Objective: 1) Determine the plasma transaminase activity in HIV/HCV coinfection patients in four border provinces between Vietnam and China. 2) Analyze the associated with transaminase activity and other factors. **Method:** a cross-sectional study of 431 HIV patients was managed in Center for HIV/AIDS of Ha Giang, Cao Bang, Lang Son, Quang Ninh provinces. **Result:** 1) In HIV/HCV, the activity and the elevated prevalence of transaminase respectively were 71.5 ± 49.6 U/L and 68.7%; 77.8 ± 59.7 and 68.7%. In HIV mono-infection respectively were 43.2 ± 26.1 U/L and 17.2%; 36.1 ± 20.1 và 18.2%. 2) In the duration of

using ARV ≤ 1 year and > 1 year, the transaminase activity in HIV/HCV respectively were 73.7 ± 38.5 U/L and 71.2 ± 50.9 U/L; 78.9 ± 47.2 U/L and 77.7 ± 61.2 U/L, in HIV respectively were 39.1 ± 21.8 U/L and 33.7 ± 26.4 U/L; 42.7 ± 17.3 U/L and 35.5 ± 20.2 U/L.

Conclusion: 1) The plasma transaminase activity and the elevated prevalence of transaminase were significantly higher in HIV/HCV co-infection compared with HIV mono-infection. 2) In the duration of using ARV also using alcohol, the transaminase activity was no significantly between HIV/HCV co-infection and HIV mono-infection.

Key word: Transaminase, ALT, AST, HIV.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2015, ước tính trên toàn thế giới có khoảng 36,7 triệu người sống chung với HIV, trong số đó chỉ có khoảng 17 triệu người được tiếp cận với thuốc điều trị kháng virus (ARV- Anti Retrovirus) [3].

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 (BN) HIV. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc kháng virus có liên quan đến những độc tính cấp tính và mạn tính như độc tính gan và có thể đe dọa tính mạng BN. Yếu tố nguy cơ làm tăng độc tính gan do sử dụng thuốc kháng virus là đồng nhiễm virus viêm gan như HCV và HBV cũng như đồng nhiễm lao [7].

Transaminase gồm Alanin aminotransferase (ALT) và Aspartat aminotransferase (AST) là hai enzym được sử dụng như những chất chỉ điểm sinh học để đánh giá tổn thương tế bào gan [4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy có khoảng từ 14-20% BN HIV sử dụng ARV có tăng hoạt độ enzym ALT và AST. Hoạt độ ALT, AST thường tăng ở những BN sử dụng ARV kết hợp và gặp ở phần lớn những BN có bệnh gan mạn tính như đồng nhiễm HBV, HCV [3].

Ảnh hưởng của đồng nhiễm HCV ở BN HIV là làm tăng nguy cơ nhiễm độc gan khi điều trị ARV, cơ chế có thể do làm suy yếu hàng rào bảo vệ của gan. Ở BN đồng nhiễm HIV/HCV nguy cơ tăng hoạt độ enzym transaminase gấp 2-6 lần đặc biệt ở những BN sử dụng thuốc kháng virus hoạt tính cao [4]. Tại Việt Nam, điều trị kháng virus đã được cấp miễn phí cho BN HIV từ năm 2004, tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu đánh

¹Trường đại học Y Dược Thái Nguyên Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa
Email: hoanguyenthi74hstn@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.4.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017
Ngày duyệt bài: 6.6.2017

giá độc tính gan ở BN HIV đã được điều trị ARV. Vì vậy, đề tài này được thực hiện với mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ tăng hoạt độ enzym transaminase huyết tương ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV đang được quản lý tại bốn tỉnh biên giới Việt-Trung.*

2. *Phân tích một số yếu tố liên quan đến tăng hoạt độ enzym transaminase ở bệnh nhân HIV/AIDS.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 431 BN nhiễm HIV AIDS đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS bốn tỉnh biên giới Việt- Trung.

+ 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. BN không có năng lực kiểm soát hành vi của mình. Có thời gian sử dụng thuốc kháng virus < 6 tháng. Bình thường hoạt độ AST, ALT ở nam và nữ < 40 U/L/37°C. Phân loại độc tính gan theo WHO như sau:

Độc tính độ 0: ALT, AST < 50 U/L/37°C. Độc tính độ 1: ALT, AST trong khoảng từ 50-100 U/L/37°C. Độc tính độ 2: ALT, AST trong khoảng từ 101-200 U/L/37°C. Độc tính độ 3: ALT, AST trong khoảng từ 201-400 U/L/37°C. Độc tính độ 4: ALT, AST > 400 U/L/37°C.

+ Đối tượng nghiên cứu được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, lúc đói. Ống đựng máu được chống đông bằng EDTA. Sau đó mẫu máu được trữ vào box vận chuyển máu chuyên dụng được làm lạnh bằng đá khô. Thời gian vận chuyển mẫu trung bình từ các tỉnh đến phòng Xét nghiệm bệnh viện trường Đại học Y khoa Thái Nguyên là 4 giờ. Sau đó, mẫu máu được ly tâm 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 tỷ lệ phần trăm-1 nhóm của tác giả Dương Đình Thiện [2]:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu. $Z^2 (1 - \alpha/2)$ với độ tin cậy 95%. $\rightarrow = 1,96$.

p: Tỷ lệ phân typ A (phân typ phổ biến nhất trên thế giới)=47%, theo nghiên cứu của tác giả Gao [5]. $q = 1-p = 1-0,47=0,53$. 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: Máy xét nghiệm sinh hóa tự động OLYMPUS AU480. Hóa chất do hãng BECKMAN COULTER cung cấp.

2.6. Chỉ tiêu nghiên cứu: Xác định hoạt độ enzym AST, ALT theo qui trình chuẩn. Xác định tỷ lệ nhiễm HCV, HBV bằng phương pháp sắc ký miễn dịch sử dụng test nhanh của hãng Abbott. Chỉ tiêu lâm sàng: giới, thời gian điều trị bằng ARV, sử dụng rượu.

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

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở nhóm nghiên cứu: Không có sự khác biệt về tuổi giữa hai nhóm BN nghiên cứu, tuổi trung bình ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV là $38,9 \pm 5,7$ và nhóm BN HIV đơn thuần là $37,7 \pm 7,6$. Ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV tỷ lệ nam là 87,7% cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần (23,7%). Không có sự khác biệt về thời gian sử dụng thuốc ARV giữa hai nhóm BN.

3.2. Hoạt độ enzym transaminase huyết tương

Bảng 3.1. Hoạt độ enzym transaminase huyết tương ở bệnh nhân HIV/HCV

Chỉ số		HIV (n=198)	HIV/HCV (n=195)	p
AST (U/L)	Trung bình (U/l)	36,1±20,1	77,8±59,7	<0,05
	Trung vị (U/l)	30,0	60,0	
	Tỷ lệ tăng: n (%)	36 (18,2)	134 (68,7)	
ALT (U/L)	Trung bình (U/l)	34,2±26,1	71,5±49,6	<0,05
	Trung vị (U/l)	28,0	59,0	
	Tỷ lệ tăng: n (%)	34 (17,2)	134 (68,7)	

Nhận xét: Ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV hoạt độ enzym transaminase huyết tương cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần ($p < 0,05$). Tỷ lệ tăng hoạt độ enzym transaminase ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV khá cao (gần 70%), ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần tỷ lệ này $< 20\%$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

Bảng 3.2. Phân loại mức độ tăng hoạt độ enzym transaminase huyết tương

Mức độ	ALT		AST	
	HIV, n (%)	HIV/HCV; n (%)	HIV; n (%)	HIV/HCV; n (%)
Độ 1	30 (88,2)	90 (67,1)	30 (83,3)	96 (71,6)
Độ 2	4 (11,8)	36 (26,9)	6 (16,7)	28 (20,9)
Độ 3	0 (0)	8 (6,0)	0 (0)	8 (6,0)
Độ 4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	2 (1,5)
Tổng	34 (100)	134 (100)	36 (100)	134 (100)

Nhận xét: Ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần, mức độ tăng hoạt độ enzym transaminase chủ yếu ở mức độ 1 ($> 80\%$) và không có BN tăng hoạt độ enzym transaminase ở mức độ 3, 4. Ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV, mức độ tăng hoạt độ enzym transaminase ở cả mức độ 2, 3 thậm chí có BN tăng ở mức độ 4.

Bảng 3.3. Liên quan giữa enzym transaminase huyết tương với thời gian sử dụng ARV

Thời gian Transaminase		≤ 1 năm		> 1 năm		p
		n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
ALT (U/L)	HIV	16	$39,1 \pm 21,8$	182	$33,7 \pm 26,4$	$> 0,05$
	HIV/HCV	22	$73,7 \pm 38,5$	173	$71,2 \pm 50,9$	$> 0,05$
	p		$< 0,05$		$< 0,05$	
AST (U/L)	HIV	16	$42,7 \pm 17,3$	182	$35,5 \pm 20,2$	$> 0,05$
	HIV/HCV	22	$78,9 \pm 47,2$	173	$77,7 \pm 61,2$	$> 0,05$
	p		$< 0,05$		$< 0,05$	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hoạt độ enzym transaminase huyết tương ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần cũng như nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV theo nhóm thời gian sử dụng thuốc ARV. Trong cùng nhóm thời gian sử dụng thuốc ARV, hoạt độ enzym transaminase huyết tương ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần.

Bảng 3.4. Liên quan giữa enzym transaminase huyết tương với sử dụng rượu

Sử dụng rượu Transaminase		Có		Không		p
		n	$\bar{X} \pm SD$	n	$\bar{X} \pm SD$	
ALT (U/L)	HIV	82	$34,7 \pm 29,2$	113	$33,2 \pm 23,8$	$> 0,05$
	HIV/HCV	87	$76,3 \pm 55,5$	111	$67,5 \pm 45,1$	$> 0,05$
	p		$< 0,05$		$< 0,05$	
AST (U/L)	HIV	82	$36,5 \pm 21,0$	113	$35,6 \pm 19,5$	$> 0,05$
	HIV/HCV	87	$80,8 \pm 71,4$	111	$75,2 \pm 50,3$	$> 0,05$
	p		$< 0,05$		$< 0,05$	

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về hoạt độ enzym transaminase huyết tương ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần cũng như nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV theo nhóm BN sử dụng rượu so với nhóm BN không sử dụng rượu. Trong cùng nhóm BN sử dụng rượu hay không sử dụng rượu, hoạt độ enzym transaminase huyết tương ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần.

IV. BÀN LUẬN

Tăng hoạt độ enzym transaminase là rất tương gặp ở BN HIV, có thể do rất nhiều yếu tố như sử dụng thuốc kháng virus, đồng nhiễm HIV/HCV, đồng nhiễm HIV/HBV [7]. Tăng hoạt

độ enzym transaminase, đặc biệt là tăng hoạt độ ALT ở BN đồng nhiễm HIV/HCV có liên quan đến gan thoái hóa mỡ, đây là biến chứng thường gặp ở bệnh nhân viêm gan C. Nhiều bằng chứng cho thấy đồng nhiễm HCV ở BN HIV là thúc đẩy nhanh tiến triển của các bệnh gan liên quan đến HCV như xơ hóa, xơ gan, bệnh gan giai đoạn cuối đặc biệt ở những BN được điều trị bằng thuốc kháng virus có hoạt tính cao. Tác giả Akekawatchai đã nghiên cứu về hoạt độ enzym transaminase ở 211 BN HIV đơn thuần và 16 BN đồng nhiễm HIV/HCV, kết quả cho thấy trung vị hoạt độ ALT, AST và tỷ lệ tăng hoạt độ transaminase ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV tương ứng là 51,5U/L, 44,5U/L và 81,3% cao hơn

có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần tương ứng là 22,5U/L, 23U/L và 20,5% [3].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về hoạt độ enzym transaminase ở 198 BN nhiễm HIV đơn thuần và 195 BN đồng nhiễm HIV/HCV cho thấy hoạt độ và tỷ lệ tăng enzym ALT, AST ở nhóm BN HIV/HCV tương ứng là $71,5 \pm 49,6$ U/L và 68,7%; $77,8 \pm 59,7$ và 68,7%. Ở nhóm BN HIV đơn thuần, hoạt độ và tỷ lệ tăng enzym ALT, AST tương ứng là $43,2 \pm 26,1$ U/L và 17,2%; $36,1 \pm 20,1$ và 18,2%.

Tác giả Lê Thị Thúy Hằng đã nghiên cứu về độc tính gan ở 79 BN HIV/AIDS mới điều trị ARV, kết quả cho thấy tỷ lệ có độc tính gan ở bệnh nhân HIV/AIDS là 58,2%. Trong 3 tháng nghiên cứu tiến cứu, ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV hoạt độ enzym transaminase cao hơn có ý nghĩa so với nhóm nhiễm HIV đơn thuần [1]. Tác giả Simon (2014) đã nghiên cứu về hoạt độ enzym transaminase trên 109 BN HIV trong đó đồng nhiễm HIV/HBV là 14 (12,96%), đồng nhiễm HIV/HCV là 5 (4,6%), kết quả cho thấy hoạt độ ALT, AST huyết tương ở nhóm nhiễm HIV đơn thuần tương ứng là $24,89 \pm 8,14$ U/L, $23,66 \pm 7,57$ U/L, ở nhóm đồng nhiễm HIV/HCV tương ứng là $36,60 \pm 9,29$ U/L, $66,80 \pm 15,64$ U/L, ở nhóm đồng nhiễm HIV/HBV tương ứng là $46,00 \pm 15,63$ U/L, $66,93 \pm 20,74$ U/L [6].

Tăng nguy cơ độc tính gan ở mức độ nặng thường gặp ở BN HIV sử dụng thuốc kháng virus ritonavir. Tác giả Sulkowski đã nghiên cứu ở 211 BN HIV ở dạng thuốc kháng virus nhóm ức chế protease và 87 BN HIV sử dụng thuốc ức chế men sao chép ngược nucleosid, kết quả cho thấy ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV có tỷ lệ độc tính gan mức độ 3 là 11,4%, tỷ lệ tăng hoạt độ enzym transaminase ở nhóm đồng nhiễm HIV/HCV là 54%, nhóm HIV đơn thuần là 39%. Tỷ lệ độc tính gan mức độ nặng ở nhóm BN HIV sử dụng thuốc ARV nhóm ức chế protease là 12,2%, đặc biệt ở BN sử dụng thuốc ritonavir là 30% [7].

Về tỷ lệ tăng và mức độ tăng hoạt độ enzym transaminase ở BN HIV, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tăng hoạt độ transaminase ở nhóm BN HIV/HCV khoảng 70%, tỷ lệ tăng ở mức độ 2 khoảng 30%, khoảng 10% tăng ở mức độ 3, 4 trong khi ở nhóm BN HIV đơn thuần tỷ lệ tăng hoạt độ transaminase khoảng 20%, chủ yếu tăng ở mức độ 1 > 80%, không có BN tăng hoạt độ transaminase ở mức độ 3, 4.

Bên cạnh đồng nhiễm HIV/HCV là yếu tố chính gây tăng hoạt độ enzym transaminase, một số yếu tố khác như loại thuốc, liều lượng thuốc, thời gian sử dụng thuốc ARV cũng như

việc sử dụng rượu là những yếu tố có thể gây tăng hoạt độ transaminase [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt về hoạt độ enzym transaminase theo thời gian sử dụng ARV cũng như việc sử dụng rượu ở cả hai nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV cũng như nhóm nhiễm HIV đơn thuần. Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa có thông tin đầy đủ, chính xác về loại thuốc, liều lượng thuốc kháng virus được sử dụng để đánh giá ảnh hưởng của từng phác đồ ARV đến hoạt độ enzym transaminase, đây chính là hạn chế của đề tài.

V. KẾT LUẬN

1. Hoạt độ enzym ALT, AST ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV tương ứng là $71,5 \pm 49,6$ U/L, $77,8 \pm 59,7$ U/L. Tỷ lệ tăng hoạt độ ALT, AST là 68,7%. Hoạt độ và tỷ lệ tăng enzym transaminase ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV cao hơn so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần.

2. Không có sự khác biệt về hoạt độ enzym transaminase huyết tương theo thời gian sử dụng thuốc ARV, tình trạng sử dụng rượu ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV cũng như nhóm HIV đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Thúy Hằng, Cao Ngọc Nga, Lê Bửu Châu (2013) *Độc tính gan trên BN HIV/AIDS điều trị ARV có hay không đồng nhiễm siêu vi viêm gan C*. Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh 17 (1): 231-238.
2. Dương Đình Thiện, Lê Thế Trung, Nguyễn Văn Tường và cs (1998) *Phương pháp nghiên cứu khoa học Y học*. Nhà xuất bản Y học 218-260.
3. Akekawatchai C, et al (2015), "Hepatitis B or C virus coinfection in and risks for transaminitis in human immunodeficiency virus - infected Thais on combined antiretroviral therapy", Asian Biomedicine Vol. 9 No. 3 June 2015; 353 - 361
4. Bonacini M, et al (2004) *Liver Injury during Highly Active Antiretroviral Therapy: The Effect of Hepatitis C Coinfection*. Clinical Infectious Diseases 38 (Suppl 2):104-8.
5. Gao F, et al (1998) *An Isolate of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Originally Classified as Subtype I Represents a Complex Mosaic Comprising Three Different Group M Subtypes (A, G, and I)*. Journal of Virology 72 (12): 105-116.
6. Simon O, Haruna A (2014) *The Effect of Co-infection of HIV and Hepatotropic Viruses on Selected Biochemical and Haematological Markers of Patients in Northeastern Nigeria*. International Journal of TROPICAL DISEASE & Health. 4 (5): 568-581.
7. Sulkowski M, Thomas DL, Chaisson RE, Moore RD. Hepatotoxicity associated with antiretroviral therapy in adults infected with human immunodeficiency virus and the role of hepatitis C or B virus infection. JAMA. 284, pp 74-80.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ NUÔI DƯỠNG SỚM QUA ĐƯỜNG RUỘT Ở BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY

Trương Thị Thư*, Nguyễn Thanh Chò**, Hoàng Mạnh An**

TÓM TẮT¹⁵

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của nuôi dưỡng sớm đường ruột ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày tới diễn biến lâm sàng, chỉ số pre-albumin máu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng và so sánh trước sau trên 112 bệnh nhân có chỉ định cắt dạ dày từ tháng 5 năm 2011 đến tháng 11 năm 2013 tại khoa ngoại bụng bệnh viện 103, chia 2 nhóm: 55 Bệnh nhân trong nhóm nuôi ăn sớm được bắt đầu nuôi ăn bằng sữa Ensure trong vòng 12 -48 giờ sau phẫu thuật, nhóm đối chứng 57 bệnh nhân nuôi dưỡng theo chế độ thường quy của khoa. **Kết quả:** Tình trạng nôn, tiêu chảy, chướng bụng, trào ngược của nhóm nuôi dưỡng sớm và nhóm đối chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, thời gian xuất hiện trung tiện, số ngày điều trị sau mổ của nhóm can thiệp ngắn hơn của nhóm chứng có ý nghĩa thống kê, biến chứng của nhóm nuôi muộn là 17,5%, nhóm nuôi dưỡng sớm là 1,8%. Nuôi dưỡng sớm có cải thiện chỉ số prealbumin. **Kết luận:** Nuôi dưỡng sớm sau phẫu thuật cắt dạ dày là an toàn, khả thi, giúp bệnh nhân hồi phục sớm, giảm biến chứng, giảm số ngày nằm viện, cải thiện chỉ số dinh dưỡng prealbumin.

Từ khóa: nuôi dưỡng sớm đường ruột, phẫu thuật cắt dạ dày

SUMMARY

ASSESS THE EFFECTIVE OF FEEDING THE GUT EARLY AFTER STOMACH SURGERY

Objective: Research to assess the effectiveness of early enteral feeding after gastrectomy to the clinical, blood pre-albumin index. **Objectives Subjects and Methods:** Designed the intervention study, controlled study comparing previous and later with 112 patients indicated gastrectomy from May 2011 to November 2013 at abdominal surgery department in 103 hospital, divided into 2 groups: 55 patients in early enteral feedings are started Ensure formula within 24 -48hours after surgery, 57 patients control group were fed as routine regimen of the Hospital. **Results:** Status of vomiting, diarrhea, bloating, reflux when early and late feeding are equivalent. Time of appearing flatus, number of days of treatment after surgery of the intervention group are shorter than the control group; Late complications of delay enteral feeding group and early enteral

feeding group were 17.5% and 1.8% respectively. Early feeding have improved prealbumin concentration. **Conclusion:** The results showed that early enteral feeding after stomach surgery is safe, feasible and it helps patients recover sooner, reduce complications, reduce the number of days in the hospital, improve prealbumin index.

Key word: early enteral feeding, stomach surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân sau phẫu thuật là một trong những nguyên nhân chính của các biến chứng hậu phẫu. Trước đây việc nuôi dưỡng đường ruột chỉ được bắt đầu khi bệnh nhân có trung tiện (ngày thứ 3-4) do lo ngại xảy ra tai biến, biến chứng, không dung nạp được và đặc biệt là những lo ngại về tắc ruột và tính an toàn của miệng nối sau phẫu thuật [1]. Một số nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng cho ăn qua đường ruột sau mổ ở bệnh nhân phẫu thuật cắt dạ dày ruột là an toàn và dung nạp tốt ngay cả khi bắt đầu trong vòng 12 giờ phẫu thuật [6],[7], và điều đó mang lại lợi ích cho người bệnh, cải thiện tình trạng dinh dưỡng. Tại Việt Nam, đã có một số nghiên cứu nuôi dưỡng sớm (NDS) bệnh nhân phẫu thuật gan, mật tụy, bóng nặng, tuy nhiên vấn đề nuôi dưỡng sớm ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày chưa có một nghiên cứu đầy đủ nào. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả của nuôi dưỡng sớm đường ruột với việc cải thiện diễn biến lâm sàng và hồi phục của bệnh nhân sau mổ cắt dạ dày.*
2. *Đánh giá tác động của nuôi dưỡng đường ruột sớm với sự cải thiện tình trạng dinh dưỡng qua chỉ số prealbumin*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày tuổi 18 đến 65 tuổi, không có bệnh phối hợp.

2. Thời gian và địa điểm: Tháng 5/2011 – 11/2013, địa điểm triển khai: Khoa ngoại bụng (BM2) Bệnh viện Quân Y 103.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng có đối chứng và so sánh trước sau

3.2. Cỡ mẫu: Toàn bộ bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn độ tuổi 18 – 65 tuổi trong thời gian từ tháng 5/2011 đến tháng 11/2013.

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

**Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Thư

Email: Truongthu16@gmail.com

Ngày nhận bài: 1.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2017

Ngày duyệt bài: 6.6.2017

3.3. Phương pháp chọn mẫu: từ danh sách duyệt mỗi thứ 5 hàng tuần, chọn toàn bộ bệnh nhân đạt tiêu chuẩn, ghép cặp tương đồng về tuổi, giới, phương pháp phẫu thuật, sau đó phân chia ngẫu nhiên các đối tượng vào 2 nhóm nghiên cứu, bệnh nhân bắt được số 1 vào nhóm can thiệp, số 2 vào nhóm đối chứng.

3.4. Phương pháp thu thập số liệu: bằng phương pháp phỏng vấn, khám, cân đo nhân trắc theo bệnh án nghiên cứu đã được thiết kế, thu thập các thông tin chung và tình hình dinh dưỡng, các diễn biến lâm sàng, dấu hiệu sinh tồn, khả năng hấp thu (tình trạng bụng, nôn, ỉa chảy, dịch tồn dư), số ngày điều trị sau phẫu thuật của bệnh nhân vào thời điểm trước phẫu thuật 01 ngày và ngày ra viện. Các chỉ số cận lâm sàng được thực hiện vào ngày vào viện, sau phẫu thuật 01 ngày, trước ra viện 01 ngày.

4. Phương pháp nuôi dưỡng:

Nhóm can thiệp: NDS trong vòng 12 -48 giờ sau phẫu thuật (sonde nuôi dưỡng được đặt sâu qua miệng nối 15-20cm trong quá trình phẫu thuật) sử dụng sữa Ensure, nuôi dưỡng bằng 3 phương pháp nhỏ giọt liên tục, ngắt quãng tốc độ chậm thường 20 – 30ml/h hay bơm trực tiếp bằng xi lanh.

Nhóm chứng: Thực hiện chế độ chăm sóc

Bảng 1: Tuổi, giới, BMI, tình trạng giảm cân, tình trạng dinh dưỡng theo SGA (Subject Global Assesments- đánh giá tổng thể chủ quan) trước can thiệp

Các chỉ tiêu	Nhóm can thiệp	Nhóm đối chứng	So sánh p
Tuổi	53,8 ± 9,3	50,6 ± 8,8	0,089
Giới (nam/ nữ)	42/15	33/22	0,202
BMI (kg/ m ²)	19,3 ± 2,4	19,1 ± 2,3	0,509
TB giảm cân 2 tháng (kg)	3,3 ± 2,5	3,2 ± 2,5	0,903
TB giảm cân 6 tháng (kg)	5,1 ± 3,2	4,4 ± 2,8	0,282
Đối tượng có nguy cơ suy dinh dưỡng theo SGA (B và C)	91,2%	90,9%	0,417

Nhận xét: Tuổi, tỷ lệ giới nam/nữ, BMI, trung bình giảm cân (2 tháng, 6 tháng), tỷ lệ nguy cơ dinh dưỡng (SGA- B và SGA –C) theo SGA của 2 nhóm là tương đương, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

1.2. Giờ nuôi ăn sau phẫu thuật của 2 nhóm

Bảng 2: So sánh giờ bắt đầu nuôi ăn sau phẫu thuật qua đường tiêu hóa của 2 nhóm

	Nhóm đối chứng (n=57)			Nhóm can thiệp (n=55)			p
	TB	Max	min	TB	Max	min	
Giờ nuôi ăn sau phẫu thuật	132,9 ± 82,9	552	49	27,2 ± 6,6	45	16	0,001

Nhận xét: Kết quả bảng 2 cho thấy thời gian bắt đầu cho ăn đường tiêu hóa ở nhóm can thiệp trung bình là 27,2 ± 6,6 giờ, sớm hơn rất nhiều so với nhóm chứng là 132,9 ± 82,9 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

2. Tác động của nuôi dưỡng sớm đến diễn biến lâm sàng

2.1 Triệu chứng lâm sàng xuất hiện sau phẫu thuật

Bảng 3: Triệu chứng lâm sàng xuất hiện sau phẫu thuật

Các chỉ tiêu	Nhóm đối chứng (n=57)		Nhóm can thiệp (n=55)		p
	SL	%	SL	%	
Buồn nôn	20	35,1	26	47,3	0,190

dinh dưỡng theo thực hành hiện tại của khoa ngoại bụng Bệnh viện 103.

5. Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng

- **BMI** (Body Mass Index): Chỉ số khối cơ thể = [cân nặng (kg)]/[chiều cao(m)]²

- **SGA** (Subjective global assessment-SGA): theo Detsky AS (1987)

- **Prealbumin** (transthyretin) là một protein giàu tryptophan, thời gian bán hủy là 2 ngày, do vậy rất nhạy khi thay đổi tình trạng dinh dưỡng.

6. Xử lý và phân tích số liệu: phần mềm SPSS 16.0

7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng khoa học và Hội đồng đánh giá đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Học viện Quân Y – Bệnh viện 103. Đối tượng được thông báo rõ ràng về mục đích và nội dung nghiên cứu, hoàn toàn tự nguyện và có thể rút khỏi nghiên cứu bất kỳ khi nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Gồm tất cả có 115 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 03 bệnh nhân bỏ cuộc còn 112 đối tượng tham gia nghiên cứu.

1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu:

1.1. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Tiêu chảy	5	8,8	2	3,6	0,344
Chướng bụng	30	66,7	33	60,0	0,189
Khó thở	19	33,3	16	27,3	0,486
Trào ngược	0	0	0	0	0,971

Nhận xét: Các biến chứng đường tiêu hóa như chướng bụng, nôn, buồn nôn, trào ngược ở nhóm can thiệp nhiều hơn nhóm đối chứng, triệu chứng tiêu chảy, khó thở của nhóm đối chứng lại nhiều hơn nhóm can thiệp, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2.2. Thời gian trung tiện, ngồi dậy, thời gian nằm viện sau phẫu thuật của 2 nhóm

Bảng 4: So sánh thời gian trung tiện, ngồi dậy, thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

Chỉ số	Nhóm đối chứng (n=57)	Nhóm can thiệp (n=55)	So sánh (p)
Trung tiện sau mổ (giờ)(Min-Max)	78,2 ± 20(40-144)	54,9 ± 12,0(34-79)	0,001
Thời gian ngồi dậy sau mổ (ngày)(Min-Max)	3,6 ± 1,3(1-7)	1,7 ± 1,0(1-6)	0,001
Rút sonde dạ dày (ngày)(Min-Max)	5,8 ± 2,3(3-18)	4,2 ± 1,5(2-12)	0,001
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	9,9 ± 6,9(4-46)	8,4 ± 4,1(5-35)	0,147

Nhận xét: Thời gian xuất hiện trung tiện ở nhóm can thiệp sớm hơn ở nhóm chứng (54,9 so với 79,9 giờ) ($p < 0,05$), thời gian ngồi dậy vận động nhẹ, rút sonde dạ dày cũng sớm hơn. Thời gian nằm viện của nhóm can thiệp ngắn hơn nhóm chứng (8,4 so với 9,9 ngày), nhưng sự khác biệt chưa đủ ý nghĩa thống kê, ($p > 0,05$).

Bảng 5: Tai biến, biến chứng xảy ra sau phẫu thuật

Các chỉ tiêu	Nhóm đối chứng (n=57)		Nhóm can thiệp (n=55)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rò miệng nổi	2	3,5	0	
Rò mồm tá tràng	1	1,8	0	
Nhiễm trùng vết mổ	3	5,3	0	
Áp xe tồn dư	1	1,8	0	
Nhiễm trùng máu	0		0	
Chuyển ICU	0		1	1,8
Mổ lại	2	3,5	0	
Tử vong	1	1,8	0	
Tổng	10	17,7	1	1,8

Nhận xét: tỷ lệ biến chứng chung ở nhóm nuôi muộn cao hơn nhiều nhóm nuôi dưỡng sớm (17,7% so với 1,8%) trong đó biến chứng rò miệng nổi là 3,5%, rò mồm tá tràng 1,8%, áp xe tồn dư 1,8%, mổ lại 3,5%; tử vong 1,8%. Nhóm nuôi dưỡng sớm (nhóm can thiệp) không có trường hợp nào.

3. Tác động của nuôi dưỡng đường ruột sớm đối với nồng độ prealbumin máu

Bảng 6. So sánh nồng độ prealbumin trước và sau can thiệp của mỗi nhóm và so sánh hai nhóm

Chỉ số	Thời điểm	Nhóm chứng TB, 95% CI	Nhóm can thiệp TB, 95% CI	So sánh (p)
Prealbumin	Trước CT	0,19 ± 0,13 (0,16 - 0,22)	0,21 ± 0,15 (0,17 - 0,25)	0,374
	Sau CT	0,16 ± 0,10 (0,13 - 0,19)	0,21 ± 0,12 (0,14 - 0,24)	0,002
	p	0,023	0,675	

Nhận xét: nồng độ prealbumin máu của hai nhóm trước can thiệp là tương đương, sau can thiệp nồng độ prealbumin máu của nhóm can thiệp tăng hơn nhóm đối chứng $0,21 \pm 0,12$ so với $0,16 \pm 0,10$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$, nồng độ prealbumin máu của nhóm can thiệp trước và sau can thiệp không thay đổi; của nhóm đối chứng, nồng độ này giảm thấp so với trước can thiệp $0,16 \pm 0,10$ so với $0,19 \pm 0,13$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Hiệu quả của nuôi dưỡng sớm đường ruột với việc cải thiện diễn biến lâm sàng và hồi phục của bệnh nhân sau mổ cắt dạ dày.

1.1. Thời gian nuôi dưỡng đường ruột của bệnh nhân: Kết quả cho thấy thời gian bắt đầu cho ăn đường tiêu hóa ở nhóm can thiệp trung bình là $27,2 \pm 6,6$ giờ, bệnh nhân được

cho ăn khi chưa có trung tiện, kết quả này dài hơn so với một số tác giả khác trên thế giới vì ở Việt Nam đây là một can thiệp mới, khi thay đổi thói quen của phẫu thuật viên về thời điểm nuôi ăn là rất khó, thông thường phẫu thuật viên cho bệnh nhân ăn khi đã có trung tiện, kết quả của chúng tôi là $133,0 \pm 82,1$ giờ.

1.2. Diễn biến lâm sàng sau phẫu thuật:

Sau phẫu thuật đường tiêu hóa, trong những ngày đầu bụng thường mềm xẹp, một số trường hợp bệnh nhân đầy hơi hoặc tăng trương lực cơ thành bụng do đau nên cảm giác trướng bụng nhẹ. Mặc dù bệnh nhân chưa được ăn, nhưng dịch mật, tụy, dịch dạ dày, dịch ruột vẫn tiết ra, các dịch này sẽ được niêm mạc ruột hấp thu, vì vậy khi nhỏ giọt đường tiêu hóa sẽ cung cấp thêm dưỡng chất cho niêm mạc ruột mà không gây thay đổi áp lực ruột nhiều [5][6][7]. Kết quả của chúng tôi các biến chứng đường tiêu hóa này sau khi bệnh nhân bắt đầu được nuôi dưỡng ở nhóm can thiệp và nhóm chứng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

Trào ngược: sau phẫu thuật dạ dày có nhiều dịch và hơi, do một số thuốc làm giảm nhu động của dạ dày ruột, như vậy hiện tượng trào ngược có thể gặp ở bất kỳ bệnh nhân nào dù là cho ăn muộn [6]. Các tác giả đều đồng nhất rằng theo dõi chặt chẽ phản xạ của dạ dày, vị trí của ống sonde, tư thế của bệnh nhân khi cho ăn, là biện pháp cần thiết để đảm bảo cho NDS đường ruột được an toàn và thành công, kết quả của chúng tôi không có bệnh nhân nào trào ngược [6],[7].

Tiêu chảy: Kết quả tỷ lệ tiêu chảy ở nhóm can thiệp ít hơn của nhóm đối chứng 3,3% so với 8,8%, tương tự kết quả của Nguyễn Như Lâm tỷ lệ bệnh nhân tiêu chảy tăng theo thời gian bắt đầu nuôi dưỡng ruột, theo nghiên cứu của Gottschlic M.M. và cs (1988) thời gian nuôi dưỡng ruột càng sớm càng giảm tỷ lệ tiêu chảy, điều này có thể do nuôi dưỡng sớm dự phòng được rối loạn cấu trúc và teo niêm mạc ruột [7].

Thời gian trung tiện và thời gian nằm viện sau phẫu thuật: Đánh giá sự hồi phục và lưu thông sau mổ là có nhu động ruột và trung tiện. Bệnh nhân trong nhóm nuôi dưỡng sớm xuất hiện trung tiện sớm hơn (54,9 giờ so với 78,2 giờ) ($p < 0,01$) kết quả này cũng gần tương tự kết quả của Vaithiswaran V và cộng sự (35 giờ và 67 giờ)[7]. Thời gian ngồi dậy, vận động đi lại nhẹ nhàng của nhóm can thiệp cũng sớm hơn nhóm đối chứng. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm được nuôi dưỡng sớm qua đường ruột ngắn hơn so với nhóm chứng (8,4 ngày và 9,9 ngày) tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Biến chứng rò mồm tá tràng, rò miệng nổi: Sau phẫu thuật đường tiêu hóa, biến chứng đáng sợ nhất là rò mồm tá tràng, rò miệng nổi, đây là lý do chính mà bác sĩ phẫu thuật trì hoãn việc nuôi dưỡng sớm cho bệnh nhân, nhưng cả

hai biến chứng này đều xảy ra ở nhóm đối chứng, mà không thấy xảy ra ở nhóm NDS. Kết quả của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung ở nhóm nuôi muộn cao hơn nhiều nhóm nuôi dưỡng sớm (17,5% so với 1,8%). Điều này cũng tương tự như nghiên cứu của Lewis có tỷ lệ cao hơn trong nhóm nuôi ăn muộn, tỷ lệ rò rỉ miệng nổi là 3% trong nhóm ăn muộn và không có trường hợp nào trong nhóm can thiệp [7].

Cho ăn sớm có thể cải thiện tình trạng miệng nổi, bởi lý do NDS làm tăng lắng đọng collagen tại chỗ nổi và giảm teo niêm mạc vì thế làm nhanh lành vết thương [7]

2. Tác động của nuôi dưỡng đường ruột sớm đối với thông số prealbumin

Chỉ số prealbumin có thời gian bán hủy là 2 ngày, do vậy rất nhạy khi thay đổi tình trạng dinh dưỡng, vì vậy nó là một dấu ấn được sử dụng để đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nhạy hơn so với albumin. Sau can thiệp nồng độ prealbumin máu của nhóm can thiệp lớn hơn nhóm đối chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$, nồng độ prealbumin máu của nhóm can thiệp trước và sau can thiệp không thay đổi; của nhóm đối chứng, nồng độ này giảm thấp so với trước can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

V. KẾT LUẬN

- NDS đường ruột bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày là an toàn, khả thi, gian nằm viện ngắn hơn (8,4 ngày với 9,9 ngày) và giảm tỉ lệ biến chứng (1,8% so với 17,7%)

- Nuôi ăn sớm có cải thiện, duy trì được chỉ số dinh dưỡng, nồng độ prealbumin máu của nhóm can thiệp trước và sau can thiệp không thay đổi; nhóm đối chứng, nồng độ này giảm thấp so với trước can thiệp (0,16g/l và 0,19g/l) và thấp hơn nhóm can thiệp (0,16g/l so với 0,21g/l), $p < 0,05$.

KIẾN NGHỊ

Các bệnh nhân sau phẫu thuật cần được đánh giá tình trạng dinh dưỡng, khả năng hấp thu, dấu hiệu sinh tồn để có chỉ định NDS và chọn dịch nuôi dưỡng phù hợp. Cần mở rộng nghiên cứu trên phạm vi lớn hơn và xây dựng phác đồ nuôi dưỡng sớm sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Chò (2008), " nuôi dưỡng bệnh nhân qua ống thông", *Dinh dưỡng lâm sàng*, nhà xuất bản Quân đội nhân dân Việt Nam, tr.120-128.

2. Nguyễn Như Lâm (2006), *Hiệu quả nuôi dưỡng sớm bệnh nhân bỏng nặng*, luận án tiến sĩ, học viện Quân Y
3. Chu Thị Tuyết (2015) “*Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng – tiểu hóa mở có chuẩn bị tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai năm 2013*”, luận án tiến sĩ, viện vệ sinh dịch tễ.
4. Bozzetti F, Braga M, Gianotti L, Gavazzi C, Mariani L (2001). Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: a randomised multicentre trial. *Lancet*. 2001;358:1487–92. doi: 10.1016/S0140-6736(01)06578-3. [PubMed]
5. Braga M., Gianotti L., Gentilini O., et al (2001), *Early postoperative enteral nutrition improves gut oxygenation and reduces costs compared with total parenteral nutrition*
6. Braga M, Gianotti L, Gentilini S, Liotta S, Di Carlo V. Feeding the gut early after digestive surgery: results of a nine-year experience. *Clinical Nutrition*. 2002;21:59–65. doi: 10.1054/clnu.2001.0504. [PubMed] [Cross Ref]
7. Lewis SJ Early enteral feeding versus “nil by mouth” after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials . 2001 Oct 6; 323(7316): 773. [PubMed]

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP AN THẦN DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN BẰNG PROPOFOL TRONG HÚT THAI DƯỚI 12 TUẦN

Hoàng Ngọc Vinh*, Nguyễn Đức Lam**

TÓM TẮT¹⁶

Mục tiêu: so sánh hiệu quả an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển với phương pháp gây mê tĩnh mạch bằng propofol trong hút thai dưới 12 tuần. **Đối tượng, phương pháp:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh trên 100 bệnh nhân hút thai có tuổi thai 10 – 12 tuần, chia hai nhóm: nhóm an thần do bệnh nhân tự điều khiển (nhóm PCS), bệnh nhân tự điều khiển bơm tiêm điện bolus 20 mg propofol, thời gian trở là 60 giây; nhóm gây mê (GM): gây mê tĩnh mạch bằng propofol 2 mg/kg. Cả hai nhóm đều được gây tê cạnh cổ tử cung bằng 80mg lidocain. **Kết quả:** nhóm PCS có tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân tương đương nhóm gây mê (94% so với 90%), tỷ lệ bệnh nhân có cử động cản trở thủ thuật thấp hơn nhóm gây mê (2% so với 8%), ít chuyển sang mức an thần sâu (điểm an thần trong suốt thời gian làm thủ thuật là 4 – 5 theo OAA/S). So với nhóm gây mê, nhóm PCS sử dụng lượng thuốc propofol ít hơn ($49,7 \pm 14,2$ mg so với $105,4 \pm 21,6$ mg, $p < 0,05$); thời gian hồi tỉnh ngắn hơn ($1,5 \pm 0,5$ phút so với $6,8 \pm 1,9$ phút, $p < 0,05$) và thời gian xuất viện ngắn hơn ($55,6 \pm 15,4$ phút so với $125,5 \pm 35,4$ phút, $p < 0,05$). **Kết luận:** phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển có điểm an thần OAA/S cao hơn, sử dụng ít thuốc mê hơn, thời gian hồi tỉnh và xuất viện sớm hơn, ít gặp bệnh nhân cử động cản trở thủ thuật hơn trong khi tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân tương đương với nhóm gây mê.

Từ khóa: an thần do bệnh nhân tự điều khiển, hút thai, propofol

SUMMARY

*Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

**Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Vinh

Email: vinhtchcda@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

RESEARCH THE PATIENT CONTROLLED SEDATION METHODE WITH PROPOFOL FOR ABORTION UNDER 12 WEEKS OF GESTATION

Objectives: To compare the sedation effects of propofol by Patient Controlled Sedation – PCS with propofol intravenous anesthesia in abortion under 12 weeks of gestation. **Subjects and methods:** Randomized clinical trial comparing 100 patients with gestational age 10-12 weeks, divided into two groups: Patient Controlled Sedation (PCS): self-controlled sedation by bolus injection of 20 mg propofol, block time is 60 seconds, anesthesia group (GM): intravenous anesthesia with propofol 2 mg/kg. Both groups were given analgesia by the cervix with 80 mg lidocaine. **Results:** The PCS group had a patient satisfaction score similar to the anesthetic group (94% vs 90%); the incidence of move of patient in abortion procedure was lower than that of the anesthetic group (2% vs. 8%), less to deep sedation (OAA/S > 5). Compared to the anesthetist group, the PCS group used less propofol (49.7 ± 14.2 mg versus 105.4 ± 21.6 mg, $p < 0.05$); shorter recovery time (1.5 ± 0.5 minutes vs. 6.8 ± 1.9 minutes, $p < 0.05$) and discharge time (55.6 ± 15.4 minutes vs. 125.5 ± 35.4 minutes, $p < 0.05$). **Conclusions:** Patient Controlled Sedation with a higher OAA/S sedation score, less use of narcotic anesthetics, shorter recovery time and and discharge time, less move of patient in abortion procedure, while the patient satisfaction rate is equivalent to the anesthesia group.

Key words: Patient Controlled Sedation, abortion, propofol

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nạo hút thai là một thủ thuật sản phụ khoa khẩn, nhưng việc vô cảm cho người bệnh chưa được quan tâm đúng mức nên thường để lại cho họ những ấn tượng xấu mỗi khi phải chấp nhận làm thủ thuật này. Thủ thuật này là không gây đau đớn nhiều nhưng gây lo lắng và sợ hãi rất nhiều, đặc biệt ở phụ nữ trẻ nên cần phải an

thần tốt cho bệnh nhân. Mục tiêu của an thần trong hút thai là làm cho bệnh nhân hết lo sợ, cộng tác tốt nhưng không bị biến loạn về hô hấp và tuần hoàn. Có 3 mức an thần là: an thần bệnh nhân vẫn tỉnh; an thần sâu và gây mê toàn thể. Mức độ an thần càng cao thì bệnh nhân càng bớt lo lắng và thuận lợi cho việc tiến hành thủ thuật nhưng càng làm tăng biến chứng về hô hấp và tuần hoàn cũng như chậm tỉnh và lâu được xuất viện. Phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển (Patient Controlled Sedation - PCS) bằng propofol là phương pháp mới có nhiều ưu điểm do bệnh nhân vẫn tỉnh và có thể tham gia tích cực vào việc kiểm soát mức độ an thần của mình, phương pháp này chưa được nghiên cứu nhiều ở nước ta. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này mục tiêu: so sánh hiệu quả an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển với phương pháp gây mê tĩnh mạch bằng propofol trong hút thai dưới 12 tuần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

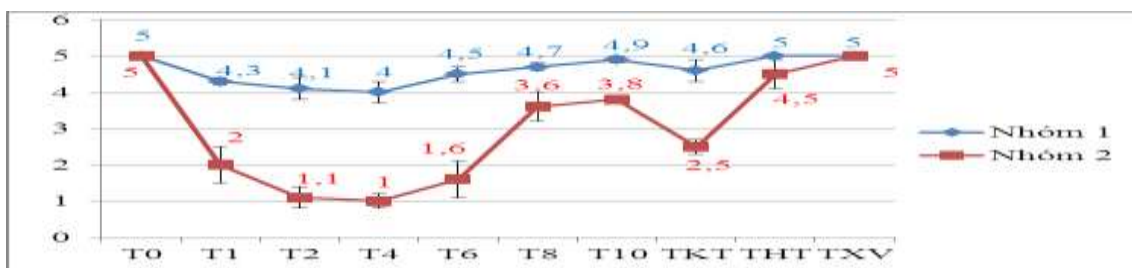
2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các phụ nữ có thai, tuổi thai 10 – 12 tuần, có yêu cầu đình chỉ thai nghén tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** tuổi 16 – 50, ASA I, II, không có chống chỉ định với propofol, lidocain, tình nguyện tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Nhóm PCS (n = 50)	Nhóm GM (n = 50)	p
Tuổi (năm)	26,7 ± 7,3 (17 - 45)	27,2 ± 6,7 (18 - 47)	> 0,05
Chiều cao (cm)	158,1 ± 5,4 (145 - 167)	157,8 ± 6,2 (144 - 165)	> 0,05
Cân nặng (kg)	47,8 ± 6,3 (39 - 65)	48,3 ± 7,1 (38 - 63)	> 0,05
Chỉ số BMI	18,8 ± 3,5 (17 - 23)	19,4 ± 4,3 (18 - 24)	> 0,05
ASA: Độ I	425 (84%)	45 (90%)	> 0,05
Độ II	8 (16%)	5 (10%)	> 0,05
Tình trạng hôn nhân: Chưa có gia đình	11 (22%)	9 (18%)	> 0,05
Đã có gia đình	39 (78%)	41 (82%)	> 0,05
Tiền sử hút thai: Chưa hút thai	31 (62%)	29 (58%)	> 0,05
Đã hút thai	19 (38%)	21 (42%)	> 0,05



Biểu đồ 3.1. Độ an thần theo OAA/S

Bảng 3.2. So sánh hai phương pháp an thần

	Nhóm PCS (n = 50)	Nhóm GM (n = 50)	p
--	-------------------	------------------	---

***Tiêu chuẩn loại trừ:** có các bệnh lý nội khoa kèm theo (bệnh tim, phổi, gan thận...), bệnh nhân đang sảy thai, chảy máu nhiều, tụt huyết áp, thiếu khối lượng tuần hoàn...

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng, ngẫu nhiên, có so sánh.

***Thời gian, địa điểm nghiên cứu:** nghiên cứu được tiến hành từ tháng 12/2015 đến tháng 6 năm 2016 tại khoa Kế hoạch hóa gia đình, bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

***Cách thức tiến hành:** Bệnh nhân được khám, làm các xét nghiệm huyết học, được giải thích về phương pháp vô cảm và hướng dẫn sử dụng bơm tiêm điện tự động (PCS). Được bốc thăm chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 bệnh nhân:

- Nhóm PCS: an thần do bệnh nhân tự điều khiển, bệnh nhân tự bấm nút điều khiển bơm tiêm tự động để máy bơm vào tĩnh mạch mỗi lần 20mg propofol, thời gian khóa là 60 giây.

- Nhóm gây mê: gây mê tĩnh mạch bằng propofol liều 2mg/kg.

Cả hai nhóm đều được gây tê cạnh cổ tử cung bằng 80mg lidocain trước khi tiến hành làm thủ thuật. Các bệnh nhân được theo dõi liên tục trong quá trình làm thủ thuật: độ an thần, thời gian hồi tỉnh, các chỉ số hô hấp và tuần hoàn, sự hài lòng của bệnh nhân và phẫu thuật viên.

Tổng liều propofol sử dụng (mg)	49,7 ± 14,2 (20 - 80)	105,4 ± 21,6 (70 - 130)	> 0,05
Thời gian hồi tỉnh (phút)	1,5 ± 0,5 (0,5 - 4)	6,8 ± 1,9 (5 - 12)	
Thời gian xuất viện (phút)	55,6 ± 15,4 (40 - 90)	85,5 ± 25,4 (60 - 120)	
Tỷ lệ của bệnh nhân có cử động cản trở thủ thuật	1(2%)	4 (8%)	< 0,05
Sự hài lòng của bệnh nhân: Hài lòng Không hài lòng	47 (94%) 3 (6%)	45 (90%) 5 (10%)	> 0,05
Sự hài lòng của bs làm thủ thuật Hài lòng Không hài lòng	48 (96%) 2 (4%)	47 (94%) 3 (6%)	> 0,05

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân ở hai nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng về các đặc điểm chung như: tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI, phân loại sức khỏe theo ASA. Chúng tôi chọn vào nghiên cứu các bệnh nhân có tuổi thai từ 10 – 12 tuần vì độ tuổi này vẫn có chỉ định hút thai bằng phương pháp hút chân không với bơm tiêm Karman, tuy nhiên, thời gian hút thai thường kéo dài hơn và cần phải vô cảm tốt hơn để đảm bảo thuận lợi cho thủ thuật và giảm thiểu các tai biến. Có thể vì lý do này mà tỷ lệ bệnh nhân có gia đình trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ khá cao (78% ở nhóm PCS và 82% ở nhóm gây mê), đa số các bệnh nhân này có thai ngoài ý muốn, đã đủ con, điều kiện kinh tế khó khăn nên bệnh nhân quyết định đình chỉ thai nghén khi thai ở độ tuổi 10 – 12 tuần.

Khi so sánh mức an thần của các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu (biểu đồ 3.1), chúng tôi thấy: điểm an thần của nhóm PCS chỉ dao động từ 4 ± 0,7 theo bảng điểm độ an thần lâm sàng OAA/S, trong thời gian tiến hành thủ thuật, chúng tôi không gặp trường hợp nào an thần sâu (OAA/S <3). Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Tào Ngọc Sơn [2] trong nghiên cứu an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển cho thủ thuật nội soi đại tràng và của Nguyễn Quang Bình nghiên cứu an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển cho nhổ răng khôn [1]. Điều này cho thấy phác đồ sử dụng propofol của chúng tôi và các tác giả này là hợp lý (liều ban đầu 20mg, liều bolus 20mg thời gian khóa là 1 phút và không kèm theo duy trì truyền tĩnh mạch liên tục). Trong nghiên cứu của Thorpe, nghiên cứu PCS liều bolus 3mg và không đặt thời gian trở nên tác giả có gặp 5 bệnh nhân bị an thần sâu và 2 bệnh nhân bị an thần quá mức [3]. Điểm an thần OAA/S của nhóm gây mê thấp hơn nhóm PCS một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) ở các thời điểm T1, T2, T4 và T6, lượng propofol tiêu thụ ở nhóm gây mê (trung

bình là 105,4 mg) cao hơn hẳn so với nhóm PCS (49,7mg) với $p < 0,05$.

Trong gây mê ngoại trú, thời gian hồi tỉnh và xuất viện là các tiêu chí được quan tâm nhất. Thời gian hồi tỉnh trung bình ở nhóm PCS và nhóm gây mê khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (1,5 ± 0,5 phút ở nhóm PCS và 6,8 ± 1,9 phút ở nhóm gây mê). Ở nhóm PCS, bệnh nhân tự điều khiển việc sử dụng thuốc an thần khi lo sợ nên việc dùng thuốc sẽ giảm hơn ở cuối kỳ thủ thuật, điều này cũng thấy rõ vì bệnh nhân chỉ an thần chứ không gây mê nên bệnh nhân gần như tỉnh ngay sau khi làm thủ thuật. Kết quả của chúng tôi ở nhóm PCS phù hợp với Tào Ngọc Sơn (1,56±1,93 phút)[2] và Nguyễn Quang Bình (2,89±0,53 phút) [1]. Thời gian xuất viện trung bình ở 2 nhóm khác nhau có ý nghĩa thống kê (55,6±15,4 phút ở nhóm PCS và 125,5±35,4 phút ở nhóm gây mê). Đây cũng là điểm chủ yếu của phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển, bệnh nhân chỉ phải theo dõi thời gian ngắn sau thủ thuật và có thể được xuất viện sớm hơn, giảm chi phí điều trị, làm tăng sự hài lòng của bệnh nhân.

Tỷ lệ bệnh nhân có cử động cản trở thủ thuật của hai nhóm cũng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (2% ở nhóm PCS và 8% ở nhóm 2 với $p > 0,05$). Bệnh nhân cử động chủ yếu là do đau nhưng dưới tác dụng an thần của propofol bệnh nhân không cử động do giảm lo sợ, thoải mái, trong khi ở nhóm gây mê, có thể do liều thuốc mê chưa đủ với một số trường hợp nên bệnh nhân có cử động nhiều hơn. Chúng tôi đánh giá sự hài lòng của bác sỹ sản khoa khi tiến hành thủ thuật hút thai, tỷ lệ hài lòng khá cao: 96% ở nhóm PCS và 94% ở nhóm gây mê, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Điều này cho thấy cả hai phương pháp đều đảm bảo vô cảm tốt, thuận lợi cho thủ thuật. Sự hài lòng của bệnh nhân ở hai nhóm cũng khác nhau không có ý nghĩa thống kê (94% ở nhóm PCS và 90% ở nhóm gây mê với $p > 0,05$). Các bệnh nhân không hài lòng của chúng tôi chủ yếu do bệnh nhân cảm giác khó chịu khi phải đình chỉ

thai nghén do đó có thể làm cho việc đánh giá kết quả vô cảm khắt khe hơn.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển (PCS - patient controlled sedation) có hiệu quả an thần tốt, đủ để an thần cho thủ thuật hút thai với tuổi thai từ 10 -12 tuần (tỷ lệ hài lòng của bệnh nhân là 94%, tỷ lệ bệnh nhân không có cử động bất thường cản trở thủ thuật là 98%), ít chuyển sang mức an thần sâu (điểm an thần trong suốt thời gian làm thủ thuật là 4 – 5 theo OAA/S). So với phương pháp gây mê tĩnh mạch, phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển sử dụng lượng thuốc propofol ít hơn ($49,7 \pm 14,2\text{mg}$ so với $105,4 \pm 21,6\text{mg}$, $p < 0,05$); thời gian hồi tỉnh ngắn hơn ($1,5 \pm 0,5$ phút so với $6,8 \pm 1,9$ phút, $p < 0,05$) và thời gian xuất viện ngắn hơn ($55,6 \pm 15,4$ phút so với $125,5 \pm 35,4$ phút, $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Bình (2010), "Nghiên cứu phương pháp an thần bằng Propofol do bệnh nhân tự điều khiển trong phẫu thuật răng", *Luận văn Tiến sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội.
2. Tào Ngọc Sơn (2006), "Đánh giá tác dụng an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển trong thủ thuật nội soi đại tràng", *Luận văn Thạc sĩ y học*, Đại học Y Hà Nội.
3. Thorpe S. J, Balakrishnan V.R, Coe L. B. (1996), "Observations on patient controlled administration of propofol", *Br J Anaesth*, 76, pp. 576-594.

THỰC TRẠNG TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ TRƯỚC SINH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 1 TUỔI TẠI HAI HUYỆN LỤC YÊN VÀ TRẠM TẤU TỈNH YÊN BÁI NĂM 2016

Nguyễn Trà My¹, Ngô Văn Toàn², Nhữ Thành Hưng²

TÓM TẮT¹⁷

Đặt vấn đề: Mang thai và sinh nở là giai đoạn chứa đựng nhiều nguy cơ về sức khỏe, bệnh tật và tàn phế, là nguyên nhân gây ra ít nhất 18% gánh nặng bệnh tật toàn cầu ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ. Tiếp cận dịch vụ chăm sóc y tế trước sinh giúp giảm tỷ lệ tử vong ở bà mẹ và trẻ sơ sinh một cách hiệu quả trong chăm sóc sinh sản. **Mục tiêu:** 1. Mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ y tế trước sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại hai huyện Lục Yên và Trạm Tấu tỉnh Yên Bái năm 2016; 2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng sử dụng dịch vụ y tế chăm sóc trước sinh của các bà mẹ trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 509 bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại hai huyện Lục Yên và Trạm Tấu tỉnh Yên Bái. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 81,34% các bà mẹ đã sử dụng dịch vụ khám thai từ 3 lần trở lên. Hơn 86% bà mẹ đã đi tiêm phòng uốn ván trong đó có đến hơn 54% các bà mẹ đi tiêm đủ 2 mũi và 76,97% bà mẹ sử dụng viên sắt trong thai kỳ. Yếu tố dân tộc và nghề nghiệp bà mẹ ảnh hưởng đến việc tiếp cận dịch vụ y tế trước sinh của các bà mẹ. **Kết luận:** Thực trạng tiếp cận dịch vụ y tế trước sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi là tương đối tốt tại 2 huyện thuộc tỉnh Yên Bái.

Từ khóa: Tiếp cận dịch vụ y tế, dịch vụ y tế trước sinh, yếu tố ảnh hưởng

SUMMARY

THE REALITY OF ANTENATAL HEALTH SERVICES AND INFLUENCING FACTORS OF MOTHERS WHO HAD THE CHILDREN UNDER ONE YEAR OF AGE IN LUC YEN AND TRAM TAU DISTRICT, YEN BAI PROVINCE 2016

Background: Pregnancy and childbirth is the stage contains many health risks, morbidity and disability, is the cause of at least 18% of the global burden of disease among women of reproductive age. Access health services prenatal care reduces mortality in mothers and infants effectively in reproductive care. **Objective:** 1. Describe of status use of health services before born of mothers who have children under age 1 in two district Instrumentals Station yen and Yen Bai province 2016; 2. Analysis of some factors affecting the status of medical service use care before birth of the mother. **Subject and methodology:** The study was conducted on 509 mothers who had the children under 1 years old in Luc Yen and Tram Tau districts, Yen Bai province. The study uses cross-sectional study. **Result:** 81.34% of mothers used antenatal care services three or more times. More than 86% of mothers who received tetanus vaccination included over 54% of mothers who received 2 doses and 76.97% of mothers who received iron during pregnancy. Ethnic and occupational factors affecting mothers' access to antenatal health services me. **Conclusion:** The situation of access to antenatal services of mothers who had children under 1 year old is relatively good in 2 districts of Yen Bai province.

¹Viện đào tạo răng hàm mặt

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trà My

Email: ngtramyrhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 9.6.2017

Keyword: Access to health services, antenatal health services, influencing factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mang thai và sinh nở là giai đoạn chứa đựng nhiều nguy cơ về sức khỏe, bệnh tật và tàn phế, là nguyên nhân gây ra ít nhất 18% gánh nặng bệnh tật toàn cầu ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ [1]. Theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, trung bình mỗi ngày trên thế giới có 1.500 phụ nữ bị tử vong với tổng số gần 10 triệu ca tử vong liên quan đến thai nghén và sinh nở từ 1990-2009 [2].

Mặc dù thời gian gần đây có những thành tựu đáng kể để giảm tỷ lệ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh nhưng đáng chú ý là tình trạng chênh lệch ngày càng gia tăng, có sự khác biệt đáng kể liên quan đến tử vong mẹ và tử vong trẻ giữa các vùng miền, dân tộc, nơi cư trú, thu nhập của hộ gia đình cũng như trình độ học vấn của mẹ.

Yên Bái là một tỉnh khó khăn, địa hình phức tạp, tập trung nhiều dân tộc thiểu số, trình độ dân trí thấp,... Theo tổng cục thống kê (2011), Yên Bái có tổng tỷ suất sinh là 2,26 con/phụ nữ, cao hơn so với cả nước (1,99). Tỷ lệ chết trẻ em dưới 1 tuổi là 26,1‰ cao hơn nhiều so với cả nước là 15,5‰ [5].

Trên thực tế, trở ngại chính là người phụ nữ khi mang thai thiếu tiếp cận với dịch vụ y tế có chất lượng trong giai đoạn trước sinh, xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài với hai mục tiêu: 1. *Mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ y tế trước sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại hai huyện Lục Yên và Trạm Tấu tỉnh Yên Bái năm 2016*; 2. *Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng sử dụng dịch vụ y tế chăm sóc trước sinh của các bà mẹ trên*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ có con dưới 1 tuổi trên địa bàn nghiên cứu được phỏng vấn tại nhà.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-24	208	40,86
	25-34	184	36,15
	Trên 35	117	22,99
Dân tộc	Kinh	50	9,92
	Tày	153	30,36
	Dao	49	9,72
	H'Mông	164	32,54
	Nùng	15	2,98

Tiêu chuẩn lựa chọn: Phụ nữ có con dưới 1 tuổi. Hiện đang sống tại Trạm Tấu và Lục Yên. Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. mắc các bệnh về tâm thần.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và quy trình chọn mẫu

Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Trong đó: (n: Cỡ mẫu nghiên cứu. $Z_{1-\alpha/2}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 94% ($\approx 1,96$). p: Tỷ lệ bà mẹ sử dụng DVYT ($p=65\%$). d: Độ sai lệch mong muốn là 6%. DE: Hệ số chọn mẫu 2) Cỡ mẫu tối thiểu được tính từ công thức trên là 486 bà mẹ.

Quy trình chọn mẫu: Kỹ thuật lấy mẫu nhiều giai đoạn (multi-stage sampling technique) được áp dụng gồm 3 giai đoạn: Giai đoạn 1: Các xã được chia thành 2 nhóm gần và xa theo khoảng cách đến trung tâm huyện. Giai đoạn 2: Các xã chia thành 3 nhóm theo mật độ dân cư đồng, trung bình và thưa thớt. Giai đoạn 3: 50% xã trong mỗi nhóm nhỏ sẽ được lựa chọn để tiến hành khảo sát. Các điều tra chi tiết được hoàn chỉnh sau chuyển đi tiền trạm tới tỉnh. Cỡ mẫu yêu cầu được lựa chọn được tính bằng cách chia tổng số đối tượng cần thiết ở mỗi nhóm (nhóm đồng dân cư, nhóm ít dân cư và nhóm có số dân trung bình) cho số xã được chọn trong các nhóm nhỏ này. Nghiên cứu này chúng tôi nghiên cứu trên 509 bà mẹ.

2.3 Đạo đức nghiên cứu: Tất cả những người tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và được đọc bản thoả thuận nghiên cứu được xây dựng theo hướng dẫn về đạo đức trong nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục đích nghiên cứu và có quyền từ chối tham gia.

	Khác	73	14,48
Trình độ học vấn	Tiểu học và dưới tiểu học	181	35,70
	THCS	157	30,97
	THPT	129	25,44
	Cao đẳng, đại học và trên ĐH	36	7,10
	Không biết	4	0,79
Nghề nghiệp	Làm ruộng	433	85,74
	Buôn bán nhỏ	18	3,56
	Cán bộ/Công chức	35	6,93
	Công nhân	2	0,40
	Chăn nuôi	1	0,20
	Khác	16	3,17

Đa số phụ nữ có con dưới 1 tuổi đang ở độ tuổi sinh đẻ (77%). Đa phần các bà mẹ là người dân tộc Tày (30,36%) và dân tộc H'Mông (32,5%), dân tộc Kinh chiếm 9,92% và thấp nhất là dân tộc Nùng (2,98%). Đa phần các bà mẹ chỉ học tiểu học hoặc mù chữ (35,7%) và học hết THCS (30,9%). Tỷ lệ các bà mẹ làm ruộng là cao nhất (85,74%), buôn bán nhỏ chiếm 3,56% và gần 7% các bà mẹ là cán bộ/công chức nhà nước.

3.2 Thực trạng sử dụng dịch vụ y tế trước sinh

Tiếp cận dịch vụ y tế trước khi sinh	n	%
Số lần sử dụng dịch vụ khám thai: < 3	95	18,66
≥ 3	414	81,34
Nơi sử dụng dịch vụ: Trạm y tế xã	244	47,94
Bệnh viện huyện	83	16,31
Bệnh viện tỉnh	19	3,73
CSYT tư nhân	63	12,38
Khác	100	19,65
Sử dụng dịch vụ tiêm phòng uốn ván: Có	437	86,19
Không	59	11,64
Không nhớ/Không biết	11	2,17
Số lần sử dụng dịch vụ tiêm uốn ván: 1 lần	178	34,97
2 lần	276	54,22
≥ 3 lần	55	10,81
Sử dụng viên sắt: Có	391	76,97
Không	106	20,87
Không nhớ/Không biết	11	2,17
Thời gian uống viên sắt: < 3 tháng	60	16,09
≥ 3 tháng	273	73,19
Không nhớ/Không biết	40	10,72
Nơi uống viên sắt: Trạm y tế	164	32,22
Bệnh viện	10	1,96
Y tế thôn	73	14,34
Khác	262	51,47

Có 81,34% các bà mẹ đã sử dụng dịch vụ khám thai từ 3 lần trở lên trong thai kỳ và chủ yếu khám tại TYT. 86,19% bà mẹ được tiêm phòng uốn ván trong đó có đến hơn 54% các bà mẹ đi tiêm đủ 2 mũi. Có đến 76,97% bà mẹ sử dụng viên sắt trong thai kỳ nhưng và chủ yếu là tự mua.

3.3 Một số yếu tố ảnh hưởng đến thực trạng sử dụng dịch vụ y tế trước sinh

Yếu tố ảnh hưởng		Số lần khám thai (%)		p value
		< 3 lần	≥ 3 lần	
Tuổi	18-24	24,04	75,96	<0,05*
	25-34	10,33	89,67	
	>35	22,22	77,78	
Dân tộc	Kinh	4,00	96,00	<0,05*
	Tày	5,23	94,77	
	Dao	24,49	75,51	

	H'Mông	34,15	65,85	
	Nùng	6,67	93,33	
	Khác	20,55	79,45	
Trình độ học vấn	Tiểu học và dưới tiểu học	35,36	64,64	<0,05**
	THCS	11,46	88,54	
	THPT	9,30	90,70	
	Cao đẳng, ĐH và trên ĐH	0	100	
	Không biết	25,00	75,00	
Nghề nghiệp mẹ	Làm ruộng	21,02	78,98	<0,05**
	Buôn bán	0	100	
	Cán bộ/Viên chức	2,86	97,14	
	Công nhân	0	100	
	Chăn nuôi	0	100	
	Khác	12,50	87,50	

(*: Chi square; **: Fisher's exact)

Không có sự khác biệt nhiều giữa các nhóm tuổi đối với số lần khám thai trên 3 lần. Có sự khác biệt giữa dân tộc của bà mẹ trong việc sử dụng dịch vụ khám thai trên 3 lần, trong đó bà mẹ dân tộc H'Mông là thấp nhất (65,85%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Nghề nghiệp của các bà mẹ cũng ảnh hưởng lên việc sử dụng dịch vụ này.

IV. BÀN LUẬN

Thực trạng sử dụng dịch vụ khám thai:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 81,34% bà mẹ khám thai ít nhất 3 lần trong suốt thai kỳ và tương đồng với báo cáo về tỷ lệ khám thai ít nhất 3 lần trong 3 giai đoạn của Phan Lạc Hoài Thanh (78,2% năm 2005) [4], tỷ lệ này ở khu Yên Bái thấp hơn so với trung bình chung cả nước (87,4%) nhưng tương đồng với khu vực Tây Nguyên (81,8%). Yếu tố dân tộc có liên quan đến tỷ lệ khám thai trên 3 lần của bà mẹ ($p < 0,05$), kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Phan Lạc Hoài Thanh (2005) [4]. Điều này có thể lý giải do tập quán sinh hoạt của người H'Mông luôn chọn nơi núi cao, hẻo lánh để sinh sống nên đã ảnh hưởng đến số lần khám thai của các bà mẹ. Bên cạnh đó, yếu tố trình độ học vấn cũng là yếu tố ảnh hưởng, các bà mẹ có trình độ cao đẳng và đại học thì 100% đi khám thai trên 3 lần trong khi đó tỷ lệ này ở các bà mẹ có trình độ tiểu học hoặc mù chữ chỉ là 64,64% ($p < 0,05$).

Thực trạng sử dụng dịch vụ tiêm phòng uốn ván: Kết quả nghiên cứu cho thấy 86,19% bà mẹ có sử dụng dịch vụ tiêm phòng uốn ván trong thai kỳ trong khi đó số bà mẹ tiêm đủ 2 mũi uốn ván là 65,03%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tổ chức Save the Children năm 2008 (86,6%) và cao hơn kết quả chung của toàn quốc và một số tỉnh khác như Hải Dương 85,4% [2], Bình Định 84,3%. Yếu tố dân tộc của bà mẹ được xem xét là yếu tố ảnh hưởng

lên khả năng tiếp cận dịch vụ y tế trước sinh của bà mẹ. Các bà mẹ dân tộc Kinh, Tày và Nùng thì tỷ lệ cao hơn hẳn so với bà mẹ dân tộc H'Mông ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu tại Bắc Ninh và nghiên cứu tại Hải Dương.

Thực trạng sử dụng viên sắt: Theo kết quả của một số nghiên cứu gần đây, tỉ lệ các bà mẹ có uống viên sắt trong thời gian mang thai tại Hải Dương là 87,3%, tại Thừa Thiên Huế là 90%[7], ở nghiên cứu này tỷ lệ bà mẹ có uống viên sắt là 76,97% và thấp hơn các nghiên cứu đã công bố trên.

Các yếu tố nhóm tuổi, học vấn, dân tộc và nghề nghiệp mẹ được xác định có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với việc sử dụng viên sắt. Các bà mẹ dân tộc Kinh, Tày và Nùng có tỷ lệ uống viên sắt cao gấp đôi bà mẹ dân tộc H'Mông. Kết quả này cũng tương tự báo cáo của UNFPA năm 2008. Bên cạnh đó, tỷ lệ sử dụng viên sắt ở các bà mẹ có trình độ học vấn cao đẳng và trên cao đẳng cao gấp đôi các bà mẹ có trình độ tiểu học hoặc mù chữ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bà mẹ sử dụng dịch vụ khám thai đủ 3 lần trở lên theo khuyến cáo của Bộ Y tế (2009) đạt mức 81,34%, có tới 65,03% bà mẹ đã tiêm phòng vắc xin uốn ván đủ 2 mũi và tỷ lệ bà mẹ sử dụng viên sắt trên 3 tháng là khá cao 73,19%.

Bà mẹ có học vấn cao và bà mẹ dân tộc Kinh, Tày có tỷ lệ tiếp cận dịch vụ y tế trước sinh cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2002)**, Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Tổng Viết Trung (2002)**, Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng dịch vụ chăm sóc trước sinh tại huyện Chí Linh, tỉnh Hải Dương

- năm 2001-2002, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 35-36.
3. **Trịnh Thanh Thúy (1998)**, Thực hành nuôi con và tình trạng dinh dưỡng trẻ em sau ba năm thực hiện phòng chống suy dinh dưỡng tại Sóc Sơn, Luận văn Thạc sỹ Dinh dưỡng cộng đồng, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 4. **Phan Lạc Hoài Thanh (2005)**, Kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh của các bà mẹ và thực hành khám thai của nhân viên y tế xã tại huyện Tiên Du tỉnh Bắc Ninh, Tạp chí Nghiên cứu Y học, Hà Nội, 6(39), 78-83.
 5. **Toan N. V. and A. Rosenbloom (2006)**, The Capacity and Use of Maternal and Neonatal Health Services in Khanh Hoa, Vietnam, Save the Children, 84.
 6. **Save the Children USA (2007)**, Baseline Household Survey Report: Newborn Care related knowledge and practices of women giving birth between January 1 st and December 31 st, 2006 in Nhu Thanh and Ngoc Lac districts, Thanh Hoa province, 28-34.
 7. **Save the Children USA (2008)**, Household Survey of knowledge, practice and coverage of maternal and newborn care among mothers giving birth in 2007 Thua Thien Hue, 67-68.

THỰC TRẠNG BẢO HIỂM Y TẾ CHI TRẢ CHO 10 BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC GIAI ĐOẠN NĂM 2013 – 2015 - 2017

Phùng Đắc Thành¹, Tạ Văn Khoái²

TÓM TẮT¹⁸

Việt Nam đang trải qua thời kỳ chuyển đổi dịch tễ học, chịu gánh nặng bệnh tật kép từ cả bệnh lây nhiễm và không lây nhiễm, mô hình bệnh tật thay đổi từ điều trị bệnh cấp tính sang bệnh mạn tính [1]. Chi phí điều trị tăng cao là gánh nặng tài chính không chỉ đối với người bệnh mà còn với bệnh viện và Bảo hiểm Y tế (BHYT). Nghiên cứu miêu tả thực trạng BHYT chi trả cho 10 bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc năm 2013-2015, 2017 và một số yếu tố liên quan đến các khoản chi. Bệnh hệ hô hấp, hệ tuần hoàn, hệ tiêu hóa và thần kinh sọ não là những nhóm bệnh phổ biến nhất trong 10 bệnh lựa chọn. Trung bình ngày điều trị cao nhất là 11,3 ngày ở nhóm bệnh nhồi máu não và thấp nhất là 6,6 ngày ở nhóm bệnh viêm ruột thừa. Chi phí cao nhất một bệnh án nội trú năm 2013 là 3,4 triệu, năm 2015 là 4,6 triệu, năm 2017 là 5,9 triệu. Chi phí người bệnh phải chi trả nếu không có BHYT tăng cao mỗi năm trung bình tăng từ 500 ngàn tới gần 1 triệu đồng từ năm 2013 - 2015 và quý 1 năm 2017. BHYT chi trả cho điều trị nội trú số tiền trung bình >80% và tăng gần 1 triệu đồng/năm.

Từ khóa: Chi phí, Bảo hiểm y tế (BHYT), Bảo hiểm xã hội (BHXH)

SUMMARY

ASSESSMENT OF HEALTH INSURANCE STATUS FOR 10 INPATIENT DISEASES IN VINHPHUC PROVINCIAL HOSPITAL IN THE PERIOD OF 2013-2015-2017

Vietnam is undergoing a period of epidemiological transformation, including the burden from both

infectious and non-communicable diseases, and changing disease patterns from the treatment of acute to chronic diseases. The high cost of treatment is a financial burden not only for the patients but also for the hospitals and health insurance (HI). This study describes the current status of HI for 10 inpatient hospitalizations in Vinh Phuc Provincial Hospital in 2013-2015, 2017 and assesses factors related to expenditures. Diseases of the respiratory system, circulatory system, gastrointestinal and cranial nerves systems are the most common among the 10 selected diseases. The maximum day in treatment was 11.3 days (median) in the cerebral infarction group and 6.6 days in the appendix group. The highest medical expense for a residential patient in 2013 is 3.4 million (mill), 4.6 mill in 2015 and 5.9 mill in 2017. Costs paid by patients without HI increased annually from an average of 500,000 to almost 1 million VND from 2013 to 2015 and the first quarter of 2017. HI paid for inpatient treatment was more than 80% and increased nearly 1 million VND/year.

Keywords: cost, health insurance, social insurance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo niên giám thống kê y tế năm 2013, tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh lây nhiễm điều trị tại bệnh viện giảm nhanh trong khi đó tỷ lệ này ở các bệnh không lây nhiễm lại tăng. Tương tự, cũng trong khoảng thời gian đó, tỷ lệ số ca tai nạn, ngộ độc, chấn thương tăng mạnh từ 1,80% lên 10,84%. Mô hình bệnh tật thay đổi, chuyển từ điều trị các bệnh cấp tính sang các bệnh mạn tính, yêu cầu tăng chi phí điều trị, là gánh nặng tài chính không chỉ đối với người bệnh mà còn đối với bệnh viện và bên chi trả thứ ba như BHYT [1].

Theo thông tư liên tịch 09/2009/TTLT-BYT-BTC của liên bộ hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, quy định các cơ sở y tế thực hiện khám chữa

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Đắc Thành

Email: drthanh.dkvp@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2017

Ngày duyệt bài: 2.6.2017

bệnh BHYT theo hình thức định suất, quỹ BHYT giao cho cơ sở y tế một khoản tiền tính theo số đầu thẻ BHYT. Cơ sở y tế có trách nhiệm quản lý và sử dụng quỹ sao cho hiệu quả, tránh lãng phí. Do đó bệnh viện nào chủ động kiểm soát được chi phí điều trị sẽ có lợi, trong khi bệnh viện nào không kiểm soát được chi phí sẽ bị phạt dẫn tới hành vi kiểm soát chi phí gây ảnh hưởng đến chất lượng khám chữa bệnh [3] [4] [5] [6].

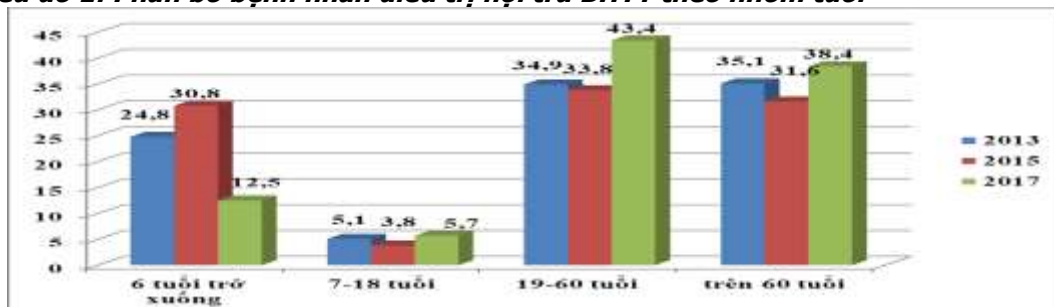
Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc là cơ sở đăng ký bảo hiểm y tế và tiếp nhận khám chữa bệnh ở tuyến cao nhất trong tỉnh, số thẻ bảo hiểm đăng ký ban đầu gần 9 nghìn thẻ. Vì vậy cần có các nghiên cứu về các khoản chi trả BHYT để tránh tác động tiêu cực làm giảm chất lượng khám chữa của bệnh viện. Với lí do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Thực trạng Bảo hiểm Y tế chi trả cho 10 bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn năm 2013 - 2015 - 2017" được thực hiện với 2 mục tiêu sau: 1) Mô tả mô hình bệnh tật nội trú được Bảo hiểm Y tế chi trả tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn năm 2013 - 2015 - 2017; 2) mô tả một số yếu tố liên quan đến thực trạng bảo hiểm y tế chi trả cho 10 bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn năm 2013 - 2015 - 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân điều trị nội trú BHYT theo nhóm tuổi



Chủ yếu người bệnh ở nhóm 19 - 60 tuổi và >60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (ở quý 1 năm 2017 là 43,4%, năm 2015 là 33,8% và năm 2013 33,9%) thấp nhất là nhóm tuổi 7 - 18 tuổi (chỉ 5,1% năm 2013, 3,8% năm 2015 và 5,7% năm 2017). Kết quả có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

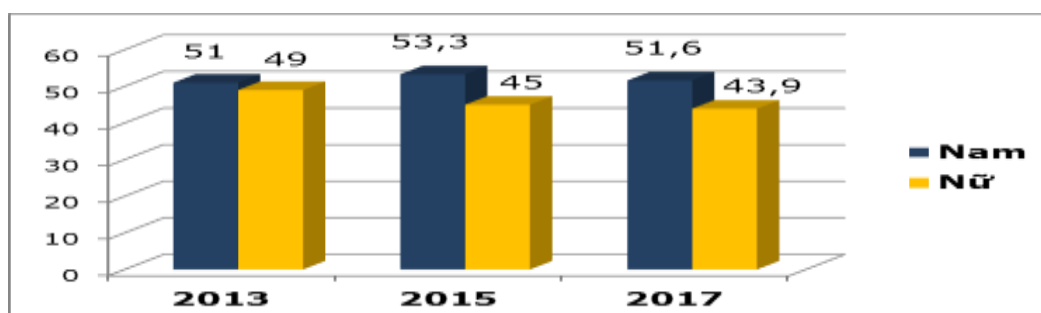
Biểu đồ 2: phân bố đối tượng theo giới tính

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành lấy từ ngân hàng dữ liệu về bệnh tật và chi phí khám chữa bệnh được BHYT chi trả 10 bệnh lựa chọn đối với bệnh nhân BHYT điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn năm 2013 - 2015 và 2017.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu sử dụng phương pháp xử lý hồi cứu số liệu chi phí khám chữa bệnh được BHYT chi trả cho 10 bệnh lựa chọn điều trị nội trú tại bệnh viện. Chi phí KCB được ước tính từ quan điểm của người chi trả.

2.3. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin: Nhóm nghiên cứu trích xuất số liệu về chi phí khám chữa bệnh BHYT của 10 bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn năm 2013 - 2015 và 2017 theo bộ công cụ và biến số đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

2.4. Phân tích dữ liệu: Số liệu được nhập và làm sạch bằng phần mềm Excel 2010 sau đó phân tích bằng phần mềm Excel 2010 và SPSS 23.0. Thống kê mô tả bao gồm: trung bình, trung vị cho các biến số liên tục và tỷ lệ phần trăm cho các biến số phân hạng. Kiểm định chỉ so sánh tỷ lệ giữa các nhóm. Sự khác biệt với $p < 0,05$ là có ý nghĩa thống kê. Sự khác biệt với $p < 0,001$ là rất có ý nghĩa thống kê [7].



Ở cả 3 năm, tỷ lệ bệnh nhân là nam đều cao hơn nữ ở năm 2013, 2015 và 2017. Sự khác biệt tỷ lệ nam/ nữ giữa các năm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.2. Mô hình bệnh tật điều trị nội trú

Bảng 1: Phân bố điều trị nội trú theo nhóm 10 bệnh lựa chọn

TT	Nhóm bệnh	2013		2015		2017	
		Số đợt	%	Số đợt	%	Số đợt	%
1	Chấn thương sọ não	248	5,4	742	12,1	172	19,7
2	Viêm phổi	1342	29,2	962	15,7	113	12,9
3	Loét dạ dày tá tràng	76	1,7	172	2,8	12	1,4
4	Sỏi tiết niệu	400	8,7	811	13,2	92	10,5
5	Đái tháo đường	543	11,8	805	13,1	77	8,8
6	Viêm phế quản	111	2,4	875	14,3	62	7,1
7	Viêm ruột thừa	544	11,9	542	8,8	113	12,9
8	Tăng huyết áp	541	11,8	376	6,1	60	6,9
9	Suy tim	446	9,7	434	7,1	108	12,4
10	Nhồi máu não	338	7,4	411	6,7	64	7,3
Tổng		4589	100%	6130	100%	873	100%

Bảng trên cho ta thấy 10 bệnh điều trị nội trú BHYT phổ biến nhất theo thứ tự trong năm 2013 là: viêm phổi, viêm ruột thừa, đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim, sỏi tiết niệu, nhồi máu não, chấn thương sọ não, viêm phế quản và loét dạ dày tá tràng. Trong năm 2015 lần lượt cao nhất là viêm phổi, thấp nhất là loét dạ dày tá tràng. Năm 2017 tỷ lệ cao nhất là chấn thương sọ não và thấp nhất là loét dạ dày tá tràng. Như vậy nhóm bệnh cao nhất tăng dần từ 2013, 2015 và 2017 là chấn thương sọ não sau đó đến bệnh viêm phổi và thấp nhất là bệnh loét dạ dày tá tràng đều thấp nhất trong cả 3 năm. Các bệnh mãn tính như đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim ở mức trung bình cao.

Bảng 2: Bảng trung bình ngày điều trị của 10 bệnh lựa chọn (Đơn vị: ngày)

Bệnh	Ngày điều trị trung bình					
	2013		2015		2017	
	Trung bình	Trung vị	Trung bình	Trung vị	Trung bình	Trung vị
Chấn thương sọ não	7,46	6,00	9,40	7,00	9,68	6,50
Viêm phổi	8,90	8,00	9,42	8,00	10,56	10,00
Loét dạ dày tá tràng	6,05	6,00	7,55	7,00	6,92	6,50
Sỏi tiết niệu	8,47	8,00	9,70	8,00	9,73	8,00
Đái tháo đường	9,78	9,00	9,34	9,00	9,75	8,00
Viêm phế quản	7,24	6,50	8,04	8,00	9,03	9,00
Viêm ruột thừa	5,90	5,00	6,83	6,00	7,27	7,00
Tăng huyết áp	8,10	8,00	7,74	7,00	6,62	6,00
Suy tim	8,86	8,00	9,98	9,00	8,98	6,00
Nhồi máu não	12,86	12,00	11,04	11,00	10,00	9,00
Tổng	83,62	76,5	89,04	80	88,54	76

Bảng trên cho ta thấy ngày điều trị nội trú BHYT trung bình cao nhất của bệnh nhồi máu não trong năm 2013 là 12,8 ngày và 2015 là 11 ngày, quý 1 năm 2017 là 9,0 ngày. Ngày điều trị thấp nhất là viêm ruột thừa 5,9 ngày năm 2013 và 6,8 ngày năm 2015 và 7,2 ngày năm 2017. Năm 2017 ngày điều trị trung bình cao nhất là bệnh viêm phổi 10 ngày và thấp nhất là bệnh tăng huyết áp và

suy tim là 6,0 ngày. Sự khác biệt các ngày điều trị của các bệnh theo từng năm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

3.3. Chi phí Bảo hiểm Y tế chi trả cho bệnh viện

Bảng 3: Chi phí chi trả cho điều trị nội trú của 10 bệnh lựa chọn (Đơn vị: đồng)

Cấu phần chi trả	2013		2015		2017	
	Trung bình	Trung vị	Trung bình	Trung vị	Trung bình	Trung vị
Giường	418	328	692	513	1.062	862
Thuốc, dịch truyền	1.814	1.129	2.222	1.181	2.318	1.268
Máu	26	00	72	00	286	00
Xét nghiệm	336	266	590	440	841	558
CDHA và TDCN	244	920	384	201	508	329
Phẫu thuật-thủ thuật	516	560	557	55	1.143	192
Vật tư y tế	110	68	69	42	197	41
Người bệnh cùng chi trả	349	186	410	205	1.003	518
Bảo hiểm thanh toán	3.078	2.127	4.181	2.256	5.143	3.193
Tổng	3.428	2.308	4.592	2.742	5.922	3.234

Bảng trên cho ta thấy chi phí trung bình một bệnh án BHYT chi trả cho điều trị nội trú 10 bệnh tăng từ gần 3,5 triệu năm 2013 lên 4,6 triệu trong 2015 tăng tỷ lệ 33,9% và tăng lên gần 6 triệu ở năm 2017 đạt tỷ lệ 72,7%, trong đó thuốc và dịch truyền chiếm tỷ lệ cao nhất trong một bệnh án năm 2013 so với 2015 là 22,2% và 2013 so với Quý 1 năm 2017 là 27,9%, máu chiếm tỷ lệ ít nhất. Tiền giường tăng trung bình và trung vị ở cả ba năm 2013 - 2015 và 2017, thấp nhất là vật tư y tế có giảm hơn năm 2013 so với 2015 là giảm 37,4% và tăng 2017 là 78,9%, người bệnh cùng chi trả cũng tăng đều cả trung bình và trung vị trung bình năm 2013 so với 2015 là 17,3% và 2013 so với 2017 là 186,9%, Bảo hiểm y tế chi trả năm 2013 so với 2015 là 35,8% và so với 2017 là 72,7%.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy 51,0% bệnh nhân KCB - BHYT trong năm 2013 và 53,3% bệnh nhân BHYT trong năm 2015, 51,6% trong năm 2017 là nam giới. Tỷ lệ bệnh nhân BHYT là nữ giới chỉ gần bằng 1,1% so với nam ở cả 2013, 2015 và 2017 với tỷ lệ trên trong cả 3 năm đều cao hơn có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu khác lại công bố kết quả tỷ lệ bệnh nhân KCB - BHYT là nữ lại cao hơn nam giới về con số nhưng sự khác biệt lại không có ý nghĩa thống kê như nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bài và cộng sự tại Bệnh viện Bình Thới, nghiên cứu của Hồ Thanh Phong và cộng sự tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đồng Nai và nghiên cứu của Hoàng Văn Minh và cộng sự tại Bệnh viện Thanh Oai.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh được điều trị nội trú BHYT nhiều nhất là bệnh về đường hô hấp như viêm phổi, bệnh hệ tuần hoàn

tim mạch và huyết áp, bệnh viêm ruột thừa và bệnh sỏi tiết niệu còn một số mặt bệnh khác thì giảm hơn. Kết quả này gần tương đồng với phát hiện từ nghiên cứu của Nguyễn Trọng Bài, Bùi Văn Chính và cộng sự (2010) với các nhóm bệnh phổ biến nhất là bệnh nhiễm trùng (25,0%), bệnh hệ hô hấp (20,4%), bệnh của hệ tuần hoàn (11,1%). Nghiên cứu của Đinh Công Minh (2002) và Võ Phương Khanh (2005) chỉ ra mô hình bệnh tật của trẻ em điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Ung Bí, các bệnh về đường hô hấp đứng đầu với tỷ lệ là 36,4%, tiếp đến là bệnh nhiễm khuẩn và kí sinh trùng với 14,3%. Có thể thấy bệnh về hô hấp vẫn là bệnh phổ biến nhất ở trẻ em và người lớn hiện nay.

Tổng chi phí cho một đợt điều trị nội trú cho cả 3 năm có trung bình 3.428-4.592-5.922 đồng, trung vị là 2.308-2.742-3.234 đồng. Trong đó, chi phí cho thuốc dịch truyền (trung bình 1.814-2.222-2.318 đồng, trung vị 1.129-1.181-1.268 nghìn đồng) và phẫu thuật - thủ thuật (trung bình 516-557-1.143 đồng, trung vị 560-55-192 đồng), xét nghiệm (trung bình 336-590-841 đồng, trung vị 266-440-558 đồng) và tiền giường (trung bình 418-692-1.062 đồng, trung vị 328-513-862 đồng) là bốn nhóm chi phí lớn nhất trong tổng chi phí. Chi phí chẩn đoán hình ảnh và thăm dò chức năng (trung bình 244-384-508 đồng, trung vị 920-201-329 đồng) và vật tư tiêu hao (trung bình 110-69-197 đồng, trung vị 68-42-41 đồng) chiếm tỷ trọng thấp trong tổng chi phí. Tiền Máu (trung bình 26-72-286 đồng). Người bệnh cùng chi trả (trung bình 349-410-1.003 đồng, trung vị là 186-205-518 đồng). Bảo hiểm thanh toán (trung bình 3.078-4.181-5.143 đồng, trung vị là 2.127-2.256-3.193 đồng). Tỷ lệ tương tự cũng được Dương Tuấn Đức đưa ra

trong thống kê bệnh tật và chi phí khám chữa bệnh BHYT chi trả cho các bệnh viện trong nghiên cứu của mình. Nghiên cứu của Trương Công Thử cho tỉ lệ chi phí dành cho thuốc dịch cho bệnh hô hấp chiếm tới 45,8% tới 49,4% tổng số tiền. Việc phí giường bệnh, thuốc cũng như phí xét nghiệm và phẫu thuật chiếm tỉ lệ cao có thể giải thích do những khoản phí này đã được tăng lên rất nhiều so với trước đó ở năm 2017, sau thông tư liên tịch số 04/2012/TTLT-BYT-BTC của Bộ Y tế và Bộ Tài Chính và áp dụng tăng giá viện phí đối tượng Bảo hiểm y tế từ 01/3/2016 theo thông tư 37/2015/ TTLT - BYT - BTC ngày 29/10/2015.

V. KẾT LUẬN

Bệnh hệ hô hấp, bệnh hệ tuần hoàn, bệnh hệ tiêu hóa và bệnh về thần kinh sọ não là những nhóm bệnh phổ biến nhất trong 10 bệnh lựa chọn nội trú BHYT tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2013 - 2015 và 2017: Chấn thương sọ não, viêm phổi, loét dạ dày tá tràng, sỏi tiết niệu, đái tháo đường, viêm phế quản, viêm ruột thừa, tăng huyết áp, suy tim, nhồi máu não. Nghiên cứu chọn 10 bệnh phổ biến, mang tính đại diện cho nhóm bệnh, để so sánh chi phí mà BHYT chi trả cho bệnh viện giữa 2013 - 2015 và quý 1 năm 2017 là: Chấn thương sọ não, viêm phổi, loét dạ dày, sỏi tiết niệu, đái tháo đường, viêm phế quản, viêm ruột thừa, tăng huyết áp, suy tim, nhồi máu não.

Trung bình ngày điều trị cao nhất của 10 bệnh điều trị nội trú BHYT năm 2013 - 2015 và quý 1 năm 2017 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh

Phúc là 11,3 ngày ở nhóm bệnh nhồi máu não và thấp nhất là 6,6 ngày ở nhóm bệnh viêm ruột thừa. Chi phí cao nhất một bệnh án nội trú năm 2013 là 3,4 triệu, năm 2015 là 4,6 triệu, 2017 là 5,9 triệu. Khoản chi phí lớn nhất trong một bệnh án chủ yếu là thuốc và dịch, các xét nghiệm và dịch vụ cận lâm sàng, phẫu thuật, khoản chi phí nhỏ nhất là chi phí cho vật tư y tế và máu. Chi phí người bệnh phải chi trả nếu không có BHYT thì mỗi năm lại càng tăng cao trung bình tăng từ 500 ngàn tới gần 1 triệu đồng từ năm 2013 - 2015 và quý 1 năm 2017. BHYT chi trả cho điều trị nội trú số tiền trung bình >80% và tăng mỗi năm gần 1 triệu đồng. Những bệnh nhân có BHYT điều trị nội trú trung bình một bệnh án từ 3,4 triệu đến gần 6 triệu đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc Hội nước CHXHCN Việt Nam (2008). Luật Bảo hiểm Y tế. Luật số: 25/2008/QH12.
2. Bộ Y Tế (2013). Niên Giám Thống Kê Y Tế 2013, Hà Nội, (3), 193
3. Bộ Tài chính, Bộ Y tế (2009). Thông tư liên tịch hướng dẫn thực hiện bảo hiểm y tế, *Thông tư liên tịch số 09/2009/TTLT-BYT-BTC*.
4. Võ Phương Khanh, Thái Thanh Tùng, Trịnh Hữu Tùng (2005), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật tại bệnh viện Nhi Đông 2 giai đoạn 2005 đến 2007".
5. Nguyễn Mai An, Hoàng Văn Minh (2009), "Phân tích chi phí điều trị một số bệnh thường gặp tại Bệnh viện huyện Thanh Oai, Hà Nội", *Tạp chí Y học Thực hành*, 876(7), 4.
6. H. J. Zar and T. W. Ferkol., "The global burden of respiratory disease-Impact on child health", *Electronic*, (1099-0496).
7. WHO (1999), "Western Pacific Region, Country health information profiles, 1999 revision".

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG HỘI CHỨNG CAI CÁC CHẤT DẠNG AMPHETAMINE

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT¹⁹

Đặt vấn đề: Amphetamine và các chất dạng Amphetamine thuộc nhóm kích thích hệ thần kinh trung ương. Việc sử dụng Amphetamine và các chất dạng Amphetamine ngày càng gia tăng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng hội chứng cai chất dạng Amphetamine. **Phương pháp nghiên**

cứu: gồm 33 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu các chất dạng amphetamine theo ICD-10 thời gian từ 3/2013 đến 10/2013. Số liệu thu thập được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê toán học SPSS 16.0. **Kết quả:** Hội chứng cai xuất hiện trong hoàn cảnh, rối loạn loạn thần (75,8%); nhiễm độc cấp (12,1%); cai tự nguyện (12,1%). Các triệu chứng cai: ngủ nhiều (39,4%); có các giấc mơ không thoải mái (45,5%); tăng cảm giác thèm ăn (48,5%); chậm chạp tâm thần vận động (81,8%); 100% bệnh nhân có cảm giác thèm nhớ chất. Triệu chứng trầm cảm: Khó sắc trầm (75,8%); giảm quan tâm thích thú (78,8%). **Kết luận:** Biểu hiện lâm sàng của hội chứng cai chủ yếu là các triệu chứng tâm thần. Xuất hiện vào ngày thứ 2 sau nhập viện. Khó nhận biết và bị che mờ đi do các triệu chứng loạn thần và việc điều trị loạn thần.

*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 8.4.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017
Ngày duyệt bài: 6.6.2017

Từ khóa: ICD - 10

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS OF CURRICULUM CONFERENCE AMPHETAMINE TYPE

Problem: Amphetamine and amphetamine substances in the CNS. The use of amphetamines and amphetamine substances is on the rise. **Objectives of the study:** Clinical characteristics of amphetamine withdrawal syndrome. **METHODS:** 33 patients met the amphetamine addiction criteria for ICD-10 in the period from 3/2013 to 10/2013. The collected data was analyzed and processed according to the mathematical statistical method SPSS 16.0. **Results:** withdrawal syndrome occurring in the context of psychosis (75.8%); Acute poisoning (12.1%); Voluntary abstinence (12.1%). Falls withdrawal symptoms (39.4%); Have uncomfortable dreams (45.5%); Increased appetite (48.5%); Mental retardation (81.8%); 100% of patients feel craving for substance. Depressive symptoms: agar (75.8%); Decreased interest (78.8%). **Conclusion:** Clinical manifestations of withdrawal syndrome are mainly mental symptoms. Appears on day 2 after admission. Difficult to identify and obscured by psychotic symptoms and psychiatric treatment.

Amphetamine thường xuyên, kéo dài thì mức độ lệ thuộc thường cao và tăng nhanh, gây ra những hậu quả nặng nề về cơ thể và tâm thần cho người sử dụng.

Xu hướng sử dụng và lạm dụng Amphetamine và các chất dạng Amphetamine ở Việt Nam đang ngày càng phổ biến và lan tràn với tốc độ nhanh. Đối tượng sử dụng ở lứa tuổi thanh thiếu niên ngày càng gia tăng, tỉ lệ sử dụng chất dạng Amphetamine chiếm 1% các chất Ma túy, trong đó tỉ lệ học sinh sinh viên chiếm 3,2% số người sử dụng. Tới năm 2013, tỉ lệ này là 1,5%, trong đó tỉ lệ học sinh sinh viên chiếm 7,2%. Số người tiêm chích Ma túy chiếm tỉ lệ đáng kể, là nguy cơ lây truyền HIV/AIDS. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về hội chứng cai chất dạng Amphetamine. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hội chứng cai chất dạng Amphetamine trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng hội chứng cai chất dạng Amphetamine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Amphetamine và các chất dạng Amphetamine thuộc nhóm kích thích hệ thần kinh trung ương, sử dụng trong y tế từ năm 1932 trong điều trị xung huyết mũi, tăng động giảm chú ý, chứng ngủ rũ, Parkinson sau viêm não, trầm cảm, ngộ độc các thuốc gây yên dịu... Sử dụng với liều nhỏ không thường xuyên mạng lại cảm giác tỉnh táo đầy sinh lực và tự tin. Tuy nhiên, nếu sử dụng Amphetamine và các chất dạng

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 33 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nghiện các chất dạng Amphetamine điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai. Thời gian: 03/2013 đến 10/2013

***Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang và theo dõi dọc suốt quá trình điều trị. Số liệu thu thập được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê toán học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Hoàn cảnh vào viện.

Hoàn cảnh	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Rối loạn loạn thần	25	75,8%
Nhiễm độc cấp	4	12,1%
Cai tự nguyện	4	12,1%
Tổng số bệnh nhân	33	100%

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân vào viện do rối loạn loạn thần chiếm tỉ lệ 75,8%. Tỉ lệ vào viện với biểu hiện nhiễm độc cấp là 12,1%. Tỉ lệ vào cai tự nguyện là 12,1%.

Bảng 3.2. Tỉ lệ triệu chứng loạn thần.

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Hoang tưởng	14	56,0%
Ảo giác	4	16,0%
Hoang tưởng và Ảo giác	7	28,0%
Tổng số bệnh nhân	25	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có triệu chứng hoang tưởng chiếm tỉ lệ 56%. Bệnh nhân có cả triệu chứng hoang tưởng và ảo giác chiếm tỉ lệ 16%. Bệnh nhân có triệu chứng ảo giác chiếm tỉ lệ 28%.

Bảng 3.3. Biểu hiện tâm thần của nhiễm độc cấp.

Biểu hiện	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Khoái cảm và cảm giác nhiều năng lượng	4	12,1%

Hành vi định hình, lặp đi lặp lại	2	6,1%
Ao giác	3	9,1%

Nhận xét: Các biểu hiện tâm thần trong nhiễm ngộ độc cấp thường gặp: khoái cảm và cảm giác nhiều năng lượng (12,2%); hành vi định hình (6,1%); ảo giác (9,1%).

Bảng 3.4. Các biểu hiện cơ thể của nhiễm độc cấp.

Biểu hiện	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tăng nhịp tim	4	12,1%
Tăng huyết áp	4	12,1%
Vã mồ hôi, rét run	3	9,1%
Giãn đồng tử	0	0
Buồn nôn, nôn	0	0
Co giật	0	0
Lú lẫn	0	0

Nhận xét: Các biểu hiện nhiễm độc cấp trong nghiên cứu của chúng tôi: tăng nhịp tim, tăng huyết áp (12,2%); vã mồ hôi, rét run (9,1%).

Bảng 3.5. Triệu chứng và thời điểm xuất hiện của hội chứng cai.

Biểu hiện	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %	X ± SD (ngày)
Buồn chán	20	60,6%	2,2 ± 0,8
Căng thẳng	23	69,7%	2,3 ± 0,6
Lo âu	26	78,8%	2,2 ± 0,45
Mệt mỏi	29	87,9%	2,0 ± 0,85
Chậm chạp tâm thần vận động	27	81,8%	2,1 ± 0,96
Thèm nhớ	33	100%	1,8 ± 0,62
Tăng cảm giác thèm ăn	16	48,5%	3,6 ± 0,87
Ngủ nhiều	13	39,4%	2,6 ± 0,42
Giấc mơ khó chịu	15	45,5%	2,8 ± 0,58

Nhận xét: Cảm giác lo âu chiếm tỉ lệ là 78,8%; cảm giác buồn chán chiếm tỉ lệ là 60,6%; cảm giác căng thẳng chiếm tỉ lệ là 69,7%. Biểu hiện mệt mỏi chiếm tỉ lệ 87,9%; chậm chạp tâm thần vận động chiếm tỉ lệ 81,8%. Biểu hiện thèm nhớ chất chiếm 100%; ngủ nhiều chiếm tỉ lệ 39,4%; tăng cảm giác thèm ăn chiếm tỉ lệ 48,5%; giấc mơ khó chịu/ ác mộng chiếm tỉ lệ 45,5%.

Bảng 3.6. Đặc điểm triệu chứng cơ thể trong hội chứng cai

Triệu chứng cơ thể	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đau đầu	26	78,8%
Đau cơ	15	45,5%
Bồn chồn, bứt rứt	15	45,5%
Run tay chân	0	0%
Vã mồ hôi	0	0%
Hồi hộp trống ngực	0	0%
Buồn nôn, nôn	0	0%
Nghiến răng	0	0%
Dao động Huyết áp- Mạch – Nhiệt độ	0	0%

Nhận xét: Có 78,8% bệnh nhân có cảm giác đau đầu; 45,5% bệnh nhân có cảm giác đau mỏi cơ; 45,5% bệnh nhân có cảm giác bồn chồn, bứt rứt.

Bảng 3.7. Mức độ trầm cảm theo thang đánh giá trầm cảm Beck

Thang trầm cảm Beck	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Beck < 14	11	33,3
14 – 19	8	24,2
20 – 29	6	18,3
Beck ≥ 30	8	24,2
Tổng số	33	100

Nhận xét: Theo thang đánh giá Beck, tỉ lệ nhóm bệnh nhân trầm cảm mức độ nhẹ và vừa chiếm tỉ lệ cao nhất là 42,5%.

Bảng 3.8 Đặc điểm về lo âu theo thang đánh giá Zung

Thang đánh giá Zung	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Không lo âu	16	48,5%
Có lo âu	17	51,5%

Nhận xét: Trong nghiên cứu, có 51,5% bệnh nhân có lo âu trên thang đánh giá Zung.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Hoàn cảnh phát hiện triệu chứng cai:

Bảng 1. Trên những bệnh nhân nghiện chất dạng Amphetamine mạn tính có 75,8% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn loạn thần: trong đó hoang tưởng chiếm tỉ lệ 56%; ảo giác chiếm tỉ lệ 16%; hoang tưởng và ảo giác chiếm tỉ lệ 28%. (Bảng 3.2.) Có 4 bệnh nhân vào với lí do cai tự nguyện chiếm tỉ lệ 12,1%. Có 4 bệnh nhân vào trong tình trạng nhiễm độc cấp chiếm tỉ lệ 12,1%. Các biểu hiện tâm thần trong nhóm này gồm có: khoái cảm, cảm giác nhiều năng lượng (12,1%); hành vi định hình lặp đi lặp lại (6,1%); ảo giác (9,1%). Các biểu hiện cơ thể trong tình trạng nhiễm độc của các đối tượng nghiện cứu là: tăng nhịp tim, tăng huyết áp (12,1%) (Bảng 3.3) vã mồ hôi và rét run (9,1%). Các triệu chứng nhiễm độc này xuất hiện sau khi bệnh nhân sử dụng chất dạng Amphetamine, ở mức độ nhẹ và thuyên giảm nhanh sau 24 giờ. Tương tự như nghiên cứu của Hall W và cộng sự, cho thấy có 52% bệnh nhân có hoang tưởng do sử dụng chất dạng Amphetamine. Akiyama K chỉ ra có 75% bệnh nhân có hoang tưởng, với nội dung chủ yếu là bị truy hại, hoang tưởng liên hệ, hoang tưởng tự cao. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân chỉ vào viện khi có các triệu chứng loạn thần rõ rệt và ảnh hưởng đến cảm xúc hành vi nặng. Vì vậy mà triệu chứng cai khó đánh giá trong bệnh cảnh loạn thần, và đồng thời việc điều trị các trạng thái loạn thần cũng tác động làm giảm bớt hoặc ngăn chặn sự xuất hiện hội chứng cai khi bệnh nhân vào viện không được sử dụng nữa. Mặc dù vậy cũng có một số lượng nhỏ 12,1% (bảng 4) bệnh nhân nhận thức được ảnh hưởng tác hại của chất dạng Amphetamine để vào cai chủ động. Đa số các triệu chứng cai trong nghiên cứu của chúng tôi xuất hiện trung bình vào ngày thứ 2 sau nhập viện.

4.2. Đặc điểm triệu chứng tâm thần trong hội chứng cai chất dạng Amphetamine.

Đặc điểm về cảm xúc: (Bảng 3.5) Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi bệnh nhân ngừng sử dụng chất dạng Amphetamine thường cảm thấy lo lắng, chiếm tỉ lệ cao nhất 78,8%; cảm thấy căng thẳng chiếm tỉ lệ 69,7%; có 60,6% bệnh nhân có cảm giác buồn chán. Các biểu hiện triệu chứng của trầm cảm phần lớn là giảm quan tâm thích thú hoặc giảm năng lượng chiếm tỉ lệ 78,8%; khí sắc trầm chiếm tỉ lệ 75,8%; giảm tập trung chú ý chiếm tỉ lệ 69,7%; có 36,4% bệnh nhân có ý tưởng tự sát. Theo

nghiên cứu của Thomas F. Newton, cảm giác căng thẳng khó chịu chiếm tỉ lệ 78%, các đối tượng nghiện cứu có biểu hiện khí sắc trầm chiếm tỉ lệ 50%. Theo dõi biểu hiện cảm xúc của đối tượng sau ngừng sử dụng các chất dạng Amphetamine trong nghiên cứu của Cantwell cho thấy, tỉ lệ triệu chứng trầm cảm chiếm 50% (bảng 7), cảm giác có tội chiếm tỉ lệ 2%, cảm giác mất năng lượng hoạt động chiếm tỉ lệ 22%, tình trạng căng thẳng khó chịu chiếm tỉ lệ 78%. Các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi được đánh giá trầm cảm theo thang Beck, phần lớn có mức độ trầm cảm là nhẹ và vừa chiếm tỉ lệ 42,5%; trầm cảm mức độ nặng chiếm tỉ lệ 24,2%; không có trầm cảm chiếm tỉ lệ 24,2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của McGregor: trầm cảm mức độ vừa chiếm tỉ lệ 48%, mức độ nặng chiếm tỉ lệ 24%, mức độ nhẹ chiếm tỉ lệ 14%, không trầm cảm chiếm tỉ lệ 14%. Triệu chứng trầm cảm này thuyên giảm sau 1- 2 tuần, một số bệnh nhân triệu chứng này kéo dài hơn 3 tuần.

Đặc điểm về thèm nhớ chất: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có biểu hiện thèm nhớ chất. Qua bảng câu hỏi đánh giá triệu chứng cai chất dạng Amphetamine, có 4 mức độ: không thèm nhớ, thèm nhớ rất ít (hiếm khi nhớ tới chất), thèm nhớ ít (thỉnh thoảng nhớ tới sử dụng chất), thèm nhớ nhiều (thường xuyên nhớ tới sử dụng chất), thèm nhớ rất nhiều (luôn luôn nhớ tới sử dụng chất). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 bệnh nhân thường xuyên cảm giác thèm nhớ chất, chiếm tỉ lệ 3,03%; bệnh nhân thỉnh thoảng cảm giác thèm nhớ chất chiếm tỉ lệ 54,55%; bệnh nhân ít hoặc hiếm khi thèm nhớ tới sử dụng chất chiếm tỉ lệ cao nhất 42,42%. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác. Trong quá trình chúng tôi nghiên cứu, theo dõi và đánh giá, có 4 bệnh nhân phải nhập viện lại để điều trị, do sau ra viện bệnh nhân tái sử dụng chất. Sau phỏng vấn những bệnh nhân này, cảm giác thèm nhớ chất xuất hiện sau khi có các yếu tố khác tác động: các căng thẳng mâu thuẫn trong cuộc sống gia đình, do bạn bè rủ rê, do thất nghiệp có quá nhiều thời gian nhàn rỗi...

Đặc điểm về giấc ngủ: Nhóm bệnh nhân có biểu hiện ngủ nhiều hoặc thèm muốn được ngủ chiếm tỉ lệ 39,4%; nhóm bệnh nhân mất ngủ hay ngủ ít chiếm tỉ lệ 60,6%; trong số đó có 45,5% bệnh nhân có xuất hiện những giấc mơ không dễ chịu. Kết quả nghiên cứu của chúng

tôi khác so với nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Cantwell, 32% bệnh nhân có biểu hiện khó vào giấc ngủ, khó duy trì giấc ngủ. Trong nghiên cứu của McGregor, bệnh nhân có biểu hiện ngủ nhiều là chủ yếu, xuất hiện ngay ngày đầu sau ngừng sử dụng chất, với tổng thời gian ngủ ban đêm trung bình là $10,1 \pm 1,3$ (giờ), tổng thời gian ngủ ban ngày trung bình là $3,5 \pm 0,9$ (giờ), và không có sự thay đổi trong duy trì số lượng thời gian giấc ngủ như vậy trong quá trình theo dõi 7 ngày đầu của cai các chất dạng Amphetamine.

Đặc điểm về tâm thần vận động: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu này, có biểu hiện chậm chạp tâm thần vận động, chiếm tỉ lệ 81,8%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác. Trong nghiên cứu của Cantwell và của Thomas F. Newton, bệnh nhân trong nghiên cứu có biểu hiện chậm chạp vận động chiếm 46%. Nghiên cứu của McGregor cho thấy biểu hiện này tăng ở ngày thứ 2 tới ngày thứ 4 sau ngừng sử dụng chất. Do trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân vào viện do nguyên nhân là xuất hiện các triệu chứng hoang tưởng ảo giác trong quá trình sử dụng chất có thể gây ra các hành vi kích động.

Đặc điểm về ăn uống: Sau ngừng sử dụng chất dạng Amphetamine bệnh nhân có biểu hiện tăng cảm giác thèm ăn chiếm tỉ lệ 48,5%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Cantwell. Trong nghiên cứu của Cantwell, bệnh nhân có biểu hiện tăng cảm giác ngon miệng, thèm ăn chiếm tỉ lệ là 12%. Có sự khác biệt như vậy do nghiên cứu của chúng tôi đánh giá trên số lượng bệnh nhân ít hơn. Đặc điểm này cũng khác biệt so với hội chứng cai nghiện Heroin hay rượu, phần lớn bệnh nhân này có biểu hiện chán ăn, ăn uống kém.

Diễn biến của hội chứng cai: Diễn biến của hội chứng cai được đánh giá thông qua bộ câu hỏi AWQ (bộ câu hỏi cai Amphetamine), chúng tôi nhận thấy dưới tác động của điều trị điểm trung bình AWQ ở 2 ngày đầu vào viện là cao nhất, sau đó giảm dần trong những ngày sau. Theo nghiên cứu của McGregor, triệu chứng cai rõ nét và điểm số trung bình AWQ cao nhất vào ngày thứ 2 – 4 sau ngừng sử dụng chất dạng Amphetamine. Có sự khác biệt như vậy, do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là vào do nguyên nhân loạn thần, vì vậy sẽ được sử dụng khác thuốc chống loạn thần, thuốc bình thần. Nên làm triệu chứng cai mờ nhạt và thuyên giảm nhanh.

Đặc điểm triệu chứng cơ thể trong hội chứng cai chất dạng Amphetamine: (Bảng 3.6)

Trong hội chứng cai chất dạng Amphetamine bệnh nhân thường xuất hiện các biểu hiện triệu chứng cơ thể không rầm rộ, không nặng nề. Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện các triệu chứng sau: đau đầu (78,8%); đau mỏi cơ (45,5%); cảm giác bứt rứt bồn chồn (45,5%). Các biểu hiện khác của rối loạn thần kinh thực vật (run tay chân, vã mồ hôi, hồi hộp trống ngực), nôn hay buồn nôn, thay đổi về dấu hiệu sinh tồn không được nhận thấy. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác. Trong nghiên cứu của Thomas F. Newton, triệu chứng đau cơ chiếm tỉ lệ 58%. Biểu hiện về cơ thể trong cai chất dạng Amphetamine trong nghiên cứu của chúng tôi không phải là các triệu chứng của ngộ độc chất dạng Amphetamine, bởi các triệu chứng này xuất hiện sau 2–3 ngày bệnh nhân ngừng sử dụng chất. Trong khi đó, triệu chứng về cơ thể trong tình trạng ngộ độc thường nghiêm trọng và nặng nề, xuất hiện ngay sau khi bệnh nhân sử dụng chất dạng Amphetamine, và diễn biến thuyên giảm sau 24 giờ. Biểu hiện cơ thể trong cai chất dạng Amphetamine không rầm rộ và nặng nề như trong cai chất dạng thuốc phiện, heroin, hay cai rượu. Trong cai chất dạng thuốc phiện, heroin bệnh nhân có biểu hiện: ngạt mũi, hắt hơi, chảy nước mắt, đau cơ hay chuột rút, co cứng bụng, bồn nôn hay nôn, ỉa chảy, giãn đồng tử, nổi da gà, ớn lạnh, tăng nhịp tim, tăng huyết áp.

(Bảng 8) Khi đánh giá biểu hiện lo âu trên thang Zung, chúng tôi thu được kết quả sau: có 51,5% bệnh nhân có biểu hiện lo âu bệnh lý; bệnh nhân không có lo âu chiếm tỉ lệ 48,5%. Các triệu chứng lo âu, căng thẳng diễn biến dao động trong tuần đầu tiên khi ngừng sử dụng chất, là yếu tố thúc đẩy người bệnh đi tìm chất để sử dụng. Và đồng thời các biểu hiện của triệu chứng trầm cảm: buồn chán, mệt mỏi chậm chạp, cảm giác mất năng lượng, giảm quan tâm thích thú, là các yếu tố gợi lại hình ảnh về sử dụng chất để giải quyết nhanh tình trạng này do thiếu chất gây ra.

Thông thường các triệu chứng cai xuất hiện nhẹ và ít được để ý tới. Nhưng các triệu chứng trầm cảm trong cai là khá thường gặp, ý tưởng tự sát chiếm một tỉ lệ đáng kể. Các biểu hiện của trầm cảm trong cai chất dạng Amphetamine thường xuất hiện sau giai đoạn phản ứng tức thời của não do thiếu cung cấp chất dạng Amphetamine và thường diễn ra trong khoảng thời gian ngắn nên không đáp ứng đủ tiêu chuẩn

chẩn đoán rối loạn trầm cảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân đã được hỏi về tiền sử và loại trừ các bệnh lý trầm cảm trước đó. Vì vậy trên thực hành lâm sàng, khi chẩn đoán hội chứng cai chất dạng Amphetamine cần lưu ý tới các biểu hiện trầm cảm. Một số các triệu chứng nguy hiểm cần được quan tâm và phát hiện sớm. Đó là các ý nghĩ bi quan, cảm giác có tội lỗi, ý tưởng tự sát, là các dấu hiệu nguy hiểm có thể dẫn tới hành vi tự sát, huỷ hoại bản thân.

V. KẾT LUẬN

- Biểu hiện lâm sàng của hội chứng cai chủ yếu là các triệu chứng tâm thần.
- Hội chứng cai xuất hiện trong hoàn cảnh: rối loạn loạn thần (75,8%); nhiễm độc cấp (12,1%); cai tự nguyện (12,1%)
- Xuất hiện vào ngày thứ 2 sau nhập viện. Khó nhận biết và bị che mờ đi do các triệu chứng loạn thần và việc điều trị loạn thần.
- Các triệu chứng cai: ngủ nhiều (39,4%); có các giấc mơ không thoải mái (45,5%); tăng cảm giác thèm ăn (48,5%); chậm chạp tâm thần vận động (81,8%); 100% bệnh nhân có cảm giác thèm nhớ chất.
- Triệu chứng trầm cảm: khí sắc trầm (75,8%); giảm quan tâm thích thú (78,8%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McGregor C., Srisurapanont M., Jittiwutikarn J., et al (2005)**, "The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal", *Addiction*. **100**(9). 1320-1329.
2. **Srisurapanont M., Jarusuraisin N., Kittirattanapaiboon P. (2001)**, "Treatment for amphetamine dependence and abuse", *Cochrane Database Syst Rev*(4). CD003022.
3. **Shoptaw S., Heinzerling K. G., Rotheram-Fuller E., et al (2008)**, "Randomized, placebo-controlled trial of bupropion for the treatment of methamphetamine dependence", *Drug Alcohol Depend*. **96**(3). 222-232.
4. **Nguyễn Việt (2000)**, "Thuật ngữ và khái niệm cơ bản về nghiện ma túy" Trong, *Các rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng các chất tác động tâm thần*, Bộ môn Tâm Thần, Trường Đại học Y Hà Nội. 7-10
5. **Rothman R. B., Partilla J. S., Baumann M. H., et al (2000)**, "Neurochemical neutralization of methamphetamine with high-affinity nonselective inhibitors of biogenic amine transporters: a pharmacological strategy for treating stimulant abuse", *Synapse*. **35**(3). 222-227.
6. **Pennay A. E., Lee N. K. (2011)**, "Putting the call out for more research: the poor evidence base for treating methamphetamine withdrawal", *Drug Alcohol Rev*. **30**(2). 216-222.
7. **Cryan J. F., Hoyer D., Markou A. (2003)**, "Withdrawal from chronic amphetamine induces depressive-like behavioral effects in rodents", *Biol Psychiatry*. **54**(1). 49-58.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT LỖI SAU ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG CÓ SỰ HỖ TRỢ CỦA ROBOT ĐỊNH VỊ SAU 3 NĂM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

TÓM TẮT²⁰

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật lỗi sau điều trị trượt đốt sống thắt lưng có sự hỗ trợ của robot tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán trượt đốt sống thắt lưng, có chỉ định phẫu thuật lỗi sau. **Kết quả:** 127 bệnh nhân được phẫu thuật, phương tiện cố định bệnh nhân với robot được sử dụng nhiều nhất là Multi Bed Mount với 50,4%. 59% số ca được phẫu thuật sử dụng các loại phương tiện cố định với hệ thống ống nong giải ép ít xâm lấn. Độ chính xác theo phân loại Gertbein và Robbins xấp xỉ 99,1% nhóm A và B. Mức độ giảm đau sau mổ giảm trung bình từ 6-7 điểm trước mổ xuống

1-2 điểm theo thang điểm VAS. Không có biến chứng thần kinh nào được ghi nhận trong quá trình phẫu thuật. Hầu hết bệnh nhân có hình ảnh can xương trên phim XQ sau mổ 6 tháng. **Kết luận:** công nghệ định vị hỗ trợ bắt vít sử dụng robot bước đầu cho kết quả tốt trong phẫu thuật điều trị trượt đốt sống thắt lưng tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức.

Từ khóa: Điều trị trượt đốt sống, robot hỗ trợ cột sống, phẫu thuật ít xâm lấn

SUMMARY

RESULTS OF TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION IN SPONDYLOLISTHESIS TREATMENT WITH RENAISSANCE ROBOT AFTER 3 YEARS AT VIET DUC HOSPITAL

Objective: to evaluate the primarily result in spondylolisthesis treatment by TLIF with robot assistance at Viet Duc hospital. **Methods:** Patients diagnosed spondylolisthesis and treated by TLIF with robot assist system. **Results:** Among 127 patients, Multi Bed Mount platform used in 50,4%, besides

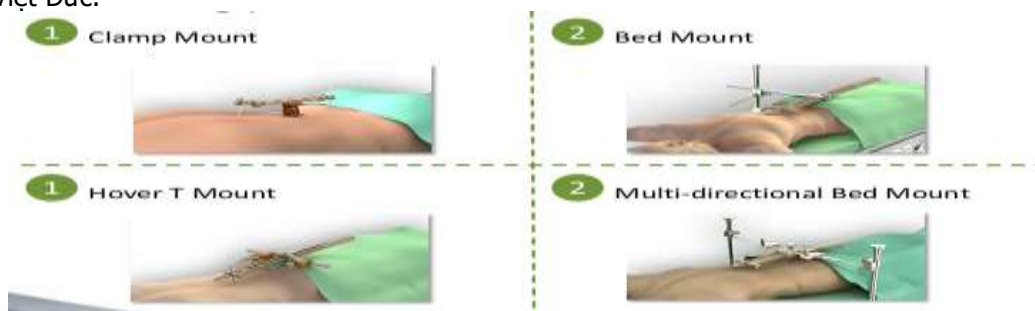
*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sơn
Email: sondinhngoc75@yahoo.com
Ngày nhận bài: 12.3.2017
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2017
Ngày duyệt bài: 2.6.2017

other types went with MIS get about 59%. Pain release from 6-7 VAS to 1. Most of pts had bone bridge image at Xray or CT 6months post-op.
Conclusion: percutaneous screws placement with Renaissance robot assist system got the good results in spondylolisthesis treatment at VietDuc hospital.

Keywords: *spondylolisthesis treatment, robot spine assist, MIS, TLIF*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống robot Renaissance là hệ thống duy nhất trên thế giới cho tới thời điểm này sử dụng phối hợp công nghệ xử lý, tái tạo hình ảnh 3 chiều từ dữ liệu phim chụp cắt lớp vi tính 64 dãy nhằm định vị và điều khiển robot hỗ trợ phẫu thuật viên trong quá trình bắt vít ít xâm lấn vào thân đốt sống. Được chế tạo, nghiên cứu và đưa vào áp dụng trong phẫu thuật cột sống từ năm 1999 với các tiêu chí: Chính xác - an toàn, Giảm lượng phóng xạ tới mức tối thiểu, Giảm thời gian phẫu thuật, tới nay hệ thống Renaissance đã được thực hiện tại hơn 60 trung tâm phẫu thuật cột sống trên toàn thế giới và đã phát triển sang thế hệ robot thứ 2 với nhiều tính năng cải tiến tập trung hỗ trợ các phẫu thuật lỗi sau, vùng cột sống ngực – thắt lưng [1]. Từ 2012, lần đầu tiên tại Đông Nam Á, khoa Phẫu thuật cột sống Bệnh viện HN Việt Đức ứng dụng Robot Renaissance trong phẫu thuật điều trị trượt đốt sống bước đầu cho kết quả khả quan. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật lỗi sau điều trị trượt đốt sống thắt lưng có sự hỗ trợ của robot tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.



Hình 1. Các phương tiện để Robbot chạy trên đó (Platform).

- Trong đó Clamp Mount thường được áp dụng cho các trường hợp 1, 2 tầng (đoạn cột sống ngắn) và phải rạch da đường giữa để đặt bộ phận định dạng 3D, để cặp vào gai sau đốt sống phía trên vị trí tổn thương, áp dụng trong trường hợp cột sống mất vững phía dưới kèm hẹp ống sống nặng ở trung tâm. Khi đó phẫu thuật viên sẽ qua đường giữa cắt bỏ diện khớp 1 bên hoặc cắt bỏ toàn bộ cung sau để giải phóng tủy, đường ra của rễ thần kinh đến lỗ tiếp hợp, sau đó đặt cage, ghép xương liên thân đốt từ 1 bên, qua đường lỗ liên hợp, nắn chỉnh đốt sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ tháng 12 năm 2012 đến 12/2015, chúng tôi có 127 bệnh nhân được chẩn đoán là mất vững cột sống thắt lưng, được giải thích và phẫu thuật TLIF trong đó quá trình bắt vít cố định cột sống thắt lưng lỗi sau thực hiện theo quy trình phẫu thuật ít xâm lấn có sự hỗ trợ dẫn đường của robot định vị Renaissance.

Quy trình kỹ thuật sử dụng hệ thống robot định vị Renaissance:

- Nhập dữ liệu từ đĩa phim chụp cắt lớp vi tính 64 dãy cột sống thắt lưng với lát cắt 0.6 – 0.8 mm và sử dụng phần mềm chuyên dụng xử lý, tái tạo hình ảnh 3D trên máy chủ hoặc máy tính cá nhân có cài phần mềm chuyên dụng của Renaissance để lên kế hoạch phẫu thuật trước mổ.

- Phần mềm chuyên dụng sẽ xử lý thông tin, cho hình ảnh từng đốt sống ở 3 bình diện: trước-sau, trên-dưới và nằm ngang. Từ đó, PTV có thể lên kế hoạch: vị trí bắt vít, hướng bắt vít, kích thước của vít. Đồng thời tính được khoảng cách từ đường giữa cột sống thắt lưng (midline) ra tới vị trí rạch da để bắt vít ở ngoài da.

- Có 4 loại phương tiện cố định (Platform) hay thanh chạy của Robot: Clamp Mount, Hover – T, Bed Mount và Multi-Directional Bridge. Các thanh chạy này được cố định vào bàn mổ, hay bệnh nhân theo nhiều phương thức khác nhau, tùy theo mục đích sử dụng Robot trên đoạn cột sống dài hay ngắn, cách thức mổ.



Hình 2. Mô hình và ví dụ minh họa trường hợp dùng thanh chạy là Bed Mount.

- Trường hợp mất vững và người bệnh chỉ có triệu chứng chèn ép rễ thần kinh 1 bên, hẹp ống sống vừa, chúng tôi sử dụng 1 trong 3 phương tiện cố định còn lại, tức là không rạch đường giữa, phối hợp hình ảnh C-arm với tính toán của phần mềm robot để chủ động rạch da đường bên cách đường giữa 3-3,5cm. Đây sẽ là đường vào để bắt vít dưới sự hỗ trợ robot, đồng thời đặt ống nong, giải ép, đặt cage ít xâm lấn bên có triệu chứng.

- Quá trình bắt vít dưới sự hỗ trợ của robot định vị thường được phối hợp với hình ảnh kiểm tra trên C-arm để chắc chắn các kim dẫn đường và vít được bắt qua cuống vào đúng thân đốt sống tại vị trí đã được lên kế hoạch trước mổ.

- Quy trình lấy đĩa, ghép xương: được tiến hành qua vị trí rạch da, sử dụng hệ thống ống nong Metrix, mở một phần cung sau ngang mức đĩa đệm liên thân đốt để mở rộng ống sống ngang mức và giải ép rễ thần kinh. Sau đó phẫu thuật viên sẽ qua hệ thống ống nong ít xâm lấn lấy bỏ toàn bộ đĩa đệm, endplate giữa hai thân đốt sống bị trượt theo đường bên lỗ liên hợp rồi đặt cage, ghép xương liên thân đốt. Quá trình này được thực hiện trước hoặc sau thì bắt vít phụ thuộc vào mức độ trượt và biến dạng của cột sống.

Đánh giá sau mổ: bệnh nhân được đánh giá, ghi nhận tiến triển, mức độ phục hồi trên lâm sàng hàng ngày, mức độ đau theo thang điểm VAS, chụp X quang kiểm tra sau mổ 24h và chụp CT 64 dãy có dựng hình, ghi đĩa để đánh giá mức độ chính xác của vít trong thân đốt sống khi bệnh nhân đã vận động đi lại nhẹ được.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

127 bệnh nhân (40 nam, 87 nữ) được phẫu thuật với tổng 560 vít được bắt vào các đốt sống thắt lưng từ L2 tới S1. Trong đó, 103 bệnh nhân bị trượt 1 đốt sống với vị trí tổn thương hay gặp nhất là L4L5 với tổng số 85 trường hợp chiếm 66,9%; 22 bệnh nhân bị trượt 2 đốt sống và 2 bệnh nhân trượt 3 đốt sống. Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 50,8, cao tuổi nhất là 74, thấp nhất là 14 tuổi. Phương tiện cố định bệnh nhân với robot được sử dụng nhiều nhất là Multi Bed Mount với tổng số 64 ca, chiếm 50,4%, tiếp đó là Clamp Mount với 44 ca chiếm 34,6%. Độ chính xác của vít theo phân loại của Gertbein và Robbins có 555 vít xấp xỉ 99,1% nhóm A và B (nằm hoàn toàn trong cuống và di lệch <2mm). Mức độ đau sau mổ giảm từ 6-7 điểm trước mổ xuống 1-2 điểm theo VAS. Không biến chứng thần kinh nào được ghi nhận. Hầu hết bệnh nhân có hình ảnh can xương trên phim XQ sau mổ 6 tháng.





Hình 3. Ví dụ minh họa một trường hợp trước và sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Trong các phương pháp điều trị trượt đốt sống thắt lưng, TLIF cho kết quả hàn xương bền vững và hạn chế thương tổn thần kinh trong quá trình giải ép nhờ việc bóc lộ rộng rãi từ trung tâm ra tận ngoài lỗ liên hợp, thao tác với đĩa đệm không cần vén rễ thần kinh. Tuy nhiên, chính ưu điểm đó cũng là nhược điểm của phương pháp này khi gây ra thương tổn phần mềm nặng nề trong quá trình phẫu tích các mốc giải phẫu làm tăng lượng máu mất, tăng mức độ đau trên người bệnh sau mổ và khiến quá trình phục hồi sau mổ của người bệnh kéo dài hơn [2], [3]. TLIF ít xâm lấn là xu thế phẫu thuật đang được rất nhiều phẫu thuật viên cột sống lựa chọn vì nó vẫn đảm bảo giữ được những ưu điểm của phẫu thuật mổ mở nhưng giúp giảm thiểu những thương tổn phần mềm, khiến bệnh nhân giảm lượng máu mất, đỡ đau sau mổ và phục hồi nhanh hơn [4]. Với công nghệ robot Renaissance, vít được bắt ít xâm lấn với độ chính xác đạt xấp xỉ 99%, đồng thời quá trình lên kế hoạch trước mổ giúp phẫu thuật viên định hình các mốc giải phẫu để có chiến lược cho quá trình phẫu thuật, đặc biệt là thao tác ít xâm lấn [5],[6]. Trong 127 bệnh nhân được phẫu thuật TLIF sử dụng robot hỗ trợ định vị, có 44 trường hợp chúng tôi sử dụng Clamp mount, là phương tiện cố định chắc chắn nhất nhưng cũng xâm lấn hơn cả do cần bóc lộ và cặp Clamp vào gai sau của đốt sống phía trên vị trí tổn thương. Điều này cũng đồng nghĩa với việc đường mổ sẽ dài hơn và chúng tôi thường sử dụng luôn đường mổ giữa lưng để bóc lộ, giải ép như mổ mở thông thường. Tuy nhiên quá trình bắt vít và đặt nẹp vẫn được tiến hành ít xâm lấn để đảm bảo phần mềm được bảo tồn tối đa [7]. 83 trường hợp bệnh nhân còn lại trong lô nghiên cứu, chúng tôi sử dụng các phương tiện cố định còn lại để thực hiện quá trình bắt vít ít xâm lấn với robot và giải ép với sự hỗ trợ của hệ thống ống nong qua đường mổ bên trùng với đường rạch da bắt vít. Nhờ việc phân tích hình ảnh trên máy

chủ robot, chúng tôi thường xác định được trước vị trí đường rạch da phía bên để hạn chế phải rạch nhiều đường mổ và qua đó đi giữa các bó cơ bên cột sống thắt lưng, vào thẳng diện khớp giữa 2 đốt sống bị trượt để lấy bỏ 1 phần diện khớp, giải ép và đặt miếng ghép đĩa đệm ít xâm lấn. Quy trình phẫu thuật ít xâm lấn này giúp chúng tôi giảm lượng máu mất xuống tối thiểu, gần như không đáng kể trong các ca mổ, đồng thời rút ngắn thời gian nằm viện, cải thiện triệu chứng đau do chèn ép rễ thần kinh từ khoảng 6-7 điểm xuống trung bình 1 điểm sau mổ. Trong 127 bệnh nhân trong đó đa số là trượt 1 đốt sống với 103 ca chiếm 81,1%. Tuy nhiên trong quá trình phẫu thuật chúng tôi cũng nhận thấy việc tiến hành quy trình giải ép, đặt miếng dưới sự hỗ trợ của hệ thống ống nong sẽ đạt hiệu quả ít xâm lấn hơn với các thương tổn trượt chỉ ở 1 vị trí đốt sống. Hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều can xương ở vị trí ghép sau 6 tháng trên hình ảnh phim chụp XQ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật TLIF có robot hỗ trợ trong điều trị trượt đốt sống thắt lưng tại Khoa phẫu thuật cột sống Bệnh viện HN Việt Đức đã cho thấy kết quả tốt và tính ưu việt sau một thời gian nghiên cứu và ứng dụng. Tuy nhiên vẫn cần những nghiên cứu trong thời gian dài, chi tiết hơn để có những bàn luận và đánh giá chính xác, từ đó rút ra những kinh nghiệm thực tế giúp các quy trình kỹ thuật ít xâm lấn ngày càng hoàn thiện, đem lại những kết quả tốt nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Florian Ringel et al (2012)**: Accuracy of Robot-Assisted Placement of Lumbar and Sacral Pedicle Screws. *Spine*; 37(8): E496-501.
2. **Florian Ringel et al (2006)**. Minimally Invasive Transmuscular Pedicle Screw Fixation Of The Thoracic And Lumbar Spine. *Neurosurgery* 59(ONS Sup 4): 361-367
3. **Florian Roser et al (2012)**. Spinal Robotics: Current Applications and Future Perspectives. *Neurosurgery*; 72:A12-18.

4. **Lieberman IH et al (2012).** Assessment of pedicle screw placement accuracy, procedure time, and radiation exposure using a miniature robotic guidance system. *J Spinal Disord Tech*; 25(5): p241-248.
5. **Karthikeyan Ponnusamy et al (2009).** Robotic Approaches to the Posterior Spine. *Spine*; 34(19): pp 2104–2109.
6. **Paul Park et al (2008).** Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion with reduction of spondylolisthesis: technique and outcomes after a minimum of 2 years follow-up. *Neurosurg Focus*; 25 (2): E16, 2008.
7. **Langston Holy et al (2006).** Minimally invasive transforaminal lumbar interbody fusion: indications, technique, and complications. *Neurosurg Focus* 20 (3):E6, 2006

TƯƠNG QUAN NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU VÀ CÁC YẾU TỐ CHUYỂN HOÁ KHÁC Ở NGƯỜI KIỂM TRA SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT²¹

Mở đầu: Acid uric máu có thể liên quan với hội chứng chuyển hoá, trong đó bắt buộc bao gồm béo bụng, và liên quan với bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (BGNMKDR). Nghiên cứu này nhằm đánh giá mối tương quan giữa acid uric máu với các yếu tố liên quan chuyển hoá bao gồm: chỉ số khối cơ thể (body mass index=BMI), béo bụng, vòng bụng và BGNMKDR. **Phương pháp nghiên cứu (NC):** NC tiến cứu cắt ngang có phân tích thời gian 1/2017 - 4/2017. Đối tượng là người kiểm tra sức khỏe tổng quát tại Khoa CSSK theo yêu cầu-BV Chợ Rẫy, sau khi loại trừ những trường hợp tiêu thụ cồn>20g/ngày, tăng acid uric máu đang điều trị, nhiễm hoặc viêm gan siêu vi B, C. Đối tượng NC gồm 144 trường hợp (TH) đều được đo vòng bụng, siêu âm bụng để đánh giá gan nhiễm mỡ. **Kết quả:** 144 đối tượng nghiên cứu được kiểm tra sức khỏe tổng quát với đặc điểm chung như sau: nam 25,69% (37 TH), nữ 70,31% (107 TH); tuổi TB 43,73; BMI TB 23,02; vòng bụng TB 77,77. Mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa acid uric máu với giới tính ($p<0,001$); tương quan có ý nghĩa thống kê giữa acid uric máu và BMI với hệ số tương quan 0,341 và $p<0,001$; tương quan giữa acid uric máu và béo bụng ($p<0,05$); tương quan thuận có ý nghĩa giữa acid uric máu và vòng bụng với hệ số tương quan 0,313 và giá trị p thống kê $<0,001$; tương quan có ý nghĩa giữa acid uric máu và BGNMKDR với $p=0,040$. **Kết luận:** Acid uric máu có tương quan có ý nghĩa với giới tính, BMI, béo bụng, vòng bụng, BGNMKDR.

Từ khóa: acid uric máu, chỉ số khối cơ thể, vòng bụng, béo bụng, bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SERUM URIC ACID AND METABOLIC FACTORS IN A SAMPLE OF HEALTH CHECK-UP EXAMINEES

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 28.5.2017

Ngày duyệt bài: 8.6.2017

Background: Serum uric acid (SUA) is related to metabolic syndrome, that has to include abdominal obesity, and nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). The present study is aim to access the correlation between serum acid uric with metabolic factors such as: BMI (body mass index), abdominal obesity, waist circumference (WC), NAFLD. **Methods:** Cross-sectional prospective study, between January 2017 and April 2017; The subjects are health check-up examinees at Health Care Department of Cho Ray hospital. After excluding subjects with history of or being diagnosed hyperuricemia with therapy, alcoholic consumption >20g/day, HBV/HCV infection or virus B/C hepatitis; 144 subjects were measured WC and underwent abdominal ultrasound for defining fatty liver disease. **Results:** 144 non-symptom subjects underwent general health check-up, including 37 males (25.69%) and 107 females (70.31%); mean age 43,73; mean BMI 23.02; mean WC 77.77 (54-106cm). Significant correlation between SUA and gender ($p<0.001$); Statistically significant correlation between SUA and BMI (correlation coefficient 0.341 and $p<0.001$); significant correlation between SUA and abdominal obesity (AO) ($p<0,05$), statistically positive correlation between SUA and WC (correlation coefficient 0.313, $p<0.001$); significant correlation between SUA and NAFLD with $p=0.040$. **Conclusion:** Significant correlation between SUA and gender, BMI, abdominal obesity, waist circumference, non-alcoholic fatty liver disease.

Key words: serum uric acid, body mass index, abdominal obesity, waist circumference, non-alcoholic fatty liver disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acid uric máu là sản phẩm chuyển hoá cuối cùng của Purine và tăng acid uric máu có thể phản ánh sự gia tăng hoạt động của enzyme xanthine oxidase. Tăng acid uric máu được định nghĩa khi nồng độ acid uric máu $\geq 7\text{mg/dL}$ đối với nam và $\geq 6,5\text{mg/dL}$ đối với nữ. Theo nghiên cứu của Huỳnh Ngọc Linh ghi nhận tỷ lệ tăng acid uric máu là 21,67% ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi. Nhiều nghiên cứu ghi nhận tăng acid uric máu có liên quan với yếu tố nguy cơ tim mạch, đề kháng

insulin⁽¹⁾, liên quan BMI⁽³⁾, là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với xét nghiệm chức năng gan bất thường⁽⁴⁾, có liên quan tuổi⁽⁶⁾, có liên quan giới tính trong nhóm đối tượng hội chứng vành cấp⁽⁷⁾, có liên quan béo bụng, có liên quan uống bia rượu, với BGNMKDR.

Béo bụng là yếu tố tiên lượng độc lập của đề kháng insulin, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu trong hội chứng chuyển hoá (HCCH). Định nghĩa HCCH khác nhau giữa các khuyến cáo của các quốc gia hoặc hiệp hội trên thế giới. Năm 2005, IDF (International Diabetes Federation) đã cho ra đời định nghĩa đồng thuận của HCCH trong đó bắt buộc phải có béo bụng (central obesity, abdominal obesity), và trong cùng năm này, chẩn đoán HCCH có béo bụng cũng được đề nghị tại Nhật Bản.

Gan nhiễm mỡ là một rối loạn mắc phải và hồi phục được, được phân loại thành 2 dạng: gan nhiễm mỡ do rượu (GNMDR) và bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (BGNMKDR), mà tần suất đang gia tăng trên toàn thế giới. Tuy nhiên, cả hai tình trạng bệnh lý này đều là hậu quả của sự tích tụ triglycerid bên trong các tế bào gan, đặc biệt BGNMKDR được xem như biểu hiện gan của HCCH. Eguchi và Cs⁽²⁾ đã báo cáo tần suất của BGNMKDR là 29,7% ở dân số chung và hiện nay BGNMKDR là tình trạng bệnh lý thông thường tại nước ta.

Mối liên quan giữa BMI, béo bụng, BGNMKDR và acid uric máu đã được ghi nhận trên nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, tuy nhiên theo chúng tôi biết mỗi tương quan này chưa được khảo sát trên đối tượng người kiểm tra sức khỏe tổng quát. *Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát mối tương quan giữa acid uric máu với BMI, vòng bụng, béo bụng và BGNMKDR ở nhóm đối tượng gồm 144 người khỏe mạnh kiểm tra sức khỏe tổng quát tại BV Chợ Rẫy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả, cắt ngang có phân tích. Thời gian 01/2017 đến 04/2017.

2.2 Đối tượng NC: Tất cả người đến kiểm tra sức khỏe tổng quát từ 16 tuổi trở lên tại Khoa CSSK Theo yêu cầu – BV Chợ Rẫy.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Người kiểm tra sức khỏe tổng quát.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** tăng acid uric máu đang điều trị, tiêu thụ cồn >20g/ngày, nhiễm hoặc bệnh viêm gan siêu vi B hoặc C.

2.3 Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện

2.4 Cách thức tiến hành: Tất cả người kiểm tra sức khỏe trong nhóm nghiên cứu được ghi nhận tiền căn bệnh sử, thuốc đang sử dụng. Lấy sinh hiệu mạch, huyết áp, BMI, đo vòng bụng ngang với rốn ở tư thế đứng sau khi thở ra bình thường. Tiến hành khám thực thể và thực hiện các xét nghiệm máu trong bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát sau khi nhịn đói 10 tiếng trong đó bao gồm acid uric máu.

2.5 Các định nghĩa

- BMI (body mass index) chỉ số khối cơ thể tính bằng cân nặng của người đó (kg) chia cho bình phương chiều cao (mét).

- Chẩn đoán béo bụng theo đồng thuận của nhiều hiệp hội thế giới khi: đối với nữ VB ≥ 80 cm và đối với nam VB ≥ 90 cm.

- Acid Uric máu tăng khi ≥ 7 mg/dL đối với nam và $\geq 6,5$ mg/dL đối với nữ.

- Đánh giá gan nhiễm mỡ dựa trên siêu âm bụng bằng máy siêu âm model Logic E9 của hãng General Electric-Mỹ với đầu dò Convex tần số 4 MHz bởi 2 chuyên gia siêu âm bụng có kinh nghiệm và cho kết quả độc lập nhau, trong trường hợp hai kết quả siêu âm đánh giá gan nhiễm mỡ không giống nhau, thì sẽ có sự bàn bạc thảo luận thêm chuyên gia siêu âm thứ 3 để đi đến thống nhất chẩn đoán. Gan nhiễm mỡ trên siêu âm bụng được chẩn đoán dựa vào các dấu hiệu sau: có sự tăng phản âm hay tăng độ echo của nhu mô gan, giảm âm vùng sâu, sự mờ đi của vòm hoành và các mạch máu trong gan.

2.6 Các biến số: Tuổi, giới, BMI, vòng bụng, béo bụng, BGNMKDR

2.7 Xử lý và phân tích số liệu: xử lý bằng phần mềm SPSS 22 và được trình bày số liệu dưới dạng bảng, biểu đồ. Dùng phép kiểm t-test để so sánh hai trung bình. Dùng phương trình hồi quy đa biến để tìm các mối tương quan. $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.8 Vấn đề y đức: Bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát theo từng độ tuổi được người khám sức khỏe tham khảo và tự nguyện đăng ký, trong bộ kiểm tra sức khỏe này đã bao gồm có sẵn siêu âm Doppler màu bụng. Đối tượng tham gia nghiên cứu không bị tổn hại về mặt tinh thần và thể xác. Các thông tin bệnh án của tất cả đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật tuyệt đối. Việc tiến hành thêm siêu âm duplex ĐM cảnh ngoài sọ trên nhóm đối tượng nghiên cứu được tài trợ toàn bộ bởi công ty TD (TD Medical Company), do vậy các đối tượng nghiên cứu không phải chi trả cho siêu âm Doppler ĐM cảnh ngoài sọ. Số liệu thu thập từ hồ sơ bệnh án chỉ

sử dụng phục vụ nghiên cứu, không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số trường hợp/ trung bình
Nam	37
Nữ	107
Tuổi	43,73
BMI	23,0158
Vòng bụng (cm)	77,77

Acid Uric (mg%)	5,841
-----------------	-------

Nhận xét: Nam chiếm đa số hơn nữ; BMI trung bình 23,02 nằm trong giới hạn của dư cân; vòng bụng trung bình 77,77cm nằm trong giới hạn bình thường (không béo bụng); acid uric máu trung bình 5,81 (mg%) nằm trong giới hạn bình thường cho thấy đa số các trường hợp acid uric máu không tăng.

3.2 Các mối tương quan với acid uric máu

3.2.1 Giới tính

Bảng 2. Tương quan giữa acid uric máu và giới tính

	Số ca	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Sai số chuẩn	95% độ tin cậy		Tối thiểu	Tối đa
					Giới hạn dưới	Giới hạn trên		
Nam	37	7,0973	1,58894	,26122	6,5675	7,6271	3,20	10,60
Nữ	107	5,4065	1,11044	,10735	5,1937	5,6194	2,90	9,00
Tổng cộng	144	5,8410	1,44887	,12074	5,6023	6,0796	2,90	10,60

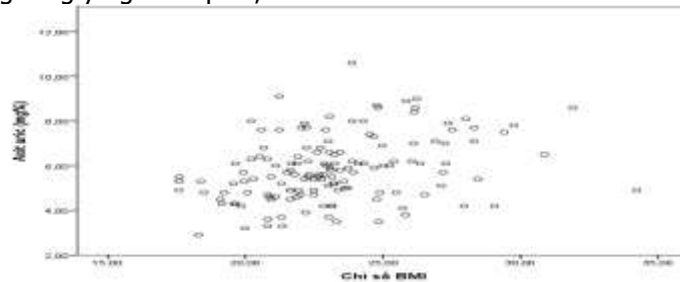
Nhận xét: Sự khác biệt về trung bình chỉ số uric máu giữa 2 nhóm nam và nữ là 1,692 ; cao ở nhóm nam hơn nhóm nữ. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Tương quan giữa nồng độ Acid Uric máu và BMI

		Acid uric (mg%)	Chỉ số BMI
Acid uric (mg%)	Tương quan Pearson	1	,341**
	Sig. (2-tailed)		,000
	Số ca	144	144
Chỉ số BMI	Tương quan Pearson	,341**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	Số ca	144	203

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Nhận xét: Kết quả cho thấy có sự tương quan giữa acid uric máu và BMI với hệ số tương quan trung bình 0,341 và ngưỡng ý nghĩa là $p < 0,001$.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ acid uric máu và BMI

3.2.2 Béo bụng

Bảng 4. Tương quan giữa nồng độ Acid Uric máu (mg%) và béo bụng

	Số ca	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Std. Error	95% độ tin cậy		Tối thiểu	Tối đa
					Giới hạn dưới	Giới hạn trên		
Không bụng béo	99	5,7889	1,42226	,14294	5,5052	6,0726	2,90	10,60
Có bụng béo	45	5,9556	1,51576	,22596	5,5002	6,4109	3,30	9,00
Tổng cộng	144	5,8410	1,44887	,12074	5,6023	6,0796	2,90	10,60

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa acid uric máu trung bình của nhóm béo bụng và không béo bụng là 0,1667; với giá trị p thống kê $p = 0,524$.

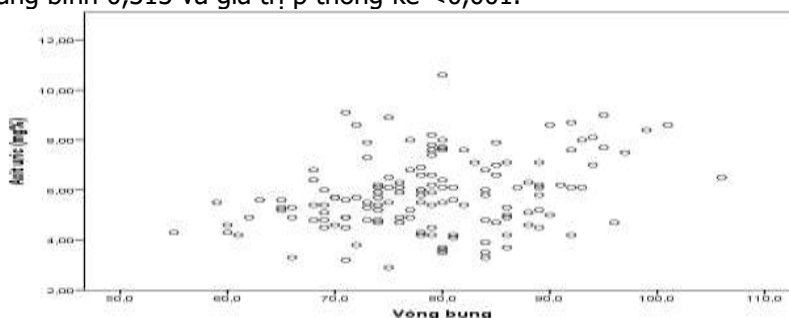
Bảng 5. Tương quan giữa nồng độ Acid Uric máu và Vòng bụng

	Acid uric (mg%)	Vòng bụng
--	-----------------	-----------

Acid uric (mg%)	Tương quan Pearson	1	,312**
	Sig. (2-tailed)		,000
	Số ca	144	144
Vòng bụng	Pearson Correlation	,312**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	Số ca	144	203

***. Tương quan có ý nghĩa ở mức 0,001 (phép kiểm 2-tailed).*

Nhận xét: Kết quả cũng cho thấy có sự tương quan thuận của acid uric máu và vòng bụng với hệ số tương quan trung bình 0,313 và giá trị p thống kê <0,001.



Biểu đồ 2. Tương quan giữa nồng độ acid uric máu và vòng bụng

Bảng 6. Tương quan giữa nồng độ acid uric máu và BGNMKDR

	Số ca	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Std. Error	95% độ tin cậy		Tối thiểu	Tối đa
					Giới hạn dưới	Giới hạn trên		
Gan bình thường	84	5,6321	1,44682	,15786	5,3182	5,9461	2,90	9,10
BGNMKDR	60	6,1333	1,41213	,18231	5,7685	6,4981	3,50	10,60
Total	144	5,8410	1,44887	,12074	5,6023	6,0796	2,90	10,60

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của nồng độ Acid Uric máu trung bình giữa nhóm BGNMKDR và gan bình thường là 0,5012 với p thống kê là 0,040.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Trong thời gian từ 1/2017 đến 4/2017, đã có 144 người khỏe mạnh kiểm tra sức khỏe tổng quát tham gia trong nghiên cứu, nếu dựa vào tiêu chuẩn béo bụng có 45 người thuộc nhóm béo bụng và 99 người thuộc nhóm không có béo bụng, nếu dựa vào tiêu chuẩn BGNMKDR có 60 đối tượng BGNMKDR và 84 đối tượng gan bình thường. Trong thiết kế nghiên cứu, đối tượng của nghiên cứu là những người được xem là khỏe mạnh đi kiểm tra sức khỏe định kỳ và tiêu chuẩn loại trừ bao gồm những trường hợp tăng acid uric máu đang điều trị, người đang mắc bệnh hoặc tiền căn nhiễm/viêm gan siêu vi B/C, uống bia rượu với nồng độ cồn trung bình >20g/ngày (tương đương uống trung bình 1,5 lon bia/ngày)

Nữ chiếm đa số trong nghiên cứu này là do đa số người đến kiểm tra sức khỏe tại Khoa Chăm sóc Sức khỏe theo yêu cầu là nữ giới. Tuổi trung bình 43,73 cũng phù hợp do đa số người kiểm tra sức khỏe đều trong độ tuổi lao động. Vòng bụng trung bình 77,77cm cho thấy đa số đối tượng nghiên cứu không có béo bụng. BMI trung bình 23,02 cho thấy đa số đối tượng thuộc

nhóm dư cân. Acid uric máu trung bình 5,84mg% cho thấy đa số đối tượng có nồng độ acid uric máu bình thường.

4.2. Các mối tương quan của acid uric máu

Tương quan acid uric máu và giới tính:

Có sự khác biệt về nồng độ acid uric máu giữa nam và nữ, nữ thường có mức acid uric máu thấp hơn nam, giá trị acid uric máu $\geq 7\text{mg\%}$ đối với nam và $\geq 6,5\text{mg\%}$ đối với nữ thì được xem là tăng acid uric máu. Mối tương quan giữa acid uric máu và biến cố tim mạch trong dân số chung thì ghi nhận mạnh ở nữ hơn nam giới. Những nghiên cứu khác ghi nhận acid uric máu liên quan hội chứng chuyển hóa ở nữ cao hơn nam giới. Trong nghiên cứu đoàn hệ "The Framingham Study" trong 29 năm trên 5.209 đối tượng ghi nhận tiêu thụ bia rượu máu ở nam giới nhiều hơn nữ giới và người trẻ nhiều hơn người già, và nồng độ acid uric càng cao thì lượng bia rượu tiêu thụ càng nhiều.

Trong nghiên cứu chúng tôi (bảng 2), ghi nhận acid uric máu trung bình ở nam là 7,0973 và nữ là 5,4065, sự khác biệt giữa nồng độ acid uric máu trung bình giữa nam và nữ là 1,692 có ý nghĩa thống kê với giá trị $p < 0,001$. Sự khác

biệt này có thể được giải thích do nam giới có thói quen uống bia rượu nhiều hơn nữ giới. Theo kết quả điều tra từ Bộ Y tế, Việt Nam đứng top 2 các nước Đông Nam Á, top 10 các nước châu Á và top 29 các nước trên thế giới uống bia rượu. Theo báo cáo của Bộ Công thương, sản lượng tiêu thụ bia 2016 của Việt Nam là 3,788 tỷ lít bia, trung bình mỗi người Việt Nam uống 42 lít/năm, tăng 4 lít bia so với năm 2015.

Tương quan giữa acid uric máu và BMI:

Theo Wang và Cs⁽³⁾ thực hiện nghiên cứu hồi cứu cắt ngang trên những người khoẻ mạnh tại tỉnh Jiangsu – Trung Quốc ghi nhận mối tương quan thuận acid uric máu và BMI. Theo tác giả khác Tanaka K. và Cs⁽⁴⁾ ghi nhận mối tương quan giữa BMI và acid uric máu ở những cặp song sinh cùng trứng và khác trứng với hệ số tương quan chuẩn ở nam là 0,333 và ở nữ 0,314.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3), kết quả cho thấy có sự tương quan giữa acid uric máu và BMI với hệ số tương quan 0,341 và ngưỡng ý nghĩa là $p < 0,001$ (phép kiểm 2 đuôi). So sánh với kết quả của tác giả Tanaka và Cs, hệ số tương quan là gần như nhau. Biểu đồ 1 ghi nhận mối tương quan thuận giữa acid uric máu và BMI.

Tương quan giữa acid uric máu và béo bụng:

Béo bụng thường kèm theo tăng acid uric máu, mô mỡ có thể sản sinh và bài tiết acid uric máu bởi men xanthine oxidoreductase (XOR) và sự bài tiết này tăng ở người béo phì. Theo tác giả Tsushima và Cs đã thực hiện nghiên cứu trên chuột và ghi nhận acid uric máu tăng ở những con chuột béo phì và giảm khi cho uống chất ức chế XOR Febuxostat. Mô mỡ là một trong mô chính tiết XOR và mô mỡ của chuột béo phì có hoạt động của XOR nhiều hơn so với mô mỡ của chuột nhóm chứng, vì vậy chuyển hoá purine trong mô mỡ có thể gia tăng ở người béo phì. Theo Borona và Cs⁽¹⁾ ghi nhận béo phì và béo bụng có vai trò liên kết tăng acid uric máu với các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa acid uric máu trung bình của nhóm béo bụng (5,9556) và không béo bụng (5,7889) là 0,1667 với giá trị p có ý nghĩa thống kê = 0,524 (bảng 5), (biểu đồ 2).

Tương quan acid uric máu và vòng

bụng: Khi khảo sát mối tương quan giữa hai biến định lượng acid uric máu và vòng bụng đã ghi nhận có mối tương quan thuận với hệ số tương quan 0,312 và giá trị p có ý nghĩa $< 0,001$. Kết quả này càng khẳng định hơn nữa mối tương quan giữa béo bụng và acid uric máu. Nghiên cứu của Hsieh và Cs⁽⁴⁾ khảo sát trên 11.411 người

Đài Loan ghi nhận acid uric máu và vòng bụng có liên quan tăng bất thường men gan AST, ALT ($p < 0,05$), trong đó vòng bụng có liên quan bất thường AST, ALT hơn so với acid uric máu.

Tương quan acid uric và BGNMKDR:

Theo Yuanliang và Cs nghiên cứu trên 1.440 người Trung Quốc và kết luận acid uric máu tăng có tương quan độc lập với BGNMKDR không liên quan với đề kháng insulin và hội chứng chuyển hoá. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của nồng độ acid uric máu trung bình giữa nhóm BGNMKDR (6,1333) và gan bình thường (5,6321) là 0,5012 với p thống kê là 0,040. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã ghi nhận BGNMKDR có liên quan xơ vữa động mạch cao hơn so với béo bụng liên quan xơ vữa động mạch.

V. KẾT LUẬN

Acid uric máu tương quan có ý nghĩa với giới tính và các yếu tố liên quan chuyển hoá như BMI, béo bụng, BGNMKDR.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bonora E., Targher G., Zenere MB., Saggiani F., Cacciatori V. et al. (1996), "Relationship of uric acid concentration to cardiovascular risk factors in young men. Role of obesity and central fat distribution. The Venora young men atherosclerosis risk factors study". *International journal of obesity and related metabolic disorders*, 20(11), p.975-980.
2. Eguchi Y, Hyogo H, Ono M, et al. (2012), "JSG-NAFLD: Prevalence and associated metabolic factors of non-alcoholic fatty liver disease in the general population from 2009 to 2010 in Japan: a multicentre large retrospective study". *J Gastroenterol*, 47, pp.586 – 595.
3. Honggang Wang, Lizhen Wang, Rui Xie, Weijie Dai, Changcheng Gao, et al. (2014), "Association of serum uric acid with body mass index: Across-sectional study from Jiangsu province, China". *Iranian J. Publ. Health*, 43(11), p.1503-1509.
4. Hsieh MH. Lin WY, Chien HH, Chien LH. Huand CK. et al (2012), "Waist circumference, body mass index, serum uric acid, blood sugar, and triglyceride levels are important risk factors for abnormal liver function tests in the Taiwanese population". *Kaohsiung Journal Med. Sci.*, 28(9), p.470-476.
5. Huỳnh Ngọc Linh (2012) "Tỷ lệ tăng acid uric máu và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ≥ 35 tuổi điều trị tại Khoa Nội Bệnh Viện Đa khoa thành phố Cà Mau từ 08/2011-07/2012". *Tạp chí Y học Thực hành*, 857(1), 131-133.
6. Kuzuza M., Ando F., Iguchi A., Shimokata H. (2002), "Effects of aging on serum uric acid levels: longitudinal changes in a large Japanese population group". *J Gerontol A. Biol Sci. Med. Sci.*, 57(10), p.660-4.

7. Masayuki Kawabe, Akira sato, Tomoya Hoshi, Shunsuke Sakai, Daigo Hiraya, et al. (2016), "Gender differences in the association

between serum uric acid and prognosis in patients with acute coronary syndrome". *Journal of cardiology*, 67, p.170-176.

KẾT QUẢ SƠM PHẪU THUẬT PARTINGTON-ROCHELLE TRONG ĐIỀU TRỊ SỎI TUY

Phan Minh Trí*, Đồng Ngọc Quang**

TÓM TẮT²²

Đặt vấn đề: Viêm tụy mạn là một bệnh lý lành tính, là bệnh viêm đặc trưng bởi quá trình phá hủy nhu mô tụy tiến triển, không hồi phục, cuối cùng dẫn đến suy giảm chức năng tụy nội tiết và ngoại tiết. Phẫu thuật trong viêm tụy mạn nhằm mục đích giảm đau và kiểm soát các biến chứng liên quan đến bệnh. Phẫu thuật Partington-Rochelle - mở dọc thành trước ống tụy chính từ đuôi tụy tới đầu tụy để nối với 1 quai hồng tràng kiểu chữ Y và dẫn lưu ống tụy - từ lâu đã được triển khai tại bệnh viện Chợ Rẫy. Phân tích những kết quả chúng tôi đạt được sau khi điều trị bằng phương pháp này, chúng tôi hy vọng sẽ rút ra được những kinh nghiệm để có thể điều trị tốt hơn cho người bệnh. **Đối tượng-Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả hàng loạt ca. Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn-sỏi tụy, được điều trị phẫu thuật theo phương pháp Partington-Rochelle tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01 /2012 đến 01/2017. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh trung bình là 48.68, trong đó BN nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi và BN lớn tuổi nhất là 76 tuổi. Lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 40 đến 60 tuổi với 29 ca, chiếm tỉ lệ 54.75%. Đa số BN nằm điều trị tại bệnh viện hơn 14 ngày với 29 ca chiếm tỉ lệ 54.7%. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 34 ngày, trung bình là 16 ngày. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 350 phút, trung bình là 192.6 phút(3 giờ12 phút).Thời gian mổ trung bình có dính là 224,2 phút dài hơn so với thời gian mổ trung bình không dính là 164,4 phút. Biến chứng trong và sau phẫu thuật: Chảy máu trong khi phẫu thuật: Có 5 ca chảy máu động mạch vị tá trong khi phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 9.4%, tắc mật sau mổ: 1 trường hợp, dò tụy sau mổ: 1 trường hợp. **Kết luận:** Phẫu thuật Partington- Rochelle điều trị sỏi tụy là phẫu thuật khả thi, có tỉ lệ biến chứng trong và sau mổ có thể chấp nhận được. Thời gian nằm viện ngắn. Thời gian mổ trung bình gia tăng ở những trường hợp có dính nhiều trong mổ.

Từ khóa: Phẫu thuật Partington-Rochelle, Sỏi tụy, viêm tụy mạn

SUMMARY

RESULT OF PARTINGTON-ROCHELLE PROCEDURE ON TREATMENT PANCREATIC STONE

Background: Chronic pancreatitis is a benign inflammatory disease, characterized by progressive, irreversible pancreatic tissue destruction, eventually leading to impaired endocrine and endocrine pancreatic function. Surgery in chronic pancreatitis aims to relieve pain and control the complications associated with the disease. Partington-Rochelle surgery - opens along the front of the main pancreatic duct from the pancreatic head to the pancreatic caudal, connect with a jejunum loop through Roux-e-Y-type and drainage of the pancreatic duct - that has long been performed at Cho Ray Hospital. By analyzing the results with this method, we hope to get more experiences in order to treat the patients better. **Materials and Methods:**Respective case series. All patients diagnosed with chronic pancreatic-pancreatic stone were treated with Partington-Rochelle surgery at Department of Hepatobiliary and Pancreatic, Cho Ray Hospital from January 2012 to January 2017. **Results:** The median age was 48.68 years, the youngest was 16 year-old and the oldest was 76 year-old. The highest age at 40 to 60 is 29 cases, accounting for 54.75%. The majority of patients were hospitalized for more than 14 days with 29 cases accounting for 54.7%. The shortest hospital stay is 7 days, the longest is 34 days, the average is 16 days. The shortest surgery time was 60 minutes, the longest was 350 minutes, the average was 192.6 minutes (3 hours and 12 minutes). The average operating time in adhesion cases is 224.2 minutes longer than the average non-adhesion one (164.4 minutes). Complications during and after surgery: Bleeding during surgery: five cases, accounting for 9.4%, postoperative biliary obstruction: 1 case, postoperative pancreatic prolapse: 1 case. **Conclusions:** Partington-Rochelle surgery for treating pancreatic stones is a feasible operation, the incidences of complications during and after surgery is acceptable. The hospitalize-time is short. The mean operative time increases in those with a high adhesion.

Keywords: Partington-Rochelle surgery, benign, chronic pancreatitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy mạn là một bệnh lý lành tính, là bệnh viêm đặc trưng bởi quá trình phá hủy nhu mô tụy tiến triển, không hồi phục, dần dần dẫn tới thay thế chúng bởi các mô sợi, xơ hóa nhu mô tụy, cuối cùng dẫn đến suy giảm chức năng

*Bộ môn Ngoại Đại học Y Dược TPHCM

**Khoa Ngoại Gan Mật Tụy Bệnh Viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trí

Email: drphanminhtri.md@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 6.6.2017

tụy nội tiết và ngoại tiết. Tỷ lệ mắc bệnh thay đổi tùy từng nước, ở châu Âu là 7/100 000 dân, ở châu Á là 14/100 000 dân. Một nghiên cứu khác được thực hiện ở bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội của tác giả Lê Văn Điem và Đào Quang Minh cho thấy tỉ lệ viêm tụy mạn do rượu là 85%(3). Phẫu thuật trong viêm tụy mạn nhằm mục đích giảm đau và kiểm soát các biến chứng liên quan đến bệnh. Đa số các bệnh nhân phải phẫu thuật là do cơn đau vẫn dai dẳng mặc dù dùng liều thuốc giảm đau mạnh. Năm 1960, Partington và Rochelle đã đề ra phương pháp cải thiện được nhược điểm của PT Puestow là tổn thương do phải di động lách và đuôi tụy. Phẫu thuật Partington-Rochelle: chỉ đơn thuần mở dọc thành trước ống tụy chính từ đuôi tụy tới đầu tụy để nối với 1 quai hồng tràng kiểu chữ Y để dẫn lưu ống tụy. Bệnh viện Chợ Rẫy là một trung tâm phẫu thuật lớn của miền Nam, tại đây chúng tôi thực hiện nhiều loại phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn, trong đó có phẫu thuật Partington-Rochelle. Phân tích những kết quả chúng tôi đạt được sau khi điều trị bằng phương pháp này, chúng tôi hy vọng sẽ rút ra được những kinh nghiệm để có thể điều trị tốt hơn cho người bệnh. *Mục tiêu nghiên cứu:*

1. *Xác định đặc điểm viêm tụy mạn sỏi tụy của nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp Partington-Rochelle.*

2. *Đánh giá kết quả của phương pháp Partington-Rochelle trong điều trị viêm tụy mạn sỏi tụy.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Hồi cứu mô tả hàng loạt ca
- Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn-sỏi tụy, được điều trị phẫu thuật theo phương pháp Partington - Rochelle tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy, bệnh viện Chợ Rẫy.

Bảng 1: Kết quả chụp cắt lớp điện toán

		Tần số	Tỉ lệ
Nang tụy	Có	7	13.7
	Không	17	33.3
	Không ghi nhận	33	53
	Tổng số	51	100
Vị trí nang	Đầu	4	57.4
	Thân	1	14.2
	Đuôi	1	14.2
	Khắp tụy	1	14.2
	Tổng số	7	100
Sỏi tụy	Có	47	92.2
	Không	4	7.8

- Thời gian nghiên cứu từ 01/2012 đến 01/2017.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN đang có đợt viêm tụy cấp.
- Có bệnh nặng toàn thân kèm theo như rối loạn tâm thần, nhiễm HIV, suy tim, rối loạn đông máu, có thai...
- BN chẩn đoán VTM nhưng tổn thương đại thể hoặc vi thể không có sỏi tụy.
- Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư tụy.
- Bệnh nhân đã được phẫu thuật liên quan đến tụy trước đó.

III. KẾT QUẢ

Tuổi mắc bệnh trung bình là 48.68, trong đó BN nhỏ tuổi nhất là 16 tuổi và BN lớn tuổi nhất là 76 tuổi. Lứa tuổi mắc bệnh nhiều nhất là từ 40 đến 60 tuổi với 29 ca, chiếm tỉ lệ 54.75%. Tỉ lệ BN nam chiếm đa số là 40 ca (40 ca), tỉ lệ BN nữ là 24.5% (13 ca). Tỉ lệ mắc bệnh nam:nữ là 3:1.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng. Các triệu chứng thường gặp là sụt cân (35.8%) và thiếu máu (34%). Các triệu chứng ít gặp là suy dinh dưỡng (11.3%), vàng da (9.4%) và u bụng (3.7%).

Có 15 BN được siêu âm bụng, trong đó có 1 BN phát hiện nang tụy với tỉ lệ 6.8%, vị trí nang là ở đầu tụy; có 13 BN được phát hiện sỏi tụy chiếm tỉ lệ 86.7%, hầu hết vị trí sỏi nằm ở đầu tụy với tỉ lệ 76.9%; có 1 BN có tụy to chiếm tỉ lệ 6.6%. Đường kính ống tụy nhỏ nhất là 4mm, lớn nhất là 18mm, trung bình là 10.4mm

Có 51 BN được chụp cắt lớp điện toán, trong đó có 7 BN phát hiện nang tụy với tỉ lệ 13.7%, chủ yếu nằm ở đầu tụy; có 47 BN được phát hiện sỏi tụy chiếm tỉ lệ 92.2%, hầu hết vị trí sỏi nằm ở đầu tụy với tỉ lệ 46.8%; có 6 BN có tụy to chiếm tỉ lệ 11.7%. Đường kính ống tụy nhỏ nhất là 4mm, lớn nhất là 46mm, trung bình là 11.9mm

	Tổng số	51	100
Vị trí sỏi	Đầu	22	46.8
	Thân	6	12.7
	Đuôi	1	2.1
	Khắp tụy	18	40.5
	Tổng số	47	100
Tụy to	Có	6	11.7
	Không	45	88.3
	Tổng số	51	100

Đa số BN nằm điều trị tại bệnh viện hơn 14 ngày với 29 ca chiếm tỉ lệ 54.7%. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 34 ngày, trung bình là 16 ngày. Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 350 phút, trung bình là 192.6 phút (3 giờ 12 phút). Thời gian mổ trung bình có dính là 224,2 phút dài hơn so với thời gian mổ trung bình không dính là 164,4 phút.

Bảng 2 : Các tổn thương thực thể

		Tần số	Tỉ lệ
Tụy dính cơ quan khác	Có	25	47.2
	Không	28	52.8
Hình thái tụy trong mổ	To	6	11.3
	Bình thường	32	60.4
	Teo	15	28.3
Mật độ tụy	Cứng	52	98.1
	Mềm	1	1.9
Nang giả tụy	Có	6	11.3
	Không	37	69.8
	Không ghi nhận	10	18.9
Sỏi nhu mô tụy	Có	13	24.5
	Không	4	7.5
	Không ghi nhận	36	67.9
Sỏi ống tụy	Có	51	96.2
	Không	2	3.8
Dẫn ống tụy	Đều	2	3.8
	Không đều	34	64.2
	Không ghi nhận	17	32.1

Bảng 3: Đường kính ống tụy chính

	N	Ngắn nhất	Dài nhất	Trung bình
Đường kính ống tụy chính	37	5	20	11,5

Có 14 ca ghi nhận sỏi liệu chiều dài miệng nối, trong đó chiều dài miệng nối ngắn nhất là 5mm, dài nhất là 15mm, trung bình là 9.8mm.

Biến chứng trong và sau phẫu thuật

- Chảy máu trong khi phẫu thuật: Có 5 ca chảy máu động mạch vị tá trong khi phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 9.4%.

- Tắc mật sau mổ: 1 trường hợp
- Dò tụy sau mổ: 1 trường hợp

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 48,68 tuổi, lớn hơn so với tuổi trung bình là 37,2 tuổi trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Cường ở Bệnh viện Bình Dân (2), theo tác giả Lê Huy Lưu ở bệnh viện Nhân Dân Gia Định là 45 tuổi (1), tác giả Trịnh Hồng Sơn là 40,7 tuổi(4).

Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ nhất là 16 đến lớn nhất là 76 tuổi, tập trung ở tuổi trung niên (khoảng 40-60 tuổi), chiếm tỉ lệ 54,75%. Chúng ta thấy viêm tụy mạn có thể xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào, do ảnh hưởng bởi nhiều nguyên nhân. Tuy nhiên bệnh thường gặp ở lứa tuổi trung niên

Giới tính, trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam giới chiếm đa số, tỉ lệ nam gấp 3 lần nữ giới, kết quả chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Lê Văn Cường, nhưng tỉ lệ nam/nữ thấp hơn so với tác giả Lê Huy Lưu là 4/1(1) và tác giả Trịnh Hồng Sơn là 6/1(4). Qua đó cho thấy nam giới chiếm phần lớn trong dân số viêm tụy mạn được điều trị phẫu thuật. Trên thực tế thì nam giới thường có khuynh hướng sử dụng rượu bia và thuốc lá hơn, đây là các yếu tố

nguy cơ được biết đến nhiều nhất của viêm tụy mạn.

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào hình thái tổn thương của viêm tụy mạn(6). Trên một bệnh nhân, có thể có nhiều hình thái tổn thương khác nhau, do đó có thể có nhiều phương pháp phẫu thuật khác nhau. Phẫu thuật nối ống tụy hồng tràng Roux en Y, hay còn gọi là phẫu thuật Partington, được thực hiện trên các bệnh nhân có giãn ống tụy (5,7).

• **Thời gian nằm viện:** Đa số BN nằm điều trị tại bệnh viện hơn 14 ngày với 29 ca chiếm tỉ lệ 54.7%. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 34 ngày, trung bình là 16 ngày. Kết quả thời gian nằm viện ngắn hơn so với kết quả của tác giả Lê Văn Cường với thời gian nằm viện trung bình là 17,3 ngày. Trường hợp ngày ra viện dài nhất là 34 ngày là trường hợp sau mổ bệnh nhân bị rò tụy. Bệnh nhân phải điều trị hậu phẫu kéo dài nên kéo theo thời gian điều trị dài.

• **Thời gian phẫu thuật:** Thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 60 phút, dài nhất là 350 phút, trung bình là 192.6 phút (3 giờ 12 phút). Trong khi đó kết quả thời gian phẫu thuật trung bình của Lê Văn Cường là 120 phút (2 giờ)

• **Thời gian điều trị hậu phẫu:** Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình là 8,6 ngày, ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 15 ngày. Kết quả thời gian điều trị hậu phẫu của chúng tôi lại dài hơn so với kết quả của tác giả Lê Văn Cường là 7,8 ngày, và tác giả Lê Huy Lưu là 7 ngày.

• Trong cuộc mổ ghi nhận tụy dính vào các cơ quan xung quanh có 25 trường hợp, chiếm tỉ lệ 47,2%, không dính vào cơ quan xung quanh có 28 trường hợp chiếm 52,8%. Dính là một hình thái tổn thương trong mổ, do quá trình viêm tái đi tái lại của tụy hình thành. Trong mổ, hậu cung mạc nối co rúm lại và rất khó vào được, mặt sau dạ dày dính vào mặt trước tụy, mạc treo đại tràng ngang, đại tràng ngang cũng có thể dính vào mặt trước tụy.

• **Hình thái tụy trong mổ:** Thay đổi kích thước tụy về đại thể, VTM có thể gây tổn thương tụy từng ổ, từng phần hay lan tỏa. Những vùng tổn thương điển hình sẽ to ra, cứng chắc, không còn thấy các thùy và xuất hiện nhiều xơ dẫn tới tăng kích thước tụy toàn bộ hay từng phần. Cùng với sự tiến triển của bệnh, ở giai đoạn muộn toàn bộ tuyến tụy sẽ teo dần. trong nghiên cứu này ghi nhận trong cuộc mổ có:

- 6 ca tụy to, chiếm tỉ lệ 11,3%
- 32 ca kích thước tụy bình thường chiếm 60,4%
- 15 trường hợp tụy teo, chiếm tỉ lệ 28,3%

• **Mật độ tụy:**

- Tụy cứng chắc có 52 trường hợp, chiếm tỉ lệ 98,1%

- Tụy có mật độ mềm có 1 trường hợp chiếm tỉ lệ 1.9%

• **Dẫn ống tụy:** có 34 trường hợp dẫn không đều chiếm tỉ lệ 64,2%, có 2 trường hợp dẫn nhẹ đều khắp ống tụy, chiếm tỉ lệ 3,8%. Ống tụy chính có thể dẫn đều từ đầu đến đuôi tụy hoặc dẫn không đều, chỗ dẫn xen kẽ chỗ thắt hẹp, có khi từng đoạn dẫn to thành nang do tình trạng viêm ở tụy là không đồng đều.

• Có 37 trường hợp ghi nhận đường kính ống tụy chính, nhỏ nhất là 5mm và lớn nhất là 20mm, trung bình là 11,5mm.

• Chiều dài miệng nối tụy có 14 trường hợp được mô tả, ngắn nhất là 5cm, dài nhất là 15 cm, trung bình là 9,8 cm

• Giảm đau sau mổ: PT dẫn lưu ống tụy-hồng tràng dựa trên cơ sở có những bằng chứng về tắc ống tụy, tăng áp lực ống tụy, là nguyên nhân gây đau trong VTM. PT dẫn lưu ống tụy với đặc điểm bảo tồn tối đa nhu mô tụy, bảo tồn được chức năng tụy. Kết quả của chúng tôi là 100% bệnh nhân giảm đau sau mổ trong thời gian hậu phẫu.

• **Biến chứng:** Trong và sau mổ có 7 trường hợp có biến chứng chiếm 13,2%, trong đó có 5 trường hợp chảy máu động mạch vị-tá trong lúc mổ. 1 trường hợp hẹp đường mật sau mổ và 1 trường hợp rò tụy sau mổ.

- **Chảy máu trong mổ:** có 5 trường hợp ghi nhận có chảy máu động mạch vị tá trong lúc mổ hết chiều dài nhu mô tụy về phía đầu tụy để lấy sỏi. Trong các trường hợp này chúng tôi xử trí bằng cách khâu cầm máu bằng chỉ prolene 3.0 ở cả 2 đầu của động mạch đang chảy vì đốt cầm máu sẽ không hiệu quả

- **Tắc mật sau mổ:** (ca 36) đây là 1 trường hợp được tuyến trước (BV Tỉnh Bình Dương) chuyển đến với chẩn đoán viêm tụy mạn- sỏi tụy. Bệnh nhân có tiền căn sử dụng rượu bia, thuốc lá nhiều, không tiền căn tiểu đường, trên chụp XQCLĐT ghi nhận sỏi rải rác toàn bộ tụy, thời gian thực hiện cuộc mổ là 250 phút và có ghi nhận có dính trong cuộc mổ. Trước mổ bilirubin trong giới hạn bình thường nhưng sau mổ bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng tiểu vàng sậm và xuất hiện vàng da. Xét nghiệm Bilirubin TP sau mổ là 5,18, Bilirubin TT là 4,43, Bilirubin GT là 0,75. Bệnh nhân được chẩn đoán là tắc mật sau mổ. Bệnh nhân được thực hiện nội soi mật tụy ngược dòng đặt stent giải áp đường mật

vào ngày hậu phẫu thứ 9. Bệnh nhân được cho xuất viện sau 5 ngày đặt stent đường mật.

- Dò tụy sau mổ: (ca 39) đây là trường hợp bệnh nhân tự đến Bv Chợ Rẫy khám với chẩn đoán lúc vào viện là Viêm tụy mạn- sỏi tụy. Bệnh nhân không có tiền căn sử dụng rượu bia, thuốc lá, chưa có tiền căn tiểu đường và phẫu thuật vùng bụng trước đó. Bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật, thời gian mổ là 180 phút và có ghi nhận có dính tụy với mặt sau dạ dày, tụy mật độ chắc, tụy teo do viêm mạn. Hậu phẫu từ ngày thứ 1 đã phát hiện dẫn lưu ra dịch trắng hồng, lượng tăng dần từ 100ml đến 300 ml vào ngày hậu phẫu thứ 7. Xét nghiệm amylase dịch dẫn lưu là 1904 U/L. Bệnh nhân được xác định rò tụy sau mổ sỏi tụy. Bệnh nhân được chỉ định dùng thuốc kháng tiết. Từ ngày hậu phẫu thứ 7 đến ngày 13 lượng dịch ra ống dẫn lưu ít dần. Bệnh nhân được rút dẫn lưu vào ngày hậu phẫu 13, sau đó được siêu âm kiểm tra không còn dịch và cho xuất viện vào ngày hậu phẫu 15.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Partington- Rochelle điều trị sỏi tụy là phẫu thuật khả thi, có tỉ lệ biến chứng trong và sau mổ có thể chấp nhận được. Thời gian nằm viện ngắn. Thời gian mổ trung bình gia

tăng ở những trường hợp có dính nhiều trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Huy Lưu, Nguyễn Văn Hải, Chung Hoàng Phương (2010)**, "Kết quả điều trị ngoại khoa viêm tụy mạn". *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 14 (1), pp. 155-160
2. **Lê Văn Cường (2008)** "Kết quả điều trị phẫu thuật viêm tụy mạn viêm tụy mãn". *Y học TP. Hồ Chí Minh*. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 12 (1), pp. 1-11.
3. **Lê Văn Điềm, Đào Quang Minh (2004)** " Kết quả điều trị phẫu thuật một số bệnh lý tụy mạn tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội nhân 20 trường hợp. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 8 (3), pp. 187-190.
4. **Trịnh Hồng Sơn (2004)**, "Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật Frey và kết hợp phẫu thuật Frey-Beger trong điều trị viêm tụy mãn, sỏi tụy". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 8 (3), pp. 178-186.
5. **Mark P. Callery, Wande B. Pratt and Charles M. Vollmer Jr (2009)** "Prevention and Management of Pancreatic Fistula". *J Gastrointest Surg*, 13, pp. 163-173.
6. **Qingqiang Ni, Lin Yun, Manish Roy and Dong Shang (2015)** "Advances in surgical treatment of chronic pancreatitis". *World Journal of Surgical Oncology*, 13, pp. 34.
7. **Sinead N Duggan, Hazel M Ní Chonchubhair, Oladapo Lawal (2016)** "Chronic pancreatitis: A diagnostic dilemma". *World J Gastroenterol*, 22(7), pp. 2304-2313.

TÌNH TRẠNG CÂN NẶNG, CHIỀU CAO CỦA SẢN PHỤ VÀ TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2016

Hà Hữu Tùng*, Nguyễn Duy Khiêm*

TÓM TẮT²³

Phương pháp nghiên cứu mô tả, cắt ngang được tiến hành trên 318 sản phụ và trẻ sơ sinh. Kết quả cho thấy tỷ lệ tăng cân của sản phụ trong thời gian mang thai (từ 9 đến 14kg) có 231 người (chiếm tỷ lệ 72,6%). Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn có 66 sản phụ (chiếm 20,8%). Cân nặng sơ sinh trung bình 3239,5 gram (g). Chiều dài sơ sinh trung bình là 50,46. Kết quả này giúp cho công tác quản lý và tư vấn thai phụ được tốt hơn trong thời gian tới tại Bệnh viện.

Từ khóa: cân nặng sơ sinh; chiều cao sơ sinh; cân nặng bà mẹ

SUMMARY

SITUATION OF WEIGHT, HEIGHT MATERNAL AND INFANT AT GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURAL IN 2016

A descriptive, cross-sectional study was conducted on 318 maternals and infants. Results showed that pregnant women gaining weight (9-14 kg) had 231 maternals (72.6%). The lack of energy in the presence of 66 women (20.8%). Infant birth weight averages 3239.5 grams (g). The average birth length is 50.46. This results in better management and counseling for pregnant women in the future of hospital.

Keywords: birth weight; birth length; pregnant women weight

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dinh dưỡng trong thời kỳ mang thai đóng vai trò quan trọng đối với sức khỏe của người mẹ, sự phát triển của thai nhi và sự phát triển về cả tâm vóc và trí tuệ của trẻ nhỏ những năm tháng sau này. Các nghiên cứu cho thấy có tới 50% trẻ bị suy dinh dưỡng bào thai, trẻ sinh non và trẻ có cân nặng sơ sinh thấp ở các nước đang phát triển là do tình trạng chậm tăng cân/tăng cân ít của bà mẹ khi mang thai và bà mẹ có tiền sử thiếu năng lượng trường diễn [7].

Tình trạng dinh dưỡng kém của phụ nữ tuổi sinh đẻ và phụ nữ có thai rất phổ biến ở nhiều quốc gia đang phát triển. Khoảng 60% phụ nữ Nam á có chỉ số BMI trước khi mang thai < 18,5 và 15% có chiều cao < 145cm. Mức tăng cân trung bình của phụ nữ có thai (PNCT) ở các

nước đang phát triển vào khoảng 4-11 kg, thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị của WHO. Tại Việt Nam, mức tăng cân của PNCT nông thôn Việt Nam chỉ đáp ứng được khoảng trên 70% so với mức tăng cân khuyến nghị cho PNCT của WHO [6].

Theo báo cáo hoạt động chuyên môn của Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp trong 5 năm gần đây có trung bình trên 2000 ca đẻ/năm tại khoa Phụ Sản. Chưa có nghiên cứu nào đánh giá tình trạng dinh dưỡng của thai phụ hay sản phụ tại Bệnh viện, đồng thời cũng chưa có đánh giá nào có hệ thống về chiều dài, cân nặng trẻ sơ sinh sau đẻ. Với những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau: *Mô tả cân nặng, chiều cao của sản phụ và trẻ sơ sinh tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng: Sản phụ và trẻ sơ sinh của những sản phụ tham gia nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Phụ Sản Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

Thời gian: Từ tháng 05/2016 - 10/2016

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

2.2.1. Cỡ mẫu: theo công thức cho 1 tỷ lệ

$$\frac{p(1-p)}{d^2}$$

Theo công thức: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$

n: cỡ mẫu cần thiết; p: tỷ lệ trẻ Phụ nữ tuổi sinh đẻ bị thiếu máu dinh dưỡng; $\alpha/2$: Mức ý nghĩa thống kê; $Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị giới hạn của độ tin cậy, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với độ tin cậy 95% ; d = 0,05 (5%) là độ chính xác mong muốn = 95%

Theo nghiên cứu của Hồ Thu Mai[4], Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn là 29,2%. Theo công thức trên có n = 316. Vậy cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi dự kiến là n = 320.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

***Đối với sản phụ**

- Sản phụ sinh con tại khoa Phụ Sản
- Không mắc các bệnh về tim mạch, bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, tâm thần.
- Mang thai đơn; thai khỏe mạnh
- Người nhớ rõ được cân nặng, chiều cao của mình trước khi mang thai và số cân tăng trong suốt quá trình mang thai.

*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp
Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Tùng
Email: tungbvn@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 8.4.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017
Ngày duyệt bài: 6.6.2017

***Đối với trẻ sơ sinh**

- Những trẻ sơ sinh con những bà mẹ được lựa chọn
- Bố/mẹ đồng ý tham gia nghiên cứu
- Trẻ sinh từ 38 đến 42 tuần
- Không dị tật bẩm sinh
- Trẻ không bị bệnh: Suy hô hấp, nôn trớ, nhiễm trùng sơ sinh...

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sản phụ mắc bệnh mạn tính, đái tháo đường, tăng huyết áp, tim mạch, bệnh tâm thần
- Sản phụ đang mắc bệnh cấp tính
- Sản phụ đang trong tình trạng bệnh nặng
- Sinh đa thai
- Sản phụ không nhớ rõ chiều cao, cân nặng trước thời điểm mang thai

2.2.4. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu

- Cân nặng sản phụ: Sử dụng cân Seca, với độ chính xác 0,1 kg. Cân đặt ở vị trí bằng phẳng, đối tượng mặc tối thiểu quần áo, không mang giày dép, đứng ổn định vào giữa cân. Kết quả cân sẽ được ghi theo đơn vị kg với 1 số lẻ sau dấu phẩy.

- Đánh giá chỉ số khối cơ thể của bà mẹ: Trước khi có thai: dựa vào chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính theo công thức $BMI = \text{kg/m}^2$ và thang phân loại của WHO (2008)

- Nhân trắc trẻ sơ sinh: tiến hành trong vòng 24 giờ sau khi sinh.

- Cân nặng sơ sinh: Trẻ được cân trong vòng 24h sau khi sinh. Trẻ được cân 2 lần và kết quả cân trẻ được ghi tới độ chính xác 0,01 kg.

- Đo chiều dài nằm trẻ sơ sinh: sử dụng thước gỗ 2 mảnh để đo chiều dài trẻ sơ sinh với các bước tiến hành

- **Số liệu sau khi thu thập**, được làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0 theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm của các sản phụ****Bảng 3.1. Tuổi của bà mẹ**

Tuổi	n	%
< 18	6	1,9
18 ÷ 21 tuổi	38	11,9
22 ÷ 30 tuổi	212	66,7
> 30 tuổi	62	19,5
Tổng	318	100
.	26,41 ± 4,93	

Nhận xét: Nhóm tuổi 22÷30 có 212 sản phụ (chiếm tỷ lệ 66,5%), nhóm tuổi trên 30 có 62 sản phụ (chiếm tỷ lệ 19,5%), nhóm tuổi 18÷21 có 38 (chiếm tỷ lệ 11,9%), nhóm tuổi vị thành

niên dưới 18 tuổi có 6 trường hợp (chiếm tỷ lệ 1,9%). Tuổi trung bình $26,41 \pm 4,93$; tuổi nhỏ nhất 16 và lớn nhất 42. Khác biệt về tỷ lệ gặp các nhóm tuổi khác nhau có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$.

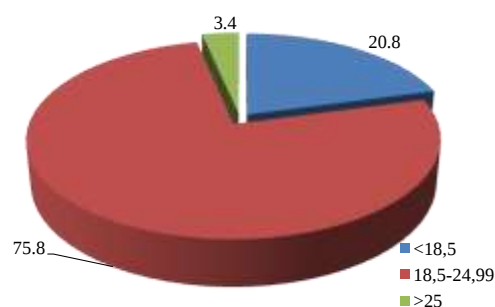
Bảng 3.2. Chiều cao của sản phụ

Chiều cao bà mẹ	n	%
< 150 cm	15	4,7
150 ÷ 155 cm	160	50,3
> 155 cm	143	45,0
Tổng	318	100
.	155,3 ± 4,25	

Nhận xét:

- Chiều cao có mức độ trên 150cm chiếm tỷ lệ là chủ yếu (95,3%).

- Chiều cao trung bình của nhóm nghiên cứu là $155,3 \pm 4,25\text{cm}$, trong đó người cao nhất là 170cm và người thấp nhất là 138cm.

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ chỉ số khối cơ thể (BMI) trước khi sinh của sản phụ**

Nhận xét: Tỷ lệ chỉ số khối cơ thể trong giới hạn bình thường gặp là chủ yếu, với 241 người (chiếm 75,8%). Tình trạng thiếu năng lượng trường diễn có 66 sản phụ (chiếm 20,8%). Có tỷ lệ nhỏ các thai phụ có tình trạng thừa cân, gặp 3,4%. Sự khác biệt về chỉ số khối của các bà mẹ trước khi sinh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Tăng cân trong thai kỳ của sản phụ

Cân nặng tăng	n	%
< 9 kg	30	9,5
9 ÷ 14 kg	231	72,6
> 14 kg	57	17,9
Tổng	318	100
≥	11,60 ± 2,74	

Nhận xét: Tỷ lệ tăng cân theo khuyến nghị trong thời gian mang thai chiếm nhiều nhất với 231 người (chiếm 72,6%). Tỷ lệ tăng trên 14 kg cũng tương đối cao, gặp 17,9%. Tăng dưới 9 kg có tỷ lệ thấp nhất là 9,5%. Cân nặng tăng trung bình: 11,60 kg.

3.2. Cân nặng và chiều cao trẻ sơ sinh tại Bệnh viện

Bảng 3.4. Cân nặng của trẻ sơ sinh

Cân nặng	n	%
< 2500 gr	10	3,1
2500 ÷ 3000gr	72	22,9
3001 ÷ 4000 gr	230	72,3
> 4000 gr	6	1,9
Tổng	318	100
.	3239,5 ± 376,8	

Nhận xét: Cân nặng sơ sinh chủ yếu trong giới hạn bình thường 2500 ÷ 4000 gram (chiếm 95,5%), có 06 trẻ suy dinh dưỡng bào thai (<2500 gram) chiếm tỷ lệ 3,1%. Cân nặng trung

bình 3239,5 ± 376,8gram.

Bảng 3.5. Chiều dài của trẻ sơ sinh

Chiều dài	n	%
< 50cm	30	9,4
50 ÷ 55 cm	282	88,7
> 55 cm	6	1,9
Tổng	318	100
≥	50,46 ± 1,4	

Nhận xét: Chiều dài 50 ÷ 55cm của trẻ sơ sinh là chủ yếu (gấp 88,7%). Chiều dài sơ sinh trung bình là 50,46 ± 1,4, chiều dài nhất 60cm và ngắn nhất là 45.

3.3. Yếu tố liên quan giữa chỉ số khối cơ thể và tăng cân của bà mẹ với cân nặng và chiều cao của trẻ sơ sinh

Bảng 3.6. Mối liên quan chỉ số BMI của sản phụ trước khi sinh với chiều dài của trẻ sơ sinh

Chiều dài trẻ	< 50cm		50 ÷ 55 cm		> 55 cm		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
BMI mẹ								
< 18,5	12	18,2	53	80,3	1	1,5	66	20,8
18,5 ÷ 24,99	15	6,2	221	91,8	1	0,2	241	75,8
> 25	3	27,3	8	72,7	0	0	11	3,4
Tổng	30	9,4	282	88,7	6	1,9	318	100

Nhận xét: Chiều dài trẻ sơ sinh chủ yếu trong giới hạn bình thường và chiều dài trẻ sơ sinh sau đẻ không có mối liên quan đến chỉ số khối cơ thể của mẹ ($p > 0,05$).

Bảng 3.7. Mối liên quan chỉ số BMI của sản phụ trước khi sinh với cân nặng của trẻ sau đẻ

CN trẻ (g)	< 2500		2500 ÷ 3000		> 3000 ÷ 4000		> 4000		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
BMI mẹ										
< 18,5	4	6,1	24	36,3	38	57,6	0	0	66	20,8
18,5 ÷ 24,9	4	1,7	47	19,5	190	76,3	6	2,5	241	75,8
> 25	2	18,2	1	9,1	8	72,7	0	0	11	3,4
Tổng	10	3,1	72	22,5	230	72,3	6	1,9	318	100

Nhận xét: Chỉ số BMI của mẹ có ảnh hưởng rõ rệt đến cân nặng của trẻ sơ sinh sau đẻ. Nhóm thai phụ có BMI < 18,5 có 28 trẻ sau đẻ có cân nặng dưới 3000 gram, trong đó có 4 trường hợp suy dinh dưỡng bào thai. Trong nhóm suy dinh dưỡng bào thai có 10 trẻ, thì có tới 4 trường hợp mẹ bị suy dinh dưỡng trường diễn (BMI < 18,5). Mối liên quan giữa cân nặng sơ sinh với BMI của mẹ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.8. Mối liên quan giữa tăng cân trong thai kỳ của sản phụ và cân nặng trẻ sơ sinh

CN trẻ (g)	< 2500		2500 ÷ 3000		> 3000 ÷ 4000		> 4000		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cân nặng tăng										
< 9 kg	2	6,7	11	36,7	17	56,6	0	0	30	9,4
9 ÷ 14 kg	7	3	51	22,1	140	60,6	3	1,3	231	72,6
> 14 kg	1	1,8	10	17,5	43	75,4	3	5,3	57	17,9
Tổng	10	3,1	72	22,6	230	72,3	6	1,9	318	100

Nhận xét: Nhóm tăng cân của mẹ dưới 9 kg có 2 trẻ bị suy dinh dưỡng bào thai (tỷ lệ 6,7%), nhóm tăng cân 9 ÷ 14 kg có 7 trẻ bị thấp cân (tỷ lệ 3%).

- Cả 6 trẻ sau đẻ có cân nặng cao (trên 4000 gram) đều nằm trong 2 nhóm các mẹ có tăng cân nặng 9 ÷ 14 kg và trên 14 kg.

- Chưa thấy mối liên quan giữa tăng cân của các bà mẹ trong thời kỳ mang thai với cân nặng sơ sinh sau đẻ.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi của sản phụ: Tuổi trung bình của các phụ sản trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,4,

tương tự kết quả nghiên cứu của Văn Quang Tân [5], độ tuổi sinh đẻ tại Bình Dương là 28,3. Như đã biết trước 20 tuổi đang là thời kỳ cơ thể đang phát triển và hoàn thiện, kiến thức về sức khỏe sinh sản còn nhiều hạn chế, sinh con trong độ tuổi này rất nhiều nguy cơ cho mẹ (như băng huyết, stress,...) và cho con (thai suy dinh dưỡng, đẻ non, thai lưu...). Trong nghiên cứu này có 13,8% phụ nữ có độ tuổi dưới 21, đặc biệt có 6 phụ nữ (chiếm 1,9%) có độ tuổi dưới 18.

Tăng cân trong thai kỳ: trong nghiên cứu của chúng tôi đa số có mức tăng cân theo

khuyến nghị trong thời gian mang thai chiếm nhiều nhất với 231 người (chiếm 72,6%), tỷ lệ tăng trên 14 kg cũng tương đối cao, gấp 17,9%, tăng dưới 9 kg có tỷ lệ thấp nhất là 9,5%, cân nặng tăng trung bình: $11,60 \pm 2,74$, tăng ít nhất là 5kg, và cao nhất là 20kg. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước đó như: theo Shankar AH và cộng sự tại Indonesia năm 2008 cho thấy 79% PNCT nước này không đạt mức tăng cân theo khuyến nghị và số cân tăng trung bình trong thai kỳ vào khoảng 8,3 kg. So với các nghiên cứu trước đó trong nước, kết quả của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu trước như: Nghiên cứu tại Phú Thọ cho thấy tăng cân trung bình trong thời gian mang thai là 8,1 kg [6]. Theo nghiên cứu của Lê Thị Hợp và Nguyễn Đỗ Huy năm 2012 tại Bắc Giang [2], mức tăng cân trong 9 tháng mang thai là 8,4 kg.

Cân nặng trẻ sơ sinh: Cân nặng trung bình $3239,5 \pm 376,8$ gram, cân nặng nhỏ nhất 1400g cân nặng lớn nhất 4500gram. Cân nặng trung bình cao hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Hợp và Nguyễn Đỗ Huy năm 2012 tại Bắc Giang cân nặng sơ sinh trung bình là 2922 g. Tỷ lệ cân nặng sơ sinh thấp cân dưới 2500 gram của chúng tôi (3,1%) thấp hơn hẳn so với các nghiên cứu trước đó: nghiên cứu của Lê Thị Hợp và Nguyễn Đỗ Huy [2]. Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân khá cao (10,8%), của Văn Quang Tân nghiên cứu thuần tập trên 945 phụ nữ mang thai tại tỉnh Bình Dương [5], tỷ lệ trẻ sơ sinh nhẹ cân là 9,7%. Sự khác biệt có thể là vì nghiên cứu của chúng tôi tại Hà Nội, trong khi nghiên cứu khác diễn ra tại các tỉnh trung du miền núi.

Chiều dài của trẻ sơ sinh: Chiều dài sơ sinh trung bình là $50,46 \pm 1,4$ cm, tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trước đó, nghiên cứu của Lê Thị Hợp và Nguyễn Đỗ Huy năm 2012 [2] chiều cao sơ sinh trung bình là 48,6 cm. Trong nghiên cứu của chúng tôi: chiều dài trẻ sơ sinh chủ yếu trong giới hạn bình thường và chiều dài trẻ sơ sinh sau đẻ không có mối liên quan đến chỉ số khối cơ thể của mẹ.

Năng lượng trưởng diễn: Thiếu năng lượng trưởng diễn (khái niệm dùng để chỉ tình trạng người trưởng thành có chỉ số khối cơ thể BMI dưới 18,5) của các bà mẹ có 66 trường hợp (chiếm 20,8%). Tỷ lệ suy dinh dưỡng trưởng diễn ở các nước khác còn cao như: Bangladesh và Ấn Độ là hai quốc gia có tỷ lệ thiếu năng lượng trưởng diễn cao nhất, lần lượt là 30 và 36%. Tuy nhiên tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn so với nhiều nghiên cứu trong nước trước đó, như báo cáo

của Huỳnh Nam Phương năm 2005 [6]: tỷ lệ thiếu năng lượng trưởng diễn 40% tại Phú Thọ; 31% tại Nam Trung bộ. Trong khi nghiên cứu của Lê Thị Hợp và Nguyễn Đỗ Huy năm 2012 tại Bắc Giang[2], tỷ lệ thiếu năng lượng trưởng diễn của phụ nữ trước khi mang thai là 33,6%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn có thể do các nghiên cứu trên tiến hành ở thời gian về trước, điều kiện kinh tế và chăm sóc y tế không tốt như hiện nay. Bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành tại Hà Nội, trong khi các nghiên cứu khác được tiến hành nhiều tỉnh thành khác. Tình hình thiếu năng lượng trưởng diễn ở phụ nữ tuổi sinh đẻ ở trung du miền núi cao hơn hẳn so với các tỉnh đồng bằng. Nhìn các kết quả nghiên cứu trên theo các năm, cho thấy sự cải thiện tình trạng thiếu năng lượng trưởng diễn ở phụ nữ có thai chưa cải thiện nhiều (tỷ lệ trên 20%). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 (chiếm 3,4%) phụ nữ có tình trạng thừa cân-béo phì.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ tăng cân trong thai kỳ từ 9-14kg theo nhu cầu khuyến nghị đạt tỷ lệ 72,6%.
- Tình trạng thiếu năng lượng trưởng diễn ở sản phụ có tỷ lệ 20,8%.
- Cân nặng trung bình của sơ sinh là 3239,5gram.
- Chiều dài sơ sinh trung bình là 50,46 cm
- Tỷ lệ suy dinh dưỡng bào thai thấp 3,1%
- Không thấy mối tương quan giữa chỉ số khối cơ thể với chiều dài của trẻ sơ sinh; giữa tăng cân của các bà mẹ trong thời kỳ mang thai với cân nặng sơ sinh sau đẻ.
- Có mối liên quan giữa cân nặng sơ sinh với BMI của mẹ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

KHUYẾN NGHỊ

Cần thiết phải quản lý thai phụ, quan tâm đến vấn đề tư vấn về bổ sung dinh dưỡng và năng lượng hợp lý trong giai đoạn trước sinh để đảm bảo cho trẻ sơ sinh khỏe mạnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thế Nội (2009), 'Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu ở phụ nữ có thai và một số yếu tố ảnh hưởng', *Tạp chí DD&TP*, Tập 5 (1). Tr 27-30.
2. Lê Thị Hợp, Nguyễn Đỗ Huy (2012), "Một số yếu tố liên quan đến cân nặng và chiều dài trẻ sơ sinh tại 4 xã miền núi, tỉnh Bắc Giang" *Tạp chí DD&TP- Tập 8 - số 3 - Tháng 7 năm 2012*
3. Lê Thị Thanh Hoa, Lê Thị Hương, Nguyễn Thị Thanh Tâm (2014), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của phụ nữ mang thai huyện Duy Tiên, tỉnh Hà Nam năm 2014" *Tạp chí DD&TP/Tập 10 - số 4 - Tháng 12 năm 2014*.

4. **Hồ Thu Mai (2013)**, "Hiệu quả của truyền thông giáo dục và bổ sung viên sắt/Folic đối với tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu của phụ nữ 20-35 tuổi tại 3 xã huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình", *Luận án tiến sĩ dinh dưỡng*, Viện Dinh dưỡng năm 2013.
5. **Văn Quang Tân, Lê Thị Hợp (2012)**, "Thực trạng dinh dưỡng của bà mẹ và chiều dài cân nặng của trẻ sơ sinh tại tỉnh Bình Dương năm 2012" *Tạp chí DD&TP - Tập 10 - số 4 - Tháng 12 năm 2014*.
6. **Phuong, H.N, et al., (2005)**, *Final report: Integrated Nutrition for improving Birth Weight project and improving nutrition status of Premarital aged women project*. Vietnam Nutrition Association: Hanoi- Vietnam.
7. **ACC/SCN: Lindsay H A, Stuart R G (2001)**, "What work? A review of the efficacy and effectiveness of Nutrition intervention ACC/SCN", *Nutrition policy paper no.19 ADB nutrition and development series no .5 united nation administrative committee on coordination, sub – committee on nutrition in collaboration with the Asian development Bank*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ TUYẾN GIÁP GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hậu*, Trần Thị Hậu*, Lê Thị Hằng*

TÓM TẮT²⁴

Mục tiêu: nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** 122 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 11/2014 đến tháng 01/2017, phương pháp mô tả tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 42.39; thường gặp dưới 45 tuổi chiếm 62.3%, nữ/nam: 5.78/1, khám sức khỏe định kỳ 68%; u thủy phẩu tuyến giáp chiếm 38,5%; Trên siêu âm: u đơn độc 82%, kích thước < 1cm chiếm 49,2%, giảm âm, TIRADS 4 chiếm 73.8%. Chọc hút tế bào tỉ lệ dương tính 58.2%. Mô bệnh học ung thư tuyến giáp chủ yếu là thể nhú chiếm 89,3%. **Kết luận:** tuổi hay gặp dưới 45 tuổi, nữ nhiều hơn nam; Siêu âm và chọc hút tế bào có vai trò quan trọng trong chẩn đoán; Mô bệnh học thể nhú chiếm đa số.

Từ khóa: lâm sàng, cận lâm sàng, ung thư tuyến giáp.

SUMMARY

THE CLINICAL, SUBCLINICAL FEATURES AND HISTOPATHOLOGY OF THE EARLY-STAGE THYROID CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: to evaluate the clinical, subclinical features and histopathology of the early-stage thyroid cancer was treated at Hanoi Medical University Hospital. **Method:** 122 patients with thyroid cancer operated in Ha Noi medical university hospital from 11/2014 to 01/2017, the prospective descriptive study. **Results:** The mean of age 42.39; commonly under 45 years old, 62.3%, female/male: 5.78/1, health examination patients find the disease 68%; right thyroid gland tumors 38.5%. Ultrasound: single tumor 82%; tumor size <1cm 49.2%; TIRADS 4 73.8%; fine

needle aspiration cytology, positive result 58.2%. Papillary thyroid cancer is the most common type 89.3% **Conclusions:** age most seen under 45, female > male, ultrasound and FNA has an important role in the diagnosis, papillary carcinoma is the most common.

Key words: clinical, subclinical features, thyroid cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến giáp chiếm 1-2% trong tất cả các loại ung thư nhưng chiếm đến 90% ung thư của các tuyến nội tiết[1],[2]. Ung thư tuyến giáp bao gồm: ung thư tuyến giáp thể biệt hóa, thể tủy và thể không biệt hóa. Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa chiếm tỉ lệ 90-95% trong tổng số ung thư tuyến giáp với 80-85% là ung thư tuyến giáp thể nhú, 5-10% ung thư tuyến giáp thể nang. Ung thư tuyến giáp thể tủy chiếm 5% trong tổng số ung thư tuyến giáp, thể không biệt hóa chiếm <1%. Ung thư tuyến giáp thể biệt hóa tiến triển chậm, bệnh nhân thường đến viện ở giai đoạn chưa di căn xa, u tại chỗ và hạch di căn còn có thể cắt bỏ được và tiên lượng tốt. Tỉ lệ sống 10 năm cho bệnh nhân ung thư tuyến giáp thể nhú, thể nang và tế bào Hurthle, thể tủy, thể kém biệt hóa lần lượt là: 93%, 85%, 76%, 75% và 14%. Với mong muốn nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và điều trị, việc nghiên cứu về đặc điểm ung thư tuyến giáp ngày càng được quan tâm. Vì vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư tuyến giáp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 122 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 11/2014 đến tháng 01/2017.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân ung thư

*Bệnh viện trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: hxn86@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

tuyến giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội; Có giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư tuyến giáp; Không phát hiện di căn hạch bằng thăm khám và siêu âm trước phẫu thuật; Hồ sơ bệnh án đầy đủ

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Hồ sơ bệnh án không đầy đủ hoặc thất lạc; Giải phẫu bệnh sau mổ không phải ung thư tuyến giáp

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

- *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu

- *Các bước tiến hành:* Lập bệnh án nghiên cứu và lấy số liệu theo các chỉ tiêu.

- *Nhập và xử lý số liệu* bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm lâm sàng

Tuổi và giới

Bảng 1: Tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<45	76	62.3%
>45	46	37.7%
Tuổi trung bình	42.39 ± 11.32	
Giới		
Nam	18	14.8%
Nữ	104	85.2%

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 42.39 ± 11.32, trong đó tỉ lệ Nữ/ Nam : 5.78/1

Lý do vào viện

Bảng 2: Lý do vào viện

LDVV	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tự sờ thấy u vùng cổ	22	18%
Nuốt vướng	16	13.1%
Khàn tiếng	1	0.8%
Khám SK phát hiện u	83	68%
Thời gian TB đến khám	2.86 ± 10.83	

Thời gian trung bình từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi bệnh nhân đến khám là 2.86 ± 10.83, phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh khi khám sức khỏe định kỳ chiếm 68%.

Khám lâm sàng

Bảng 3: Vị trí u trên lâm sàng

Vị trí u	Số lượng	Tỷ lệ %
Không sờ thấy u	36	29.6%
U thùy phải	47	38.5%
U thùy trái	35	28.7%
U eo tuyến giáp	3	2.5%
U hai thùy tuyến giáp	1	0.8%

Khám lâm sàng thường phát hiện u thùy phải tuyến giáp chiếm 38.5%.

2.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Hormon tuyến giáp: Phần lớn bệnh nhân có giá trị xét nghiệm TSH trong giới hạn bình

thường chiếm 88.5%, phần lớn bệnh nhân có nồng độ T3 trong máu tăng chiếm 52.5%, và 85.2% bệnh nhân xét nghiệm T4 trong giới hạn bình thường

Đặc điểm trên siêu âm

Bảng 4: Số lượng u và vị trí u trên siêu âm

Số lượng u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	100	82%
2	15	12.3%
3	7	5.7%
Vị trí u		
Thùy phải	66	54.1%
Thùy trái	49	40.2%
Eo giáp	3	2.5%
U hai thùy tuyến giáp	4	3.3%

Phần lớn bệnh nhân phát hiện 1 u trên siêu âm chiếm 82%; vị trí u thường gặp nhất là thùy phải tuyến giáp chiếm 54.1%.

Kích thước u trên siêu âm

Bảng 5: Đặc điểm kích thước u trên siêu âm

Kích thước u	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<1cm	60	49.2%
1-2cm	45	36.9%
>2cm	17	13.9%

Phần lớn bệnh nhân có u kích thước <1 cm chiếm 49.2%

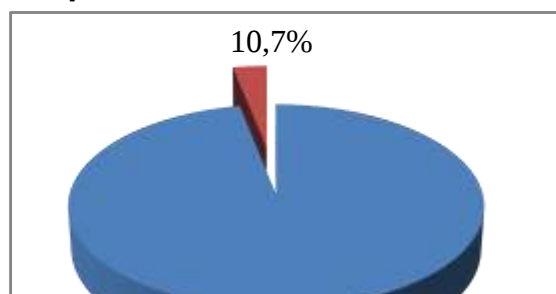
Phân độ TIRADS trên siêu âm

Bảng 6: phân độ TIRADS của u trên siêu âm

TIRADS	3	4	5
Số bệnh nhân	22	90	10
Tỷ lệ %	18%	73.8%	8.2%

Phần lớn bệnh nhân có đặc điểm TIRADS IV trên siêu âm chiếm 73.8%.

Chọc hút tế bào



Biểu đồ 1: Thể mô bệnh học ung thư tuyến giáp. Thể mô bệnh học thường gặp nhất là thể nhú chiếm 89.3%

Bảng 7: Kết quả chọc hút tế bào

	Ung thư	Nghi ngờ	Lành tính
Số bệnh nhân	71	47	1
Tỷ lệ %	58.2%	38.5%	4%

Phần lớn bệnh nhân có xét nghiệm tế bào chẩn đoán là ung thư tuyến giáp chiếm 58.2%

2.3. Kết quả giải phẫu bệnh: Thể mô bệnh học

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng: Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi của bệnh nhân tham gia nghiên cứu từ 20-68 tuổi, tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 42.39 ± 11.32 , phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tuổi < 45 chiếm 62.3%. Tỷ lệ Nữ/ Nam chiếm 5.78/1, tỷ lệ số bệnh nhân nữ tham gia nghiên cứu chiếm 85.2%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu Globocan 2012 ung thư tuyến giáp thường gặp ở nữ nhiều hơn nam, tuy nhiên theo nghiên cứu của Globocan tỷ lệ nữ/nam là 3/1 [1].

Phần lớn bệnh nhân không có triệu chứng trên lâm sàng mà phát hiện bệnh qua thăm khám tình cờ phát hiện chiếm 68%, kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó.

4.2 Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1 Giá trị TSH: Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân có xét nghiệm TSH trong giới hạn bình thường chiếm 88.5%, tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm TSH tăng chỉ chiếm 5%. Điều này khác biệt với nghiên cứu của Jidy Jin tỷ lệ bệnh nhân có xét nghiệm TSH tăng chiếm 65% trong tổng số bệnh nhân ung thư tuyến giáp [4], nghiên cứu của Hay Mart cho thấy tỷ lệ TSH tăng chiếm 52% trong tổng số bệnh nhân ung thư tuyến giáp [5].

4.2.2 Đặc điểm trên siêu âm: Siêu âm phép xác định vị trí, kích thước, số lượng, hình thái và sự xâm lấn khối u tuyến giáp và hạch cổ. Trên hình ảnh siêu âm khối ung thư tuyến giáp thường có các dấu hiệu hình ảnh nhân đặc giảm âm, ranh giới không rõ, có tăng sinh mạch máu, có thể có vôi hóa trong khối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 47.5% bệnh nhân có vi vôi hóa; u là nhân giảm âm chiếm 86.1%; u có ranh giới không rõ chiếm 30.6%. Nghiên cứu của tác giả Lê Công Định tại bệnh viện Bạch Mai năm 2013 có đối chứng giữa siêu âm và kết quả mô bệnh học sau mổ cho thấy 73,7% bệnh nhân ung thư có vi vôi hóa, u là nhân giảm âm chiếm tới 79,8%; 57,89% bệnh nhân ung thư u có ranh giới không rõ.

Theo Breast Imaging Reporting and Data System tỷ lệ phần trăm ác tính tính theo thang điểm TIRADS là TIRADS 3 (<5% ung thư), TIRADS 4 (5-80% ung thư), and TIRADS 5 (>80% ung thư). Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính và độ chính xác lần lượt là: 88, 49, 49, 88, and 94% [6],[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ TIRADS 3, 4, 5 lần lượt là 18%; 73.8%; 8.2%, không có bệnh nhân nào có TIRADS 2.

4.2.3 Chọc hút tế bào: Là xét nghiệm có giá trị cao, cho kết quả nhanh và tương đối an toàn. Có thể làm tế bào học tại u hoặc tại hạch. Thông thường tế bào học tại u có giá trị cao đối với ung thư tuyến giáp thể nhú, và độ nhạy không cao trong ung thư tuyến giáp thể nang. Theo thống kê của tác giả Nguyễn Hoàng Như Nga năm 2002 thống kê trên 284 bệnh nhân tại bệnh viện K cho thấy FNA có độ nhạy 79,54%, độ đặc hiệu 96,71%, độ chính xác 88,3% và giá trị của chẩn đoán dương tính 95,45%. Theo tác giả Lin và cộng sự cho thấy nếu kết hợp cả siêu âm và chọc hút tế bào có thể cho thấy giá trị của chẩn đoán dương tính 96,34%, giá trị của chẩn đoán âm tính là 91,7%, độ đặc hiệu lên tới 99%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ âm tính giả là 4%.

4.3 Kết quả giải phẫu bệnh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, ung thư tuyến giáp thể nhú chiếm tỷ lệ cao nhất 89.3%, sau đó đến thể nang 10.3%, không có bệnh nhân nào thể tủy và thể kém biệt hóa. Tỷ lệ thể nhú cao hơn so với một số nghiên cứu trước đó 80%.

V. KẾT LUẬN

Tuổi mắc bệnh trung bình là, chủ yếu dưới 45 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là :5.78/1. Phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh khi khám sức khỏe định kỳ. Khám thực thể thường sờ thấy u thùy phải tuyến giáp chiếm 38,5%. Trên siêu âm đa số là một khối u, kích thước <1cm, TIRADS 4. Chọc hút tế bào tỷ lệ dương tính 58.2%. Mô bệnh học ung thư tuyến giáp chủ yếu là thể nhú chiếm 89,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie B Max P, Ferly J (2012)**, "Cancer Statistic", GLOBOCAN CA Cancer J Clin tr. 74-108.
2. **Judy Jin et al (2010)**, "The utility of preoperative serum thyroid-stimulating hormone level for predicting malignant nodular thyroid disease", The American Journal of surgery.
3. **Haymart (2008)**, "Higher serum thyroid stimulating hormone level in thyroid nodule patients is associated with greater risks of differentiated thyroid cancer and advanced tumor stage", The journal of clinical endocrinology & metabolism.
4. **Horath et al (2009)**, "An ultrasonogram reporting system for thyroid nodules stratifying cancer risk for clinical management"
5. **MD Corey J. Langer (2013)**, "Prognosis, Treatment, and Kinase Signaling in Thyroid Tumorigenesis", Clinical Option Management of Thyroid Cancer. 171(4), tr. 120-161.
6. **Mc Henry CR (2006)**, "The utility of routine frozen section examination for intraoperative diagnosis of thyroid cancer", Am-J- Surgery 172(6), tr. 658-661.
7. **Huang BY Lin JD, Weng HF (1997)**, "Thyroid ultrasonography with fine needle aspiration cytology for diagnosis thyroid cancer", J Clin Ultrasound 25(3), tr. 111-118.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGẮN HẠN CỦA PHƯƠNG PHÁP LASER NỘI MẠCH TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TĨNH MẠCH HIỂN LỚN MẠN TÍNH

Bùi Văn Dũng¹, Nguyễn Minh Đức¹, Đặng Thị Việt Hà²,
Nguyễn Trung Anh¹, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,2}, Phạm Thắng¹

TÓM TẮT²⁵

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị laser nội mạch trong suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp không có nhóm chứng trên 38 bệnh nhân với 46 chân (tương đương 46 tĩnh mạch hiển lớn) được điều trị laser nội mạch và theo dõi sau laser một tháng. **Kết quả:** Sau điều trị 1 tháng tỉ lệ thành công trên lâm sàng đạt 100% (hết hoặc giảm các triệu chứng). Trên siêu âm Doppler tỷ lệ thành công đạt 95,65% (tĩnh mạch tắc hoàn toàn không còn dòng trào ngược). Tỉ lệ thành công tương đối là 4,35% (tĩnh mạch tắc không hoàn toàn nhưng dòng trào ngược còn dưới 0,5 giây). Không có trường hợp nào bị thất bại. Một số tác dụng phụ ở mức độ nhẹ như căng đau dọc đoạn laser, bầm tím trên da. Không có biến chứng nặng nề. **Kết luận:** phương pháp điều trị laser nội mạch là thủ thuật ít xâm lấn, an toàn, hiệu quả cao, nên được áp dụng rộng rãi trong điều trị suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính.

Từ khóa: suy tĩnh mạch, laser nội mạch.

SUMMARY

SHORT-TERM RESULTS OF ENDOVENOUS LASER THERAPY IN THE TREATMENT OF CHRONIC GREAT SAPHENOUS VEIN INSUFFICIENCY

Objective: to assess the efficacy of endovenous laser treatment in chronic great saphenous vein insufficiency. **Subjects and Methods:** An intervention study without a control group included of 38 patients (46 limbs) treated with Laser therapy and one-month follow-up. **Results:** After one-month treatment, the results showed that, the clinical success rate was 100% (off or reduced symptoms). On Doppler Ultrasound: the success rate was 95.65% (completely obstructed vein without reflux flow). The relatively successful rate was 4.35% (incompletely obstructed vein with reflux flow was less than 0.5 seconds). There were no failure cases. Some mild side effects such as pain along the treated areas, bruising of the skin. There were not severe complications after intervention. **Conclusion:** endovenous laser treatment is a minimally invasive procedure, safe, highly effective, and should be widely used in the treatment of chronic great saphenous veins insufficiency.

Key words: Chronic venous insufficiency, endovenous laser treatment

¹Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Dũng

Email: dungtmvkl@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính là bệnh lý tương đối phổ biến trong cộng đồng dân cư với tỷ lệ mắc càng ngày càng gia tăng. Bệnh thường gặp hơn ở người cao tuổi đặc biệt là phụ nữ. Biểu hiện lâm sàng rất phong phú, có thể không gây ra triệu chứng gì, chỉ ảnh hưởng về mặt thẩm mỹ hoặc có thể có các biểu hiện nặng chân, chuột rút về đêm, đau chân, phù ở chân, nhiễm sắc tố da, xơ hóa da chân, eczema... và nặng hơn là loét da, tắc mạch điều trị rất khó khăn và chi phí điều trị cao [2].

Hiện nay trên thế giới đã áp dụng nhiều biện pháp điều trị khác nhau đối với suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính: đơn độc hoặc phối hợp tùy theo mức độ trầm trọng của bệnh và nhu cầu của người bệnh. Các biện pháp không dùng thuốc chỉ có tác dụng làm hạn chế các triệu chứng và làm chậm tiến triển của bệnh. Khi bệnh đến giai đoạn nặng hơn thì phải sử dụng các biện pháp điều trị can thiệp khác. Phương pháp điều trị can thiệp cổ điển có tính xâm lấn cao, có thể có các biến chứng do gây mê, phẫu thuật, để lại sẹo [3]. Ngày nay đã có những phương pháp điều trị mới, trong đó laser nội mạch là phương pháp ít xâm lấn, thời gian hồi phục nhanh, ít biến chứng [4]. Ở các nước phát triển, những phương pháp mới này đã được áp dụng từ gần 2 thập kỷ nay và có nhiều nghiên cứu đã chứng minh tính hiệu quả, ưu việt của nó. Tuy nhiên tại Việt Nam, những đây là phương pháp điều trị còn khá mới mẻ, chỉ bắt đầu áp dụng vài năm gần đây ở một số cơ sở y tế lớn và còn ít nghiên cứu về vấn đề này. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn của phương pháp laser nội mạch trong điều trị suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính tại Bệnh viện Lão khoa trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên được khám, chẩn đoán suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính và được điều trị bằng phương pháp laser nội mạch tại Bệnh viện Lão khoa Trung Ương trong thời gian từ tháng 01/2014 đến tháng 12/2014.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân ≥ 50 tuổi được chẩn đoán suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính với các tiêu chuẩn sau: lâm sàng có một hoặc nhiều các triệu chứng cơ năng của suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính (tức nặng chân, đau chân, ngứa chân, chuột rút về đêm, tê chân, cảm giác bỏng rát, kim châm...) [2], triệu chứng thực thể (suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính theo phân độ lâm sàng CEAP (Clinical-Etiology-Anatomical- Pathophysiology) từ C2 đến C6), hình ảnh siêu âm Doppler mạch có vị trí tổn thương là các tĩnh mạch hiển lớn có đặc điểm thời gian dòng trào ngược tại thân tĩnh mạch > 1 giây, đường kính thân tĩnh mạch $\geq 5\text{mm}$; tĩnh mạch nằm sâu cách mặt da $\geq 3\text{mm}$, tĩnh mạch có đường đi tương đối thẳng; bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có huyết khối tĩnh mạch sâu và/ hoặc nồng cấp tính; có bệnh lý gây rối loạn đông máu; bị dị dạng mạch máu bẩm sinh như rò động tĩnh mạch...; bệnh lý động mạch ngoại vi; Chỉ số cổ chân/cánh tay (ABI) $< 0,8$; đang trong tình trạng nhiễm trùng hay đang sốt; tiền sử dị ứng với thuốc gây tê hay dị ứng với nhiều loại thuốc khác; bị suy cả tĩnh mạch khác ở chân (tĩnh mạch hiển bé, tĩnh mạch sâu, tĩnh mạch xuyên) ngoài tĩnh mạch hiển lớn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp không đối chứng, chọn mẫu thuận tiện. Biến số nghiên cứu: Thông tin chung về đối tượng: họ tên, tuổi, giới; triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị 1 tháng (tức nặng chi dưới, đau chi dưới, phù chân, chuột rút về đêm, ngứa chân, triệu chứng khác: nóng rát, tê, kim châm...); phân độ CEAP trước và sau điều trị 1 tháng; thang điểm độ nặng lâm sàng (VCSS) trước và sau điều trị 1 tháng; vị trí tĩnh mạch hiển lớn được điều trị laser; hình ảnh búi giãn tĩnh mạch nông; chiều dài đoạn tĩnh mạch điều trị laser, năng lượng laser sử dụng trong điều trị; hiệu quả gây tắc đoạn tĩnh mạch điều trị laser (đoạn đùi) sau điều trị 1 tháng; đường kính tĩnh

mạch trước điều trị và sau điều trị 1 tháng; thời gian dòng trào ngược tĩnh mạch trước điều trị và sau điều trị 1 tháng; các tác dụng phụ và biến chứng ghi nhận trong vòng 1 tháng sau điều trị (Đau, bầm tím trên da tại chỗ chọc kim và dọc tĩnh mạch, rối loạn sắc tố da -thâm da, bỏng da, dị cảm da chân, viêm mô vị trí chọc kim, phản ứng thuốc gây tê: dị ứng, shock, huyết khối tĩnh mạch sâu, huyết khối tĩnh mạch sâu gây thuyên tắc động mạch phổi, nhiễm khuẩn huyết, khác..)

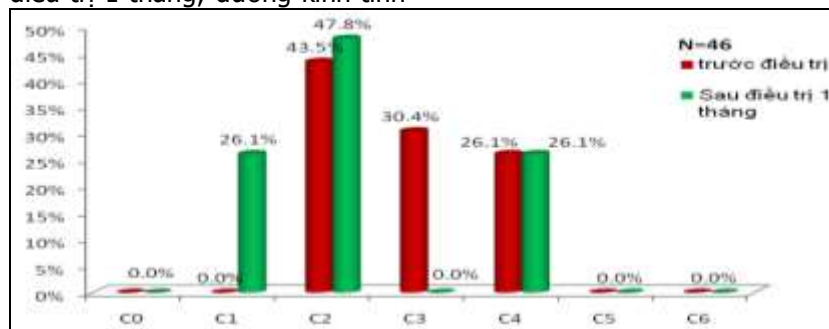
2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán: tính tỷ lệ phần trăm, tính giá trị trung bình. Sử dụng test χ^2 để phân tích mối liên quan giữa các biến, T-test để so sánh giá trị trung bình. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu là 38 bệnh nhân với 46 chân (tương đương 46 tĩnh mạch hiển lớn) được điều trị laser. Tuổi trung bình là $58,9 \pm 8,3$ tuổi, dao động từ 50 – 86 tuổi. Đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ giới (73,7%), tỷ lệ nữ/nam là 2,8/1. Chiều dài đoạn tĩnh mạch được điều trị laser trung bình là $29,6 \text{ cm} \pm 6,3$, ngắn nhất là 19cm và dài nhất là 44cm. Mức năng lượng laser dùng cho 1 cm tĩnh mạch trung bình là $67,5 \text{ J/cm}$ ($53-82 \text{ J/cm}$).

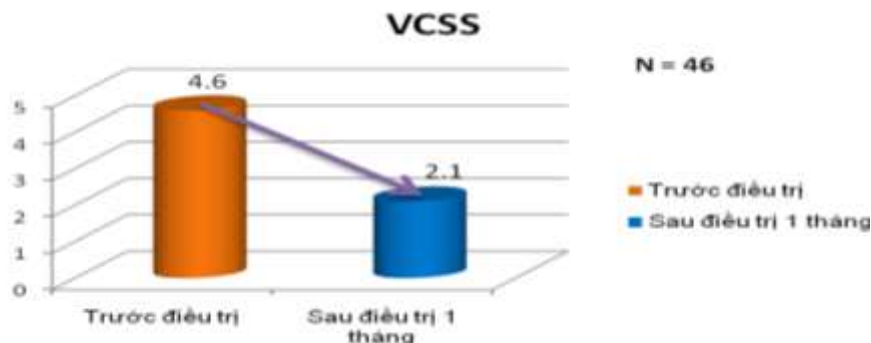
3.2. Đánh giá kết quả điều trị ngắn hạn của phương pháp Laser nội mạch trong điều trị suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính

Thay đổi trên lâm sàng sau điều trị: Sau điều trị 1 tháng các triệu chứng đều giảm: tức nặng chân giảm từ 100% xuống còn 78,3%, đau chi dưới giảm từ 50% xuống còn 26,1%, phù chân giảm từ 47,8% xuống còn 8,7%, chuột rút giảm từ 89,1% xuống còn 10,9, ngứa chân giảm từ 23,9% xuống còn 4,3. Các triệu chứng khác (tê, nóng rát, kim châm...) giảm từ 43,5% xuống còn 2,2%.

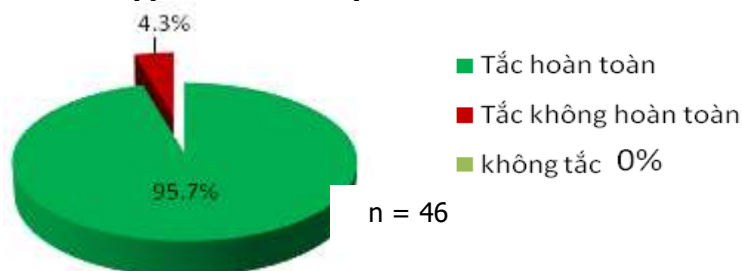


Biểu đồ 1. Thay đổi phân độ CEAP trước và sau laser 1 tháng

Sau 1 tháng điều trị theo phân độ CEAP, tỷ lệ nhóm C3 giảm từ 30,4% xuống còn 0%, độ C2 từ 43,5% tăng thành 47,8% và C1 từ không có chân nào tăng thành 26,1%. Số chân ở mức độ nặng C4 chiếm 26,1% không giảm sau 1 tháng điều trị.

**Biểu đồ 2. Thay đổi thang điểm độ nặng lâm sàng sau điều trị**

Sau 1 tháng điều trị, VCSS trung bình giảm 54,3% số điểm so với trước điều trị, từ $4,6 \pm 1,6$ điểm xuống còn $2,1 \pm 0,9$ điểm. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Thay đổi trên siêu âm Doppler sau điều trị**Biểu đồ 3. Hiệu quả gây tắc tĩnh mạch sau điều trị 1 tháng**

Sau 1 tháng điều trị hiệu quả gây tắc tĩnh mạch: 95,7% đạt kết quả rất tốt; 4,3% đạt kết quả tương đối tốt; không có trường hợp nào thất bại.

Sự thay đổi phân nhóm tĩnh mạch theo thời gian dòng trào ngược

Bảng 1. Đặc điểm phân nhóm tĩnh mạch theo thời gian dòng trào ngược (N=46)

Vị trí TM	Phân nhóm TM theo thời gian dòng trào ngược	Trước điều trị		Sau điều trị 1 tháng	
		n	%	n	%
Đoạn đùi (được điều trị laser)	Không có dòng trào ngược	0	0	44	95,7%
	$0 < \text{Dòng trào ngược} \leq 0.5s$	0	0	2	4,3%
	$0.5 < \text{Dòng trào ngược} < 1s$	0	0	0	0
	Dòng trào ngược $\geq 1s$	46	100%	0	0
	Tổng	46	100%	46	100%
Đoạn cẳng chân (không điều trị laser)	Không có dòng trào ngược	4	8,7%	9	19,6%
	$0 < \text{Dòng trào ngược} \leq 0.5s$	2	4,4%	12	26,1%
	$0.5 < \text{Dòng trào ngược} < 1s$	7	15,2%	7	15,2%
	Dòng trào ngược $\geq 1s$	33	71,7%	18	39,1%
	Tổng	46	100%	46	100%

Phân nhóm tĩnh mạch theo thời gian dòng trào ngược tại đoạn đùi: Trước điều trị 46/46 tĩnh mạch có dòng trào ngược ≥ 1 giây, sau 1 tháng điều trị có 95,7% đạt kết quả rất tốt (không còn dòng trào ngược), 4,3% đạt kết quả tương đối tốt (còn dòng trào ngược nhưng thời gian $< 0,5$ giây). Không có trường hợp nào thất bại (còn dòng trào ngược $> 0,5$ giây). Tại đoạn cẳng chân: Số tĩnh mạch có dòng trào ngược ≥ 1 giây giảm từ 71,7% xuống còn 39,1%. Số tĩnh mạch không có dòng trào ngược tăng từ 8,7% lên thành 19,6%. Số tĩnh mạch có $0,5 < \text{dòng trào ngược} < 1s$ giữ nguyên tỷ lệ 15,2%.

Bảng 2. Đường kính và thời gian dòng trào ngược của tĩnh mạch trước và sau điều trị

Vị trí TM	N = 46		Trước điều trị	Sau ĐT 1 tháng	P
	Chỉ số		$\bar{X} \pm SD$		
Đoạn đùi (laser)	Đường kính tĩnh mạch (mm)	Tại quai	10,1 ± 1,8	7,8 ± 1,3	< 0,001
		Tại giữa đùi	6,9 ± 1,1	5,5 ± 1,0	< 0,001
		Tại ngang gối	7,0 ± 1,4	5,1 ± 1,1	< 0,001
	Thời gian dòng trào ngược tĩnh mạch (s)		3 ± 1,8	0,01 ± 0,07	< 0,001
Đoạn cẳng chân (Không laser)	Đường kính tĩnh mạch (mm)		4,1 ± 1,3	3,4 ± 1,0	< 0,001
	Thời gian dòng trào ngược (s)		1,4 ± 0,9	0,7 ± 0,6	< 0,001

Ở đoạn tĩnh mạch hiển lớn được điều trị laser sau 1 tháng điều trị đường kính tĩnh mạch tại các vị trí đều giảm: tại quai tĩnh mạch giảm 22,8% so với trước điều trị; tại giữa đùi giảm 20,3%, tại ngang gối giảm 27,1%, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Thời gian dòng trào ngược trung bình giảm từ 3 giây xuống gần như không còn là 0,01 giây, đoạn tĩnh mạch hiển lớn phía dưới không điều trị laser sau 1 tháng đường kính tĩnh mạch cũng giảm 16,5%, thời gian dòng trào ngược trung bình giảm từ 1,4 giây xuống 0,7 giây, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả điều trị sau 1 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thành công trên lâm sàng (kết quả tốt và rất tốt) đạt được ở 100%. Các triệu chứng đều giảm đáng kể so với trước điều trị. Kết quả này tương đương với tỷ lệ giảm triệu chứng sau điều trị 1 tháng trong nghiên cứu tại Việt Nam (95%) [5].

CEAP là phân độ lâm sàng được sử dụng phổ biến nhất trong các nghiên cứu về suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính. Tuy có một số nhược điểm như phụ thuộc hoàn toàn vào quyết định của bác sĩ khi thăm khám, không phản ánh được nhu cầu cũng như tính cấp thiết phải điều trị, thiếu chính xác khi đánh giá sự tiến triển của bệnh nhưng chúng tôi vẫn sử dụng phân độ CEAP để đánh giá bởi tính thuận tiện của phân độ này. Trong nghiên cứu của chúng tôi sau 1 tháng điều trị phân độ C3 giảm nhiều nhất, sau đó là phân độ C2, độ C1 từ không có chân nào tăng thành 26,1% do có 10,8% từ C3 và 15,2% từ C2 chuyển thành C1. Số chân độ C4 trước và sau điều trị 1 tháng không thay đổi. Các chi ở mức độ C4 trong nghiên cứu đều là rối loạn sắc tố da dạng thâm. Đó là biến chứng lâu dài mà bệnh gây ra, do vậy 1 tháng sau điều trị là thời gian quá ngắn để có thể nhận thấy sự thay đổi của

hình ảnh biến chứng này và cần phải có thời gian theo dõi nhiều hơn.

Thang điểm độ nặng suy tĩnh mạch trên lâm sàng VCSS ra đời đã khắc phục được các nhược điểm của phân độ lâm sàng CEAP. Chúng tôi nhận thấy rằng trong nghiên cứu, đánh giá theo phân độ lâm sàng CEAP thì nhóm bệnh nhân C4 không giảm tỉ lệ so với trước điều trị, nhưng sử dụng thang điểm VCSS thì điểm VCSS trung bình giảm có ý nghĩa thống kê 54,3% so với trước điều trị. Đó chính là lí do thang điểm VCSS được sử dụng để đánh giá phối hợp với phân độ CEAP.

Hiệu quả gây tắc đoạn tĩnh mạch sau điều trị 1 tháng cho thấy 95,7% đạt kết quả rất tốt; 4,3% đạt kết quả tương đối tốt; không có trường hợp nào thất bại. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả các báo cáo khác trên thế giới về điều trị suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính bằng laser nội mạch: năm 2001 báo cáo 90 ca tĩnh mạch hiển lớn điều trị với laser 810nm tại Mỹ, tỉ lệ thành công sau 6 tháng là 96% và sau 2 năm là trên 90% [6]. Nghiên cứu tại Việt Nam năm 2008-2009 điều trị 95 chân, trong đó 80 bệnh nhân kết quả thành công sau 1 tháng điều trị là 100%.

Hiệu quả của điều trị cũng được chúng tôi khẳng định thông qua đánh giá sự thay đổi các chỉ số siêu âm của đoạn tĩnh mạch hiển lớn còn lại phía dưới không can thiệp laser. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu tại Pháp [7].

Tại đoạn tĩnh mạch hiển lớn được điều trị laser sau 1 tháng, đường kính tĩnh mạch tại các vị trí đều giảm có ý nghĩa thống kê. Thời gian dòng trào ngược trung bình giảm xuống gần như không còn là 0,01 giây, đoạn tĩnh mạch hiển lớn phía dưới không điều trị laser sau 1 tháng đường kính tĩnh mạch cũng giảm có ý nghĩa thống kê. Khi một tĩnh mạch bị tắc hoàn toàn, tổ chức bên trong lòng mạch thay vì còn dòng chảy và ứ đọng thì đã bị lấp tắc đầy bởi huyết khối và tổ chức xơ, ứ đọng không xếp. Cùng với thời gian, những tổ chức này dần bị tiêu đi, xơ hóa, lòng

tĩnh mạch co nhỏ lại và cuối cùng biến tĩnh mạch đó chỉ còn là sợi xơ nhỏ dưới da. Các nghiên cứu khác trên thế giới đều cho thấy siêu âm sau 1 tháng tĩnh mạch bị tắc hoàn toàn, không có phổ dòng chảy, sau 3 tháng kích thước tĩnh mạch nhỏ hơn so với trước, sau 1 năm tĩnh mạch teo nhỏ.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp điều trị laser nội mạch là một thủ thuật ít xâm lấn, an toàn, chỉ cần gây tê cục bộ, thời gian điều trị nhanh, tỉ lệ thành công cao, hồi phục nhanh, rất hiếm có biến chứng, tính thẩm mỹ cao, nên được áp dụng rộng rãi trong điều trị suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Beebe-Dimmer J.L. (2005). "The epidemiology of chronic venous insufficiency and varicose veins". *Ann Epidemiol*, 15, 84-175

2. Đặng Hanh Đệ (2011). "Suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới. Bệnh lý mạch máu cơ bản". *NXB Giáo dục Việt Nam*. 112-116.
3. Adam Howard, Dominic P.J. Howard, Alun H. Davies, (2009). "Surgical treatment of the incompetent saphenous vein". *Handbook of venous disorders*, p. 400 – 406.
4. Mark H, Meissner, Pannier F (2007). "Primary chronic venous disorders". *J Vasc sur*, 46, 54-65.
5. Hồ Khánh Đức, Nguyễn Văn Việt Thành*, Phan Thanh Hải (2008-2009). "Điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp laser nội tĩnh mạch với laser diode bước sóng 810nm". *YhocTP.HoChiMinh*, 14, 168-173
6. Min R, Zimmet S, Isaacs M, Forrestal M (2001). "Endovenous lasertreatment of the incompetent greater saphenous vein". *JVasc Interv Radiol*, 12: 1167-71
7. Gerard JL, Desgranges P, Becquemin J (2002). "Feasibility of endovenous laser for the treatment of greater saphenous varicose veins: one month outcome in a series of 20 outpatients". *J Mal Vasc*, 27, 5- 222

CÔNG TÁC CHĂM SÓC, PHÒNG CHỐNG RỐI LOẠN DINH DƯỠNG LIPID VÀ CÁC BỆNH MẠN TÍNH KHÔNG LÂY TẠI HUYỆN TƯƠNG DƯƠNG TỈNH NGHỆ AN NĂM 2014

Lương Văn Phùng*, Vũ Minh Hải**

DISEASES IN TUONG DUONG DISTRICT, NGHE AN IN 2014

Objective: Evaluating the care, prevention of lipid disorders and chronic non-contagious diseases of in Tuong Duong district, Nghe An province in 2014. **Methods:** cross sectional survey. **Results:** Most of the people did not know the consequences of blood lipid disorders. 100% of district health care staff were in need of training in management of patients with lipid disorders. Local authorities had no steering committee or document concerning blood lipid disorder prevention. **Conclusion:** The medical professionals and local government need to integrate and coordinate activities of lipid disorder and chronic non-contagious disease prevention into local medical plans

Keyword: blood lipid disorders, hyperlipidemia, hypercholesterolemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với nền kinh tế mở cửa, phát triển theo cơ chế thị trường, đời sống của nhân dân ta đã được cải thiện rõ rệt, tỷ lệ thiếu dinh dưỡng đã giảm xuống đáng kể. Tuy nhiên tỷ lệ các bệnh mạn tính như thừa cân béo phì, đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh tim mạch... xu hướng ngày càng gia tăng [1]. Các bệnh mạn tính liên quan chặt chẽ tới tình trạng dinh dưỡng - lipid đó là đái tháo đường typ 2, bệnh tim mạch, tăng

TÓM TẮT²⁶

Mục tiêu: Đánh giá công tác chăm sóc, phòng chống rối loạn dinh dưỡng lipid và các bệnh mạn tính không lây tại huyện Tương Dương tỉnh Nghệ An năm 2014. **Phương pháp:** mô tả có phân tích qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Hầu hết người dân không biết về hậu quả của rối loạn lipid máu. 100% cán bộ y tế và cán bộ ban ngành tuyến huyện và xã đều có nhu cầu được tập huấn về quản lý và chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu. Địa phương chưa có ban chỉ đạo hay văn bản về phòng bệnh rối loạn lipid máu. **Kết luận:** Các cấp y tế và chính quyền huyện Tương Dương cần lồng ghép, phối hợp các hoạt động phòng chống rối loạn dinh dưỡng lipid và các bệnh không lây nhiễm vào các kế hoạch triển khai công tác Y tế tại địa phương.

SUMMARY

CARE, PREVENTION OF LIPID DISORDERS AND CHRONIC NON-CONTAGIOUS

*Bệnh viện Tương Dương, Nghệ An

**Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2017

Ngày duyệt bài: 30.5.2017

huyết áp. Rối loạn chuyển hoá lipid máu là nguyên nhân dẫn tới xơ động mạch [2].

Ở Việt Nam chưa có số liệu đầy đủ về tình trạng dinh dưỡng - lipid ở người trưởng thành, mới chỉ có các nghiên cứu lẻ tẻ về tình trạng rối loạn lipid máu, chủ yếu là các nghiên cứu trên bệnh nhân trong bệnh viện. Đặc biệt chưa có các nghiên cứu một cách hệ thống trên cộng đồng. Trong giai đoạn hiện nay, Việt Nam có những thay đổi về kinh tế - xã hội, chế độ ăn, lối sống có nhiều thay đổi. Điều đó đã tác động tới mô hình bệnh tật và "những vấn đề sức khoẻ mới nảy sinh" cần được theo dõi, đánh giá kịp thời. Chính vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu "*Công tác phòng, chống rối loạn dinh dưỡng Lipid và các bệnh mạn tính không lây tại 2 xã của huyện Tương Dương tỉnh Nghệ An năm 2014*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại hai xã của huyện Tương

Dương là xã Yên Na và xã Thạch Giám từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2014.

- Xã Thạch Giám đại diện cho vùng ngoài là vùng có điều kiện đường xá giao thông đi lại thuận tiện. Nghề nghiệp chủ yếu là lao động tự do (làm nê, làm thuê, làm vườn buôn bán nhỏ lẻ..).

- Xã Yên Na đại diện cho vùng trong là vùng sâu, xa, điều kiện đường xá giao thông đi lại khó khăn. Điều kiện kinh tế khó khăn, lạc hậu, công việc chính của người dân là làm rẫy xa nhà 3-7 km đi bộ đường đồi núi.

2. Đối tượng nghiên cứu: Người trưởng thành từ 25-64 tuổi chia làm 4 nhóm tuổi: 25-34 tuổi, 35 - 44 tuổi, 45-54 tuổi, 55-64 tuổi và mỗi nhóm tuổi chia thành 2 giới, có thời gian cư trú tại địa phương ít nhất 5 năm.

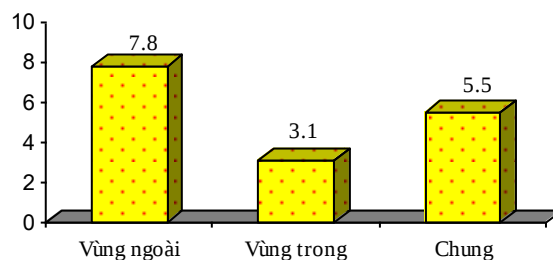
3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả có phân tích qua cuộc điều tra cắt ngang nhằm xác định tỷ lệ rối loạn dinh dưỡng lipid máu và các bệnh mạn tính không lây

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Cách thức xử trí của người dân khi bị bệnh

Cách xử trí	Vùng trong (n=64)		Vùng ngoài (n=64)		Chung (n=128)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Ko khám bệnh	13	20,3	13	20,3	29	20,3	>0,05
Y tế đến nhà	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
Đến trạm y tế xã	33	51,6	15	23,4	48	37,5	<0,05
Đến bệnh viện	18	28,1	36	56,2	54	42,2	<0,05
Đến Y tế tư nhân	0	0,0	5	7,8	5	3,9	<0,05

Tỷ lệ người dân đến bệnh viện khi bị bệnh là cao nhất chiếm 42,2%; tiếp theo là đến trạm y tế chiếm 37,5%. Tỷ lệ người dân tại vùng ngoài đến bệnh viện là 56,2% trong khi tỷ lệ này ở vùng trong là 28,1%. Ngược lại, tỷ lệ người dân tại vùng trong đến trạm y tế là 51,6% trong khi tỷ lệ này ở vùng ngoài là 23,4%. Sự khác biệt là rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người dân đã từng được xét nghiệm lipid máu

Tỷ lệ người dân đã từng được xét nghiệm lipid máu là 5,5%. Tỷ lệ này ở vùng ngoài là 7,8% cao hơn ở vùng trong chỉ chiếm 3,1%.

Bảng 3.2. Thực trạng đội ngũ cán bộ quản lý tham dự tập huấn về các bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu theo tuyến

Các bệnh liên quan đến RLLP	Cán bộ y tế tuyến huyện (n = 20)	Cán bộ ban ngành tuyến xã (n = 18)	Cán bộ y tế tuyến xã (n = 36)
Đái tháo đường	Chưa	Chưa	Chưa
Tăng huyết áp	Chưa	Chưa	Chưa

Tim mạch	Chưa	Chưa	Chưa
Ung thư	Chưa	Chưa	Chưa

Bảng trên cho thấy chưa có cán bộ y tế hay cán bộ lãnh đạo ban ngành nào được tham dự tập huấn về quản lý, chăm sóc các bệnh có liên quan đến rối loạn lipid máu.

Bảng 3.3. Thực trạng đội ngũ cán bộ quản lý tham gia truyền thông về các bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu theo tuyến

Các bệnh liên quan đến RLLP	Cán bộ y tế tuyến huyện (n = 20)	Cán bộ ban ngành tuyến xã (n = 18)	Cán bộ y tế tuyến xã (n = 36)
Đái tháo đường	Chưa	Chưa	Chưa
Tăng huyết áp	Chưa	Chưa	Chưa
RLLM	Chưa	Chưa	Chưa

Bảng trên cho thấy chưa có cán bộ y tế hay cán bộ lãnh đạo ban ngành nào tham gia truyền thông về quản lý, chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu, đái tháo đường, cao huyết áp.

Bảng 3.4. Nhu cầu tập huấn của cán bộ quản lý về các bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu

Các bệnh liên quan đến RLLP	Cán bộ y tế tuyến huyện (n = 20)	Cán bộ ban ngành tuyến xã (n = 18)	Cán bộ y tế tuyến xã (n = 36)
Đái tháo đường	20/20	18/18	36/36
Tăng huyết áp	20/20	18/18	36/36
Tim mạch	20/20	18/18	36/36

Qua bảng trên ta thấy 100% cán bộ y tế hay cán bộ lãnh đạo ban ngành đều có nhu cầu tập huấn về quản lý, chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu, đái tháo đường, cao huyết áp, tim mạch.

Bảng 3.5. Thực trạng về ban chỉ đạo phòng chống bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu

Thành lập ban chỉ đạo	Tuyến huyện	Xã vùng trong	Xã vùng ngoài
Chương trình phòng chống RLLM	Chưa	Chưa	Chưa
Chương trình phòng chống ĐTĐ	Chưa	Chưa	Chưa
Chương trình phòng chống THA	Chưa	Chưa	Chưa
Chương trình phòng chống bệnh tim mạch	Chưa	Chưa	Chưa

Bảng trên cho thấy cả tuyến huyện và 2 xã vùng trong, vùng ngoài đều chưa có ban chỉ đạo phòng chống bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu.

Bảng 3.6. Thực trạng về các văn bản chỉ đạo phòng chống bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu

Văn bản chỉ đạo	Tuyến huyện	Xã vùng trong	Xã vùng ngoài
Văn bản chính quyền			
Phòng chống RLLM	Không	Không	Không
Phòng chống ĐTĐ	Không	Không	Không
Phòng chống THA	Không	Không	Không
Phòng chống bệnh tim mạch	Không	Không	Không
Văn bản ngành y tế			
Phòng chống RLLM	Không	Không	Không
Phòng chống ĐTĐ	Có	Không	Không
Phòng chống THA	Có	Không	Không
Phòng chống bệnh tim mạch	Không	Không	Không

Kết quả bảng trên cho thấy cả chính quyền tuyến huyện và 2 xã vùng trong, vùng ngoài đều không có văn bản chỉ đạo phòng chống bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu. Chỉ có y tế tuyến huyện có các văn bản chỉ đạo phòng chống bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp.

Bảng 3.7. Thực trạng về hoạt động khám bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu

Tổ chức khám	Tuyến huyện	Xã vùng trong	Xã vùng ngoài
Phát hiện RLLM	Có	Không	Không
Phát hiện ĐTĐ	Có	Không	Không
Phát hiện THA	Có	Không	Không
Phát hiện bệnh tim mạch	Có	Không	Không

Qua bảng trên ta thấy y tế tuyến huyện đã có các hoạt động tổ chức khám bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu như phát hiện RLLM, phát hiện đái tháo đường, phát hiện tăng huyết áp và bệnh tim mạch. Y tế tuyến xã ở cả 2 vùng đều chưa có các hoạt động này.

Bảng 3.8. Thực trạng về kế hoạch và hoạt động chăm sóc các bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu

Thông tin	Tuyến huyện	Xã vùng trong	Xã vùng ngoài
Kế hoạch			
Kế hoạch quản lý bệnh RLLM	Không	Không	Không
Kế hoạch quản lý bệnh ĐTĐ	Có	Không	Không
Kế hoạch quản lý bệnh THA	Có	Không	Không
Kế hoạch quản lý bệnh tim mạch	Không	Không	Không
Hoạt động chăm sóc			
Bệnh RLLM	Có	Không	Không
Bệnh ĐTĐ	Có	Không	Không
Bệnh THA	Có	Không	Có
Bệnh tim mạch	Có	Không	Không

Qua bảng trên ta thấy y tế tuyến huyện đã có các hoạt động quản lý, kế hoạch chăm sóc bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu. Y tế tuyến xã ở cả 2 vùng đều chưa có các hoạt động này. Tuy nhiên xã vùng ngoài đã có hoạt động chăm sóc bệnh tăng huyết áp.

IV BÀN LUẬN

4.1. Công tác phòng, chống rối loạn dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành:

Nghiên cứu cách xử trí của người dân khi bị bệnh chúng tôi thấy rằng tỷ lệ người dân đến bệnh viện khi bị bệnh là cao nhất chiếm 42,2%; tiếp theo là đến trạm y tế chiếm 37,5%. Điều này chứng tỏ phần lớn người dân đã nhận thức được sự cần thiết của việc khám bệnh đồng thời cũng cho thấy người dân có sự quan tâm khá lớn đến sức khỏe của họ tuy nhiên vẫn còn 20,3% người dân không đi khám bệnh, đây là 1 số nhỏ cần thiết phải nghiên cứu sâu hơn tìm ra nguyên nhân cụ thể bởi đa số các trường hợp xuất hiện biến chứng nặng khi tới khám tập trung ở nhóm này. Bảng 3.1 cũng cho thấy tỷ lệ người dân tại vùng ngoài đến bệnh viện là 56,2% trong khi tỷ lệ này ở vùng trong là 28,1%. Ngược lại, tỷ lệ người dân tại vùng trong đến trạm y tế là 51,6% trong khi tỷ lệ này ở vùng ngoài là 23,4%. Sự khác biệt là rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trên thực tế vùng ngoài có điều kiện đường xá giao thông đi lại thuận tiện, kinh tế của người dân khá giả hơn nên người dân vùng ngoài lựa chọn tới bệnh viện cao hơn vùng trong. Vùng trong là vùng sâu, xa, điều kiện đường xá giao thông đi lại khó khăn, điều kiện kinh tế khó khăn, lạc hậu, công việc chính là làm nương rẫy nên thu nhập thấp do đó mà người dân vùng trong lựa chọn tới trạm y tế khi có bệnh để tiết kiệm kinh phí.

Kết quả bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ người dân đã từng được xét nghiệm lipid máu là 5,5%. Điều này cho thấy tỷ lệ người dân đã từng được xét nghiệm lipid máu rất thấp trong khi đây là 1

bệnh gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm có thể dẫn đến tử vong rất nhanh. Tỷ lệ này ở vùng ngoài là 7,8% cao hơn ở vùng trong chỉ chiếm 3,1%. Tỷ lệ người dân vùng ngoài đã từng được xét nghiệm cao hơn vùng trong rất nhiều, đây là một sự chênh lệch khá lớn đòi hỏi các lãnh đạo địa phương cần quan tâm hơn đến khu vực vùng sâu, xa trong việc truyền thông giáo dục sức khỏe và cũng cấp các dịch vụ cần thiết đến khu vực này.

Một thực trạng đáng quan tâm về công tác quản lý phòng, chống rối loạn dinh dưỡng lipid là chưa có cán bộ y tế hay cán bộ lãnh đạo ban ngành nào được tham dự tập huấn về quản lý, chăm sóc các bệnh có liên quan đến rối loạn lipid máu. Đây chính là 1 trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn đến sự thiếu hiểu biết của người dân về rối loạn lipid máu cũng như việc tham gia các xét nghiệm chuẩn đoán bệnh. Nếu không cải thiện được tình trạng này thì công tác phòng, chống rối loạn dinh dưỡng lipid cho người dân gặp rất nhiều khó khăn thậm chí tốn kinh phí mà lại không hiệu quả. Bên cạnh thực trạng trên nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng chưa có cán bộ y tế hay cán bộ lãnh đạo ban ngành nào tham gia truyền thông về quản lý, chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu, đái tháo đường, cao huyết áp. Điều này chứng tỏ bệnh rối loạn lipid máu chưa được các cơ quan ban ngành và lãnh đạo y tế địa phương quan tâm, đây chính là nguyên nhân quan trọng gây tỷ lệ mắc bệnh cao.

Tuy kết quả bảng trên chỉ ra chưa có cán bộ y tế hay cán bộ lãnh đạo ban ngành nào được tham dự tập huấn về quản lý, chăm sóc các bệnh có liên quan đến rối loạn lipid máu nhưng

kết quả bằng 3.4 cho thấy 100% cán bộ y tế hay cán bộ lãnh đạo ban ngành đều có nhu cầu tập huấn về quản lý, chăm sóc bệnh nhân rối loạn lipid máu, đái tháo đường, cao huyết áp, tim mạch. Điều này chứng tỏ các cán bộ lãnh đạo địa phương rất mong muốn được học tập để nâng cao và bổ sung kiến thức từ đó góp phần cho công tác quản lý và điều trị rối loạn lipid máu và các bệnh mạn tính không lây khác.

4.2. Công tác phòng, chống các bệnh mạn tính không lây: Rối loạn lipid máu nói riêng mà bệnh mãn tính không lây nói chung đều là những bệnh đáng quan tâm hiện nay thế nhưng khi tìm hiểu về việc thành lập ban chỉ đạo phòng chống bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu cho kết quả rằng cả tuyến huyện và 2 xã vùng trong, vùng ngoài đều chưa có ban chỉ đạo phòng chống bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu. Một thực trạng đáng quan tâm khác là cả chính quyền tuyến huyện và 2 xã vùng trong, vùng ngoài đều không có văn bản chỉ đạo phòng chống bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu. Chỉ có y tế tuyến huyện có các văn bản chỉ đạo phòng chống bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp. Điều này cho thấy tuyến trung ương và tuyến tỉnh còn chưa quan tâm đến bệnh này. Đây cũng là lỗ hổng lớn trong công tác quản lý của các cấp, ban ngành liên quan.

Bảng 3.8 cho thấy rằng y tế tuyến huyện đã có các hoạt động quản lý, kế hoạch chăm sóc bệnh liên quan đến rối loạn lipid máu. Y tế tuyến xã ở cả 2 vùng đều chưa có các hoạt động này. Tuy nhiên xã vùng ngoài đã có hoạt động chăm sóc bệnh tăng huyết áp. Sở dĩ có thực trạng trên theo chúng tôi có lẽ là do Tương Dương là một huyện miền núi của tỉnh Nghệ An cho nên cũng

không nằm ngoài tình trạng chung của cả nước. Chương trình phòng chống bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam đã được thành lập từ năm 2002 với các câu phần đại diện cho từng nhóm bệnh không lây nhiễm như tăng huyết áp, đái tháo đường, ung thư, bệnh đường hô hấp mạn tính và rối loạn tâm thần. Mỗi câu phần của chương trình từng bước được chuyển thành các dự án/tiểu dự án của Chương trình Mục tiêu quốc gia. Tuy vậy, cho tới nay hoạt động phòng chống bệnh không lây nhiễm vẫn chưa đáp ứng được nhu cầu. Nhìn chung khi bệnh nhân mắc bệnh và đi khám thì các nơi tiếp nhận mới có đáp ứng chứ các lãnh đạo ban ngành chưa chủ động trong công tác quản lý và phòng chống rối loạn lipid máu.

V KẾT LUẬN

- Tỷ lệ người dân đến bệnh viện khi bị bệnh là cao nhất chiếm 42,2%.
- Tỷ lệ người dân đã từng được xét nghiệm lipid máu rất thấp (5,5%).
- Các lãnh đạo ban ngành chưa có sự chủ động trong công tác quản lý và phòng chống rối loạn lipid máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Công Khanh (2010), "Nghiên cứu tình trạng rối loạn dinh dưỡng lipid ở người trưởng thành tại cộng đồng và một số giải pháp can thiệp dự phòng", *Chương trình KHCN cấp nhà nước KC 10.05- Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài*.
2. Lê Thế Trung (2009), *Đánh giá tình trạng rối loạn lipid máu và một số yếu tố ảnh hưởng ở người trên 40 tuổi tại một số xã phường tỉnh Nam Định và Hà Nam năm 2007*, Luận văn thạc sỹ Y học, Thái Bình, Đại học Y Thái Bình, 90.

TÁC DỤNG HỖ TRỢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP CỦA LASER TRÊN HUYẾT

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp bằng laser trên huyết. **Phương**

**Khoa Y học cổ truyền, Trường Đại học Y Hà Nội*
 Chịu trách nhiệm chính: *Đặng Kim Thanh*
 Email: *dangkimthanh58@gmail.com*.
 Ngày nhận bài: 12.4.2017
 Ngày phản biện khoa học: 25.5.2017
 Ngày duyệt bài: 2.63.2017

Đặng Kim Thanh*, Nguyễn Thị Ngọc Linh*

pháp nghiên cứu lâm sàng, có nhóm đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. **Đối tượng nghiên cứu** gồm 60 bệnh nhân chia 2 nhóm, mỗi nhóm 30 bệnh nhân: nhóm điều trị laser trên huyết và nhóm đối chứng, trong thời gian 30 ngày. **Kết quả:** nhóm nghiên cứu mức chênh điểm Barthel là $46,46 \pm 20,29$, cao hơn nhóm chứng $37,33 \pm 13,81$ ($p < 0,05$). **Kết luận:** Laser trên huyết có tác dụng tốt trong việc hỗ trợ phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp.

Từ khóa: Laser trên huyết, nhồi máu não, phục hồi chức năng.

SUMMARY**THE EFFECTS OF LASER ACUPUNCTURE IN RECOVERING OF MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION AFTER ACUTE PHASE**

Purpose: Elevating the effects of laser acupuncture in recovering of motor function on cerebral infarction patients after the acute phase. **Method:** a controlled, clinical trial. Sixty patients were divided into two groups: a group with laser acupuncture (group I) and a controlled group (group II) in thirty days. **Results:** Differences between the Barthel index of the group I and group II were statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusions:** Laser acupuncture has good effects in supporting rehabilitation patients with cerebral infarction after the acute phase.

Keyword: Laser acupuncture, cerebral infarction, rehabilitation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở các quốc gia trên thế giới. Tại Việt Nam, kết quả điều tra dịch tễ học tại ba thành phố của miền Nam năm 2004, trong đó có thành phố Hồ Chí Minh, cho thấy tỷ lệ tai biến mạch máu não khá cao, khoảng 6060/1.000.000 dân. Trong các trường hợp bị tai biến mạch máu não thì nhồi máu não chiếm 70 - 80%.

Với sự tiến bộ của y học trong thời gian gần đây, tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ tử vong do TBMMN đã giảm xuống, tuy nhiên gần một nửa số người sống sót bị khuyết tật ở mức độ trung bình đến nặng. Điều này đã làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cũng như làm tăng gánh nặng cho xã hội. Do đó, phục hồi chức năng (PHCN), đặc biệt là chức năng vận động, cho bệnh nhân TBMMN nói chung và nhồi máu não (NMN) nói riêng đã trở thành một vấn đề cấp bách và cần thiết, không chỉ của ngành y tế mà của toàn xã hội. Bên cạnh YHHĐ đã đạt thành tựu to lớn trong chẩn đoán, điều trị, PHCN bệnh nhân TBMMN, Y học cổ truyền (YHCT) cũng đã góp phần không nhỏ trong việc điều trị phục hồi vận động TBMMN, bằng các phương pháp rất phong phú và đa dạng: thuốc, châm cứu, thủy châm, xoa bóp bấm huyệt, dưỡng sinh... cũng cho kết quả rất khả quan. Khoa YHCT Bệnh viện Bạch Mai đang áp dụng phương pháp laser trên huyết bằng thiết bị laser bán dẫn hồng ngoại (ACULASER PLUS+) kết hợp điều trị cho người bệnh có liệt vận động TBMMN nói chung và NMN nói riêng đạt kết quả tốt. Tuy nhiên chưa có công trình nghiên cứu khoa học nào đánh giá tác dụng của laser trên huyết để phục hồi vận động trên bệnh nhân nhồi máu

não. Trên cơ sở đó, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu đánh giá tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động ở bệnh nhân NMN sau giai đoạn cấp bằng laser trên huyết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu: Thiết bị laser bán dẫn hồng ngoại châm cứu ACULASER PLUS Model M302A do Viện Vật lý Y Sinh học chế tạo dựa trên công nghệ laser bán dẫn và sử dụng hệ thống điều khiển chức năng kỹ thuật số (Digital Control), với dải tần số được điều chỉnh liên tục từ A đến H (3 đến 128Hz). Thiết bị có bước sóng laser 760nm (hồng ngoại-Infrared).

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa YHCT Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 2 - 2014 đến tháng 10 - 2014

2.3. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Những bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới, nghề nghiệp. Được chẩn đoán là nhồi máu não sau giai đoạn cấp, được điều trị nội trú tại Khoa YHCT - Bệnh viện Bạch Mai.

- *Lâm sàng:* Bệnh nhân có liệt vận động nửa người ở các mức độ khác nhau: Tỉnh táo, nghe và hiểu được lời nói, không có các biến chứng loét, bội nhiễm, các chỉ số sinh tồn ổn định.

- *Cận lâm sàng:* CT- scan hoặc MRI sọ não – chẩn đoán xác định là nhồi máu bán cầu não.

- *Đánh giá mức độ liệt theo Barthel:* chọn bệnh nhân từ độ II (65-90 điểm) đến độ IV (0-25 điểm).

***Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân:** Các bệnh liệt nửa người không phải do nhồi máu não như: chảy máu não, chấn thương, u não, bệnh lý ở tim, dị dạng mạch máu não. Nhồi máu não có kèm theo các bệnh: rối loạn tâm thần, động kinh, bệnh nhân bị rối loạn nhịp tim, bệnh nhân có các bệnh lý ác tính... Bệnh nhân không tuân thủ điều trị, bệnh nhân áp dụng các phương pháp khác.

2.4. Phương pháp nghiên cứu**2.4.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu nghiên cứu**

- *Thiết kế nghiên cứu:* phương pháp nghiên cứu lâm sàng, có so sánh với nhóm đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

- *Cỡ mẫu nghiên cứu:* chọn chủ đích 60 bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân nghiên cứu.

2.4.2. Quy trình nghiên cứu

Tuyển chọn bệnh nhân: Chọn các bệnh nhân thỏa mãn các yêu cầu của đối tượng nghiên cứu trong mục 2.3, chia các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào hai nhóm: theo phương pháp ghép cặp tương đồng về: tuổi, độ liệt theo Barthel.

Nhóm đối chứng: Gồm 30 bệnh nhân được điều trị theo phác đồ nền gồm: Piracetam 40mg, mỗi ngày uống 4 viên, chia 2 lần sáng, chiều; Acid acetylsalicylic (Aspegic 250mg), mỗi ngày uống một gói, liên tục trong 30 ngày; các thuốc điều trị bệnh kèm theo nếu có như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid máu; thuốc YHCT: dùng Hoa đà tái tạo hoàn.

Nhóm nghiên cứu:

+ Điều trị như nhóm đối chứng.
+ Phối hợp thêm laser trên huyết, ngày một lần vào buổi sáng theo phác đồ gồm: Các huyết chiếu Laser: Kiên tĩnh (XI.21), Kiên ngưng (II.15), Tý nhu (II.14), Khúc trị (II.11), Thủ tam lý (II.10), Hợp cốc

(II.4), Phong thị (XI.31), Dương lăng tuyền (XI.34), Túc tam lý (III.36), Giải khê (III.41) – vị trí trình bày ở phụ lục 5. Các huyết được chọn theo sách Bài giảng Y học cổ truyền.

- Quy trình vận hành: Đặt đầu phát lên huyết, cố định bằng băng dính hoặc dây ga-rô. Chọn thời gian 15 phút. Bật máy và chỉnh tần số lên 50Hz.

Liệu trình điều trị cho mỗi bệnh nhân ở cả hai nhóm là 30 ngày. Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu đều được theo dõi và điều trị trong điều kiện nội trú.

Theo dõi và đánh giá

Bệnh án nghiên cứu được xây dựng theo mẫu thống nhất. Các bệnh nhân nghiên cứu đều được đánh giá đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu tại 3 thời điểm: Ngày bắt đầu tiến hành nghiên cứu (N_0), sau 15 ngày điều trị (N_{15}), sau 30 ngày điều trị (N_{30}).

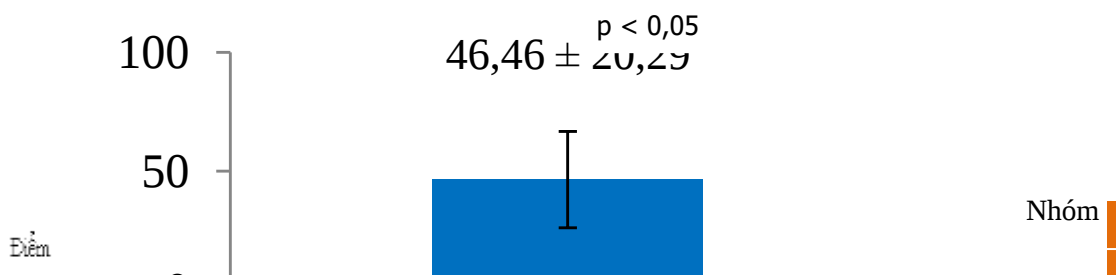
2.5. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y sinh học SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đánh giá tiến triển theo thang điểm Barthel

Ngày	Điểm Barthel ($\bar{X} \pm SD$)		pNC- chứng
	Nhóm NC (n=30)	Nhóm chứng (n=30)	
N_0	22,17 $\pm$ 9,78	21,67 $\pm$ 13,79	> 0,05
N_{15}	45,67 $\pm$ 11,92	40,83 $\pm$ 10,49	> 0,05
N_{30}	68,63 $\pm$ 9,24	59,00 $\pm$ 11,17	< 0,05
p N_0 - N_{15}	< 0,05	< 0,05	
p N_0 - N_{30}	< 0,05	< 0,05	

Nhận xét: Điểm Barthel tại thời điểm sau điều trị 15 ngày và 30 ngày cao hơn thời điểm trước điều trị ở cả 2 nhóm ($p < 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Mức chênh điểm Barthel sau 30 ngày điều trị của 2 nhóm

Nhận xét: Điểm Barthel tại thời điểm sau 30 ngày điều trị và mức chênh điểm Barthel trung bình trước và sau điều trị ở nhóm nghiên cứu cao hơn ở nhóm chứng với ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Đánh giá kết quả dịch chuyển độ liệt ở 2 nhóm

Nhóm Loại	Nhóm NC (n=30)		Nhóm chứng (n=30)		Tổng (n=60)	
	N	Tỷ lệ (%)	N	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tốt	10	33,33	2	6,67	12	20,00
Khá	19	63,34	26	86,66	45	75,00
Kém	1	3,33	2	6,67	3	5,00
P	<0,05					

Nhận xét: Theo thang điểm Barthel, tổng số bệnh nhân chuyển dịch độ liệt tốt và khá chiếm 20% và 75%. Nhóm nghiên cứu chuyển dịch độ liệt tốt hơn so với nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Thang điểm Barthel gồm 10 tiêu chí được sử dụng trong lâm sàng từ 1965 nhằm nhận định về khả năng hoạt động độc lập của bệnh nhân khi thực hiện các chức năng sinh hoạt hằng ngày. Theo kết quả bảng 3.1 và 3.2, ở nhóm nghiên cứu, điểm Barthel trung bình trước điều trị là $22,17 \pm 9,78$. Tại thời điểm sau 15 ngày và sau 30 ngày điều trị, điểm Barthel có tăng: $45,67 \pm 11,92$ và $68,63 \pm 9,24$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) tại thời điểm sau 30 ngày điều trị. Đối với nhóm chứng, sau điều trị điểm Barthel cũng tăng: điểm Barthel trung bình lúc trước điều trị là $21,67 \pm 13,79$, sau 15 ngày điều trị là $40,83 \pm 10,49$, sau 30 ngày là $59,00 \pm 11,17$ ($p < 0,05$) tại thời điểm sau 30 ngày điều trị. Số bệnh nhân chuyển dịch độ liệt loại tốt và khá sau điều trị chiếm 95% theo thang điểm Barthel. Như vậy ở cả 2 nhóm, bệnh nhân đều tăng khả năng hoạt động độc lập trong hoạt động thường ngày.

Theo bảng 3.2 và biểu đồ 3.1 chúng tôi nhận thấy: Điểm Barthel trung bình tại thời điểm sau 30 ngày điều trị của nhóm nghiên cứu cao hơn của nhóm chứng ($68,63 \pm 9,24$ và $59,00 \pm 11,17$). Sau 30 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu mức chênh lệch điểm Barthel là $46,46 \pm 20,29$, cao hơn nhóm chứng $37,33 \pm 13,81$ ($p < 0,05$). Số bệnh nhân chuyển dịch được 2 độ liệt và 1 độ liệt của nhóm nghiên cứu là 33,33% và 63,34%, cao hơn của nhóm chứng là 6,67% và 86,66%, ($p < 0,05$). Như vậy, bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu phục hồi tốt hơn so với bệnh nhân ở nhóm chứng.

Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của Nguyễn Phương Đông (2012): Sau điều trị, mức tăng điểm trung bình Barthel của nhóm

nghiên cứu là $45,88 \pm 10,00\%$, số bệnh nhân chuyển dịch được 1 và 2 độ liệt chiếm 90%. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Công Doanh, sau 30 ngày điều trị điểm Barthel trung bình tăng $41,58 \pm 6,90$, kết quả này cũng tương đương với kết quả của chúng tôi. Như vậy đánh giá theo chỉ số Barthel, bệnh nhân trong nghiên cứu hồi phục tốt và nhóm nghiên cứu tốt hơn nhóm chứng.

V. KẾT LUẬN

Laser trên huyết có tác dụng tốt trong việc hỗ trợ phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp so với nhóm đối chứng với $p < 0,05$.

Lời cảm ơn: Để hoàn thành nghiên cứu này, chúng tôi xin chân thành cảm ơn Phòng Đào tạo Sau đại học, khoa YHCT Trường Đại học Y Hà Nội và tập thể y bác sĩ Khoa YHCT Bệnh viện Bạch Mai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kelly-Hayes M, Beiser A, Kase CS et al (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham Study. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, **12**, 119–26.
2. Lê Văn Thành (2003). Săn sóc điều trị tai biến mạch não: Lợi ích của đơn vị TBMMN - Thực trạng và triển vọng. *Hội thần kinh học Việt Nam-Tạp san Thần kinh học*, **4**, 16-7.
3. Nguyễn Công Doanh (2011). *Nghiên cứu phục hồi chức năng bệnh nhân nhồi máu động mạch não giữa sau giai đoạn cấp bằng bài "Thông mạch đường não ảm" và điện châm*.
4. Nguyễn Phương Đông (2012). *Đánh giá tác dụng của viên Luotai trong hỗ trợ điều trị bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội.

NỒNG ĐỘ MỘT SỐ THÀNH PHẦN LIPID HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN ĐỒNG NHIỄM HIV/HCV TẠI BỐN TỈNH BIÊN GIỚI VIỆT TRUNG

Nguyễn Văn Sơn¹, Nguyễn Thị Hoa¹
Hạc Văn Vinh¹, Trần Bảo Ngọc¹

TÓM TẮT²⁸

Mục tiêu: Xác định nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV

¹Trường đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa
Email: hoanguyenthithi74hstn@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.4.2017
Ngày phản biện khoa học: 23.5.2017
Ngày duyệt bài: 2.6.2017

đang được quản lý tại bốn tỉnh biên giới Việt-Trung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 431 bệnh nhân (BN) HIV/AIDS đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn và Quảng Ninh. **Kết quả:** Nồng độ cholesterol_{TP}, HDL-C, LDL-C huyết tương ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV lần lượt là: $4,12 \pm 0,88\text{mmol/L}$, $1,17 \pm 0,40\text{mmol/L}$, $2,19 \pm 0,75\text{mmol/L}$, thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần tương ứng là $4,69 \pm 1,18\text{mmol/L}$, $1,35 \pm 0,33\text{mmol/L}$, $2,51 \pm 0,78\text{mmol/L}$.

Không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ triglycerid huyết tương giữa hai nhóm BN ($1,91 \pm 1,39\text{mmol/L}$ so với $1,86 \pm 1,77\text{mmol/L}$). **Kết luận:** Đồng nhiễm HCV liên quan đến giảm nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở bệnh nhân HIV.

Từ khóa: Lipid, HIV, bốn tỉnh biên giới.

SUMMARY

PLASMA LIPID PROFILE IN HIV/HEPATITIS C VIRUS COINFECTION PATIENTS IN FOUR BORDER PROVINCES OF VIETNAM AND CHINA

Objective: 1) Evaluate the concentration of plasma lipid profile in HIV/HCV coinfection in four border provinces of Vietnam and China. **Method:** a cross-sectional study of 431 HIV patients was managed in Center for HIV AIDS of Ha Giang, Cao Bang, Lang Son, Quang Ninh provinces. **Result:** 1) The mean values of plasma total cholesterol, HDL-C, LDL-C in HIV/HCV coinfection corresponding were $4,12 \pm 0,88\text{mmol/L}$, $1,17 \pm 0,40\text{mmol/L}$, $2,19 \pm 0,75\text{mmol/L}$, it were lower than in HIV monoinfection, corresponding $4,69 \pm 1,18\text{mmol/L}$, $1,35 \pm 0,33\text{mmol/L}$, $2,51 \pm 0,78\text{mmol/L}$. There was no significantly of plasma triglycerid between HIV/HCV coinfection and HIV monoinfection BN ($1,91 \pm 1,39\text{mmol/L}$ versus $1,86 \pm 1,77\text{mmol/L}$). **Conclusion:** HCV coinfection was associated lower rates of dyslipidaemia among HIV-infected patients.

Key word: Lipid profiles, HIV, four border provinces.

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 [5]. Việc sử dụng các thuốc kháng virus hoạt tính cao là yếu tố nguy cơ xuất hiện các rối loạn chuyển hóa được đặc trưng bởi rối loạn triglycerid và kháng insulin liên quan đến tái phân bố lại mỡ hoặc rối loạn phân bố mỡ [6].

Đồng nhiễm HCV ở bệnh nhân HIV chiếm tỷ lệ khá cao, đây là yếu tố dự báo tỷ lệ bệnh và tỷ lệ tử vong ở BN HIV, đặc biệt trong kỷ nguyên của thuốc kháng virus hoạt tính cao. Theo tác giả Duong và cộng sự cho thấy ở BN đồng nhiễm HCV thì tỷ lệ kháng insulin thường cao hơn và tỷ lệ rối loạn lipid máu thường ít gặp hơn so với BN nhiễm HIV đơn thuần [2]. Ở BN đồng nhiễm HCV, đây là yếu tố ngăn cản sự tăng cholesterol_{TP} bởi ảnh hưởng của thuốc kháng virus hoạt tính cao do làm giảm quá trình tổng

hợp cholesterol_{TP} ở gan cũng như làm tăng quá trình thoái hóa cholesterol_{TP}. Liệu đồng nhiễm HCV ở BN HIV có tác động gì đến nồng độ một số thành phần lipid huyết tương hay không? Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đề cập đến vấn đề này, vì vậy nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Xác định nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV đang được quản lý tại bốn tỉnh biên giới Việt-Trung.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 431 BN nhiễm HIV AIDS đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS bốn tỉnh biên giới Việt- Trung.

+ **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. BN không có năng lực kiểm soát hành vi của mình. Có thời gian sử dụng thuốc kháng virus < 6 tháng.

- Tiêu chuẩn rối loạn lipid huyết tương theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Việt Nam năm 2006:

- Nồng độ cholesterol huyết tương $\geq 5,2\text{mmol/L}$.
- Nồng độ triglycerid huyết tương $\geq 1,7\text{mmol/L}$.
- Nồng độ HDL-C huyết tương $\leq 1,0\text{mmol/L}$.
- Nồng độ LDL-C huyết tương $\geq 3,1\text{mmol/L}$.

+ Đối tượng nghiên cứu được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, lúc đói. Ống đựng máu được chống đông bằng EDTA. Sau đó mẫu máu được trữ vào box vận chuyển máu chuyên dụng được làm lạnh bằng đá khô. Thời gian vận chuyển mẫu trung bình từ các tỉnh đến phòng Xét nghiệm bệnh viện trường Đại học Y khoa Thái Nguyên là 4 giờ. Sau đó, mẫu máu được ly tâm 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:

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

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% [4]. $q = 1 - p = 1 - 0,47 = 0,53$

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: Máy xét nghiệm sinh hóa tự động OLYMPUS AU480. Hóa chất do hãng BECKMAN COULTER cung cấp.

2.6. Chỉ tiêu nghiên cứu: Định lượng nồng độ một số thành phần lipid huyết tương theo qui trình chuẩn. Chỉ tiêu lâm sàng: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (BMI), thời gian điều trị bằng ARV. Một số thói quen như hút thuốc lá và sử dụng rượu.

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

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân HIV AIDS

Chi số \ Nhóm NC	HIV (n=198)	HIV/HCV (n=195)	p
Tuổi	37,7 $\pm$ 7,6	38,9 $\pm$ 5,7	>0,05
Giới: Nam	47 (23,7)	171 (87,7)	<0,05
Nữ	151 (76,3)	24 (12,3)	
Thời gian sử dụng ARV (năm): ≤ 1 năm	22 (11,1)	16 (8,2)	>0,05
>1 năm	173 (89,1)	182 (91,8)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, tỷ lệ thời gian sử dụng thuốc kháng virus giữa nhóm BN HIV đơn thuần và nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV. Có sự khác biệt về giới giữa hai nhóm BN nghiên cứu, ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV tỷ lệ nam chiếm 87,7%.

Bảng 3.2. Nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở bệnh nhân HIV

Chi số \ Nhóm NC	HIV (n=198)	HIV/HCV (n=195)	p
Cholesterol _{TP} (mmol/L)	4,69 $\pm$ 1,18	4,12 $\pm$ 0,88	<0,001
Triglycerid (mmol/L)	1,86 $\pm$ 1,77	1,91 $\pm$ 1,39	>0,05
HDL-C (mmol/L)	1,35 $\pm$ 0,40	1,17 $\pm$ 0,33	<0,001
LDL-C (mmol/L)	2,51 $\pm$ 0,78	2,19 $\pm$ 0,75	<0,001

Nhận xét: Ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần, nồng độ một số thành phần lipid huyết tương như cholesterol_{TP}, HDL-C, LDL-C cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ triglycerid giữa hai nhóm BN.

Bảng 3.3. Tỷ lệ rối loạn một số thành phần lipid huyết tương ở bệnh nhân HIV

Chi số \ Nhóm NC	HIV (n=198)	HIV/HCV (n=195)	p
Tăng cholesterol _{TP} : n (%)	43 (21,7)	21 (10,8)	>0,05
Tăng triglycerid: n (%)	76 (38,4)	86 (44,1)	>0,05
Giảm HDL-C: n (%)	50 (25,3)	78 (40,0)	>0,05
Tăng LDL-C: n (%)	38 (19,2)	20 (10,3)	>0,05

Nhận xét: Ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần, tỷ lệ tăng nồng độ cholesterol_{TP}, LDL-C có xu hướng cao hơn, nhưng tỷ lệ rối loạn triglycerid, HDL-C có xu hướng thấp hơn so với nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 3.4. Nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở bệnh nhân HIV theo thời gian sử dụng thuốc kháng virus

Chi số \ Tg sử dụng ARV		≤ 1 năm		>1 năm		p
		n	$\bar{x} \pm SD$	n	$\bar{x} \pm SD$	
Cholesterol _{TP} (mmol/L)	HIV	16	4,51 $\pm$ 0,92	182	4,70 $\pm$ 1,20	>0,05
	HIV/HCV	22	3,95 $\pm$ 0,83	173	4,14 $\pm$ 0,89	>0,05
Triglycerid (mmol/L)	HIV	16	1,61 $\pm$ 0,67	182	1,88 $\pm$ 1,84	>0,05
	HIV/HCV	22	1,65 $\pm$ 0,75	173	1,94 $\pm$ 1,46	>0,05
HDL-C (mmol/L)	HIV	16	1,21 $\pm$ 0,37	182	1,36 $\pm$ 0,41	>0,05
	HIV/HCV	22	1,14 $\pm$ 0,32	173	1,17 $\pm$ 0,33	>0,05

LDL-C (mmol/L)	HIV	16	2,53±0,75	182	2,51±0,78	>0,05
	HIV/HCV	22	2,11±0,63	173	2,21±0,76	>0,05

Nhận xét: Ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần cũng như nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ một số thành phần lipid huyết tương giữa nhóm BN có thời gian sử dụng thuốc ARV ngắn (≤ 1 năm) so với nhóm có thời gian sử dụng ARV > 1 năm.

IV. BÀN LUẬN

Đồng nhiễm HIV/HCV là yếu tố dự báo giảm tỷ lệ rối loạn lipid máu, đặc biệt là giảm tỷ lệ rối loạn cholesterol hơn ở BN HIV [1]. Tuy nhiên, có nghiên cứu cho thấy ở BN đồng nhiễm HIV/HCV liên quan đến giảm nồng độ HDL-C và tăng nồng độ triglycerid huyết tương [3]. Trên thế giới, có khá nhiều nghiên cứu về sự thay đổi nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở BN nhiễm HIV đặc biệt ở BN đồng nhiễm HIV/HCV, kết quả cụ thể như sau:

Tác giả Bedimo đã nghiên cứu về nồng độ một số thành phần lipid ở 268 BN nhiễm HIV đơn thuần, 91 BN đồng nhiễm HIV/HCV, kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần (cụ thể nồng độ cholesterol_{TP} là 4,73mmol/L so với 5,48mmol/L, triglycerid là 2,7mmol/L so với 3,7mmol/L, HDL-C 1,14mmol/L so với 1,24mmol/L và LDL-C 2,46mmol/L so với 3,1mmol/L). Tỷ lệ rối loạn nồng độ cholesterol_{TP}, triglycerid huyết tương trong nghiên cứu của tác giả Bedimo tương ứng là 24,8%, 60,3% ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần so với 9,9%, 48,4% ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV [1].

Tác giả Forrester đã nghiên cứu về nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở 47 BN HIV đơn thuần, 59 BN đồng nhiễm HIV/HCV và 108 người khỏe mạnh, kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở BN HIV thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng là những người khỏe mạnh, ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần, nồng độ một số thành phần lipid huyết tương như cholesterol_{TP}, LDL-C, HDL-C cao hơn (4,60mmol/L, 2,89mmol/L và 0,96mmol/L so với 4,14mmol/L, 2,59mmol/L và 0,83mmol/L) có ý nghĩa so với nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV, không có sự khác biệt về nồng độ triglycerid huyết tương giữa 2 nhóm BN (1,38mmol/L so với 1,34mmol/L) [3].

Nồng độ cholesterol_{TP}, LDL-C ở BN đồng nhiễm HIV/HCV trong nghiên cứu của tác giả Kohli thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần (3,72mmol/L, 2,02mmol/L so với 4,00mmol/L, 2,30mmol/L, $p < 0,05$). Không có sự khác biệt về nồng độ HDL-C và triglycerid huyết

tương giữa nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV với nhóm HIV đơn thuần (1,00mmol/L, 1,52mmol/L so với 1,00mmol/L, 1,58mmol/L) [5].

Tác giả Polgreen đã nghiên cứu về nồng độ một số chỉ số lipid huyết tương ở 400 BN nhiễm HIV đơn thuần và 300 BN đồng nhiễm HIV/HCV. Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ cholesterol_{TP} (4,84mmol/L so với 4,34mmol/L), triglycerid (2,51mmol/L so với 2,05mmol/L), LDL-C (2,84mmol/L so với 2,33mmol/L) ở nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần cao hơn có ý nghĩa so với nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV. Nhiễm HCV là yếu tố độc lập liên quan đến giảm nồng độ cholesterol_{TP}, LDL-C huyết tương. Qua phân tích hồi qui đa biến cho thấy nhiễm HCV là yếu tố dự báo giảm 0,5mmol/L nồng độ LDL-C [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ một số thành phần lipid huyết tương như cholesterol_{TP}, HDL-C, LDL-C ở nhóm BN đồng nhiễm HIV/HCV thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm BN nhiễm HIV đơn thuần, không có sự khác biệt về nồng độ triglycerid giữa hai nhóm BN nghiên cứu.

Có thể lý giải cho sự giảm rối loạn một số thành phần lipid huyết tương ở BN đồng nhiễm HIV/HCV là do có mối quan hệ mật thiết giữa sự nhân lên của HCV với quá trình chuyển hóa của lipid. Ở trong máu virus được lưu hành nhờ phức hợp HCV-lipoprotein. Sự xâm nhập của HCV vào tế bào gan cần có thụ thể liên quan đến quá trình chuyển hóa lipid như thụ thể LDL (LDL-receptor- LDLr). Như vậy, nồng độ lipid ở trong máu thấp cho phép sự xâm nhập của HCV dễ dàng hơn bằng cách tăng biểu hiện của LDLr trên bề mặt tế bào gan và giảm sự cạnh tranh của lipid với LDLr. Vì vậy, phức hợp HCV-lipoprotein dễ dàng xâm nhập vào tế bào gan [3]. Nhiễm HCV liên quan đến giảm nồng độ một số thành phần lipid có thể do HCV liên quan đến LDL, VLDL cũng như HDL, cả phần vỏ glycoprotein cũng như phần lõi protein của HCV đều liên quan đến các hạt VLDL và LDL. Sự biểu hiện của HCV cần thụ thể LDL cho virus bám và xâm nhập vào tế bào gan. Sự tương tác giữa HCV và lipid rất cần thiết cho chu kỳ nhân lên của virus, điều này dẫn đến tăng cường quá trình hấp thu lipid vào tế bào. Hơn nữa, bệnh

gan do nhiễm HCV cũng làm giảm quá trình tổng hợp VLDL của gan [6].

Sử dụng thuốc kháng virus là yếu tố nguy cơ gây rối loạn nồng độ một số thành phần lipid huyết tương, đặc biệt với nhóm thuốc ức chế protease. Đây là nhóm thuốc liên quan đến tăng nồng độ LDL-C và cholesterol_{TP} [6].

Tìm hiểu mối liên quan giữa việc sử dụng thuốc kháng virus với nồng độ một số thành phần lipid huyết tương, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở cả hai nhóm BN nghiên cứu đều không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở nhóm BN mới sử dụng thuốc kháng virus so với nhóm BN đã sử dụng thuốc thời gian dài hơn.

Có lẽ do trong nghiên cứu này chúng tôi chưa có thông tin đầy đủ, chính xác về loại thuốc, liều lượng thuốc kháng virus được sử dụng ở BN HIV, đây chính là hạn chế của đề tài.

V. KẾT LUẬN

Đồng nhiễm HCV liên quan đến giảm nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở bệnh nhân HIV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bedimo R, Ghurani R, Nsuami M, et al (2006)**, "Lipid abnormalities in HIV/hepatitis virus-coinfected patients", *HIV Medicine*, 7, 530-536.
2. **Duong M, Petit JM, Piroth L et al (2001)**, "Association between insulin resistance and hepatitis C virus chronic infection in HIV hepatitis C virus-coinfected patients undergoing antiretroviral therapy", *J Acquir Immune Defic Syndrom*, 27, pp 245-250.
3. **Forrester JE, McGovern BH, Rhee MS, Sterling RK (2009)**, "The individual and combined influence of HIV and hepatitis C virus on dyslipidaemia in a high-risk Hispanic population", *HIV Med*, 10(9), pp 555-563.
4. **Gao F, et al (1998)**, "An Isolate of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Originally Classified as Subtype I Represents a Complex Mosaic Comprising Three Different Group M Subtypes (A, G, and I)", *Journal of Virology*, 72 (12), pp 105-116.
5. **Kohli R, Diana W, Heidi S, et al (2016)**, "Cholesterol Levels in HIV- and/or HCV-Infected Drug Users Living in Argentina", *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, 15 (5), pp 400-405.
6. **Polgreen P. M, Fultz S. L, Justice A. C, et al (2004)**, "Association of hypocholesterolaemia with hepatitis C virus infection in HIV-infected people", *HIV Medicine*, 5, pp 144-150.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ KHẨU PHẦN CỦA NGƯỜI 50- 70 TUỔI TẠI QUẬN LONG BIÊN, HÀ NỘI

Vũ Thị Thu Hiền¹, Lê Danh Tuyên¹, Hà Anh Đức²

TÓM TẮT²⁹

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành tại quận Long Biên- Hà Nội năm 2013 để đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của người trưởng thành 50- 70 tuổi. Tổng số 144 đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu đã được mời tham gia nghiên cứu. Đối tượng được cân trọng lượng cơ thể và đo chiều cao. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng dựa vào phân loại của Tổ chức Y Tế Thế giới (WHO). Khẩu phần ăn được đánh giá bằng phương pháp cân đong 24h tại hộ gia đình trong 3 ngày liên tiếp. Các biến số khác như: tuổi, nghề nghiệp và các thông tin liên quan được thu thập bằng phỏng vấn thông qua bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Kết quả nghiên cứu cho thấy: tỷ lệ thừa cân béo phì ở đối tượng nghiên cứu là 19,4%, ở nữ (25,5%) cao hơn ở nam (14,9%), với $p < 0,05$. Tỷ lệ

thiếu năng lượng trường diễn (CED) là 6,9%, ở nam (11,3%) cao hơn ở nữ (3,7%), $p < 0,05$. Khẩu phần protein của đối tượng vượt quá NCKN, đặc biệt là nhóm tuổi 60- 70 tuổi (122%). Trong những năm tới, cần có những biện pháp giáo dục truyền thông dinh dưỡng phù hợp để bữa ăn của người cao tuổi hợp lý hơn, góp phần dự phòng các bệnh liên quan đến dinh dưỡng.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, khẩu phần ăn, người 50- 70 tuổi

SUMMARY

NUTRITION STATUS AND DIETARY INTAKE OF PERSONS AGED 50- 70 YEARS IN LONG BIEN DISTRICT, HANOI IN 2013

A cross-sectional survey was conducted in Long Bien district, Hanoi capital in 2013 to evaluate nutrition status and dietary intake of adults aged 50-70 years. Total of 144 subjects met chosen criteria were invited to participate. Body weight and height of subjects were collected. Nutrition status was assessed based on classification of WHO. Dietary intake was evaluated by weighing method within 24h at household in 3 consecutive days. Other variables such as age, occupation, and related informations were collected by interviewing with structured

¹*Viện Dinh dưỡng Quốc Gia*

²*Bộ Y tế*

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thu Hiền

Email: vuthithuhen@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 6.6.2017

questionnaire. The results showed that, prevalence of overweight/ obesity in studied subjects was 19.4%, higher in females (25,5%) than in males (14,9%), $p < 0,05$. The prevalence of Chronic Energy Deficiency (CED) was 6.9%, higher in males (11.3%) than in females (3.7%), $p < 0,05$. Protein intake of subjects was higher than recommended dietary allowance, especially in groups aged 60- 70 years old (122%). Suitable nutrition education approaches should be done in the coming years to control proper dietary in elderly, in order to prevent diseases related to nutrition.

Key words: Nutrition status, dietary intake, 50-70 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuổi thọ của chúng ta đã tăng nhiều trong những thập kỷ qua. Năm 2012, tuổi thọ bình quân của người Việt Nam là 72,8, đứng thứ 58/177 quốc gia. Tuy nhiên, số năm sống khỏe mạnh trung bình chỉ là 66 tuổi, xếp thứ 116/177 nước trên thế giới. Các chỉ số về thể lực như chiều cao, cân nặng, sức bền, suy dinh dưỡng... của người dân nước ta vẫn còn thấp so với các nước trong khu vực [1]. Người từ 50 đến 70 tuổi là giai đoạn chuyển tiếp từ tuổi trung niên sang người cao tuổi (NCT), có sự thay đổi rất nhiều về nhu cầu dinh dưỡng, chế độ ăn uống... Đó là đối tượng có nhiều vấn đề về sức khỏe và cần được quan tâm một cách đặc biệt. Chăm sóc sức khỏe cho đối tượng này là một mục tiêu quan trọng, rất thiết thực để góp phần nâng cao sức khỏe và chất lượng sống.

Cho đến nay, các nghiên cứu đánh giá về khẩu phần ăn và tình trạng dinh dưỡng (TTDD) và các yếu tố ảnh hưởng ở người cao tuổi còn ít và rải rác. Vì vậy, nghiên cứu về khẩu phần ăn và TTDD của người có tuổi cao là rất cần thiết, đóng góp số liệu cho những chính sách về giáo dục truyền thông dinh dưỡng phù hợp để nâng cao sức khỏe cho đối tượng này. Với những lý do đó, chúng tôi đã tiến hành đánh giá tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần ăn của người trưởng thành 50- 70 tuổi tại một phường thuộc quận Long Biên, Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Địa điểm: phường Bồ Đề, quận Long Biên, Hà Nội.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3- 6/2013

2.2 Đối tượng nghiên cứu: người trưởng thành 50-70 tuổi, không bị dị tật, không mắc các bệnh mãn tính hoặc cấp tính (ung thư, nhiễm

trùng cấp tính), và không có chế độ ăn uống đặc biệt tại thời điểm điều tra, thường xuyên có bữa ăn tại gia đình.

Cỡ mẫu: Để đánh giá TTDD, áp dụng công thức $n = Z^2 \times p \times (1-p) / (p \cdot \epsilon)^2$

Trong đó, n là cỡ mẫu, $z = 1.96$ với khoảng tin cậy 95%, p là tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (CED), với $p = 0,296$ [2], ϵ là khoảng sai lệch tương đối mong muốn giữa tỉ lệ bệnh thu được từ mẫu và tỉ lệ bệnh của quần thể nghiên cứu, $\epsilon = 0,3$. Từ đó, tính được cỡ mẫu là 102 (người).

Để điều tra khẩu phần, áp dụng công thức:

$$t^2 \cdot N \cdot \sigma^2$$

$$n = \frac{t^2 \cdot N \cdot \sigma^2}{e^2 \cdot N + t^2 \cdot \sigma^2}$$

Trong đó: t là phân vị chuẩn hóa (thường bằng 2 ở xác suất 0.954), σ là độ lệch chuẩn theo kết quả điều tra khẩu phần năng lượng toàn quốc ($\sigma = 587.1$ Kcal) [3], e là sai số chuẩn (100 Kcal), N là tổng số hộ gia đình của phường (5.275 hộ). Thay vào ta có $n = 134$ (người). Như vậy, để đạt cả 2 mục tiêu nghiên cứu và dự tính 7% từ chối tham gia, số đối tượng cần điều tra là 144 người.

Cách chọn mẫu: theo phương pháp ngẫu nhiên nhiều giai đoạn. Bước 1, chọn ngẫu nhiên phường Bồ Đề trong tổng số 14 phường của quận Long Biên. Bước 2, sử dụng phương pháp chọn ngẫu nhiên hệ thống để chọn đủ 144 đối tượng.

Các kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu.

- Thông tin chung được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn.

- Chiều cao và cân nặng được đo trong khi đứng, mặc quần áo mỏng và không có giày. Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính bằng tỷ số giữa cân nặng (kg) và bình phương của chiều cao (m²).

Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo WHO năm 2000 [4]: BMI < 18,5 là thiếu cân (CED), từ 18,5 đến 24,9 là bình thường, ≥ 25 là thừa cân, từ 25 đến 29,9 là tiền béo phì, ≥ 30 : béo phì

- Khẩu phần ăn được đánh giá theo phương pháp cân đong 24h tại hộ gia đình trong 3 ngày liên tiếp (2 ngày thường và 1 ngày cuối tuần).

Phân tích số liệu: sử dụng phần mềm SPSS. Dùng Test T để so sánh các số trung bình và và Test Khi bình phương để so sánh các tỷ lệ.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Viện Dinh Dưỡng thông qua. Tất cả các đối tượng đều ký cam kết đồng ý tham gia trước khi tiến hành nghiên cứu

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

Thông tin		Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Nhóm tuổi	50-59	15	24,2	35	42,7	50	34,7
	60-70	47	75,8	47	57,3	94	65,3
Nghề nghiệp	Hưu trí	42	67,7	50	60,9	92	63,9
	Nội trợ	0	0	7	8,5	7	4,9
	Nghề tự do	2	3,2	2	2,4	4	2,8
	Cán bộ viên chức	8	12,9	12	14,6	20	13,9
	Khác	10	16,1	11	13,4	21	14,6
Trình độ văn hóa	Trên cấp 3	13	20,9	16	19,5	29	20,1
	Cấp 1	3	4,8	3	3,7	6	4,2
	Cấp 2	11	17,7	21	25,6	32	22,2
	Cấp 3	35	56,5	42	51,2	77	53,5

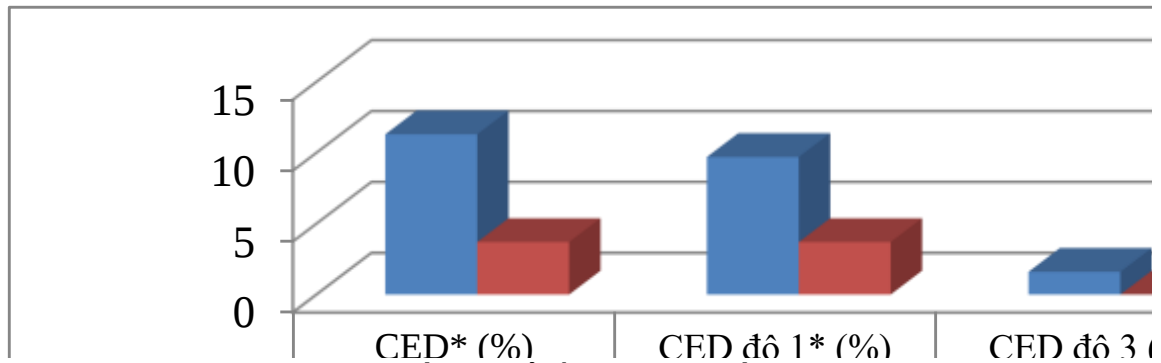
Trong số 144 đối tượng nghiên cứu, có 34,7% người từ 50 đến 59 tuổi và 65,3% người nằm trong độ tuổi 60-70. Phần lớn họ là hưu trí (63,9%) và có trình độ học văn cao (cấp 3: 53,5%; trên cấp 3: 20,1%).

Bảng 2. Tỷ lệ thừa cân béo phì theo nhóm tuổi và giới

	Phân loại	Nam (n=62) (%)	Nữ (n=82) (%)	Chung (n= 144)
50- 59 tuổi	Tiền béo phì	20	17,1*	18
	Béo phì	0	0	0
60- 70 tuổi	Tiền béo phì	12,8	23,4*	18,1
	Béo phì	2,1	2,1	2,1
Tổng cộng		14,9	25,5*	19,4

Số liệu được so sánh giữa 2 giới bằng Test T, *: $p < 0,05$

Tỷ lệ thừa cân béo phì chung là 19,4%, ở nữ (25,5%) cao hơn có YNTK so với ở nam (14,9%). (Bảng 2). Xét theo nhóm tuổi, ở nhóm 50- 59 tuổi chưa xuất hiện béo phì, nhưng tỷ lệ tiền béo phì ở nam (20%) cao hơn có YNTK so với ở nữ (17,1%). Ở nhóm 60-70 tuổi thì có xu hướng ngược lại, tiền béo phì ở nữ (23,4%) cao hơn nam (12,8%), với $p < 0,05$. Khi bình phương test, *: $p < 0,05$

**Hình 1. Tỷ lệ CED theo giới**

Tỷ lệ CED chung là 6,9%. Trong đó, tỷ lệ CED ở nam (11,3%) cao hơn có YNTK so với ở nữ (3,7%) (Hình 1). Chỉ có CED độ 1 và 3 và không có trường hợp nào CED độ 2.

Bảng 3. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần của nhóm 50- 59 tuổi theo giới

Chất dinh dưỡng	Nhóm tuổi 50-59 (TB±SD)		Mức đáp ứng Nhu cầu (%)
	Nam	Nữ	
Năng lượng (kcal)	1324,6±256,7*	1120,9±260,6	69,8
Protein (g)	62,9±12,9*	54,7±17,4	107
Lipid (g)	25,3±7,4	19,9±8,1	64,7
Glucid (g)	211,4±50,1	180,7±47,5	74,6
Vitamin và chất khoáng	Ca (mg)	486,5±215,2	32,6
	Zn (mg)	2,5±0,4	48,9
	Fe (mg)	11,4±2,7	70,5
	Vitamin A (µg)	207,0±175,3	36,8

Vitamin D (μg)	0,5 $\pm$ 0,8	0,4 $\pm$ 0,3	4,5
-----------------------------	---------------	---------------	-----

Số liệu được so sánh giữa 2 giới bằng Test T, *: $p < 0,05$

Ở nhóm 50-59 tuổi, khẩu phần tất cả các chất dinh dưỡng của đối tượng nam đều có xu hướng cao hơn ở nữ, nhưng sự khác biệt chỉ có YNTK đối với khẩu phần năng lượng và protein ($p < 0,05$) (Bảng 3). Hầu hết các chất dinh dưỡng đều chưa đáp ứng đủ nhu cầu (mức đáp ứng nhu cầu đều $< 100\%$). Riêng khẩu phần protein đã vượt quá nhu cầu khuyến nghị (107%). Khẩu phần Vitamin D chỉ đáp ứng 4,5% nhu cầu.

Bảng 4. Giá trị dinh dưỡng khẩu phần của nhóm 60- 70 tuổi theo giới

Chất dinh dưỡng		Nhóm tuổi 60-70 (TB $\pm$ SD)		Mức đáp ứng Nhu cầu (%)
		Nam	Nữ	
Năng lượng (kcal)		1422,5 $\pm$ 327,6	1310,4 $\pm$ 258,4*	78,1
Protein (g)		69,0 $\pm$ 16,9	63,0 $\pm$ 12,5*	122
Lipid (g)		29,7 $\pm$ 11,6	24,7 $\pm$ 7,3*	77,9
Glucid (g)		219,8 $\pm$ 53,8	208,9 $\pm$ 51,6	81,4
Vitamin và chất khoáng	Ca (mg)	479,7 $\pm$ 181,8	505,6 $\pm$ 382,6	37,8
	Zn (mg)	3,9 $\pm$ 0,6	2,5 $\pm$ 0,7*	65,3
	Fe (mg)	13,1 $\pm$ 4,8	11,7 $\pm$ 2,9	82,1
	Vitamin A (μg)	338,0 $\pm$ 652,9	259,0 $\pm$ 433,5	59,7
	Vitamin D (μg)	0,5 $\pm$ 0,8	0,4 $\pm$ 0,3	4,5

Số liệu được so sánh giữa 2 giới bằng Test T, *: $p < 0,05$

Ở nhóm 60- 70 tuổi, khẩu phần hầu hết các chất dinh dưỡng ở nam vẫn có xu hướng cao hơn nữ, nhưng khẩu phần canxi ở nữ lại cao hơn nam. Tuy nhiên, những sự khác biệt này chỉ có YNTK với khẩu phần năng lượng, protein, lipid và kẽm ($p < 0,05$) (Bảng 4). So với số liệu ở Bảng 3, khẩu phần năng lượng và protein ở cả nam và nữ nhóm 60- 70 tuổi đều cao hơn nhóm 50- 59 tuổi.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời kỳ chuyển tiếp của nền kinh tế, chúng ta phải đối mặt với gánh nặng kép về dinh dưỡng: một mặt suy dinh dưỡng vẫn đang tồn tại, thì thừa cân béo phì kéo theo 1 loạt rối loạn chuyển hóa và bệnh mãn tính không lây đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt ở các thành phố lớn. Quận Long Biên thuộc Hà Nội là quận mới đô thị hóa trong những năm gần đây. Tỷ lệ CED ở người 50- 70 tuổi trong nghiên cứu này là 6.9%, thấp hơn so với kết quả Tổng điều tra toàn quốc (17,2%) [3]. Có thể lý giải là do địa điểm này có điều kiện kinh tế phát triển hơn tình hình chung của cả nước và nơi đây cũng có khả năng tiếp cận với các dịch vụ y tế tốt hơn. Trong nghiên cứu này, CED ở nam (11,3%) cao hơn ở nữ (3,7%) gần 4 lần, tuy nhiên trong Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc năm 2010 lại cho kết quả trái ngược khi CED ở nữ cao hơn CED ở nam.

Tỷ lệ trẻ thừa cân béo phì nói chung ở cả 2 nhóm tuổi là 19,4, cao hơn so với số liệu ở người cùng độ tuổi trong Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc năm 2010 [3]. Trong đó, tỷ lệ ở nữ khá cao là 25.5%, cao hơn ở nam giới (14.9%). Điểm đáng chú ý là: ở nhóm 50- 59 tuổi, tỷ lệ tiền béo phì ở nam (20%) cao hơn ở nữ (17,1%) nhưng ở nhóm tuổi 60- 70 tuổi thì ngược lại, tỷ lệ này ở nữ (23,4%) lại cao hơn nam (12,8%). Trong khi đó, khẩu phần ăn của nam giới ở cả 2 nhóm tuổi này đều cao hơn nữ (Bảng 3 và 4).

Như vậy, phải chăng là ở nữ giới sự chuyển hóa trong cơ thể và nhu cầu về các chất dinh dưỡng khác với nam giới? Cần có những nghiên cứu tiếp theo để trả lời cho câu hỏi này, để góp phần đưa ra những lời khuyên hợp lý về dinh dưỡng dự phòng thừa cân béo phì và hậu quả của nó là các rối loạn chuyển hóa cho những người cao tuổi.

Tỷ lệ thừa cân béo phì ở người 50- 70 tuổi tại quận Long Biên Hà Nội vẫn thấp hơn ở người trưởng thành tại Thành phố Hồ Chí Minh [5], nhưng lại gần tương đương với người cùng độ tuổi ở các nước như Malaysia và Nhật bản [6-7].

Có thể nói, đây là một trong những nghiên cứu hiếm hoi ở Việt nam nghiên cứu sâu về khẩu phần các chất dinh dưỡng ở người bắt đầu cao tuổi (50- 70 tuổi). Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp cân đong (phương pháp được coi là chuẩn vàng) để đánh giá khẩu phần. Kết quả cho thấy: khẩu phần hầu hết các chất dinh dưỡng ở cả 2 giới và 2 nhóm tuổi đều thấp hơn nhu cầu khuyến nghị (NCKN), thấp nhất là khẩu phần Vitamin D chỉ đáp ứng được $< 5\%$. Nhưng điểm đáng chú ý là khẩu phần protein ở cả 2 nhóm tuổi đều vượt quá NCKN, đặc biệt là nhóm tuổi 60- 70 tuổi (122%). Phát hiện này khác hẳn với những nghiên cứu về khẩu phần chất dinh dưỡng trước đây, khi protein luôn luôn thiếu so với nhu cầu. Điều này có thể do ảnh hưởng của thời kỳ kinh tế chuyển tiếp ở nước ta, khi kinh tế người dân khá lên, thức ăn

động vật được tiêu thụ nhiều hơn, dẫn đến khẩu phần protein tăng. Nhưng khẩu phần protein vượt quá mức NCKN như vậy sẽ là nguyên nhân quan trọng đưa đến các rối loạn chuyển hóa và các bệnh không lây nhiễm với những hậu quả nặng nề cho sức khỏe. Vì vậy, cần có những biện pháp giáo dục truyền thông dinh dưỡng phù hợp trong những năm tới để bữa ăn của người dân hợp lý hơn, đặc biệt là với đối tượng người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ thừa cân béo phì ở người 50- 70 tuổi tại quận Long Biên- Hà Nội là 19,4%, ở nữ (25,5%) cao hơn ở nam (14,9%), với $p < 0,05$

2. Tỷ lệ thiếu năng lượng trưởng diễn (CED) là 6,9%, ở nam (11,3%) cao hơn ở nữ (3,7%), $p < 0,05$.

3. Khẩu phần hầu hết các chất dinh dưỡng của đối tượng đều thấp hơn nhu cầu khuyến nghị (NCKN), thấp nhất là khẩu phần Vitamin D chỉ đáp ứng được <5%. Khẩu phần protein vượt quá NCKN, đặc biệt là nhóm tuổi 60- 70 tuổi (122%).

KHUYẾN NGHỊ

Cần có những biện pháp giáo dục truyền thông dinh dưỡng phù hợp trong những năm tới

để bữa ăn của người cao tuổi hợp lý hơn, góp phần dự phòng các rối loạn bệnh tật liên quan đến dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Tổng cục dân số và kế hoạch hóa gia đình (2009). *Báo cáo tổng quan về chính sách chăm sóc người già thích ứng với thay đổi cơ cấu tuổi Việt Nam*. Hà Nội. <http://www.gopfp.gov.vn/documents/18/24354/TQCS-NCT.pdf>.
2. **Mai Thị Mỹ Thiện (2012)**, Tình trạng dinh dưỡng công nhân nhập cư tại thành phố Hồ Chí Minh. *Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm*, 8(3): 14-20
3. **Bộ Y tế, Viện Dinh Dưỡng (2010)**. *Tổng điều tra dinh dưỡng 2009-2010*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **WHO (2000)**, "Obesity: Preventing and Managing the global epidemic", *Technical Report series 894*, Geneva
5. **Cuong TQ, Dibley MJ, Bowe S, Hanh TT, Loan TT (2007)**. Obesity in adults: an emerging problem in urban areas of Ho Chi Minh City, Vietnam. *Eur J Clin Nutr*. 61(5):673-81
6. **Ismail MN, Chee SS, Nawawi H et al (2002)**. Obesity in Malaysia. *Obes Rev*, 3:203-208.
7. **Yoshiike N, Seino F, Tajima S et al (2002)**. Twenty-year changes in the prevalence of overweight in Japanese adults: the National Nutrition Survey 1976-95. *Obes Rev*, 3:183-190.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN TRƯỚC PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY TẠI BỆNH VIỆN 103

Trương Thị Thư*, Nguyễn Thanh Chò**, Hoàng Mạnh An**

TÓM TẮT³⁰

Nội dung bài báo là một phần trong nghiên cứu "Hiệu quả nuôi dưỡng sớm đường ruột bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày". **Mục tiêu:** Bài báo trình bày kết quả tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước khi phẫu thuật cắt dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, 112 bệnh nhân từ 18 – 65 tuổi có chỉ định cắt dạ dày từ tháng 5/2011 – 11/2013. Bằng các phương pháp đo các chỉ số nhân trắc, công cụ SGA, tỷ lệ mất cân trước phẫu thuật 2 tháng, 6 tháng. **Kết quả:** cho thấy đối tượng tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 52,2 tuổi. Tỷ lệ suy dinh dưỡng của đối tượng tham gia theo phương pháp nhân trắc BMI là 43,4%, theo phương pháp SGA, tỷ lệ bệnh nhân có dinh dưỡng

kém là 96,5%. 94,6% đối tượng có giảm cân trước phẫu thuật trong đó có bệnh nhân có giảm trên 5% cân nặng trong 2 tháng, 6 tháng trước phẫu thuật cao tỷ lệ đó là 41,6% và 73,4%. **Kết luận:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật dạ dày rất cao vì thế các bệnh nhân nhập viện cần được đánh giá tình trạng dinh dưỡng để có can thiệp dinh dưỡng phù hợp và giúp bác sỹ lâm sàng tiên lượng cuộc mổ.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF PATIENTS BEFORE STOMACH SURGERY IN 103 HOSPITAL MEDICAL MILITARY

The contents of the article is part of the research "Effective of feeding the gut early after stomach surgery. This article presents results of nutrition status of the patient before stomach surgery. **Objectives Subjects and Methods:** cross-sectional study design described, 112 patients aged 18-65 years old have designated stomach surgery from May 2011 to November 2013. By the measurement of anthropometric indices, SGA, weight loss before surgery for 2 months, 6 months. **Results:** The study showed an average age of patients 52.2 is years old. The rate of malnutrition by BMI methods 43.4%, SGA method, is 96.5%. 94.6% of subjects had preoperative weight loss in which patients

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
 **Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y
 Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Thư
 Email: Truongthu16@gmail.com
 Ngày nhận bài: 3.4.2017
 Ngày phản biện khoa học: 23.5.2017
 Ngày duyệt bài: 6.6.2017

had a weight loss of more than 5% in 2 months, 6 months before surgery had a high rate of 41.6% and 73.4%. **Conclusion:** malnutrition rates patients before stomach surgery is very high so the hospitalized patients should be assessed for nutritional status in order to have appropriate nutritional interventions and to help the clinician prognoses the surgical prognosis.

Keyword: nutritional status, stomach surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) của bệnh nhân nằm viện còn cao đặc biệt của bệnh nhân ngoại khoa. Theo Hiệp hội Dinh dưỡng lâm sàng châu Âu ESPEN (2006) thì tỷ lệ suy dinh dưỡng chiếm 20 - 60% bệnh nhân nằm viện và có đến 30 - 90% bị mất cân trong thời gian điều trị, trong đó tỷ lệ suy dinh dưỡng (SDD) ở bệnh nhân phẫu thuật là 40 - 50%[1][2]. Hậu quả của suy dinh dưỡng được công nhận trong những năm 1976, Studley nghiên cứu thấy một mối quan hệ giữa việc giảm cân trước phẫu thuật và tỷ lệ tử vong. Suy dinh dưỡng được coi là một yếu tố quyết định chính của sự phát triển các biến chứng sau phẫu thuật. Suy dinh dưỡng hoặc thiếu hụt chất dinh dưỡng có tác động nghiêm trọng đến sự lành vết thương, thiếu protein giảm hình thành mao mạch mới, giảm tăng sinh tế bào sợi và tổng hợp collagen, cung cấp đủ protein là cần thiết cho lành vết thương [1][3][6].

Bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa có nguy cơ cạn kiệt nguồn dinh dưỡng dự trữ từ chế độ dinh dưỡng không đầy đủ do rối loạn tiêu hóa kéo dài, giảm hấp thu. Suy dinh dưỡng không phải là bệnh đơn thuần mà liên quan đến nhiều vấn đề trong bệnh viện, nhiều bệnh nhân tiếp tục SDD khi nằm viện [1][3].

Hiện nay việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nằm viện chưa được coi trọng, nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật để đưa ra giải pháp hỗ trợ dinh dưỡng phù hợp với người bệnh, chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật và tiên lượng điều trị. Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật cắt dạ dày*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 112 bệnh nhân, tuổi từ 18 - 65, không mắc bệnh phổi hợp, được chỉ định phẫu thuật cắt dạ dày từ tháng 5/2011 - 11/2013 tại Bệnh viện Quân Y 103.

2. Phương pháp nghiên cứu và kỹ thuật thu thập số liệu: thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, bệnh nhân được đánh giá tình trạng dinh dưỡng khi vào viện, thu thập số liệu về nhân trắc và đánh giá TTDD bằng chỉ số BMI và phương pháp SGA.

3. Công cụ và các chỉ tiêu nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án, Cân Tanita điện tử độ chính xác 0,1 kg để cân trọng lượng bệnh nhân, kết quả thu được ghi theo kilogam với một số lẻ. Thước đo chiều cao, độ chính xác là 1cm, đo ở tư thế đứng với 5 điểm chạm: gót, bắp chân, mông, vai, chẩm. Chiều cao được ghi bằng mét với một số lẻ, BMI được đánh giá theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO năm 2000) và theo tiêu chuẩn của Châu Á Thái Bình Dương (IDI & WPRO) (kg/m²)

- **BMI** (Body Mass Index): Chỉ số khối cơ thể = [cân nặng (kg)] / [chiều cao (m)]²

Có 2 cách phân loại (Theo phân loại của năm 2000)

Tình trạng dinh dưỡng	Chỉ số BMI WHO	IDI & WPRO (kg/m ²)
Thiếu năng lượng trường diễn (Chronic Energy Deficiency – CED)	< 18,50	< 18,50
Gầy độ 1	17,00 – 18,99	17,00 – 18,99
Gầy độ 2	16,00 – 16,99	16,00 – 16,99
Gầy độ 3	< 16,00	< 16,00
Bình thường	18,50 - 24,99	18,50 - 22,99
Thừa cân	BMI ≥ 25,00	BMI ≥ 23,00
Tiền béo phì	25,00 – 29,99	23,00 - 24,99
Béo phì độ I	30,00 – 34,99	25,00 – 29,99
Béo phì độ II	35,00 – 39,99	30 – 34,9

SGA Theo Destky AS (1987): SGA (Subjective global assessment-SGA): là kỹ thuật kết hợp dữ liệu từ chủ quan và khách quan. Phần một: kiểm tra cân nặng, chế độ ăn, các triệu chứng tiêu hóa, những thay đổi chức năng. Phần hai: Kiểm tra mất lớp mỡ dưới da, teo cơ, phù, cổ chướng. SGA được đánh giá qua 3 mức độ (SGA –A: dinh dưỡng tốt, B, C: suy dinh dưỡng mức độ vừa và nặng). Các biến cố có sức nặng trong tính điểm chung bao gồm mất cân (sụt cân), kém ăn, mất lớp cơ, mất lớp mỡ dự trữ [7].

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm và tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Một số đặc điểm và tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tuổi	Cân nặng (kg)	Chiều cao (m)	BMI (kg/ m ²)
Trung bình	52,1	49,8	1,61	19,1
SD	9,0	7,6	0,06	2,3
Thấp nhất	28	33,0	1,45	13,7
Cao nhất	65	73,0	1,76	27,8

Nhận xét: đối tượng tham gia nghiên cứu có tuổi trung bình là 52, thấp nhất là 28 tuổi, cao nhất là 65 tuổi. Cân nặng trung bình 49,8, thấp nhất là 33kg, cao nhất là 73kg. Chiều cao trung bình là 1,61m thấp nhất là 1,45m cao nhất là 1,76m. BMI trung bình là 19,1 thấp nhất là 13,7, cao nhất là 27,8kg/m².

Bảng 2: Nhóm tuổi, giới

Các đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi:		
18 - < 40	12	10,7
Từ 40 -65	100	89,3
Giới:		
Nam	75	67
Nữ	37	33
Tổng	112	100

Nhận xét: Đối tượng tuổi từ 40 -65 tuổi chiếm 89,3%, tuổi 18 – 40 tuổi chiếm 10,7%, số bệnh nhân nam nhiều gấp 2 lần nữ (67% so với 33%).

Bảng 3: Phân loại TTDD của toàn bộ bệnh nhân theo BMI dành cho người trưởng thành theo hướng dẫn của WHO năm 2000

TTDD	BMI	n	%
Gầy	< 18,5	49	43,7
Độ 1	17.00 -18.49	29	25,8
Độ 2	16 -16.99	15	13,4
Độ 3	< 16	5	4,5
Bình thường	18.5 – 24.9	61	54,5
Thừa cân	> = 25	2	1,8

Nhận xét: Kết quả tỷ lệ bệnh nhân SDD trường diễn (BMI<18,5), chiếm 43,7% trong đó 4,5% suy dinh dưỡng nặng (BMI <16), 13,4% có BMI (16 – 16,9), 25,8% suy dinh dưỡng mức độ nhẹ, có 1,8% thừa cân béo phì

Bảng 4: TTDD theo SGA

SGA	Toàn bộ bệnh nhân	
	n	%
SGA - A	4	3,8
SGA - B	55	48,9
SGA - C	53	47,3

Nhận xét: bệnh nhân có tình trạng dinh dưỡng bình thường (SGA-A) ở 3,8%. Nguy cơ dinh dưỡng mức độ vừa (SGA-B) là 48,9%; mức độ nặng là 47,3%

Bảng 5: Tình trạng giảm cân trong vòng 2 tháng, 6 tháng trước phẫu thuật

TT thay đổi cân nặng trước khi phẫu thuật	Giảm < 5% cân nặng hiện tại	5% - 10%	>10%
2 tháng	61 (57,5%)	37 (34,9%)	8 (7,5%)
6 tháng	22 (21,6%)	42 (41,2%)	38 (37,3%)

Kết quả: bệnh nhân mất cân không mong muốn trong thời gian 2 tháng và 6 tháng trước thời điểm nhập viện lần lượt, trong đó mất cân < 5% là 57,5% và 21,6%; 5%-10% là 34,9%, 41,2% mất cân >10% là 7,5%, là 37,3%.

IV. BÀN LUẬN

1. Phương pháp đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI): BMI trung bình của nghiên cứu chúng tôi là 19,3, của Nguyễn Thùy An là 20,32; Lưu Ngân Tâm (2009) là 20,83, Chu Thị Tuyết BMI trung bình 19,7; Chỉ số khối cơ thể của bệnh nhân nằm viện là thấp hơn các nghiên cứu

khác, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số BMI <18,5 cao hơn kết quả nghiên cứu của Lưu Ngân Tâm và cộng sự (2011) về tình trạng dinh dưỡng trước mổ và biến chứng nhiễm trùng sau phẫu thuật gan, mật, tụy tại bệnh viện Chợ Rẫy (43,4% so với 35,9% và 32%) [2][3]. Nhưng kết quả này tương đương với nghiên cứu của Chu

Thị Tuyết Loại phẫu thuật dạ dày có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất 45,7%[2]. Đặc biệt có 17,7% có BMI < 17.

BMI dưới 16 được xem là SDD nặng có nguy cơ tử vong cao, tuy nhiên, đối với bệnh nhân có BMI trong giới hạn bình thường thậm chí là thừa cân, béo phì nhưng bệnh nhân có sụt cân không chú ý trên 10% trong thời gian ngắn 6 tháng, hai tháng thì phương pháp chỉ số khối không phản ánh được tình trạng dinh dưỡng mặc dù thực tế bệnh nhân đó có nguy cơ dinh dưỡng kém[3]. Vì thế cùng với đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo chỉ số khối cơ thể, chúng tôi còn tiến hành đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo phương pháp tổng thể chủ quan (SGA), đây là phương pháp có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân ngoại khoa [1][5].

2. Phương pháp đánh giá TTDD bằng công cụ SGA: Destky AS nghiên cứu trên 202 bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa ở bệnh viện Toranto thấy 10% bị biến chứng liên quan đến dinh dưỡng. Tỷ lệ biến chứng của bệnh nhân SDD nặng là 67% [5]. Phạm Thu Hương (2001), tỷ lệ SDD ngoại khoa với BMI < 18,5 là 51,3%, SGA có 66,4% SDD[2]. Các nghiên cứu đã chỉ ra SGA là phương pháp có giá trị tiên đoán hậu quả lâm sàng sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu đã sử dụng SGA để sàng lọc nguy cơ suy dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật [5],[6]. Các bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật cắt dạ dày có nguy cơ suy dinh dưỡng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo SGA (SGA-B và SGA-C) ở bệnh nhân trước phẫu thuật cắt dạ dày là rất cao tỷ lệ này > 90%. Kết quả của chúng tôi cũng cao hơn kết quả của tác giả Phạm Văn Năng (2006). Tác giả đã đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân phẫu thuật tại bệnh viện Cần Thơ cho thấy 55,7% bệnh nhân trước phẫu thuật suy dinh dưỡng (SGA mức độ B và C), trong đó tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa là 77,7%[3]. Tác giả cũng phát hiện thấy toàn bộ đối tượng này bị biến chứng nhiễm trùng vết mổ và 76,5% có biến chứng xì dò sau mổ[3]. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy bệnh nhân trước phẫu thuật ổ bụng có tỷ lệ cao suy dinh dưỡng theo đánh giá SGA[5],[6].

Tỷ lệ SDD đánh giá bằng SGA cũng cao hơn gần gấp đôi so với đánh giá bằng BMI (96,5% so với 44,3%), lý do 95% bệnh nhân có giảm cân trước phẫu thuật 6 tháng, 2 tháng và một tỷ lớn có giảm > 10% cân nặng cơ thể trong 6 tháng (34,5%) mặc dù BMI vẫn trong giới hạn bình

thường. Điều đó cho thấy, theo thời gian tỷ lệ SDD trong bệnh viện không giảm mà có xu hướng tăng lên, trái ngược hẳn với tình trạng SDD ở cộng đồng ngày càng giảm do tình trạng dinh dưỡng ở cộng đồng được quan tâm và cải thiện.

Có thể thấy phương pháp đánh giá bằng SGA có khả năng tầm soát các đối tượng SDD tốt hơn, vì nó có thể đánh giá nguy cơ sớm khi bệnh nhân có vấn đề dinh dưỡng hoặc có SDD thực sự so với chỉ sử dụng cân nặng đơn thuần hay chỉ số BMI.

3. Phương pháp đánh giá TTDD bằng độ sụt cân trong vòng 2 tháng, 6 tháng trước phẫu thuật: Bệnh nhân vào viện để phẫu thuật cắt dạ dày đều có tình trạng giảm cân trước phẫu thuật trong vòng 2 tháng, 6 tháng là 95% bệnh nhân.

Trước 2 tháng có 41,6% giảm cân > 5% và 6 tháng trước đó 73,4% giảm cân >5% trong số đó có đến 34,5% giảm cân >10%, Như vậy hầu hết bệnh nhân bệnh lý dạ dày mạn tính có chỉ định phẫu thuật đều có tình trạng giảm cân trước phẫu thuật nhiều, tình trạng dinh dưỡng kém và suy kiệt; Rõ ràng người bệnh bị sụt cân nhiều trước vào viện, đa phần bệnh nhân đều chú ý đến vấn đề sụt cân. Một số ít không nhớ rõ cân nặng nhưng đã nhận thấy sự gầy mòn đi rõ rệt của mình. Giảm cân trong thời gian 6 tháng trước phẫu thuật được cho là chỉ số sàng lọc dinh dưỡng có giá trị. Giảm cân trong thời gian 2 tháng là tiêu chuẩn lựa chọn phương pháp nuôi dưỡng cho bệnh nhân sau phẫu thuật [1],[6]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ giảm cân không mong muốn >10% trong 6 tháng trước nhập viện là 34,5%.

Quan sát của chúng tôi cao hơn kết quả Theo nghiên cứu của Chu Thị Tuyết, tình trạng mất cân không mong muốn trong thời gian 6 tháng trước thời điểm nhập viện: mất cân trên 10% là 29,2%; Khi nghiên cứu về tình trạng giảm cân ở các loại phẫu thuật trước thời điểm nhập viện, loại phẫu thuật dạ dày có tỷ lệ giảm cân 78,3%[2]; Nghiên cứu của Braga trên 650 bệnh nhân phẫu thuật đường tiêu hóa cho thấy tỷ lệ bệnh nhân giảm cân >10% trước phẫu thuật là 56,6% (368/650)

Như vậy với cả ba cách đánh giá TTDD (SGA, BMI, độ sụt cân). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi có cao hơn các tác giả khác có thể vì lý do, phần lớn nghiên cứu của các tác giả là đánh giá tình trạng dinh dưỡng chung của các bệnh nhân ngoại khoa, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân là bệnh dạ dày mạn tính (loét, ung thư) nên bệnh nhân bị suy kiệt nhiều mặt khác bệnh nhân thường nghèo, nông

thôn, nhận thức còn hạn chế, không đi khám sức khỏe định kỳ nên không phát hiện được bệnh sớm, chỉ đến khi giai đoạn toàn phát, bệnh nhân chán ăn lâu ngày, mệt mỏi, nôn kéo dài, đau nhiều mới đi khám do vậy tình trạng giảm cân thường nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa đặc biệt là bệnh nhân phẫu thuật cắt dạ dày.

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$) tại thời điểm trước phẫu thuật là 43,4%

- Tỷ lệ nguy cơ suy dinh dưỡng theo đánh giá SGA là rất cao 96,5%, trong đó nguy cơ suy dinh dưỡng vừa 48,7%, nguy cơ suy dinh dưỡng nặng 47,8%.

- Tỷ lệ bệnh nhân mất cân không mong muốn >10% trong thời gian 6 tháng, 2 tháng trước thời điểm nhập viện là mất cân >10% là 39% và 7,1%.

KHUYẾN NGHỊ

Bệnh nhân vào viện phẫu thuật đặc biệt là phẫu thuật đường tiêu hóa cần được sàng lọc và đánh giá tình trạng dinh dưỡng để phát hiện

nguy cơ về dinh dưỡng của người bệnh và được can thiệp kịp thời về dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sobotka, Allison SP, Fuerst P (2004).** Các kỹ thuật đánh giá tình trạng dinh dưỡng (vol.1, pp 14 -15); dinh dưỡng chu phẫu (vol.1, pp 296 -301); (Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa, trans). In *Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*
2. **Chu Thị Tuyết (2015)** "Hiệu quả dinh dưỡng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng - tiêu hóa mở có chuẩn bị tại khoa tiêu hóa Bệnh viện Bạch Mai năm 2013" luận án tiến sĩ, viện vệ sinh dịch tễ.
3. **Lưu Ngân Tâm, Đặng Trần Khiêm (2011)** "Tình trạng dinh dưỡng chu phẫu và kết quả sớm sau mổ các bệnh gan mật tụy"
4. **Bauer J, Capra** Use of the scored Patient-Generated Subjective Global Assessment (PG-SGA) as a nutrition assessment tool in patients with cancer. *European journal of Clinical nutrition*, 56: 779 -785.
5. **Destky AS, McLaughlin JR, Baker JP, Johnston N, Whittaker S, Mendelson RA and Jeejeebhoy KN.** (1987). "What is subjective global assessment of nutritional status?". *Journal of Parenteral and enteral nutrition* , 11, (1), pp.8-13
6. **Detsky AS, Baker JP, O'Rourke K, et al.** (1987). Predicting nutrition-associated complications for patients undergoing gastrointestinal surgery. *JPEN*, 11, pp 440-446.
7. **Studley HO. (1936).** Percentage of weight loss, a basic indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. *JAMA*, 106, pp. 458-460.

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Đậu Xuân Cảnh*

TÓM TẮT³¹

Mở đầu: Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới (WHO), bệnh đái tháo đường type 2 chiếm khoảng 85-95% tổng số người mắc bệnh đái tháo đường. Nước ta hiện có khoảng 4,5 triệu người bệnh ĐTĐ. Trong đó, có khoảng 65% không biết mình bị mắc bệnh. Cho đến nay vẫn chưa có thuốc điều trị khỏi hẳn bệnh mà chỉ làm giảm các triệu chứng, biến chứng do tăng glucose máu gây ra như: biến chứng trên mắt, thần kinh, thận, tim, mạch máu. Nghiên cứu về tình hình sử dụng thuốc trên nhóm bệnh nhân này vẫn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trong điều trị đái tháo đường type 2 trên bệnh nhân điều trị ngoại trú. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu hồi cứu. Nghiên cứu 150 bệnh án bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, bệnh viện Tuế

Tĩnh- Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam thời gian từ 01/01/2014 đến 31/12/2015. **Kết quả:** 5 thuốc (Acarbose, Gliclazid, Glimepiride, Metformin và Insulin) được sử dụng, cho 9 phác đồ điều trị (gồm 4 phác đồ đơn độc, 5 phác đồ phối hợp hai thuốc). Trong điều trị, phác đồ đơn trị liệu được sử dụng nhiều nhất chiếm 55,3%, phác đồ phối hợp hai thuốc được sử dụng chiếm tới 44,7%. Thuốc được dùng nhiều nhất là Metformin chiếm 36,7% với liều trung bình 850mg/ngày. Các phác đồ phối hợp 2 thuốc duy trì cả 3 tháng trên 1 bệnh nhân cho kết quả cao nhất 95,38% số bệnh nhân. Trong khi đó, các phác đồ đơn lẻ đạt 89,4%.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, thuốc điều trị

SUMMARY

CURRENT STATUS OF USING DRUG IN TREATMENT OF TYPE II DIABET OUTDOOR PATIENTS

Background: According to the World Health Organization (WHO), type 2 diabetes accounts for 85-95% of all patients with diabetes. Now Vietnam has about 4.5 million patients with diabetes. Among them the rate of patients who don't know that they get disease are 65%. Until now, there is no drug to cure

*Học viện Y học cổ truyền Việt Nam
Chịu trách nhiệm chính: Đậu Xuân Cảnh
Email: xuancanhvh@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.3.2017
Ngày phản biện khoa học: 24.5.2017
Ngày duyệt bài: 2.6.2017

perfectly for the diabet patients but only to reduce symptoms, complications caused by increased blood glucose such as complications on the eyes, nerves, kidneys, heart, blood vessels. Research on using drug of patients in this group is still limited. **Objective:** Investigating the current status of using drug in treatment of type II diabet outdoor patients. **Methods:** The study is a retrospectivestudy. Study on 150 patients who have Type 2 diabetes at Tue Tinh Hospital - Vietnam University of Traditional Medicine from 01/01/2014 to 31/12/2015. **Results:** 5 kind of drugs (Acarbose, Gliclazide, Glimepiride, Metformin and Insulin) were used for 9 treatment regimens (4 single regimens, 5 combination regimens). In treatment, the most commonly used monotherapy regimen was 55.3%. The combined regimen used accounted for 44.7%. The most commonly used drug is metformin, which accounts for 36.7% in an average dose of 850mg/day. Combination regimens of 2 drugs maintained for 3 months on 1 patient gave the highest result of 95.38%. Meanwhile, the individual regimens reached 89.4%.

Key words: type 2 diabetes, drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, trên thế giới, cùng với các bệnh không lây nhiễm khác, bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) đang phát triển với tốc độ rất nhanh. Đái tháo đường là gánh nặng không chỉ với mỗi cá nhân, gia đình người bệnh mà đối với cả xã hội. Nhiều thống kê cho thấy, trên thế giới có khoảng trên 100 triệu người mắc bệnh ĐTĐ và hàng năm có khoảng 40 vạn được chẩn đoán mắc bệnh ĐTĐ [1]. Theo ước tính của Viện nghiên cứu ĐTĐ quốc tế năm 2010 có khoảng 215,6 triệu người mắc bệnh ĐTĐ [2]. Việt Nam không phải là quốc gia có tỷ lệ bệnh ĐTĐ lớn nhất, nhưng bệnh ĐTĐ ở Việt Nam đang phát triển nhanh so

với nhiều nước trên thế giới. Bệnh gia tăng cả về tỷ lệ, biến chứng và đối tượng mắc bệnh.

Theo thống kê của Tổ chức y tế thế giới (WHO), bệnh đái tháo đường typ 2 chiếm khoảng 85–95% tổng số người mắc bệnh đái tháo đường. Nước ta hiện có khoảng 4,5 triệu người bệnh ĐTĐ. Trong đó, có khoảng 65% không biết mình bị mắc bệnh. Cho đến nay vẫn chưa có thuốc điều trị khỏi hẳn bệnh mà chỉ làm giảm các triệu chứng, biến chứng do tăng glucose máu gây ra như: biến chứng trên mắt, thần kinh, thận, tim, mạch máu. Vì vậy, bệnh nhân ĐTĐ phải dùng thuốc suốt đời [3], [4], [5].

Cho đến nay, chưa có nghiên cứu lâm sàng nào về tình hình sử dụng thuốc ĐTĐ type 2 trên bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 150 bệnh án của bệnh nhân đái tháo đường tuýp phù hợp tiêu chí.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1

Số liệu sau khi nhập và làm sạch được phân tích bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các thống kê mô tả và suy luận được sử dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới

Bảng 1. Phân bố số bệnh nhân đái tháo đường theo tuổi/giới

	Nam		Nữ		Toàn bộ	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Giới	47	31,3	103	68,7	150	100
Tuổi	66,9 ± 8,7		70,1 ± 7,2		69,1 ± 7,8	

Nhận xét: Bệnh nhân đái tháo đường là nữ chiếm 68,7% gấp hơn 2 lần nam với 31,3%. Tuổi trung bình bị đái tháo đường là 61,3 – 76,9 tuổi

3.2. Các chỉ số chức năng gan thận

Bảng 2. Phân loại theo chỉ số glucose máu, lipid máu và huyết áp

Chi số	Bình thường		Cao		Tổng
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	
Glucose	36	24,0	114	76,0	150
HbA1c	0	0,0	150	100,0	150
Cholesterol toàn phần	44	29,3	106	70,7	150
HDL	20	13,3	130	86,7	150
Triglycerid	83	55,3	67	44,7	150
Huyết áp	28	37,3	47	62,7	75
Test χ^2	p<0,05				

Nhận xét: Hầu hết các bệnh nhân đều có chỉ số ở mức độ cao khi bắt đầu tham gia nghiên cứu. Có đến 100% bệnh nhân có chỉ số HbA1c cao; 86,7% và 76,0% là tỷ lệ người bệnh có chỉ số HDL và

glucose ở mức cao. Có sự khác biệt ở tỉ lệ đối tượng có chỉ số glucose máu, lipid máu và huyết áp bình thường và cao khi bắt đầu nghiên cứu ($p < 0,05$).

Bảng 3. Các phác đồ đã sử dụng trong ba tháng

TT	Phác đồ	Tháng đầu		Tháng thứ hai		Tháng thứ ba		3 tháng	
		Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
1	Gliclazide	23	15,3	18	12,0	20	13,3	61	13,6
2	Glimepiride	24	16,0	31	20,7	33	22,0	88	19,6
3	Insulin	9	6,0	7	4,7	8	5,3	24	5,3
4	Metformin	29	19,3	24	16,0	23	15,3	76	16,9
5	Acarbose + Metformin	1	0,7	0	0,0	0	0,0	1	0,2
6	Gliclazide + Metformin	25	16,7	22	14,7	20	13,3	67	14,9
7	Glimepiride + Metformin	37	24,7	44	29,3	43	28,7	124	27,6
8	Insulin + Metformin	2	1,3	3	2,0	2	1,3	7	1,6
9	Tổng	150	100	150	100	150	100	450	100

Nhận xét: Các bệnh nhân ngoại trú chủ yếu sử dụng thuốc ở dạng uống với 618 lượt dùng thuốc đạt 95,22% trên tổng số 649 lượt dùng thuốc (một bệnh nhân dùng phác đồ phối hợp 3 thuốc được coi là 3 lượt dùng thuốc). Còn lại khoảng 31 lượt sử dụng Insulin theo đường tiêm đạt 4,78% trong 3 tháng.

- Gliclazide được sử dụng trong 3 phác đồ. Trong đó có 61 bệnh nhân (13,6%) sử dụng phác đồ Gliclazide riêng lẻ và 69 bệnh nhân (15,3%) sử dụng phác đồ Gliclazide phối hợp với 1 thuốc khác trong 3 tháng.

- Có 4 phác đồ đơn trị liệu trong đó Glimepiride được dùng nhiều nhất với 88 lượt bệnh nhân chiếm 19,6%. Dùng ít nhất là Insulin sử dụng riêng lẻ với 24 lượt bệnh nhân chiếm 5,3%.

- Có 5 phác đồ phối hợp hai thuốc trong đó phác đồ Glimepiride + Metformin có tỷ lệ cao nhất với 124 lượt bệnh nhân, chiếm 27,4 % tổng các phác đồ. Trong khi đó phác đồ Acarbose + Metformin chỉ có 1 lượt bệnh nhân sử dụng.

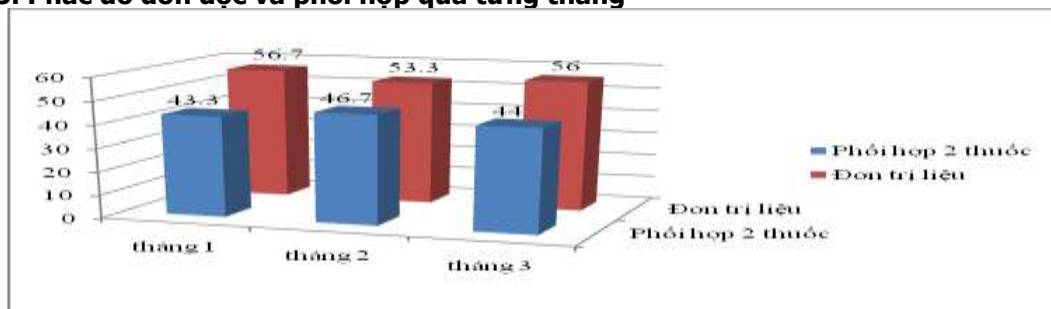
- Không có phác đồ nào phối hợp từ 3 thuốc trở lên.

Bảng 4. Số bệnh nhân duy trì phác đồ ban đầu sau ba tháng

TT	Phác đồ	Phác đồ khởi đầu (T1)		BN dùng duy trì 3 tháng	
		Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
1	Gliclazide	23	15,3	22	15,9
2	Glimepiride	24	16,0	27	19,6
3	Insulin	9	6,0	6	4,3
4	Metformin	29	19,3	21	15,2
5	Acarbose + Metformin	1	0,7	0	0,0
6	Gliclazide + Metformin	25	16,7	18	13,0
7	Glimepiride + Metformin	37	24,7	41	29,7
8	Insulin + Metformin	2	1,3	2	1,4
9	Tổng	150	100	138	100

Nhận xét: Các phác đồ phối hợp 2 thuốc duy trì cả 3 tháng trên 1 bệnh nhân cho kết quả cao nhất với mức độ duy trì 62 (bệnh nhân dùng cả ba tháng)/65 (bệnh nhân dùng phác đồ phối hợp 2 thuốc ban đầu - T1), đạt 95,38% số bệnh nhân. Trong khi đó, các phác đồ đơn lẻ có 76 (bệnh nhân dùng cả 3 tháng)/85 (bệnh nhân sử dụng phác đồ đơn lẻ ban đầu) đạt 89,4%

3.3. Phác đồ đơn độc và phối hợp qua từng tháng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân dùng đơn trị liệu và phối hợp qua từng tháng

Nhận xét: Nhận thấy xu hướng sử dụng phác đồ điều trị không biến động nhiều, chủ yếu là sử dụng đơn trị liệu. Phác đồ phối hợp 2 thuốc có giảm nhưng không đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới: Nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ mắc bệnh ở nam và nữ của mẫu nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Huy Dũng tại Bệnh Viện đa khoa Thanh Trì – Hà Nội ở cùng khoảng thời gian 2008-2010[6]. Trong 150 đối tượng nghiên cứu có 103 nữ chiếm 68,7% gấp 2 lần đối tượng là nam giới mắc đái tháo đường. Trong cuộc sống hiện tại nguy cơ mắc bệnh (béo phì, lối sống không khoa học...) đều có thể xảy ra như nhau đối với nam và nữ. Nguyên nhân có sự chênh lệch giới tính trong nghiên cứu này có thể do phân bố mẫu không đều giữa hai giới. Độ tuổi trung bình của đối tượng trong mẫu nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Huy Dũng [6].

4.2. Chỉ số sinh hoá máu, huyết áp của bệnh nhân: Có sự khác biệt rõ ràng tỷ lệ của các chỉ số glucose máu, lipid máu và huyết áp bình thường và cao có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số cholesterol toàn phần, HbA1c ở mức cao chiếm một tỷ lệ cao tương ứng với 70,7% và 100%. Thực ra, chỉ số cholesterol toàn phần có thể tăng do chế độ ăn uống nhiều chất béo, chế độ sinh hoạt lười vận động. Nhưng với 70,7% có chỉ số cholesterol toàn phần ở mức độ cao thì đây là điều đáng phải lưu tâm trong bệnh sinh của ĐTĐ typ 2. Khi không đủ insulin, tổng hợp mỡ sẽ giảm. Ngược lại, tăng thủy phân mỡ, tăng điều động mỡ từ các kho dự trữ, hậu quả sẽ tăng lipid máu. Trong gan của bệnh nhân ĐTĐ, do điều kiện glycogen thấp, nên giảm quá trình biến đổi axetylcoA vào vòng Krebs. Do vậy, sẽ tăng các sản phẩm chuyển hoá không đầy đủ do quá trình β -oxy hóa bị rối loạn Điều đó phần nào cho thấy hình ảnh của quá trình rối loạn chuyển hoá lipid ở người mắc bệnh ĐTĐ.

Theo khuyến cáo số 7 của Ủy ban phối hợp quốc gia Hoa Kỳ (2003) có khoảng 50% bệnh nhân ĐTĐ có kèm theo tăng huyết áp. Bệnh ĐTĐ vừa là yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp vừa là tổn thương do tăng huyết áp. Bệnh ĐTĐ và tăng huyết áp có liên quan mật thiết với nhau tạo thành vòng xoắn bệnh lý. Yếu tố này làm tăng nặng thêm yếu tố kia và ngược lại. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp là 62,7% là phù hợp.

4.3. Danh mục và liều lượng thuốc điều trị bệnh ĐTĐ: Trong điều trị ĐTĐ, việc lựa chọn các thuốc cho bệnh nhân phụ thuộc rất lớn vào

đặc điểm từng người bệnh. Vì vậy, nếu muốn tăng hiệu quả điều trị thì đòi hỏi bệnh viện phải có danh mục thuốc đa dạng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: các bệnh nhân ngoại trú chủ yếu sử dụng thuốc ở dạng uống với 618 lượt dùng thuốc đạt 95,22% trên tổng số 649 lượt dùng thuốc (một bệnh nhân dùng phác đồ phối hợp 3 thuốc được coi là 3 lượt dùng thuốc). Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Quốc Lân trong khảo sát tại Nam Định. Còn lại khoảng 31 lượt sử dụng Insulin theo đường tiêm đạt 4,78% trong 3 tháng. Gliclazide được sử dụng trong 3 phác đồ. Trong đó có 61 bệnh nhân (13,6%) sử dụng phác đồ Gliclazide đơn trị liệu và 69 bệnh nhân (15,3%) sử dụng phác đồ Gliclazide phối hợp với 1 thuốc khác trong 3 tháng. Có 4 phác đồ đơn trị liệu trong đó Glimepiride được dùng nhiều nhất với 88 lượt bệnh nhân chiếm 19,6% trong khi nghiên cứu của Phạm Quốc Lân có phác đồ Gliclazide được dùng nhiều nhất với 105 lượt bệnh nhân chiếm 13,3% [7]. Dùng ít nhất là Insulin sử dụng riêng lẻ với 24 lượt bệnh nhân chiếm 5,3%. Còn Phạm Quốc Lân thì Acarbose với 15 lượt bệnh nhân chiếm 1,94% [7]. Có 5 phác đồ phối hợp hai thuốc trong đó phác đồ Glimepiride + Metformin có tỷ lệ cao nhất với 124 lượt bệnh nhân, chiếm 27,4% tổng các phác đồ. Trong khi đó phác đồ Acarbose + Metformin chỉ có 1 lượt bệnh nhân sử dụng. Không có phác đồ nào phối hợp từ 3 thuốc trở lên. Trong mẫu nghiên cứu, số lượt bệnh nhân dùng phác đồ đơn trị liệu là 249 đối tượng chiếm 55,33% còn lại 44,67% đối tượng sử dụng phác đồ phối hợp 2 thuốc. Các phác đồ phối hợp 2 thuốc duy trì cả 3 tháng trên 1 bệnh nhân cho kết quả cao nhất với mức độ duy trì 62 (bệnh nhân dùng cả ba tháng)/65 (bệnh nhân dùng phác đồ phối hợp 2 thuốc ban đầu - T1), đạt 95,38% số bệnh nhân. Trong khi đó, các phác đồ đơn lẻ có 76 (bệnh nhân dùng cả 3 tháng)/85 (bệnh nhân sử dụng phác đồ đơn lẻ ban đầu) đạt 89,4%. Tuy nhiên không có bệnh nhân nào sử dụng phác đồ phối hợp 3 thuốc trở lên, khác với nghiên cứu của Phạm Quốc Lân khi có 10,3% có sử dụng phác đồ 3 thuốc phối hợp[7]. Điều này có phần ảnh hưởng đến quá trình điều trị của bệnh nhân, có thể khi sử dụng phối hợp 3 thuốc kết hợp sẽ tránh được các tác dụng phụ hoặc cải thiện tình trạng của bệnh nhân nhanh hơn so với phác đồ đơn độc hay chỉ dùng 2 thuốc phối hợp. Trong 3 tháng điều trị, hầu hết các bệnh nhân được giữ

nguyên phác đồ, chủ yếu là đơn trị liệu với lần lượt ở 3 tháng là 56,7%; 53,3 và 56,0%.

V. KẾT LUẬN

- 5 thuốc (Acarbose, Gliclazid, Glimepiride, Metformin và Insulin) được sử dụng cho 9 phác đồ điều trị (gồm 4 phác đồ đơn độc, 5 phác đồ phối hợp hai thuốc).

- Trong điều trị, phác đồ đơn trị liệu được sử dụng nhiều nhất chiếm 55,3%, phác đồ phối hợp hai thuốc được sử dụng chiếm tới 44,7%. Thuốc được dùng nhiều nhất là Metformin chiếm 36,7% với liều trung bình 850mg/ngày. Các phác đồ phối hợp 2 thuốc duy trì cả 3 tháng trên 1 bệnh nhân cho kết quả cao nhất 95,38% số bệnh nhân. Trong khi đó, các phác đồ đơn lẻ đạt 89,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. Y. tế (2008).** Hệ thống văn bản quản lý nhà nước về thuốc và biệt dược, Nhà xuất bản Y học.
2. **B. Y. tế (2007).** Dược thư Quốc gia Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
3. **ĐH YHN Bộ môn Nội (2003).** Đái tháo đường, Nhà xuất bản y học.
4. **T. V. Bình (2008).** Chuyên đề nội tiết chuyển hóa tập I, Nhà xuất bản Y học.
5. **T. V. Bình (2007).** Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường tăng glucose máu, Nhà xuất bản Y học.
6. **N. H. Dũng (2010).** Khảo sát và phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường typ 2 trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Thanh Trì, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ dược học, Học viện Quân Y.
7. **P. Q. Lâm (2011).** Khảo sát và phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường typ 2 trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định giai đoạn 2008 - 2011, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y dược học, Học viện Quân Y.

NGHIÊN CỨU CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA RHEOSORBILACT TRUYỀN TRƯỚC KHỞI MÊ ĐỂ DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Nguyễn Đức Lam**, Nguyễn Thị Bích Phượng*, Nguyễn Hữu Tú**

TÓM TẮT³²

Mục tiêu: đánh giá các tác dụng không mong muốn của phương pháp truyền tĩnh mạch dung dịch Rheosorbilact 3ml/kg trước khởi mê 30 phút để dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê bằng propofol TCI ở người cao tuổi. **Đối tượng, phương pháp:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 65 bệnh nhân trên 60 tuổi, chia hai nhóm: nhóm Rheosor (35 bệnh nhân) được truyền tĩnh mạch Rheosorbilact 3ml/kg và nhóm Ringer (30 bệnh nhân) được truyền tĩnh mạch Ringer lactat 7ml/kg, cả hai nhóm đều được truyền dịch 30 phút trước khi khởi mê bằng propofol TCI. Các bệnh nhân đều được theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn và độ mê BIS, xét nghiệm đường, điện giải và khí máu động mạch trước và sau truyền dịch 30 phút. **Kết quả:** nhóm Rheosor có đường máu tăng rõ rệt so với nhóm Ringer: lượng đường máu là $5,8 \pm 0,6\text{mmol/l}$ trước khi truyền dịch; $7,1 \pm 1,4\text{mmol/l}$ sau 30 phút và $8,3 \pm 2\text{mmol/l}$ sau 4 giờ ở nhóm Rheosor so với $5,7 \pm 0,8\text{mmol/l}$ trước truyền; $6,6 \pm 0,8\text{mmol/l}$ sau 30 phút và $6,0 \pm 0,8\text{mmol/l}$ sau 4 giờ ở nhóm Ringer ($p < 0,05$). Nồng độ các chất điện giải máu (Na, K, Ca) và các chỉ số khí máu động mạch (pH, BE, HCO_3^-) không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên

cứu. **Kết luận:** truyền dung dịch Rheosorbilact 3 ml/kg trước khi khởi mê 30 phút làm tăng đường máu rõ rệt so với truyền dung dịch Ringerlactat 7ml/kg. Tuy nhiên, truyền dung dịch Rheosorbilact không làm thay đổi cân bằng điện giải máu (Na, K, Ca) và thăng bằng toan kiềm (pH, BE, HCO_3^-) so với truyền dung dịch Ringerlactat.

Từ khóa: Rheosorbilact, tác dụng không mong muốn, người cao tuổi.

SUMMARY

RESEARCH OF THE SIDE EFFECT OF RHEOSORBILACT INFUSION BEFORE ANESTHESIA INDUCTION IN ELDERLY PATIENTS FOR PREVENTION THE ARTERIAL HYPOTENSION

Objective: To evaluate the sides effect of infusion of Rheosorbilact 3ml/kg/30 min versus Ringerlactat 7ml/kg/30min before induction anesthesia with TCI propofol in the elderly patient. **Subjects and methods:** Randomized controlled trial of 65 patients over 60 years of age, divided into two groups: Rheosor group (35 patients), intravenous Rheosorbilact 3 ml/kg and Ringer group (30 patients) intravenous Ringer lactate 7ml/kg, both groups are infused 30 minutes before induction with propofol TCI. Patients were monitored with invasive blood pressure and BIS, test for sugar, electrolytes and blood gases before and after 30minutes of infusion. **Results:** The Rheosor group had a significantly higher blood glucose than the Ringer group: blood glucose was $5.8 \pm 0.6\text{mmol/l}$ before infusion; $7.1 \pm 1.4\text{mmol/l}$ after 30 minutes and $8.3 \pm 2\text{mmol/l}$ after 4 hours in the Rheosor group vs. $5.7 \pm 0.8\text{mmol/l}$ before the infusion; $6.6 \pm 0.8\text{mmol/l}$ after

*Đại học y dược Thái Bình

**Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Phượng

Email: drphuongybt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2017

Ngày duyệt bài: 2.6.2017

30minutes and $6.0 \pm 0.8\text{mmol/l}$ after 4 hours in the Ringer group ($p < 0.05$). Blood electrolytes (Na, K, Ca) and blood gases (pH, BE, HCO_3^-) were not significantly different between the two groups. **Conclusion:** Rheosorbilact 3ml/kg infusion before induction of anesthesia 30 minutes markedly elevated blood glucose level compared with 7 ml/kg Ringerlactat solution infusion. However, infusion of Rheosorbilact did not alter the electrolyte balance (Na, K, Ca) and acidose – alkalosis balance (pH, BE, HCO_3^-) compared with Ringerlactat solution infusion.

Keywords: Rheosorbilact, sides effect, eldly patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây mê cho bệnh nhân cao tuổi là một thách thức đối với các nhà gây mê hồi sức vì nhóm đối tượng bệnh nhân này hay có các bệnh lý phổi hợp vì vậy sẽ tăng nguy cơ và tai biến khi khởi mê, đặc biệt là tăng tỷ lệ tụt huyết áp khi khởi mê [1]. Để hạn chế tụt huyết áp khi khởi mê, cần truyền dịch để bù đủ khối lượng tuần hoàn. Có nhiều loại dịch được lựa chọn trong đó có Rheosorbilact là dung dịch có thành phần K, Ca, Mg cân bằng nhưng thành phần Na cao kèm theo Sorbitol làm cho dung dịch có độ thẩm thấu cao gấp 3 lần huyết tương. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh Rheosorbilact có vai trò tốt trong cải thiện huyết động ở bệnh nhân sốc, bệnh nhân bỏng... Vấn đề đặt ra là dung dịch Rheosorbilact có gây rối loạn nước điện giải hoặc rối loạn thăng bằng kiềm toan ở bệnh nhân cao tuổi khi sử dụng để dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê hay không? Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: đánh giá các tác dụng không mong muốn của phương pháp truyền tĩnh mạch dung dịch Rheosorbilact 3ml/kg trước khởi mê 30 phút để dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê bằng propofol TCI ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn: các bệnh nhân > 60 tuổi, được mổ theo chương trình, được gây mê nội khí quản, ASA độ I và độ II, không có

dấu hiệu đặt nội khí quản khó, không mắc các bệnh tim mạch, bệnh gan thận, bệnh thần kinh... Kết quả xét nghiệm sinh hóa và huyết học trong giới hạn bình thường.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, chống chỉ định hoặc dị ứng với các thuốc sử dụng trong nghiên cứu, bệnh nhân bị tiểu đường, đặt nội khí quản khó hoặc phải đặt nội khí quản nhanh.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng

2.3 Thời gian, địa điểm nghiên cứu

Thời gian: từ tháng 01/01/2014 đến 30/8/2014.

Địa điểm: Khoa Gây mê hồi sức và chống đau, Bệnh viện Trường Đại học y Hà Nội.

2.4 Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân được khám gây mê từ trước mổ 1 ngày để đánh giá tình trạng bệnh nhân, giải thích về cuộc mổ và nghiên cứu, xem các kết quả xét nghiệm. Nhịn ăn từ 21 giờ tối trước hôm mổ. Tại phòng mổ, bệnh nhân được bốc thăm ngẫu nhiên để phân vào hai nhóm nghiên cứu: Nhóm Rheosorbilact (gọi tắt là nhóm Rheosor): truyền tĩnh mạch 3ml/kg/30 phút trước khi khởi mê; nhóm Ringer lactate (gọi tắt là nhóm Ringer): truyền tĩnh mạch 7ml/kg/30 phút trước khi khởi mê. Cả hai nhóm đều được theo dõi các thông số mạch, huyết áp động mạch xâm lấn, bão hòa oxy mao mạch, EtCO_2 , theo dõi độ mê bằng BIS, được làm đường truyền tĩnh mạch và truyền một trong hai loại dịch trong nghiên cứu. Các bệnh nhân được gây mê bằng propofol theo phương pháp TCI, nồng độ thuốc cần đạt trong não (Ce) là 2mcg/ml; fentanyl 2mcg/kg, khi BIS giảm dưới 60 thì tiêm Tracurium 0,8mg/kg để đặt nội khí quản.

Các thời điểm nghiên cứu: T0 (trước khi truyền dịch), T1 (sau khi truyền dịch), T2 (khi khởi mê, BIS < 60), T3 (ngay trước khi đặt nội khí quản), T4 (ngay sau khi đặt nội khí quản), T5 (sau khi đặt nội khí quản 5 phút).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

	Nhóm Rheosor (n = 35)	Nhóm Ringer (n = 30)	p
Tuổi (năm)	$65,7 \pm 7,7$ (60-87)	$26,5 \pm 4,8$ (60 - 90)	> 0,05
Giới:	Nam	12 (34,3%)	> 0,05
	Nữ	23 (65,7%)	> 0,05
Cân nặng (kg)	$49,6 \pm 9,4$	$52,6 \pm 9,8$	> 0,05
Chỉ số BMI	$19,8 \pm 2,9$	$25,4 \pm 2,4$	> 0,05
ASA:	Độ I	15 (42,9%)	> 0,05
	Độ II	20 (57,1%)	> 0,05
Loại phẫu thuật			
Phẫu thuật dạ dày, đại trực tràng	9 (25,7%)	8 (26,7%)	> 0,05

Phẫu thuật gan mật	14 (40%)	12 (40%)	> 0,05
Phẫu thuật tiết niệu	7 (20%)	2 (6,7%)	> 0,05
Phẫu thuật khác	5 (14,3%)	8 (26,7%)	> 0,05

Bảng 2. Thay đổi đường máu

Thời điểm	Đường máu (mmol/l) $\bar{X} \pm SD, (Min - Max)$		
	Nhóm Rheosor (n = 35)	Nhóm Ringer (n = 30)	p
Trước truyền dịch	5,9 ± 0,7 (4,8–7,6)	5,7 ± 0,8 (4,3–7,9)	> 0,05
Sau truyền dịch 30 phút	7,1 ± 1,4* (5,5–10,5)	6,6 ± 0,8* (4,6–8,8)	< 0,05
Sau truyền dịch 4 giờ	8,3 ± 2,0* (5,5 – 15,8)	6,0 ± 0,8 (4,7 – 8,1)	< 0,05

Bảng 3. Thay đổi các chất điện giải máu

Nhóm nghiên cứu	Na (mmol/l) $\bar{X} \pm SD, (Min - Max)$		K (mmol/l) $\bar{X} \pm SD, (Min - Max)$		Ca (mmol/l) $\bar{X} \pm SD, (Min - Max)$	
	Trước truyền	Sau truyền	Trước truyền	Sau truyền	Trước truyền	Sau truyền
Nhóm Rheosor (n = 35)	139,5±3,5 (130 - 144)	140,0±2,7 (134 - 144)	3,7 ± 0,3 (2,8 - 4,1)	3,7 ± 0,4 (3,2 - 4,5)	2,3 ± 0,1 (2 - 2,5)	2,1 ± 0,2 (1,2 - 2,4)
Nhóm Ringer (n = 30)	141,0 ± 3,2 (134 - 147)	139,9 ± 2,7 (131 - 146)	3,6 ± 0,3 (2,9 - 4,2)	3,7 ± 0,3 (3 - 4,6)	2,2 ± 0,1 (1,9 - 2,5)	2,2 ± 0,3 (1,1 - 2,4)
P	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Bảng 4. Thay đổi khí máu động mạch

Nhóm nghiên cứu	pH $\bar{X} \pm SD, (Min - Max)$		BE $\bar{X} \pm SD, (Min - Max)$		HCO ₃ ⁻ $\bar{X} \pm SD, (Min - Max)$	
	Trước truyền	Sau truyền	Trước truyền	Sau truyền	Trước truyền	Sau truyền
Nhóm Rheosor (n=35)	7,42±0,03 (7,33–7,49)	7,42±0,05 (7,33–7,53)	0,46±2,5 (-11,6→-4,5)	0,84±1,6 (-2,5→-2,1)	24,8±2,9 (12,8–29,7)	25,3±2,1 (20–31,5)
Nhóm Ringer (n = 30)	7,40±0,04 (7,30–7,46)	7,41± 0,03 (7,35–7,46)	0,48±1,6 (- 2,9 → 3,7)	0,53±1,5 (-3,4→-3,5)	23,8±1,8 (21,2–28)	24,5±1,5 (21,3–26,3)
P	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng về các đặc điểm chung như: tuổi, giới, cân nặng, chỉ số BMI, phân loại sức khỏe theo ASA... do đó, sẽ không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu (bảng 1).

Kết quả nghiên cứu ở bảng 2 cho thấy: lượng đường máu của các bệnh nhân nhóm Rheosor tăng cao hơn so với các bệnh nhân nhóm Ringer ở cả hai thời điểm: sau truyền dịch 30 phút và sau truyền dịch 4 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể giải thích do Sorbitol trong dung dịch Rheosorbilact sau khi được chuyển hóa sẽ tạo thành fructose, fructose chuyển hóa sẽ tạo ra pyruvat. Pyruvat cũng là sản phẩm chuyển hóa của lactat tại gan và thận. Trong số 20% pyruvat tạo thành sẽ tham gia quá trình tân tạo glucose nhờ enzyme pyruvat carboxylase. Như vậy, sau khi truyền dung dịch Rheosorbilact, vì trong thành phần dung dịch này có hàm lượng Sorbitol và lactat cao nên sẽ làm tăng đường máu. Tuy nhiên, theo Muntyan S.A và Yashina, đường máu sẽ được điều chỉnh về giới hạn bình thường trong vòng 24 giờ ở những người không có bất thường dung nạp đường huyết.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy lượng đường máu của các bệnh nhân cả hai nhóm đều

tăng ở thời điểm sau truyền dịch 30 phút (so với trước khi truyền dịch với $p < 0,05$). Điều này có thể giải thích do sau khi truyền dịch 30 phút là thời điểm đặt nội khí quản và rạch da, bắt đầu phẫu thuật. Các kích thích này sẽ làm cơ thể tăng giải phóng các chất có tác dụng gây tăng đường huyết như: catecholamin, cortisol, glucagon... vì vậy, đường huyết ở cả hai nhóm đều tăng. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Zucker [5].

Dung dịch Rheosorbilact có thành phần các ion canxi, kali, magne cân bằng với huyết tương nhưng có nồng độ natri cao gấp hai lần natri máu, do đó, người ta lo ngại dung dịch này sẽ làm tăng natri máu và tăng áp lực thẩm thấu huyết tương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm truyền Rheosorbilact không có sự thay đổi về natri máu so với trước khi truyền dịch (natri máu là $139,5 \pm 3,5$ mmol/l trước truyền so với $140 \pm 2,7$ mmol/l giai đoạn sau truyền, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với M.A Geogigan, S.A Muntyan [2]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của N.E Povstyanoy khi truyền 200ml dung dịch Rheosorbilact/ngày trong 3 ngày liên tục cho bệnh nhân bỏng nặng, tác giả thấy có sự thay đổi natri máu (natri máu ban đầu là: 138,7

$\pm 3,2\text{mmol/l}$ so với sau truyền dịch là $155,7 \pm 1,2\text{mmol/l}$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$) [3]. Có thể do tác giả truyền 3 ngày liên tục dung dịch Rheosorbilact ở bệnh nhân bông nặng.

Trong thành phần của dung dịch Rheosorbilact có hàm lượng lactate cao, vì vậy, cần phải xét nghiệm khí máu động mạch để biết dung dịch này có làm thay đổi thăng bằng kiềm toan trong cơ thể sau truyền hay không? Kết quả ở bảng 4 cho thấy: các chỉ số khí máu động mạch như: pH, BE, HCO_3^- sau truyền Rheosorbilact 30 phút không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước khi truyền dịch và các chỉ số này đều trong giới hạn bình thường. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của Georgiyanc và N.E Povstyanoy [2],[3]. Cơ chế điều chỉnh toan kiềm của Rheosorbilact dựa vào quá trình chuyển hóa của natri lactate ở gan và thận. Chỉ một nửa số lactate (đồng phân L) tham gia vào chuyển hóa và phát huy tác dụng điều chỉnh kiềm toan sau khi truyền 20 – 30 phút, nửa còn lại (đồng phân D) bị đào thải qua nước tiểu [4]. Vì vậy, chúng tôi xét nghiệm khí máu động mạch sau khi truyền Rheosorbilact 30 phút để đảm bảo dung dịch này đã phát huy tác dụng điều chỉnh toan kiềm tối đa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không gặp các tác dụng không mong muốn nào trên bệnh nhân, tuy nhiên, theo S.A Muntya khi sử dụng Rheosorbilact cho bệnh nhân giãn tĩnh mạch thực quản, có 13,8% bệnh nhân bị đau đầu; 7,59% nôn và 2,52% buồn nôn [2]. Có thể do tác giả truyền thể tích nhiều và tốc độ nhanh hơn so với phác đồ sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Truyền dung dịch Rheosorbilact 3ml/kg trước khi khởi mê 30 phút (để dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê ở người cao tuổi) làm tăng đường máu rõ rệt so với truyền dung dịch Ringerlactat 7ml/kg: lượng đường máu là $5,8 \pm 0,6\text{mmol/l}$ trước khi truyền dịch; $7,1 \pm 1,4\text{mmol/l}$ sau 30 phút và $8,3 \pm 2\text{mmol/l}$ sau 4 giờ ở nhóm truyền Rheosorbilact so với $5,7 \pm 0,8\text{mmol/l}$ trước truyền; $6,6 \pm 0,8\text{mmol/l}$ sau 30 phút và $6,0 \pm 0,8\text{mmol/l}$ sau 4 giờ ở nhóm truyền Ringerlactat ($p < 0,05$). Tuy nhiên, truyền dung dịch Rheosorbilact không làm thay đổi cân bằng điện giải máu (Na, K, Ca) và thăng bằng toan kiềm (pH, BE, HCO_3^-) so với truyền dung dịch Ringerlactat.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Georgiyanc M.A., Korsunov V.A.** Possibilities of toxic synromes correction with usage of modern polyelectrolyte solutions. Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Studies. UDC 616.94-036.81-053.2-092:612.13-085:384.
2. **Muntyan S.A., Bashmakov N.A., Vasilchenko L.I., Romanenko O.E., Potapov V.I., Goncharuk E.S.** (2008). Comparative evaluation of efficacy and tolerability of Rheosorbilact in patients with bleeding esophageal varices. Ministry of Health of Ukraine SE Dnepropetrovsk Medical Academy.
3. **N.E.Povstyanoy, KG.Kozinets (1999).** Clinical testing of the drug product rheosorbilact. Report on the clinical studies.
4. **SV.Tatsyuk, KG.Kozinets (1999).** Clinical testing of the drug product rheosorbilact. Report on the clinical studies.
5. **Zucker H.A, Nicolson S.C, Steven J.M, Jobes D.R, Betts E.K (1998).** Blood glucose concentrations during anesthesia in children undergoing hypothermic circulatory arrest.

TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU CỦA THAI PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2016

Hà Hữu Tùng*, Nguyễn Văn Nguyên*

TÓM TẮT³³

Nghiên cứu mô tả tình trạng thiếu máu của thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016. Phương pháp nghiên cứu mô tả, cắt ngang được tiến

hành trên 318 thai phụ. Kết quả cho thấy Tỷ lệ thai phụ thiếu máu chiếm tỷ lệ 59,4% cao hơn nhóm không bị thiếu máu chiếm tỷ lệ 40,6%. Tỷ lệ uống viên sắt từ đầu thai kỳ với 251 thai phụ (chiếm 78,9%). Có sự liên quan giữa uống viên sắt và tình trạng thiếu máu. Qua đây đưa ra khuyến cáo cho các cơ sở quản lý thai nghén là cần giám sát việc uống viên sắt của các bà mẹ trong thời kỳ mang thai. Tuyên truyền giáo dục về chế độ dinh dưỡng cho các bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ. Các cơ sở y tế địa phương quan tâm hơn nữa trong việc quản lý các bà mẹ mang thai.

Từ khóa: thiếu máu của thai phụ, uống viên sắt

*Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Tùng

Email: tungbvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2017

Ngày duyệt bài: 6.6.2017

SUMMARY**ANEMIA OF PREGNANT WOMEN AT THE GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE 2016**

A descriptive study of anemia of pregnant women at the General Hospital of Agriculture 2016. A descriptive, cross-sectional study was conducted on 318 pregnant women. Results showed that the prevalence of anemia was 59.4% higher than the non-anemic group (40.6%). The proportion of iron tablets taken from the beginning of pregnancy with 251 pregnant women (78.9%). There is a connection between taking iron tablets and anemia. This provides recommendations for pregnancy management agencies to monitor mothers taking iron supplements during pregnancy. Propagate nutrition education for mothers of childbearing age. Local clinics are more interested in managing pregnant mothers.

Keywords: anemia of pregnant women, taking iron tablets

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bên cạnh tình trạng dinh dưỡng kém, thiếu vi chất dinh dưỡng đang là một trong những vấn đề đe dọa nghiêm trọng sức khỏe của bà mẹ và thai nhi. Theo ước tính có khoảng 42% PNCT trên thế giới bị thiếu máu. Tỷ lệ này dao động ở mức cao với các quốc gia như Ấn Độ (80%), Bangladesh (77%), Bhutan (59%), Nepal (65%) và Sri Lanka là 60% [7]. Ngày nay, phụ nữ có thai trên khắp thế giới được khuyên ăn đủ chất và bổ sung thêm đa vi chất, ít nhất là sắt và axit folic [5]. Thiếu máu ở bà mẹ mang thai làm tăng tỷ lệ sinh non và ca tử vong mẹ con [6].

Tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp chưa có nghiên cứu nào đánh giá tình trạng thiếu máu của thai phụ. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả tình trạng thiếu máu của thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016.*

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

Đối tượng: thai phụ và cân nặng trẻ sơ sinh của thai phụ tham gia nghiên cứu

Địa điểm: khoa Phụ Sản Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp

Thời gian: Từ tháng 05/2016 - 10/2016

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

2.2.1. Cỡ mẫu: theo công thức cho 1 tỷ lệ

Theo công thức:

$$N = Z^2(1-\alpha/2) \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Bảng 3.1. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu của thai phụ với cân nặng của trẻ sau đẻ

n: cỡ mẫu cần thiết; p: tỷ lệ trẻ Phụ nữ tuổi sinh đẻ bị thiếu máu dinh dưỡng; $\alpha/2$: Mức ý nghĩa thống kê; $Z_{1-\alpha/2}$: Giá trị giới hạn của độ tin cậy, $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ với độ tin cậy 95%; d = 0,05 (5%) là độ chính xác mong muốn = 95%

Theo nghiên cứu của Hồ Thu Mai, trình trạng thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ là 26,7%[3]. Theo công thức trên có n = 302. Vậy cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi dự kiến là n = 320.

2.2.2. Tiêu chuẩn lựa chọn:

**Đối với thai phụ*

- Thai phụ không mắc các bệnh về tim mạch, bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp, tâm thần.
- Mang thai đơn; thai khỏe mạnh
- Người nhớ rõ được cân nặng, chiều cao của mình trước khi mang thai và số cân tăng trong suốt quá trình mang thai

**Đối với trẻ sơ sinh*

- Những trẻ sơ sinh con những bà mẹ được lựa chọn
- Trẻ sinh từ 38 đến 42 tuần
- Không dị tật bẩm sinh
- Trẻ không bị bệnh: Suy hô hấp, nôn trớ, nhiễm trùng sơ sinh...

2.2.3. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Thai phụ mắc bệnh mạn tính, đái tháo đường, tăng huyết áp, tim mạch, bệnh tâm thần
- Mẹ đang mắc bệnh cấp tính
- Mẹ đang trong tình trạng bệnh nặng
- Sinh đa thai
- Mẹ không theo dõi được tình hình uống viên sắt trong thời kỳ trước và trong khi mang thai.

2.2.4. Phương pháp thu thập số liệu

**Chỉ số Hemoglobin*

Hemoglobin: hàm lượng Hb < 110g/l được coi là thiếu máu dinh dưỡng ở PNCT [8]

- Thiếu máu nhẹ: $10 \div 10,9$ g/L
- Thiếu máu vừa: $7,0 \div 9,9$ g/L
- Thiếu máu nặng: < 7,0 g/L

**Cân nặng sơ sinh:* Trẻ được cân trong vòng 24h sau khi sinh. Trẻ được cân 2 lần và kết quả cân trẻ được ghi tới độ chính xác 0,01 kg.

Số liệu sau khi thu thập, được làm sạch phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0 theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình nghiên cứu thì có 2 đối tượng không tuân thủ, thiếu hợp tác nên nhóm nghiên cứu chỉ tiến hành được trên 318 đối tượng.

Cân nặng TE	Hb	< 90 g/L		90 – 110 g/L		>110 g/L		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
< 2500		0	0	5	50	5	50	10	3,2
2500÷3000		3	4,2	41	56,9	28	38,9	72	22,7
>3000÷4000		10	4,4	126	55,0	94	40,6	230	72,2
> 4000		0	0	4	66,7	2	33,3	6	1,9
Tổng		13	4,1	176	55,5	129	40,4	318	100

Nhận xét: Cả 2 nhóm trẻ có cân nặng thấp (<2500 gram) có 5 thai phụ thiếu máu vừa và cân nặng cao (>4000 gram) có 5 thai phụ không có thiếu máu. Tuy nhiên không thấy có mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu của mẹ với cân nặng sơ sinh sau đẻ ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Tình trạng thiếu máu của thai phụ

Nồng độ Hb	n	%
< 90 g/L	13	4,1
90 – 110 g/L	176	55,3
>110 g/L	129	40,6
Tổng	318	100

Nhận xét: Tình trạng thiếu máu ở phụ nữ mang thai mức độ vừa gặp nhiều nhất với 176 trường hợp (chiếm 55,3%). Tình trạng thiếu máu nặng ít gặp nhất với 13 người (chiếm 4,1%). Tỷ lệ thai phụ thiếu máu chiếm tỷ lệ 59,4% cao hơn nhóm không bị thiếu máu chiếm tỷ lệ 40,6% ($p < 0,01$).

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu với trình độ của thai phụ

Trình độ mẹ	Hb	< 90 g/L		90 – 110 g/L		>110 g/L		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Cấp 2		0	0	10	66,7	5	33,3	15	4,7
Cấp 3		11	5,3	129	61,7	69	33,0	209	65,7
CĐ-ĐH		2	2,1	37	39,4	55	58,5	94	29,6
Tổng		13	4,1	176	55,3	129	40,6	318	100

Nhận xét: Nhóm thiếu máu nặng gặp chủ yếu ở nhóm trình độ văn hóa cấp 3, với 11 thai phụ. Nhóm các bà mẹ có trình độ cao đẳng và đại học có tỷ lệ không thiếu máu cao nhất (chiếm 58,5%). Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu của các bà mẹ với trình độ học vấn nhóm cấp 3 và đại học, cao đẳng có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu với tuổi thai phụ

Tuổi mẹ	Hb	< 90 g/L		90 – 110 g/L		>110 g/L		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
< 18		0	0	5	83,3	1	16,7	6	1,9
18-21		6	15,8	22	57,8	10	26,4	38	11,9
22- 30		6	2,8	111	52,3	95	44,9	212	66,7
> 30		1	1,6	38	61,3	23	37,1	62	19,5
Tổng		13	4,1	176	55,3	129	40,6	318	100

Nhận xét: Tình trạng thiếu máu mức độ vừa ở các thai phụ vẫn chiếm nhiều nhất trong các nhóm tuổi. Trong nhóm thiếu máu nặng, nhóm tuổi chủ yếu từ 18 đến 30 tuổi.

Bảng 3.5. Tình hình uống viên sắt của phụ nữ mang thai

Tình hình uống viên sắt	n	%
Trước khi mang thai	8	2,5
0-3 tháng thai kỳ (uống đủ 9 tháng)	251	79,9
3-6 tháng thai kỳ	35	11
Uống không đều	20	6,3
Không uống viên sắt	4	1,2
Tổng	318	100

Nhận xét: Tỷ lệ uống viên sắt từ đầu thai kỳ chiếm chủ yếu, với 251 thai phụ (chiếm 79,2%). Có một tỷ lệ nhỏ thai phụ uống viên sắt trong thời kỳ trước mang thai. Tuy nhiên có 4 thai phụ không uống viên sắt, chiếm 1,3% hoàn toàn không uống viên sắt trong cả thời kỳ mang thai.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu với uống sắt của mẹ

Uống viên sắt	Hb	< 90 g/L		90 – 110 g/L		>110 g/L		Tổng	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Trước khi mang thai		0	0	2	28,6	6	71,4	8	2,5

0-3 tháng thai kỳ (uống đủ 9 tháng)	2	0,8	133	53	116	46,2	251	78,9
3-6 tháng thai kỳ	3	8,6	30	85,7	2	5,7	35	11,0
Uống không đều	8	40	9	45	3	15	20	6,3
Không uống viên sắt	0	0	2	50	2	50	4	1,2
Tổng	13	4,1	176	55,5	128	40,4	318	100

Nhận xét: Tình hình uống sắt trong thai kỳ có ảnh hưởng rõ rệt tình trạng thiếu máu ở thai phụ: Ở nhóm uống sắt từ đầu thai kỳ thì chủ yếu gặp ở nhóm không có thiếu máu hoặc thiếu máu mức độ vừa. Nhóm uống viên sắt không đều, tỷ lệ có thiếu máu chiếm tỷ lệ 40%. Có 4 thai phụ không uống viên sắt trong thai kỳ không bị thiếu máu nặng. Có sự khác biệt giữa uống viên sắt và tình trạng thiếu máu ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

- Tuổi trung bình của các phụ sản trong nghiên cứu của chúng tôi là 26,4, tương tự kết quả nghiên cứu của Văn Quang Tân, độ tuổi sinh đẻ tại Bình Dương là 28,3. Như đã biết, trước 20 tuổi đang là thời kỳ cơ thể đang phát triển và hoàn thiện, kiến thức về sức khỏe sinh sản còn nhiều hạn chế, sinh con trong độ tuổi này rất nhiều nguy cơ cho mẹ (như băng huyết, stress,...) và cho con (thai suy dinh dưỡng, đẻ non, thai lưu...). Trong nghiên cứu này có 13,8% phụ nữ có độ tuổi dưới 21, đặc biệt có 6 phụ nữ (chiếm 1,9%) có độ tuổi dưới 18 [4]. Nhiều nghiên cứu và hội thảo khuyến cáo rằng: phụ nữ tuổi sinh đẻ nên uống viên sắt trước khi mang thai để đảm bảo sức khỏe cho bà mẹ và cho sự phát triển tốt nhất cho thai nhi. Nghiên cứu của chúng tôi có 8 người (chiếm 2,5%) thai phụ uống viên sắt trong thời kỳ trước mang thai.

- Về trình độ học vấn của các bà mẹ tại bệnh viện: Trình độ của các bà mẹ gặp nhiều nhất là cấp 3 (chiếm 65,9%). Có tỷ lệ tương đối cao ở trình độ đại học và cao đẳng (chiếm 29,4%). Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp trường hợp nào mù chữ. Phân tích mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu và trình độ học vấn của mẹ: Nhóm thiếu máu nặng gặp chủ yếu ở nhóm trình độ văn hóa cấp 3, với 11 thai phụ, điều này là vì trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bà mẹ học cấp 3 gặp nhiều nhất. Trong khi đó nhóm các bà mẹ có trình độ cao đẳng và đại học có tỷ lệ không thiếu máu cao nhất (chiếm 58,5%). Mối liên quan giữa tình trạng thiếu máu của các bà mẹ với trình độ học vấn nhóm cấp 3 và đại học, cao đẳng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$.)

- Tình hình uống viên sắt trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối cao: tỷ lệ uống viên sắt từ đầu thai kỳ chiếm chủ yếu, với 251 thai phụ (chiếm 78,9%). Trong khi các nghiên cứu khác cho thấy các phụ nữ mang thai mặc dù được tư vấn và hiểu được tác dụng của việc uống viên sắt khi mang thai nhưng tỷ lệ uống viên sắt còn thấp như: Nghiên cứu của Huỳnh Nam Phương và

cộng sự năm 2013 có 62,2% đối tượng uống viên sắt và số uống hàng ngày chỉ chiếm 72,3%[5].

- Uống sắt trong thai kỳ có ảnh hưởng rõ rệt tình trạng thiếu máu ở thai phụ: Ở nhóm uống sắt từ đầu thai kỳ thì chủ yếu gặp ở nhóm không có thiếu máu hoặc thiếu máu mức độ vừa. Nhóm uống viên sắt không đều, tỷ lệ có thiếu máu chiếm chủ yếu. Tuy nhiên cả 4 thai phụ không uống viên sắt trong thai kỳ không bị thiếu máu nặng. Sự khác biệt về mối liên quan giữa uống viên sắt và tình trạng thiếu máu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Mặc dù tỷ lệ uống viên sắt trong thai kỳ tương đối cao, nhưng tình hình thiếu máu ở phụ nữ mang thai, kết quả nghiên cứu của chúng tôi còn cao: tình trạng thiếu máu ở phụ nữ mang thai mức độ vừa gặp nhiều nhất, với 176 trường hợp (chiếm 55,3%), tuy nhiên tình trạng thiếu máu nặng chỉ có 13 người (chiếm 4,1%). Một số nghiên cứu trước đó cũng có kết quả nghiên cứu tương tự: nghiên cứu của Hoàng Thế Nội thì Phụ nữ có thai ở độ tuổi 20 - 29 có tỷ lệ thiếu máu rất cao (63,0%)[1], tuy nhiên nghiên cứu này tiến hành ở Khoái Châu, Hưng Yên từ năm 2007. Kết quả tình trạng thiếu máu của chúng tôi còn cao có thể do chưa đa dạng thực phẩm hoặc có thể do các bà mẹ ăn nhiều thực phẩm hạn chế hấp thu sắt, hoặc trong thai kỳ các bà mẹ chỉ chú ý đến kiểm tra siêu âm thai mà ít chú ý đến xét nghiệm huyết học của thai phụ, hoặc được các tư vấn về dinh dưỡng tốt hơn cho tình trạng thiếu máu. Mặt khác kết quả xét nghiệm máu của chúng tôi làm ở thời điểm các bà mẹ chuẩn bị sinh, trong khi các kết quả của các nghiên cứu khác xét nghiệm ở trong thai kỳ hoặc ở lứa tuổi sinh đẻ. Rất tiếc trong nghiên cứu của chúng tôi chưa phân tích được tình hình thiếu máu liên quan tới các vấn đề như: mức thu nhập của hộ gia đình, với số con trên một phụ nữ, đến kiến thức, hiểu biết về dinh dưỡng, phòng chống thiếu máu và vệ sinh cá nhân, vệ sinh môi trường.

- Kết quả của chúng tôi có 4 thai phụ không uống viên sắt, chiếm 1,3% hoàn toàn không uống viên sắt trong cả thời kỳ mang thai.

V. KẾT LUẬN

- Tình trạng thiếu máu ở phụ nữ mang thai còn cao (59,4%), trong đó thiếu máu mức độ vừa là chủ yếu (55,1%).

- Tỷ lệ phụ nữ uống viên sắt trong thời kỳ mang thai cao, tuy nhiên hiệu quả chưa cao khi tình trạng thiếu máu ở phụ nữ có thai còn cao.

KHUYẾN NGHỊ

- Cần giám sát việc uống viên sắt của các bà mẹ trong thời kỳ mang thai

- Tuyên truyền giáo dục về chế độ dinh dưỡng cho các bà mẹ trong độ tuổi sinh đẻ

- Quản lý tốt thai kỳ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thế Nội (2009), "Đánh giá tình trạng dinh dưỡng, thiếu máu ở phụ nữ có thai và một số yếu tố ảnh hưởng", *Tạp chí DD&TP*, Tập 5 (1). Tr 27-30.

2. Huỳnh Nam Phương, Trần Thị Giáng Hương (2013), "Thực trạng kiến thức, thực hành về dinh dưỡng và phòng chống thiếu máu thiếu sắt của phụ nữ có thai dân tộc Mường ở Hòa Bình", *Tạp chí DD&TP - Tập 9 - số 1 - Tháng 4 năm 2013*.

3. Hồ Thu Mai (2013), "Hiệu quả của truyền thông giáo dục và bổ sung viên sắt/Folic đối với tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu của phụ nữ 20-35 tuổi tại 3 xã huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình", *Luận án tiến sĩ dinh dưỡng*, Viện Dinh dưỡng năm 2013.

4. Văn Quang Tân, Lê Thị Hợp (2012), "Thực trạng dinh dưỡng của bà mẹ và chiều dài cân nặng của trẻ sơ sinh tại tỉnh Bình Dương năm 2012" *Tạp chí DD&TP - Tập 10 - số 4 - Tháng 12 năm 2014*.

5. Janet C.King (2010), "Dinh dưỡng của người mẹ và sức khỏe trẻ em". *Tạp chí DD&TP-Tập 6 - số 3+4 - Tháng 10 năm 2010*

6. Kramer MS (1987), "Determinant of low birth weight :methodological assessment and meta-analysis", *Bull world health organ*; pp.663- 737.

7. Shetty P.S. , James W.P.T. (1994), Body mass index - A measure of chronic energy deficiency in adults, Food and Nutrition Paper 56, Food and Agriculture Organization of the United Nations, Rome

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ LANG BEN BẰNG UỐNG FLUCONAZOLE 300MG/TUẦN KẾT HỢP TẮM GỘI KETOCONAZOLE 2%

Trần Cẩm Vân*, Nguyễn Minh Thu*, Nguyễn Hữu Sáu**

TÓM TẮT³⁴

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của fluconazole kết hợp với dầu gội ketoconazole 2% điều trị bệnh lang ben. **Đôi tượng và phương pháp:** 70 bệnh nhân Lang ben dựa vào lâm sàng và xét nghiệm soi trực tiếp, chia thành 2 nhóm: nhóm 1 có 35 bệnh nhân uống fluconazole 300mg/tuần và tắm gội ketoconazole 2%, 2 lần/tuần x 2 tuần liên tiếp; nhóm 2 có 35 bệnh nhân uống itraconazole 200mg/ngày x 1 tuần. Kết quả được đánh giá dựa vào lâm sàng (màu sắc da, vảy da, ngứa) và xét nghiệm soi trực tiếp. **Kết quả:** Sau 4 tuần điều trị, nhóm 1 có 68,6% khỏi bệnh, 25,7% giảm, 5,7% không khỏi (soi tươi dương tính); nhóm 2 lần lượt là 31,4%, 40% và 28,6%. Nhóm 1 không có bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn, nhóm 2 có 1 bệnh nhân buồn nôn (3,3%). **Kết luận:** Uống fluconazole 300mg/tuần kết hợp tắm gội ketoconazole 2% x 2 lần/tuần trong 2 tuần liên tiếp hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: Lang ben, Nấm nông, *Malassezia spp.*

SUMMARY

FLUCONAZOLE WITH KETOCONAZOLE 2% SHAMPOO VERSUS ITRACONAZOLE IN TREATMENT OF PITYRIASIS VERSICOLOR

(i). **Background:** The efficacy of fluconazole, ketoconazole shampoo, itraconazole in pityriasis versicolor has been proved lonely. (ii). **Objectives:** To evaluate the efficacy and safety of fluconazole with ketoconazole 2% shampoo in treatment of pityriasis versicolor. (iii). **Population and methods:** Seventy patients with pityriasis versicolor were divided into 2 groups: Group 1 oral fluconazole 300 mg weekly with ketoconazole 2% shampoo twice a week for two weeks; group 2 oral itraconazole 200mg/day for one week. We compared the efficacy and safety between the two groups by clinical and mycological performed at baseline and at the end of the 4th week. (iii). **Results:** In group 1, 68.6% of patients was completely cured, 25.7% improvement, and 5.7% patients were uncured, the prevalence in group 2 was 31.4%, 40% and 28,6%, respectively. No adverse events were observed in group 1, there was 1 patient (3.3%) has nausea in group 2. (iv). **Conclusion:** Fluconazole 300 mg weekly with ketoconazole 2% shampoo twice a week for two weeks was effective and safe than itraconazole 200mg/day for one week.

Key words: Pityriasis versicolor, itraconazole, fluconazole, *Malassezia spp.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lang ben (*Pityriasis versicolor*) là bệnh nấm nông thường gặp, do *Malassezia spp.* gây nên

*Bệnh viện Da liễu TW

**Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cẩm Vân

Email: camvanvy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 24.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2017

Ngày duyệt bài: 2.6.2017

[1], đặc trưng bởi dát thay đổi màu sắc, có ngứa, tập trung ở vùng da tiết nhiều bã nhờn như lưng, ngực, mặt [2]. Điều trị thường không khó khăn, có thể dùng thuốc bôi hoặc uống thuốc kháng nấm. Tuy nhiên, bệnh hay tái phát. Do vậy, tìm ra một phác đồ điều trị hiệu quả, an toàn, tiết kiệm và phòng tái phát là vấn đề đang được quan tâm. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu uống fluconazole kết hợp tắm gội ketoconazole 2% nhằm đánh giá hiệu quả điều trị và ghi nhận tác dụng không mong muốn của thuốc.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng đánh giá kết quả trước và sau điều trị 70 bệnh nhân trên 16 tuổi chẩn đoán Lang ben đến khám và điều trị tại bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 7/2016 đến tháng 10/2016, dựa vào lâm sàng và soi trực tiếp dương tính.

Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 uống fluconazole 300mg liều duy nhất sau ăn mỗi tuần kết hợp tắm gội ketoconazole 2% x 2

lần/tuần trong 2 tuần liên tiếp; nhóm 2 uống itraconazole 200mg/ngày trong 1 tuần.

Các chỉ số đánh giá: mức độ bệnh dựa vào diện tích thương tổn da (<10% nhẹ, 10-30% trung bình, >30% nặng); đánh giá hiệu quả điều trị sau 4 tuần theo màu sắc dát, diện tích thương tổn và xét nghiệm soi trực tiếp.

Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, có 70 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được chia thành 2 nhóm với 35 bệnh nhân mỗi nhóm.

Về tuổi, tuổi trung bình nhóm 1 là 26,7 ± 11,9; tuổi trung bình nhóm 2 là 32,2 ± 12,5, sự khác biệt 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (*T-test*). Tỷ lệ bệnh nhân nam, nữ ở nhóm I xấp xỉ 1/1; ở nhóm II xấp xỉ 3/2. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ (*kiểm định χ^2*). Mức độ nặng của bệnh sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm với $p > 0,05$ (bảng 3.1).

Bảng 3.1. Phân bố bệnh theo mức độ bệnh

Mức độ bệnh	Nhóm	Nhóm 1 (n=35)		Nhóm 2 (n=35)	
		n	%	n	%
Nhẹ		7	20,0	8	22,9
Vừa		10	28,6	12	34,2
Nặng		18	51,4	15	42,9
p		>0,05			

Từ kết quả ở bảng 3.2, nhóm 1 làm giảm diện tích thương tổn da rõ rệt so với nhóm 2, mặc dù đều đạt hiệu quả kiểm soát bệnh (97,1% ở nhóm 1 và 37,1% ở nhóm 2).

Sau điều trị 4 tuần, nhóm 1 có 91,4% bệnh nhân không còn vảy da và nhóm 2 là 62,8%. Kết quả phù hợp Talel Badri khi fluconazole kết hợp với ketoconazole 2% có 100% bệnh nhân không còn vảy da [3]. Bùi Văn Đức điều trị bằng uống fluconazole và itraconazole vảy da hết sau 4 tuần lần lượt 81,8% và 79,4% [4]. Chúng tôi cho rằng nhờ ketoconazole 2% tác dụng trực tiếp trên da, hiệu quả loại trừ vảy da nhóm 1 cao hơn nhóm 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

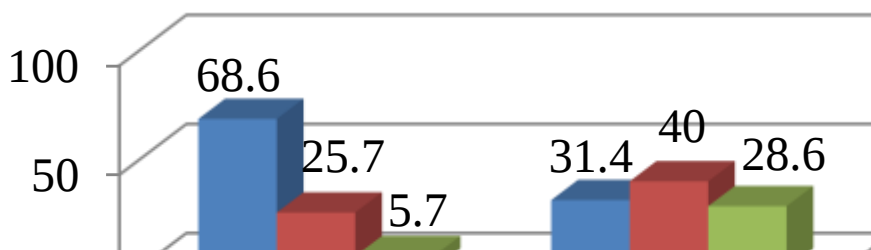
Bảng 3.2. Thay đổi triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm sau 4 tuần điều trị

Triệu chứng		Nhóm 1 (n=35)		Nhóm 2 (n=35)	
		Thời gian	Thời gian	Thời gian	Thời gian
Diện tích thương tổn	Giảm	Trước điều trị (%)	Sau 4 tuần (%)	Trước điều trị (%)	Sau 4 tuần (%)
	Không thay đổi		97,1		37,1
	Lan rộng		2,9		62,8
Màu sắc dát	Giảm		0,0		0,0
	Không thay đổi		68,6		45,7
Vảy da	Có		31,4		54,3
	Không	82,9	8,6	97,1	37,1
Ngứa	Có	17,1	91,4	2,9	62,8
	Không	60,0	13,3	48,6	42,9
Soi trực tiếp tìm nấm	Có	40,0	86,7	51,4	57,1
	Không	100,0	31,4	100,0	68,6
	Dương tính		68,6		31,4
	Âm tính	0,0	0,0	0,0	0,0

Sau 4 tuần điều trị, nhóm 1 có tỉ lệ xét nghiệm tìm nấm âm tính cao hơn nhóm 2 (68,6% so với 31,4%). Theo Talel Badri tỉ lệ nấm âm tính ở nhóm sử dụng fluconazole kết hợp đầu gội ketoconazole là

91,7%[3]. Nghiên cứu của Fernando Monten-Gei và Mehme Karakas cùng sử dụng phác đồ fluconazole 300mg/tuần trong 2 tuần, tỷ lệ nấm âm tính sau 4 tuần lần lượt là 77,0% và 77,5%[5],[6].

Biểu đồ 3.1. Kết quả điều trị sau 4 tuần



Tỉ lệ điều trị khỏi hoàn toàn nhóm 1 cao hơn nhóm 2 lần lượt 68,6% và 31,4%, phù hợp Talel Badri 63% ở nhóm sử dụng fluconazole kết hợp tắm gội ketoconazole 2% [3].

Sau 4 tuần, không có tác dụng phụ ở nhóm 1, nhóm 2 có 1 bệnh nhân buồn nôn. Toàn bộ bệnh nhân được xét nghiệm chức năng gan, thận trước và sau điều trị 4 tuần trong giới hạn bình thường. Điều này cho thấy sử dụng fluconazole kết hợp với dầu gội ketoconazole 2% an toàn, phù hợp với nghiên cứu của Việt Nam và thế giới [3],[4],[5].

V. KẾT LUẬN

Điều trị *Malassezia spp.* gây bệnh Lang ben kết hợp tại chỗ và toàn thân mang lại hiệu quả cao. Qua nghiên cứu của chúng tôi, uống fluconazole 300mg liều duy nhất mỗi tuần kết hợp với tắm gội ketoconazole 2% x 2 lần/tuần trong 2 tuần tỉ lệ khỏi bệnh là 68,6% cao hơn uống đơn thuần itraconazole 200mg/ngày trong 1 tuần là 31,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asja Prohic PhD and Tamara Jovovic Sadikovic, *Malassezia species in healthy skin and in dermatological conditions*. The International Society of Dermatology, 2015. **2**(5): p. 12-23.
2. William D, James MD, and Timothy Berger MD, *Andrews' Diseases of the Skin: Clinical Dermatology*. J Am Acad Dermatol 1996. **5**(4): p. 56-72.
3. Badri T, et al., *Comparative clinical trial: fluconazole alone or associated with topical ketoconazole in the treatment of pityriasis versicolor*. Tunis Med, 2016. **94**(2): p. 107-111.
4. Bùi Văn Đức, Hoàng Văn Minh, and Phan Anh Tuấn, *Nghiên cứu điều trị lang ben bằng Itraconazole 400mg liều duy nhất*. Tạp chí y dược học thành phố Hồ Chí Minh, 2004.
5. Fernando Montero-Gei et al, *Fluconazole vs Itraconazole in the treatment of tinea versicolor*. International Journal of Dermatology, 1999. **38**: p. 601-603.
6. Mehmet Karakas, Murat Durdu, and Hamdi R. Memisoglu, *Oral fluconazole in the treatment of Tinea Versicolor*. The Journal of Dermatology, 2005. **32**: p. 19-21.

ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC VÀ HÓA MÔ MIỄN DỊCH TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ TẾ BÀO HẮC TỔ DA

Phạm Đình Hòa*, Bùi Thanh Sơn*, Phạm Thị Lan*

TÓM TẮT³⁵

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm mô bệnh học và kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch với S100 và HMB45 của ung thư tế bào hắc tố da. **Đối tượng và phương**

pháp nghiên cứu: các hồ sơ ghi chép lại kết quả mô bệnh học và nhuộm hóa mô miễn dịch của bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào hắc tố da, đủ điều kiện lựa chọn, đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 06/2010-06/2015, nghiên cứu mô tả cắt ngang (hồi cứu). **Kết quả:** Độ dày trung bình của thương tổn là 2,45mm. Tổn thương xâm lấn chủ yếu ở mức độ Clark III, IV (89,5%). Tỷ lệ phân bào chủ yếu trong nhóm 1-3 nhân chia/mm² (68,4%). Nhuộm hóa mô miễn dịch với S100 và HMB45 cho kết quả dương tính ở 100% bệnh nhân. **Kết luận:** Độ dày thương tổn và mức độ xâm lấn tổ chức lớn. Nhuộm hóa mô miễn dịch với S100 và HMB45 cho độ nhạy cao.

*Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Đình Hòa

Email: hoadalieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2017

Ngày duyệt bài: 2.6.2017

Từ khóa: ung thư tế bào hắc tố da, mô bệnh học, S100, HMB45.

SUMMARY

HISTOPATHOLOGICAL AND IMMUNOHISTOCHEMICAL CHARACTERISTICS IN MELANOMA PATIENTS

Objectives: To describe histopathological characteristics and results of immunohistochemical staining with S100 and HMB45 of melanoma. **Materials and methods:** this is a cross-sectional study including 19 reports about histopathology and results of immunohistochemical staining of melanoma patients at the National Hospital of Dermato-Venereology from June 2010 to June 2015. **Results:** The median tumor thickness was 2,45 mm. Most of patients had levels of invasion in Clark level III and IV (89,5%). Besides, 68,4% of cases had a tumor mitotic rate of 1-3 mitoses/mm². Other histopathological characteristics included: microscope satellites (36,8%), regression (42,1%), ulceration (68,4%), tumor vascularity (84,2%) and tumor-infiltrating lymphocytes (100%). Positive staining with anti-S100 protein and anti-HMB45 was identified in all cases (100%) for each marker. **Conclusion:** the tumor thickness and the level of invasion were quite high. Both S100 and HMB45 had great sensitivity.

Key words: melanoma, histopathology, S100, HMB45.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư da là bệnh lý ác tính của da có xu hướng ngày càng tăng cao trong cộng đồng, trong đó có ung thư tế bào hắc tố da (melanoma). Đây là một loại ung thư ác tính có nguồn gốc từ các tế bào sản sinh sắc tố ở da (melanocytes) với tỷ lệ tử vong cao [1]. Các yếu tố nguy cơ của bệnh bao gồm ánh nắng mặt trời, tiền sử gia đình, các đặc điểm về kiểu hình. Nếu bệnh phát hiện ở giai đoạn muộn thường tiên lượng xấu [3].

Chẩn đoán bệnh dựa vào lâm sàng với hệ thống tiêu chuẩn ABCDE và tiêu chuẩn vàng là hình ảnh mô bệnh học đặc trưng bởi sự biến đổi của tế bào cũng như cấu trúc. Ngoài chẩn đoán, các đặc điểm mô bệnh học còn góp phần quan trọng trong tiên lượng bệnh, trong đó chỉ số Breslow, loét hay tỷ lệ phân bào đã được chứng minh là các yếu tố tiên lượng độc lập đối với bệnh. Bên cạnh đó, nhuộm hóa mô miễn dịch cũng là một công cụ chẩn đoán có giá trị cao, đặc biệt trong các trường hợp hình ảnh mô bệnh học không điển hình.

Bảng 1. Phân loại theo chỉ số Breslow

Độ dày thương tổn	n = 19	%	Độ dày trung bình
≤ 1,00 mm	3	15,8	2,45 ± 1,39 mm
1,01-2,00 mm	7	36,8	

Hiện nay tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về đặc điểm mô bệnh học cũng như hóa mô miễn dịch của bệnh, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả các đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch của ung thư tế bào hắc tố da.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 19 hồ sơ ghi chép lại kết quả mô bệnh học và nhuộm hóa mô miễn dịch của bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tế bào hắc tố da, đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 06/2010 đến 06/2015.

2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang (hồi cứu).

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Thu thập các hồ sơ thỏa mãn đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại phòng Giải phẫu bệnh, khoa Xét nghiệm, Bệnh viện Da liễu Trung ương.
- Ghi chép lại các đặc điểm mô bệnh học và kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch với S100 và HMB45 vào bệnh án nghiên cứu.
- Nhập và phân tích số liệu thu được.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập, mã hóa, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

Mối liên quan giữa các đặc điểm mô bệnh học được phân tích bằng phương pháp phân tích đôi biến với hệ số Spearman (r_s). Giá trị r_s nằm trong khoảng từ -1 đến 1. Giá trị dương thể hiện mối quan hệ thuận chiều, giá trị âm thể hiện mối quan hệ nghịch chiều, $r_s = 0$ thể hiện 2 biến hoàn toàn không có mối liên quan. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi giá trị p nhỏ hơn 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của nhóm nghiên cứu: Về phân bố theo tuổi 19 bệnh nhân bệnh gặp ở hầu hết các nhóm tuổi, tuy nhiên tập trung chủ yếu trong độ tuổi 50-79 tuổi (chiếm 57,9%). Tuổi mắc bệnh sớm nhất là 22, cao nhất là 87, tuổi mắc bệnh trung bình là 60,3 ± 18,7. Về phân bố theo giới, nữ chiếm nhiều hơn. Tỷ lệ nữ/nam là 2,2/1.

2. Đặc điểm mô bệnh học

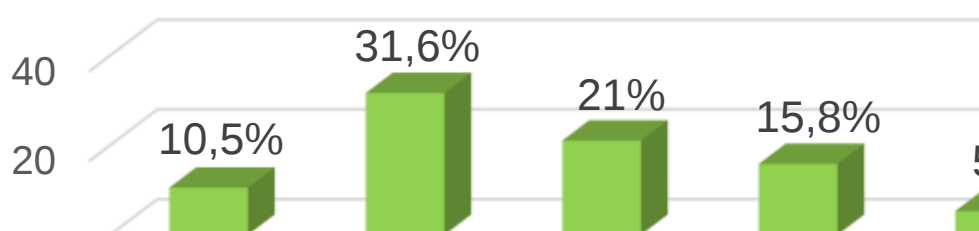
2,01-4,00 mm	6	31,6
> 4,00 mm	3	15,8

Nhận xét: Độ dày thương tổn trên bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm 1,01-4,00mm, chiếm 68,4%. Các tổn thương dày (>4,00mm) và tổn thương mỏng ($\leq 1,00$ mm) cùng chiếm 15,8%. Độ dày trung bình là 2,45mm.

Bảng 2. Phân loại theo phân độ Clark

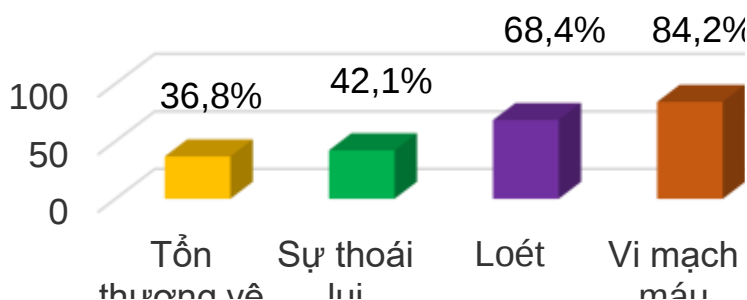
Phân độ Clark	n = 19	%
I	2	10,5
II	0	0
III	9	47,4
IV	8	42,1

Nhận xét: Tổn thương chủ yếu xâm lấn ở mức độ III và IV, chiếm 89,5%. Các tổn thương tại chỗ (độ I) chỉ chiếm 10,5%. Không có bệnh nhân nào có tổn thương xâm lấn sâu độ V.



Biểu đồ 1. Số nhân chia/mm²

Nhận xét: Tỷ lệ nhân chia chủ yếu tập trung trong nhóm từ 1-3 nhân chia/mm², chiếm 68,4%. Nhóm có ≥ 6 nhân chia chiếm 15,8% trong khi 10,5% số bệnh nhân không có nhân chia.



Biểu đồ 2. Các đặc điểm mô bệnh học khác

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu có 68,4% bệnh nhân có tổn thương loét. Phần lớn bệnh nhân có sự tạo thành vi mạch máu (chiếm 84,2%). Sự xuất hiện của tổn thương vệ tinh gặp ở 36,8% bệnh nhân, trong khi sự thoái lui chỉ hiện diện ở 8/19 bệnh nhân (chiếm 42,1%). Đặc biệt, tất cả các bệnh nhân đều có sự thâm nhiễm của tế bào lympho.

Bảng 3. Liên quan giữa các đặc điểm mô bệnh học

	Phân độ Clark	Loét	Vi mạch máu	Tổn thương vệ tinh	Tỷ lệ phân bào	Sự thoái lui
Chỉ số Breslow	Phân độ Clark	$r_s = 0,689$ $p = 0,001$	$r_s = 0,403$ $p = 0,087$	$r_s = 0,514$ $p = 0,024$	$r_s = 0,582$ $p = 0,009$	$r_s = 0,714$ $p = 0,001$
	Phân độ Clark	$r_s = 0,274$ $p = 0,256$	$r_s = 0,582$ $p = 0,009$	$r_s = 0,66$ $p = 0,002$	$r_s = 0,61$ $p = 0,006$	$r_s = 0,379$ $p = 0,109$
	Loét		$r_s = 0,637$ $p = 0,003$	$r_s = 0,519$ $p = 0,023$	$r_s = 0,489$ $p = 0,034$	$r_s = 0,35$ $p = 0,142$
	Vi mạch máu			$r_s = 0,331$ $p = 0,167$	$r_s = 0,635$ $p = 0,001$	$r_s = 0,369$ $p = 0,12$
	Tổn thương vệ tinh				$r_s = 0,377$ $p = 0,112$	$r_s = 0,233$ $p = 0,338$

Nhận xét: Chỉ số Breslow hay độ dày thương tổn và mức độ xâm lấn tổ chức (phân độ Clark) có mối quan hệ thuận chiều với nhau ($r_s = 0,689$, $p = 0,001$). 2 chỉ số này cũng có mối quan hệ thuận chiều với các đặc điểm khác như sự tạo thành vi mạch máu, tổn thương vệ tinh và tỷ lệ phân bào ($p = 0,024$; $0,009$; $0,001$ đối với chỉ số Breslow và $p = 0,009$; $0,002$; $0,006$ với phân độ Clark). Tương tự, loét cũng có mối liên quan thuận chiều với sự tạo thành vi mạch máu, tổn thương vệ tinh và tỷ lệ phân bào ($p = 0,003$; $0,023$; $0,034$). Trong khi đó, tổn thương vi mạch máu có liên quan thuận chiều với tỷ lệ phân bào ($r_s = 0,635$, $p = 0,001$).

3. Hóa mô miễn dịch: Nhuộm hóa mô miễn dịch với S100 và HMB45 cho kết quả dương tính 100% bệnh nhân với mỗi marker.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm mô bệnh học: Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy độ dày thương tổn trên bệnh nhân tập trung chủ yếu ở nhóm có bề dày trung bình (1,01-4,00mm), chiếm 68,4%. Nhóm tổn thương mỏng ($\leq 1,00$ mm) chỉ chiếm 15,8%. Độ dày trung bình là 2,45mm. Các nghiên cứu trên thế giới lại cho thấy nhóm tổn thương mỏng chiếm phần lớn trong số bệnh nhân như nghiên cứu của Lindholm (2004) với 55,1% số tổn thương $\leq 1,00$ mm và nghiên cứu của Eriksson (2015) với tỷ lệ này là 58,5% [5],[6]. Độ dày trung bình tổn thương trong 2 nghiên cứu trên đều là 0,9mm, tức là mỏng hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Tương tự với phân độ Clark, tổn thương chủ yếu xâm lấn ở mức độ III, IV (89,5%), nghĩa là đã xâm lấn đến lớp trung bì sâu, trong khi với nghiên cứu của Lindholm (2004) tổn thương xâm lấn ở mức nông hơn, chủ yếu là độ II, III (67,1%) [5]. Sự khác biệt này có lẽ là do ở nước ta, ung thư tế bào hắc tố da là bệnh hiểm nên hiểu biết và nhận thức của người dân về bệnh còn hạn chế cũng như thiếu sự quan tâm, chăm sóc đến các tổn thương trên da, dẫn đến khi phát hiện bệnh thường ở giai đoạn muộn hơn với tổn thương dày hơn và xâm lấn ở mức độ sâu hơn.

Tỷ lệ nhân chia ở nhóm nghiên cứu chủ yếu tập trung trong nhóm từ 1-3 nhân chia/mm², chiếm 68,4%. Chỉ có 10,5% số bệnh nhân không có nhân chia. Đây cũng được coi là một trong những yếu tố tiên lượng khả năng sống của bệnh nhân. Nhóm bệnh nhân với tỷ lệ phân bào là 0/1 mm² có tỷ lệ sống sót cao hơn đáng kể so

với các nhóm có từ 1 nhân chia trở lên [7]. Như vậy trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân có tỷ lệ phân bào hay tốc độ phân bào ở mức trung bình, chỉ có 10,5% số bệnh nhân ở giai đoạn phân bào thấp và có tiên lượng khả quan hơn.

Với các đặc điểm mô bệnh học khác thì đáng chú ý hơn cả là sự xuất hiện với tỷ lệ cao của tổn thương loét (68,4%). So với các nghiên cứu trên thế giới thì tỷ lệ này cao hơn rất nhiều (nghiên cứu của Lindholm (2004) là 24,1%, Eriksson (2015) là 18,5%) [5],[6]. Các nghiên cứu này cũng đã chứng minh sự có mặt của loét trong ung thư hắc tố là một yếu tố tiên lượng xấu làm giảm khả năng sống sót và tăng nguy cơ tử vong. Vì vậy việc có tỷ lệ cao tổn thương này trong nghiên cứu gợi ý một tình trạng nặng của nhóm bệnh nhân nhập viện với chúng tôi.

Về liên quan giữa các đặc điểm mô bệnh học, chỉ số Breslow và phân độ Clark có mối quan hệ thuận chiều với nhau ($r_s = 0,689$; $p = 0,001$). Điều này có thể dễ dàng được giải thích do 2 chỉ số này giống nhau về mặt bản chất. Khi tổn thương càng dày thì mức độ xâm lấn xuống các tổ chức bên dưới lớp da càng sâu và ngược lại. Bên cạnh đó, hai đặc điểm này và loét đều có mối quan hệ thuận chiều với sự tạo thành vi mạch máu, tổn thương vệ tinh và tỷ lệ phân bào. Có thể thấy các đặc điểm này đều có mối liên quan với sự hoạt động và phát triển của khối u, đặc biệt là sự phát triển của khối u theo chiều dọc. Khi u càng phát triển với độ dày càng lớn và xâm lấn càng sâu xuống dưới thì kèm theo đó là sự tăng sinh các vi mạch máu để cung cấp nguồn nuôi dưỡng cho khối u, đồng thời tỷ lệ phân bào hay tốc độ phân bào càng cao. Tổn thương vệ tinh với bản chất là tập hợp các tế bào ung thư bị tách ra khỏi khối u chính bởi hệ thống sợi collagen của lớp trung bì, do vậy khi tổn thương càng sâu thì sự xuất hiện của tổn thương này càng nhiều. Tương tự, sự xuất hiện của loét cũng biểu hiện một tình trạng ác tính của khối u với sự xâm lấn và hủy hoại tổ chức, do vậy có sự tương quan với các tổn thương khác cùng biểu hiện sự phát triển và hoạt động của khối u. Ngoài ra, tổn thương vi mạch máu có mối liên quan thuận chiều với tỷ lệ phân bào ($r_s = 0,635$; $p = 0,001$). Điều này có thể được giải thích là do sự xuất hiện nhiều của các vi mạch máu chứng tỏ sự phát triển và hoạt động mạnh

Tỷ lệ phân bào	$r_s = 0,383$ $p = 0,105$
-----------------------	------------------------------

của khối u, đồng nghĩa với đó là tỷ lệ phân chia, tốc độ phân bào mạnh của các tế bào ung thư.

2. Hóa mô miễn dịch: Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch với 2 marker là S100 và HMB45 cho thấy độ nhạy rất cao, 100% trường hợp dương tính. Nghiên cứu của Sujatha et al (1994) và Kaufmann et al (1998) đều cho kết quả nhuộm dương tính 100% với S100. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự với độ nhạy rất cao lên đến 97-100% của S100 [4]. Với HMB45, các nghiên cứu cũng cho kết quả nhuộm dương tính khá cao (85-92%) tuy nhiên không có nghiên cứu nào có kết quả 100% dương tính như nghiên cứu của chúng tôi. Có thể giải thích điều này là do sự khác biệt về cỡ mẫu khi các nghiên cứu khác đều có cỡ mẫu khá lớn.

V. KẾT LUẬN

Tổn thương có độ dày trung bình là 2,45mm và xâm lấn chủ yếu ở mức độ Clark III, IV (89,5%). Tỷ lệ nhân chia chủ yếu trong nhóm 1-3 nhân chia/mm² (68,4%). Các đặc điểm khác gồm: tổn thương vệ tinh (36,8%), sự thoái lui (42,1%), loét (68,4%), sự tạo thành vi mạch máu (84,2%) và sự thâm nhiễm của tế bào lympho (100%). Kết quả nhuộm hóa mô miễn

dịch với S100 và HMB45 dương tính với 100% bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Langley R., Mihm M., Fitzpatrick T et al (2003). Neoplasms: Cutaneous Melanoma, *Fitzpatrick's Dermatology In General Medicine*, 6th edition, 1025-1055.
2. Howlader N., Krapcho M., Garshell J. et al (2015). SEER Cancer Statistics Review 1975-2012.
3. Longo D.L., Jameson J.R., Fauci A.S et al (2012). Melanoma, *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18th edition, 1769-1778.
4. Ohsie S.J., Cochran A.J., Binder S.W et al (2008). Immunohistochemical characteristics of melanoma. *Journal of Cutaneous Pathology*, 35, 433-444.
5. Lindholm C., Andersson R., Dufmats M. et al (2004). Invasive Cutaneous Malignant Melanoma in Sweden 1990-1999: A prospective, population-based Study of Survival and Prognostic Factors. *Cancer*, 101(9), 2067-2078.
6. Eriksson H., Frohm-Nilsson M., Jaras J. et al (2015). Prognostic factors in localized invasive primary cutaneous malignant melanoma: results of a large population-based study. *British Journal of Dermatology*, 172, 175-186.
7. Manuela F.A., Helen M.S., John F.T et al (2003). Tumor Mitotic Rate Is a More Powerful Prognostic Indicator than Ulceration in Patients with Primary Cutaneous Melanoma. *Cancer*, 97, 1488-1498.

HIỆU QUẢ BỔ SUNG THỰC PHẨM TỪ TRƯỚC VÀ TRONG KHI CÓ THAI ĐẾN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG SẮT CỦA PHỤ NỮ TẠI HUYỆN CẨM KHÊ TỈNH PHÚ THỌ

Nguyễn Thị Diệp Anh², Phạm Thiện Ngọc¹,
Lê Bạch Mai², Từ Ngừ³, Janet King⁴, Henri Diren⁴

TÓM TẮT³⁶

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả cải thiện tình trạng sắt của can thiệp bổ sung thực phẩm cho phụ nữ từ trước khi mang thai đến khi sinh con **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng. 138 phụ nữ 18-30 tuổi chưa từng mang thai sống tại Cẩm Khê, Phú Thọ được phân ngẫu nhiên vào 2 nhóm; Nhóm can thiệp được bổ sung thực

phẩm giàu sắt, kẽm, vitamin A, vitamin B₁₂ và folate sẵn có tại địa phương 5 ngày/tuần từ trước khi mang thai đến khi sinh con; nhóm chứng: không bổ sung thực phẩm. Hiệu quả can thiệp được đánh giá bằng các chỉ số: Transferrin receptor, Ferritin. Nhiễm trùng được đánh giá bằng các chỉ số: C-Reactive Protein và Alpha 1-Acid Glycoprotein. **Kết quả:** Tại thời điểm thai 32 tuần, trung bình nồng độ ferritin ở nhóm can thiệp (16,4µg/L) cao hơn so với nhóm chứng (8,8µg/L) với p<0,05. Chênh lệch nồng độ Tf-R giữa thời điểm thai 32 tuần với trước khi mang thai ở nhóm can thiệp là 0,4 mg/L thấp hơn có YNTK so với nhóm chứng (0,7mg/L) với p<0,001. **Kết luận:** Bổ sung thực phẩm tự nhiên từ trước khi mang thai cho tới khi sinh đã cải thiện tình trạng dinh dưỡng sắt ở phụ nữ trong thai kỳ. Tại thời điểm thai 32 tuần, tỷ lệ thiếu sắt nặng ở nhóm can thiệp là 40,4% thấp hơn có YNTK so với nhóm chứng (69,5%) với p<0,01.

Từ khóa: Bổ sung thực phẩm, ferritin, transferrin-receptor, thiếu sắt, phụ nữ có thai, Phú Thọ.

¹Đại học Y Hà Nội

²Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia

³Hội Dinh dưỡng Việt Nam

⁴Viện Nghiên cứu - Bệnh Viện Nhi Oakland, Đại học California Hoa Kỳ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệp Anh

Email: Diepanhnin@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2017

Ngày duyệt bài: 2.6.2017

SUMMARY**EFFECT OF FOOD SUPPLEMENTATION PRIOR TO AND DURING PREGNANCY ON NUTRITIONAL IRON STATUS FOR WOMEN IN CAM KHE DISTRICT, PHU THO PROVINCE**

Objective: To evaluate the improvement of iron status of the food supplementation prior to and during pregnancy for women living in Cam Khe district, Phu Tho province. **Subjects and Methods:** Randomized controlled study. 138 women who have not been pregnant of 18-30 years old living in Cam Khe, Phu Tho were randomly assigned into two groups; Intervention group: were supplemented with foods rich in iron, zinc, vitamin A, vitamin B12 and folate available locally for 5 days per week from prenatal to postnatal; Control group: do not have food supplementation. The efficacy of the intervention was evaluated by the following indicators: Transferrin receptor, Ferritin. Infections are evaluated by the following indexes: C-Reactive Protein and Alpha 1-Acid Glycoprotein. **Results:** At the gestation of 32 weeks, the mean ferritin concentration in the intervention group was 16.4 (µg/L) that was higher than that of the control group (8.8µg/L) with $p < 0.05$. The difference of Tf-R concentration between the gestation of 32 weeks and the prior to pregnancy of the intervention group was 0.4mg/L that was lower (statistically significance) than that of the control group (0.7mg/L) with $p < 0.001$. **Conclusion:** Natural food supplementation from prior to and during pregnancy has improved nutritional iron status in women during pregnancy. At the gestation of 32 weeks, the prevalence of severe iron deficiency in the intervention group was 40.4% that was lower (statistically significance) than that of the control group (69.5%) with $p < 0.01$.

Key words: Food supplementation, ferritin, transferrin-receptor, iron deficiency, pregnant women, Phu Tho

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều năm qua, thiếu máu vẫn là vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2011 có đến 38% phụ nữ có thai (PNCT) trên toàn cầu bị thiếu máu phần lớn là ở các nước đang phát triển [1]. Trên 50% các trường hợp thiếu máu ở phụ nữ có thai là do thiếu sắt [2]. Thiếu máu thiếu sắt ở PNCT ảnh hưởng đến sự phát triển ở giai đoạn bào thai và tác động không tốt đến quá trình tăng trưởng sau này. Tại Việt Nam, thiếu sắt là bệnh khá phổ biến đặc biệt ở các vùng nông thôn. Theo tổng điều tra toàn quốc năm 2015 của Viện Dinh dưỡng, tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ là 25,5%, riêng ở miền núi là 27,9%, tỷ lệ phụ nữ mang thai thiếu máu là 32,8%, trong số đối tượng thiếu máu có 54,3% bị thiếu sắt [3]. Dinh dưỡng của bà mẹ kém cả trước và trong khi mang thai là nguyên nhân cơ

bản gây nên tình trạng thiếu máu thiếu sắt, việc tăng cường dự trữ của người mẹ trước khi có thai giúp đảm bảo đáp ứng nhu cầu của thai nhi trong thời kỳ mang thai [4].

Thực phẩm là nguồn cung cấp các chất dinh dưỡng cần thiết cho con người. Đặc biệt thực phẩm có nguồn gốc động vật là nguồn cung cấp các chất dinh dưỡng có giá trị sinh học cao như sắt, kẽm, vitamin A, vitamin B12... những chất này rất quan trọng với sức khỏe sinh sản và sự phát triển của thai nhi. Mặc dù các chất dinh dưỡng trong thực phẩm đóng vai trò rất quan trọng cho phụ nữ khi có thai, nhưng số nghiên cứu thử nghiệm bổ sung thực phẩm tự nhiên để cải thiện tình trạng vi chất của mẹ và kết quả thai nghén còn ít [4]. Do vậy, nhóm tác giả tiến hành nghiên cứu can thiệp bổ sung thực phẩm giàu dinh dưỡng sẵn có tại địa phương cho phụ nữ từ trước khi mang thai cho tới khi sinh tại huyện Cẩm Khê Phú Thọ, nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng sắt trên nhóm đối tượng này.

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

Tiêu chuẩn lựa chọn: Phụ nữ tuổi từ 18 đến 30. Mới đăng ký kết hôn và dự định có con ngay. Hiện tại không mang thai. Sinh sống tại 29 xã của huyện Cẩm Khê tỉnh Phú Thọ.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Phụ nữ đã có con. Phụ nữ đang mang thai.
- Phụ nữ có dự định đi làm xa nhà hoặc phụ nữ hiện có chồng đi làm xa trong thời gian dài hoặc không sống cùng với chồng.
- Phụ nữ có vấn đề về sức khỏe tâm thần, giảm sút trí nhớ.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 9 năm 2015

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu so sánh sự khác biệt giữa hai nhóm trong nghiên cứu có đánh giá nhiều lần theo thời gian [5].

$$N = \frac{2(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (1 + (n-1)\rho)}{n[(\mu_1 - \mu_2)/\sigma]^2}$$

Trong đó: n: là số thời điểm đánh giá, $n = 3$; ρ là tương quan giả định giữa các lần đo lặp lại, ước tính $\rho = 0,87$; σ : phương sai giả định chung giữa hai nhóm, $\sigma = 15$ dựa vào nghiên cứu trước [6]; $(\mu_1 - \mu_2) = 7,5$ là kỳ vọng sự khác biệt trung bình giữa hai nhóm. Với độ tin cậy 95% và lực mẫu là 0,80; ta có $Z_{\alpha} = 1.96$ và $Z_{\beta} = 0,84$.

Thay vào công thức, cỡ mẫu tính được là 57 đối tượng, cộng thêm 20% bỏ cuộc cỡ mẫu tính được cho một nhóm là 69. Tổng cỡ mẫu của 2 nhóm là 138 đối tượng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng.

• Nhóm 1 can thiệp: Nhóm phụ nữ được bổ sung thực phẩm giàu dinh dưỡng từ khi đăng ký tham gia nghiên cứu cho đến khi sinh.

• Nhóm chứng: Nhóm phụ nữ không được ăn bổ sung thực phẩm.

Thực phẩm sử dụng trong can thiệp là những thực phẩm sẵn có tại địa phương gồm thịt lợn, gan lợn, tiết lợn, tôm, trứng vịt lộn và rau theo mùa được xây dựng thành 10 thực đơn quay vòng. Mỗi thực đơn trung bình cung cấp khoảng 15 (mg) sắt, 5 (mg) kẽm, 600 (μ g) vitamin A, 9 (μ g) Vitamin B₁₂ và 400 (μ g) folate. Năng lượng của khẩu phần bổ sung không vượt quá 200 Kcal/ngày.

Thu thập thông tin, nhân trắc, khẩu phần: phỏng vấn thông tin dựa vào bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Đo cân nặng, chiều cao. Dụng cụ đo được trang bị mới và giống nhau ở các xã. Sử dụng kỹ thuật hỏi ghi khẩu phần ăn 24 giờ qua trong 2 ngày không liên tiếp tại 3 thời điểm ban đầu khi chưa có thai (T0), thai 16 tuần (T16), thai 32 tuần (T32).

Thu thập mẫu máu: Mẫu máu được thu thập tại 3 thời điểm: T0; T16 và T32. Máu tĩnh mạch được lấy vào buổi sáng khi đói, cho vào ống không có chất chống đông. Ly tâm ống máu ở 3000 vòng trong 10 phút, tách lấy huyết thanh chia vào các ống eppendorf. Bảo quản mẫu ở -20°C, tại trung tâm Y tế huyện trong 2 tuần. Sau 2 tuần, mẫu được vận chuyển về Viện Dinh dưỡng và bảo quản ở -80°C cho đến khi phân tích.

Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng sắt: Thiếu sắt vừa khi Tf-R > 4.4mg/L hoặc ferritin huyết thanh < 20 μ g/L và không bị nhiễm trùng. Thiếu

sắt nặng khi: Tf-R > 8,5mg/L hoặc ferritin huyết thanh < 12 μ g/L và không bị nhiễm trùng [7].

Tiêu chuẩn đánh giá tình trạng nhiễm trùng: Nhiễm trùng khi: CRP > 5 mg/L hoặc AGP > 1,0 g/L.

2.3. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm STATA 14.2 MP để phân tích

III. KẾT QUẢ**3.1 Thông tin chung của đối tượng tại thời điểm ban đầu**

Tại thời điểm tham gia nghiên cứu có đủ 138 đối tượng. Tới thời điểm T32 có 122 đối tượng thu thập được đầy đủ chỉ tiêu nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của đối tượng tham gia nghiên cứu là (21,6 $\pm$ 2,9) tuổi với BMI trung bình là (19,9 $\pm$ 1,9). Trung vị (p25; p75) nồng độ ferritin và TfR tương ứng là 47,1 (28,0; 83,6) μ g/L và 3,7 (3,0; 4,7) mg/L. Năng lượng trung bình trong khẩu phần của đối tượng khoảng 1773 (1562; 1980) kcal với trên 80% đối tượng không đáp ứng đủ khuyến nghị (NCKN). Khẩu phần sắt của đối tượng trung bình khoảng 12,7 (10,4; 15,7) mg với trên 90% đối tượng không đáp ứng đủ NCKN sắt. Không thấy sự khác biệt về các chỉ số tuổi; BMI; thành phần các chất dinh dưỡng và các chỉ số hóa sinh giữa 2 nhóm tại thời điểm ban đầu, với p>0,05 trong tất cả các trường hợp.

3.2 Hiệu quả bổ sung thực phẩm lên tình trạng sắt của phụ nữ trong thai kỳ

Bảng 1 cho thấy, trung vị nồng độ ferritin ở thời điểm thai 16 tuần của nhóm can thiệp khoảng 50,25 (30,2; 90,9) μ g/L thấp hơn có YNTK so với nhóm chứng [69,9 (49,3; 119,4) μ g/L] với p<0,05; nhưng ở thời điểm thai 32 tuần của nhóm can thiệp [16,4 (5,5; 23,2) μ g/L] cao hơn so với nhóm chứng [8,8 (0,1; 18,2) μ g/L] với p<0,05.

Bảng 1: So sánh nồng độ các chỉ số đánh giá tình trạng sắt của 2 nhóm trong thai kỳ

		Can thiệp		Chứng	
		n	Trung vị (p25; p75)	n	Trung vị (p25; p75)
Ferritin (μg/L)	T0	69	45,2 (24,4; 88,4)	69	51,1 (32,1; 83,0)
	T16	61	50,25 (30,2; 90,9)*	61	69,9 (49,3; 119,4)
	T32	61	16,4 (5,5; 23,2)*	61	8,8 (0,1; 18,2)
Tf-R (mg/L)	T0	69	3,8(3,0; 4,6)	69	3,6 (3,0; 4,7)
	T16	61	2,85 (2,2; 3,5)	61	2,6 (2,2; 3,2)
	T32	61	4,2 (3,4; 5,4)	61	4,4 (3,7; 6,0)

Số liệu được trình bày: trung vị (p25; p75); Wilcoxon rank sum test so sánh giữa 2 nhóm trong cùng thời điểm; *p<0,05.

Không thấy sự khác biệt có YNTK về nồng độ Tf-R giữa 2 nhóm tại các thời điểm nghiên cứu với p>0,05 trong các trường hợp (bảng 1).

Bảng 2. So sánh tỷ lệ (%) đối tượng uống bổ sung viên sắt giữa 2 nhóm trong thai kỳ

	Can thiệp n (%)	Chứng n (%)
--	-----------------	-------------

Trước có thai	69 (0%)	69 (2,9%)
Thai 16 tuần	61 (23,0%)*	61 (44,7%)
Thai 32 tuần	61 (34,4%)	61 (50,8%)

Số liệu được trình bày dưới dạng n và %; χ^2 - test so sánh giữa 2 nhóm. *so sánh giữa 2 nhóm trong cùng thời điểm; * $p < 0,05$.

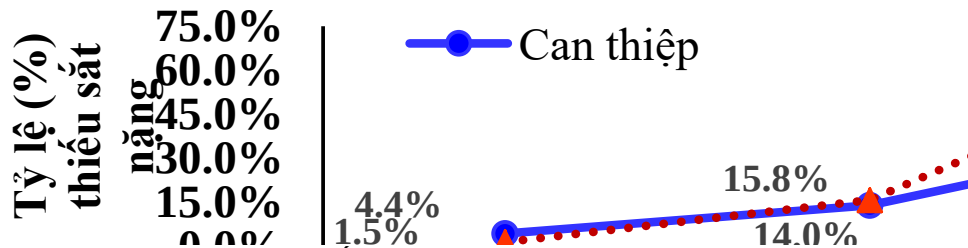
Bảng 2 cho thấy, tại thời điểm thai 16 tuần, tỷ lệ đối tượng uống bổ sung viên sắt-folic ở nhóm chứng (44,7%) cao hơn có YNTK so với tỷ lệ đối tượng uống bổ sung viên sắt ở nhóm can thiệp (23,0%) với $p < 0,05$. Không thấy sự khác biệt về tỷ lệ đối tượng uống viên sắt-folic giữa 2 nhóm ở thời điểm trước khi mang thai và ở thời điểm thai được 32 tuần ($p > 0,05$).

Bảng 3: So sánh mức độ thiếu sắt vừa của 2 nhóm trong thai kỳ

		Can thiệp	Chứng
		n (%)	
Tỷ lệ thiếu sắt mức độ vừa Ferritin < 20 ($\mu\text{g/L}$) hoặc Tf-R > 4,4 (mg/L) và CRP < 0,5 (mg/L) và AGP < 1 (g/L)	T0	67 (35,8%)	67 (31,3%)
	T16	57 (29,8%)	57 (26,3%)
	T32	57 (79,0%)	59 (89,8%)

Số liệu được trình bày dưới dạng n và %; χ^2 - test so sánh giữa 2 nhóm.

Kết quả bảng 3 cho thấy, không thấy sự khác biệt về tỷ lệ thiếu sắt ở mức độ vừa giữa các nhóm tại các thời điểm nghiên cứu ($p > 0,05$).



Hình 1: So sánh tỷ lệ (%) thiếu sắt nặng giữa 2 nhóm trong các giai đoạn thai kỳ

Hình 1 cho thấy, tại thời điểm thai được 32 tuần, tỷ lệ thiếu sắt nặng của nhóm can thiệp (40,4%) thấp hơn có YNTK so với nhóm chứng (69,5%) với $p < 0,01$; Sự khác biệt về tỷ lệ thiếu sắt nặng giữa 2 nhóm tại thời điểm trước khi mang thai và khi thai được 16 tuần không có YNTK với $p > 0,05$ ở cả 2 thời điểm.

Bảng 4: So sánh chênh lệch nồng độ chỉ số đánh giá tình trạng sắt giữa 2 nhóm

		Nhóm CT1 (n = 61)	Nhóm KCT (n = 61)
		Trung vị (p25; p75)	
Ferritin ($\mu\text{g/L}$)	T16 – T0	8,1 (-6,4; 27,0)	12,4 (-13,7; 45,4)
	T32 – T16	-33,1 (-73,8; -16,6)**	-60,6 (-98,0; -39,2)
	T32 – T0	-25,7 (-78,4; -9,6)**	-49,1 (-73,1; -28,9)
Tf-R (mg/L)	T16 – T0	-1,1 (-2,0; -0,5)**	-0,7 (-1,2; -0,4)
	T32 – T16	1,3 (0,8; 2,0)	1,5 (1,0; 2,1)
	T32 – T0	0,4 (-0,6; 1,0)***	0,7 (0,4; 1,7)

Số liệu được trình bày: trung vị (p25; p75); Wilcoxon rank sum test so sánh giữa 2 nhóm trong cùng thời điểm; $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Bảng 4 cho thấy, trung vị (p25; p75) của chênh lệch nồng độ ferritin giữa thời điểm (T32 - T16) và (T32 - T0) ở nhóm can thiệp lần lượt là: -33,1 (-73,8; -16,6) $\mu\text{g/L}$ và: -25,7 (-78,4; -9,6) $\mu\text{g/L}$ cao hơn có YNTK tương ứng so với nhóm chứng là: -60,6 (-98,0; -39,2) $\mu\text{g/L}$ và: -49,1 (-73,1; -28,9) $\mu\text{g/L}$ với $p < 0,01$ trong cả hai trường hợp.

Trung vị (p25; p75) của chênh lệch nồng độ Tf-R giữa thời điểm (T16-T0) ở nhóm can thiệp [-1,1 (-2,0; -0,5) mg/L] thấp hơn có YNTK so với nhóm chứng [-0,7 (-1,2; -0,4) mg/L] với $p < 0,01$.

Trung vị chênh lệch nồng độ Tf-R giữa thời điểm (T32-T0) của nhóm can thiệp là: 0,4 (-0,6; 1,0) mg/L thấp hơn có YNTK so với nhóm chứng là: 0,7 (0,4; 1,7) mg/L với $p < 0,001$. Sự khác biệt về chênh lệch nồng độ Tf-R ở thời điểm (T32-T16) giữa 2 nhóm không có YNTK ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù nhóm can thiệp được bổ sung thực phẩm giàu vi chất: sắt; kẽm; vitamin ... từ trước khi mang thai nhưng trong giai đoạn đầu của

thai kỳ (T16), khi nhu cầu sắt chưa phải là cao nhất, với tỷ lệ đối tượng bổ sung viên sắt-folic ở nhóm chứng là 44,7% cao hơn so với nhóm can thiệp (23,0%) với $p < 0,05$ (bảng 2), kết quả đã lý giải nồng độ ferritin của nhóm can thiệp [50,25 (30,2; 90,9) $\mu\text{g/L}$] thấp hơn có YNTK so với nhóm chứng [69,9 (49,3; 119,4) $\mu\text{g/L}$]. Tại thời điểm thai 32 tuần, trung vị của nồng độ ferritin ở nhóm can thiệp (16,4 $\mu\text{g/L}$) cao hơn so với nhóm chứng (8,8 $\mu\text{g/L}$) với $p < 0,05$ (bảng 1). Kết quả cho thấy việc uống viên sắt-folic chỉ đáp ứng tức thời và không mang tính bền vững như việc bổ sung thực phẩm giàu vi chất. Việc sử dụng thực phẩm tự nhiên đặc biệt thực phẩm có nguồn gốc động vật với hàm lượng protein cao rất dễ hấp thu lượng vi chất vào cơ thể, tuy nhiên với 1 lượng hấp thu nhỏ hàng ngày đòi hỏi việc bổ sung phải thường xuyên lâu dài mới mang lại hiệu quả. Đây cũng chính là lý do có rất ít nghiên cứu đánh giá hiệu quả can thiệp bổ sung thực phẩm tự nhiên vì đòi hỏi cần phải có thời gian và kinh phí rất lớn.

Hiệu quả can thiệp của nghiên cứu này được thể hiện rõ trong kết quả so sánh chênh lệch nồng độ của ferritin giữa các thời điểm nghiên cứu thể hiện trong bảng 4. Kết quả cho thấy, trung vị (p_{25} ; p_{75}) của chênh lệch nồng độ ferritin giữa thời điểm thai 32 tuần với thai 16 tuần (T32 - T16) và thai 32 tuần với trước khi mang thai (T32 - T0) của nhóm can thiệp lần lượt là: -33,1 (-73,8; -16,6) $\mu\text{g/L}$ và -25,7 (-78,4; -9,6) $\mu\text{g/L}$, kết quả này cao hơn có YNTK so với nhóm chứng, tương ứng là: -60,6 (-98,0; -39,2) $\mu\text{g/L}$ và -49,1 (-73,1; -28,9) $\mu\text{g/L}$ với $p < 0,01$ trong cả hai trường hợp.

Trong khi ferritin là chỉ số đánh giá tình trạng dự trữ sắt, thì Tf-R mang thông tin về nhu cầu sắt của tế bào và tỷ lệ tăng sinh hồng cầu. Tf-R lưu thông có từ việc các thụ thể tách khỏi các nguyên hồng cầu đang hình thành, nồng độ Tf-R tăng khi nguồn cung cấp sắt cho mô tạo hồng cầu bị hạn chế. Kết quả trong nghiên cứu đã thể hiện rõ hiệu quả can thiệp dựa trên chỉ số Tf-R, với chênh lệch nồng độ Tf-R giữa thời điểm thai 16 tuần với trước khi mang thai (T16-T0) và giữa thời điểm thai 32 tuần với trước khi mang thai (T32-T0) ở nhóm can thiệp lần lượt là: -1,1 (-2,0; -0,5) mg/L và 0,4 (-0,6; 1,0) mg/L , các kết quả này đều thấp hơn có YNTK so với nhóm chứng tương ứng: -0,7 (-1,2; -0,4) mg/L và 0,7 (0,4; 1,7) mg/L lần lượt với $p < 0,01$ và $p < 0,001$.

Ferritin huyết thanh là một trong những chỉ số được sử dụng để đánh giá lượng sắt dự trữ vì

ferritin liên hệ chặt chẽ với cả tổng lượng sắt dự trữ trong mô và trong tủy xương. Tuy nhiên, ferritin tăng trong trường hợp cơ thể bị viêm nhiễm mà không lệ thuộc vào tình trạng sắt. Do vậy, trong nghiên cứu đã sử dụng chỉ số CRP và AGP để loại trừ các đối tượng nhiễm trùng khi phân tích tỷ lệ thiếu sắt. Kết quả nghiên cứu cho thấy, ở thời điểm thai 32 tuần, đã có sự cải thiện rõ rệt ở nhóm được bổ sung thực phẩm với tỷ lệ thiếu sắt nặng (40,4%) thấp hơn có YNTK so với tỷ lệ thiếu sắt nặng ở nhóm chứng là: 69,5% với $p < 0,01$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, việc bổ sung thực phẩm tự nhiên giàu vi chất là rất cần thiết cho phụ nữ mang thai, đặc biệt giai đoạn đầu thai kỳ khi cơ thể có sự thay đổi sinh lý, gây cảm giác nghén. Giai đoạn này với năng lượng trong khẩu phần của đối tượng còn thiếu nhiều so với NCKN, cùng với nhu cầu sắt chưa cao, thay vì uống viên sắt phụ nữ nên ăn thực phẩm có nguồn gốc động vật giàu protein và vi chất sẽ an toàn và nâng cao sức khỏe dinh dưỡng.

V. KẾT LUẬN

Bổ sung thực phẩm tự nhiên từ trước khi mang thai cho tới khi sinh đã cải thiện tình trạng dinh dưỡng sắt ở phụ nữ trong thai kỳ. Tại thời điểm thai 32 tuần tỷ lệ thiếu sắt nặng ở nhóm can thiệp là 40,4% thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (69,5%) với $p < 0,01$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2014)**, "Global nutrition targets 2025: anaemia policy brief". (WHO/ NMH/ NHD/ 14.4). Geneva: Word Health Organization.
2. **World Health Organization (2008)**, "Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005". WHO Global Database on Anaemia.
3. **Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia (2015)**, "Số liệu điều tra về vi chất dinh dưỡng năm 2014-2015"., Số liệu thống kê về vi chất dinh dưỡng, trang mạng của Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia.
4. **Ramakrishnan U, et al. (2014)**, "Maternal Nutrition Intervention to improve maternal, newborn, and child health outcomes". Nestle Nutr Inst Workshop Ser. Vol.78: 71-80. Doi:10.1159/000354942.
5. **Diggle P, et al. (2002)**, "Analysis of longitudinal data". 2nd, Oxford University Press.
6. **Trương Hồng Sơn. (2012)**, "Hiệu quả can thiệp cộng đồng bằng bổ sung sớm đa vi chất dinh dưỡng trên phụ nữ tại một số xã thuộc tỉnh Kom Tum và Lai Châu". Luận án Tiến sỹ Dinh dưỡng - Viện Dinh dưỡng.
7. **Mei Z, et al. (2011)**, "Assessment of iron status in US pregnant women from the National Health

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁI PHÁT BỆNH TÂM THẦN PHÂN LIỆT Ở NGƯỜI BỆNH GIAI ĐOẠN TRÊN 45 TUỔI

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT³⁷

Đặt vấn đề: Bệnh tâm thần phân liệt là một trong những bệnh tâm thần nặng, thường gặp trong thực hành tâm thần, có xu hướng tái phát. **Mục tiêu:** Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh tâm thần phân liệt ở người bệnh giai đoạn trên 45 tuổi. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, kết hợp phỏng vấn hồi cứu phân tích thông tin theo chiều dọc quá trình bệnh lý từng trường hợp. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD - 10 (1992) mục F. 20 hiện tái phát vào giai đoạn trên 45 tuổi, năm điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần từ tháng 9 năm 2015 đến tháng 9 năm 2016. **Kết quả:** Tâm thần phân liệt ở giai đoạn tái phát trên 45 tuổi có hầu hết các thể bệnh, trong đó tâm thần phân liệt thể di chứng chiếm tỷ lệ cao nhất với (42,9%), tâm thần phân liệt thể paranoid chiếm vị trí thứ hai (39,6%). Các triệu chứng âm tính, nổi bật là tính thụ động, thiếu sáng kiến gặp ở tất cả các trường hợp, tư duy nghèo nàn với (85,7%), cảm xúc không thích hợp với (100%). Việc lạm dụng chất là phổ biến ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu với 57,1%, ảnh hưởng đến thời gian ổn định bệnh. Mức độ dung nạp gia đình có xu hướng giảm sút theo quá trình tiến triển của bệnh với mức dung nạp trung bình và kém tới 76,2%. Các yếu tố thuận lợi cho tái phát như: yếu tố di truyền, sang chấn tâm lý, các căng sức, các bệnh cơ thể... ít gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Kết luận:** Tình trạng uống thuốc duy trì không đều là phổ biến trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu với 77,8%. Những bệnh nhân có độ đáp ứng điều trị càng tốt thì thời gian ổn định bệnh càng dài (85,7% BN đáp ứng điều trị tốt có thời gian ổn định trên 3 năm).

SUMMARY

A NUMBER OF FACTORIES RELATING TO REPRODUCTIVE DISEASES OF MOLECULAR DISEASES IN PEOPLE AGED AGAINST 45 YEARS

The Problem: Schizophrenia is one of the most serious mental illnesses, common in mental illness, and has a tendency to recur. Objective: To comment on a number of factors related to recurrent schizophrenia in patients over 45 years of age. Methods: A cross-sectional description, combining

retrospective information analysis, vertical information analysis, case-by-case pathology. Criteria for diagnosis under ICD - 10 (1992), section F. 20 are relapsed over the age of 45 years, and are inpatient treatment at the Mental Health Institute from September 2015 to September 2016. Schizophrenia at recurrence rates over 45 years of age has most of the diseases, with sequelae most frequently attributed to schizophrenia (42.9%), paranoid schizophrenia occupying the position Second (39.6%). Negative symptoms, characterized by passivity, lack of initiative in all cases, poor thinking with (85.7%), feelings unsuitable (100%). Substance abuse was common in 57.1% of the study population, affecting the duration of the disease. The level of family tolerance tended to decrease with the progression of the disease with a mean and low tolerance of 76.2%. Factors favorable for recurrence such as hereditary factors, traumatic stress, exertion, and body diseases are less common among patients. Conclusion: Uric acid retention was common in 77.8% of the study population. The patients with the treatment response as possible, the longer the disease stability (85.7% of patients respond to good treatment has a stable time over 3 years).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tâm thần phân liệt là bệnh có xu hướng tiến triển mạn tính, dẫn đến rối loạn về tư duy, hành vi, cảm xúc, trí tuệ, làm giảm hoặc mất khả năng thích nghi, lao động, sáng tạo, gây ra những tổn thất lớn về kinh tế và xã hội. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, tỉ lệ mắc bệnh tâm thần phân liệt ở các khu vực khác nhau trên thế giới khoảng 0,6 - 1% dân số tại Việt Nam tỷ lệ mắc bệnh TTPL chiếm khoảng 0,3 - 1% dân số. Bệnh tâm thần phân liệt thường phát sinh ở tuổi trẻ và diễn biến mạn tính. Bệnh có thể tái phát vào bất cứ giai đoạn nào của cuộc đời người bệnh: giai đoạn dưới 45 tuổi và cả trên 45 tuổi. Giai đoạn trên 45 tuổi do ảnh hưởng các yếu tố tuổi tác, sự thoái hoá chung của một số cơ quan (đặc biệt là não bộ), sự suy giảm chuyển hoá, chức năng nội tiết và một số bệnh lý cơ thể kèm theo (đặc biệt là bệnh nhân nữ),... đã hình thành những nét đặc điểm lâm sàng riêng. Các nhân tố tâm - sinh lý cũng như các nhân tố gia đình và các quan hệ xã hội của người bệnh ở giai đoạn trên 45 tuổi làm thúc đẩy

*Viện sức khỏe tâm thần, Bệnh viện Bạch mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com
Ngày nhận bài: 4.2.2017
Ngày phản biện khoa học: 22.5.2017
Ngày duyệt bài: 2.6.2017

tái phát bệnh cũng có những nét khác biệt. Bệnh TTPL tiến triển, tái phát ở giai đoạn trên 45 tuổi do có các yếu tố từ trên tác động vào sẽ có những màu sắc riêng không giống với các giai đoạn dưới 45 tuổi, ở Việt Nam cho đến nay chưa có nghiên cứu nào có hệ thống đầy đủ về giai đoạn này của bệnh tâm thần phân liệt. Để góp phần tìm hiểu sâu hơn đặc điểm lâm sàng ở người bệnh tâm thần phân liệt ở giai đoạn trên 45 tuổi và các yếu tố thúc đẩy tái phát góp phần cho chẩn đoán và điều trị phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu "*Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh tâm thần phân liệt ở người bệnh giai đoạn trên 45 tuổi*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: gồm 63 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là TTPL tái phát trên 45 tuổi theo ICD-10 điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch mai, mã bệnh mục F20 thời gian từ tháng 9 năm 2015 đến tháng 9 năm 2016

Phương pháp nghiên cứu Mô tả cắt ngang. Chúng tôi có sử dụng các trắc nghiệm tâm lý để đánh giá mức độ rối loạn tâm thần. Sử dụng thống kê toán học, có sự trợ giúp của phần mềm SPSS 10.5.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm lứa tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Nhóm tuổi	n	%	p
45 - 50 tuổi	38	60.3	p<0,05
51 - 55 tuổi	15	23.8	
56 - 60 tuổi	8	12.7	
Trên 60 tuổi	2	3.2	
Cộng	63	100	

Nhận xét: Lứa tuổi từ 45 - 50 tuổi có 38 trường hợp (60,3%), ít gặp nhất là trên 60 tuổi với 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,2%.

Bảng 3.2: Ảnh hưởng của yếu tố di truyền bệnh tâm thần phân liệt trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Người thân bị TTPL	n	%	p
Bố, mẹ, anh chị em ruột	8	12,7	p<0,01
Bác, cô chú, anh chị em họ	1	1,6	
Tổng	9	14,3	

Nhận xét: Số BN có bố, mẹ, anh, chị, em ruột có 8 trường hợp mắc tâm thần phân liệt với tỷ lệ 12,7% chiếm ưu thế so với số anh, chị em họ chỉ có 1 trường hợp (1,6%) với p<0,01.

Bảng 3.3: Mối liên quan giữa mức độ thuyên giảm và thời gian ổn định bệnh của đợt điều trị trước cơn tái phát này.

Mức độ thuyên giảm	Thời gian ổn định bệnh								p
	< 1 năm		> 1-3 năm		> 3 năm		Tổng		
	n=11	%	n=45	%	n=7	%	n=63	%	
Mức 1	0	0,0	13	28.9	7	100.0	20	31.7	p<0,05
Mức 2	7	63,6	32	71.1	0	0.0	39	61.9	
Mức 3	4	36,4	0	0.0	0	0.0	4	6.4	

Nhận xét: Mức thuyên giảm ở độ 2 gặp nhiều nhất với 39 trường hợp (61,9%), độ 3 ít gặp nhất với 4 trường hợp (6,4%). Nhóm thời gian ổn định từ 1 - 3 năm với n = 45. Mức thuyên giảm độ 1 là 13 trường hợp chiếm tỷ lệ 28,9% và mức thuyên giảm độ 2 là 32 trường hợp chiếm tỷ lệ 71,1%. Nhóm thời gian ổn định bệnh < 1 năm với n = 11 chỉ gặp ở mức thuyên giảm độ 2 và độ 3. Trong đó độ 2 là 7 trường hợp chiếm tỷ lệ 63,6%, độ 3 là 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 36,4%.

Bảng 3.4: Đặc điểm mức độ dung nạp của gia đình và mối liên quan với thời gian ổn định trung bình

Mức độ dung nạp	Tổng		Thời gian ổn định trung bình (năm)	p
	n	%		
Tốt, khá	15	23,8	2,23 + 0,90	p>0,05
Trung bình, kém	48	76,2	1,90 + 0,73	
Cộng	63	100		

Nhận xét: Mức dung nạp trung bình và kém với 48 trường hợp chiếm ưu thế với tỷ lệ 76,2%, dung nạp tốt, khá chỉ có 23,8%.

Bảng 3.5: Đặc điểm tình hình lạm dụng chất trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

Chất lạm dụng	n	%
Rượu	13	20,6
Thuốc lá	4	6,4
Rượu + thuốc	10	15,9
Khác	0	0,0
Tổng	27	42,9

Nhận xét: Lạm dụng các chất tương là đối phổ biến với 27 trường hợp chiếm tỷ lệ 42,9%, trong đó lạm dụng rượu có tới 23 trường hợp chiếm tỷ lệ 36,5%.

Bảng 3.6: Ảnh hưởng của sang chấn tâm lý, cơ thể với cơn tái phát này.

Yếu tố	n	%	p
Sang chấn tâm lý	14	22,2	p<0,01
Bệnh cơ thể	2	3,2	
Tổng	16	25,4	

Nhận xét: Sang chấn tâm lý gặp nhiều nhất với 14 trường hợp (22,2%) với chủ yếu là mâu thuẫn gia đình xuất phát sau khi mắc bệnh, chỉ có 2 trường hợp có bệnh cơ thể (3,2%), không có trường hợp nào bị chấn thương với p<0,01.

Bảng 3.7: So sánh thời gian ổn định trung bình của nhóm uống thuốc điều trị duy trì đều và không đều.

Tình trạng uống thuốc điều trị ngoại trú	Tổng		Thời gian ổn định trung bình(năm)	p
	n	%		
Đều	14	22,2	2,10 + 0,95	p>0,05
Không đều	49	77,8	1,95 + 0,74	
Cộng	63	100		

Nhận xét: Tình trạng uống thuốc duy trì không đều là tình trạng phổ biến, có tới 49 trường hợp uống thuốc không đều chiếm tỷ lệ tới 77,8%.

Bảng 3.8: Lý do không chấp nhận điều trị thuốc duy trì

Các lý do	n	%
Cho rằng mình đã khỏi bệnh	23	36,5
Cho rằng thuốc là độc hại	19	30,2
Cho rằng bệnh không khỏi	1	1,6
Do tác dụng phụ của thuốc gây khó chịu	12	19,0
Gia đình không nhắc nhở	5	7,9
Lí do khác	0	0,0

Nhận xét: Tình trạng cho rằng khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 23 trường hợp (36,5%), tiếp đến cho rằng thuốc là độc hại 19 trường hợp (30,2%) tác dụng phụ của thuốc cũng chiếm một tỷ lệ đáng kể với 12 trường hợp (19%),

VI. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới của nhóm bệnh nhân:

Bảng 1 cho thấy trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu có 27 nữ và 36 nam tỷ lệ nam/nữ là: 1,3/1, tỷ lệ này sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05, Theo nghiên cứu của Convert. H. (2006) ở giai đoạn trên 45 tuổi tỷ lệ BN nữ mắc bệnh nhiều hơn BN nam, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt với nhận xét trên. Lứa tuổi trong nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là lứa tuổi từ 45 - 50 tuổi chiếm tỷ lệ 60,3% của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Đây là lứa tuổi có nhiều kinh nghiệm trong cuộc sống và lao động sản xuất, điều này là một sự ảnh hưởng không nhỏ đến từng gia đình người bệnh nói riêng và xã hội nói chung.

4.2: Đặc điểm yếu tố di truyền bệnh

TTPL: Nhiều tác giả nhận thấy vai trò di truyền trong sự khởi phát, quá trình tiến triển cũng như tái phát bệnh. Theo nghiên cứu của Terner R. M nguy cơ mắc bệnh ở con cái BN TTPL cao hơn hẳn ở người bình thường. Gorry P.M. cho biết những cặp sinh đôi cùng trứng nếu một người bị TTPL thì 50% số còn lại cũng sẽ phát triển thành TTPL. Như vậy càng cận huyết thống nguy cơ bị mắc bệnh càng cao.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.2) cho thấy số BN trong nhóm BN nghiên cứu có người thân mắc bệnh TTPL là 9 trường hợp với tỷ lệ 14,3% trong đó số BN có bố, mẹ, anh, chị, em ruột có 8 trường hợp mắc TTPL chiếm tỷ lệ 12,7% cao hơn hẳn số anh, chị em họ chỉ có 1 trường hợp mắc TTPL (1,6%) với p<0,01. Nguyễn Thị Duyên (1999) thấy rằng tỷ lệ nhóm

BN TTPL tái phát có người thân ruột thịt bị mắc TTPL là 33,3% cao hơn hẳn nhóm không tái phát bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét trên của tác giả, nhưng về tỷ lệ thấp hơn. Điều này có thể do yếu tố di truyền bệnh TTPL theo nhiều nghiên cứu cho thấy đã đóng góp vai trò ngay từ khi khởi phát bệnh. Nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi hoặc là khởi phát từ rất sớm đến khi tái phát ở giai đoạn trên 45 tuổi có thể ít có cơ hội được điều trị nội trú, do vậy trong mẫu nghiên cứu ít gặp, còn các bệnh nhân khởi phát bệnh muộn thường là sau tuổi khởi phát trung bình tái phát lại trên 45 tuổi thì yếu tố di truyền bệnh TTPL thường không phải là yếu tố nhạy cảm vì như một nghiên cứu về gia đình và di truyền đã chứng minh BN khởi phát bệnh sớm có liên quan với yếu tố gia đình cao hơn và tuổi khởi phát bệnh sớm là dấu hiệu của yếu tố di truyền bệnh TTPL.

4.3: Mối liên quan giữa mức độ thuyên giảm và thời gian ổn định bệnh: Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy mức thuyên giảm độ 2 gặp nhiều nhất với 61,9%, mức thuyên giảm độ 3 ít gặp nhất với 6,4%. Như vậy ta thấy TTPL ở giai đoạn trên 45 tuổi có mức thuyên giảm bệnh tương đối tốt. Trong đó ta nhận thấy: Ở mức thuyên giảm độ 1, thời gian ổn định 1 - 3 năm có 13/20 trường hợp tỷ lệ với 65%, thời gian ổn định trên 3 năm có tới 7/20 trường hợp với tỷ lệ 35%. Ở mức thuyên giảm độ 2, thời gian ổn định 1 - 3 năm là chủ yếu có 32/39 trường hợp với tỷ lệ 80%, thời gian ổn định trên 3 năm không còn trường hợp nào (0%), như vậy có sự biến đổi giữa nhóm dưới và nhóm trên theo trình tự mức thuyên giảm càng kém đi thì thời gian ổn định càng kém đi. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với các nhận xét của các tác giả cho rằng thuyên giảm hoàn toàn thường kết hợp với thời gian ổn định kéo dài ở BN TTPL.

4.4: Mức độ dung nạp của gia đình và mối liên quan với thời gian ổn định bệnh.

Qua bảng 3.4 thấy rằng mức độ dung nạp trung bình và kém là 75,6%, mức độ dung nạp tốt và khá chỉ chiếm 23,8%. Kết quả này có sự ngược lại so với một nghiên cứu khác với tỷ lệ mức dung nạp tốt, khá là 85%, trong khi đó mức trung bình và kém chỉ là 15%. Có lẽ sự khác biệt này là do BN TTPL trong giai đoạn trên 45 tuổi đã tái phát bệnh nhiều lần, nhân cách có những biến đổi và điều đó làm cho gia đình BN khó dung nạp BN hơn. Điều này thấy khá rõ tại bảng 3.4 là tỷ lệ có mâu thuẫn trong gia đình sau khi BN mắc bệnh lâu ngày tương đối cao.

4.5: Đặc điểm lạm dụng chất trên nhóm BN nghiên cứu: Lạm chất là bạn đồng hành của TTPL. Theo Zenevitch (1994) có 34,3% BN TTPL tái phát liên quan đến dùng rượu. Từ bảng 3.5 cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp với nhận xét trên: lạm dụng chất tương đối phổ biến trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu với tỷ lệ 42,9%, trong đó lạm dụng rượu có tới 36,5%.

4.6: Ảnh hưởng của sang chấn tâm lý, các bệnh cơ thể với cơn tái phát này: Bảng 3.6. Các sang chấn tâm lý trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là trường diễn thường có nguồn gốc trong quá trình tiến triển mạn tính của bệnh. Chỉ có 3,2% có bệnh cơ thể, không có trường hợp nào bị chấn thương. Như vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng sự ảnh hưởng của các yếu tố trên đến thời gian ổn định bệnh là không nhiều. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Alimov Kh. A rằng các sang chấn tâm lý, gắng sức và bệnh truyền nhiễm là các yếu tố hay gặp trước cơn tái phát bệnh.

4.7. Tình hình uống thuốc điều trị duy trì và liên quan của nó đến thời gian ổn định bệnh: Kết quả của chúng tôi từ bảng 3.7 cho thấy tình trạng uống thuốc duy trì không đều lại là tình trạng phổ biến chiếm tỷ lệ tới 77,8%. Ở nghiên cứu khác thấy rằng càng cơn tái phát về sau thì tỷ lệ uống thuốc duy trì không đều càng tăng, các BN ở nhóm tái phát đến lần 4 có tỷ lệ bỏ thuốc đến 100%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả này.

4.8. Lý do không chấp nhận điều trị

Lý do bỏ không duy trì (bảng 3.8) thấy rằng tình trạng cho rằng khỏi bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 36,5%, tiếp đến cho rằng thuốc là độc hại 30,2%. Điều này cho thấy sự hiểu biết về bệnh của BN và gia đình còn nhiều sai lệch. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Duyên (1998). Đáng lưu ý có tới 5 trường hợp gia đình không quan tâm nhắc nhở BN uống thuốc theo chỉ định của bác sỹ. BN ít được quan tâm hơn và có nhiều trường hợp cho BN nằm nội trú với mục đích của gia đình là để phải chăm sóc người bệnh, điều đó được chỉ ra rằng mức độ dung nạp trung bình và kém của nhóm BN nhân này chiếm tỷ lệ tới 76,2%, cao hơn hẳn các nghiên cứu khác. Đây là có lẽ là dấu hiệu không thuận lợi cho BN ở giai đoạn này của bệnh.

V. KẾT LUẬN

*Tâm thần phân liệt ở giai đoạn tái phát trên 45 tuổi có hầu hết các thể bệnh, trong đó tâm thần phân liệt thể di chứng chiếm tỷ lệ cao nhất

với (42,9%), tâm thần phân liệt thể paranoid chiếm vị trí thứ hai (39,6%). Không gặp thể thanh xuân và thể căng trương lực.

** Các yếu tố liên quan đến tái phát:*

- Những bệnh nhân có độ đáp ứng điều trị càng tốt thì thời gian ổn định bệnh càng dài (85,7% BN đáp ứng điều trị tốt có thời gian ổn định trên 3 năm).

- Việc lạm dụng chất là phổ biến ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu với 57,1%, ảnh hưởng đến thời gian ổn định bệnh.

- Mức độ dung nạp gia đình có xu hướng giảm sút theo quá trình tiến triển của bệnh với mức dung nạp trung bình và kém tới 76,2%.

- Tình trạng uống thuốc duy trì không đều là phổ biến trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu với 77,8%.

- Các yếu tố thuận lợi cho tái phát như: yếu tố di truyền, sang chấn tâm lý, các gắng sức, các bệnh cơ thể... ít gặp ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gorry P.M., Grath J.M., (2002), "Tâm thần phân liệt và các rối loạn có liên quan", *Cơ sở của lâm sàng tâm thần học*, NXB y học, tr 295 - 316.
2. Bustillo J., Lauriell J., Horan W. et al., (2001), "The psychosocial treatment of Schizophrenia: an update", *Am - J - Psychiatry*, 158(2), p. 163 - 175.
3. Castle D.I., Murray R. M., (1993), "The epidemiology of late - onset Schizophrenia", *Schizophrenia Bulletin*, 19(4), p. 691 - 700.
4. Ciompi L., (1980), "Catamnestic long - term study on the course of life and aging of schizophrenics", *Schizophrenia Bulletin*, 6, p. 606 - 618.
5. Franzeck E., Beckmann H., (1998), "Different genetic background of schizophrenia spectrum psychoses: a twin study", *Am J Psychiatry*, 155(1), p. 76 - 83.
6. Franck S., Jean - Louis G., Adrei S., et al., (2004) "Admixture analysis of age onset in schizophrenia", *Schizophrenia Research* 71. p 35 - 41.
7. Buhrich N. (1996), "Management of patients with chronic schizophrenia in Australia", *Recent Developments in Mental Health, Proceeding of a Collaborative Workshop Between Viet Nam, Australia and New Zealand, University of Melbourne, Melbourne*, p. 177 - 183.

KẾT QUẢ BAN ĐẦU PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM NHÂN TẠO CỘT SỐNG CỔ TRÊN BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*

TÓM TẮT³⁸

Mục tiêu: Nghiên cứu kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 30 bệnh nhân từ tháng 01/2011 đến tháng 03/2016 tại bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** 43 đĩa được thay, C56 chiếm 58.1%. VAS cổ và tay cải thiện 82% và 80%. NDI trung bình từ 52.4 xuống 22 sau mổ, sau 5 năm trung bình là 21. JOA cải thiện 80% sau 6 tháng, sau 5 năm là 82%. Tầm vận động 33.6 ± 2^0 lên 63.3 ± 4.3^0 cải thiện tương ứng 88.4%, sau 5 năm là 82.3%. Không ghi nhận hội chứng liên kề trên lâm sàng và cận lâm sàng sau 6 tháng, sau 5 năm chỉ có 3 trường hợp có biểu hiện thoái hóa đốt liên kề. Thời gian trung bình quay trở lại công việc là 5.1 ± 1 tuần. **Kết luận:** Phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ có nhiều ưu điểm như bảo tồn tầm vận động cột sống cổ, tránh thoái hóa đốt liên kề với thời gian hồi phục nhanh và mức độ hài lòng của bệnh nhân rất cao.

**Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sơn

Email: sondinhngoc75@yahoo.com

Ngày nhận bài: 30.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 8.6.2017

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm, đĩa đệm nhân tạo, đốt sống cổ, Bệnh viện Việt Đức

SUMMARY

PRIMARILY RESULT OF ARTIFICIAL CERVICAL DISC REPLACEMENT SURGERY IN DISC HERNIATION PATIENTS AT VIETDUC HOSPITAL

Background: Study about the results of total cervical disc replacement surgery. **Methods:** cross-sectional study describes 30 patients from 01/2011 to 03/2016 at Vietduc Hospital. **Results:** 43 disk replaced, C56 accounted for 58.1%. VAS improved 82% and 80% in both hands and neck. NDI average from 52.4 to 22 after surgery, after 5 years is 21. JOA improvement of 80% after 6 months, 82% after 5 years. Range of motion 33.6 ± 20 to 63.3 ± 4.30 respectively 88.4% improvement, after 5 years: 82.3%. No sign of adjacent segment degeneration on clinical after 6 months, only 3 patients with symptoms of adjacent segment degeneration. Average time return to work was 5.1 ± 1 week. **Conclusion:** Total cervical disc replacement has many advantages such as conservation range of motion in cervica, avoid adjacent segment degenerative with fast recovery time and high satisfaction.

Keywords: Disc herniation, artificial disc, cervical disc, Vietduc hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật hàn khớp theo Smith – Robinson (ACDF) đã được ứng dụng từ những năm 50 cho đến nay để điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Tuy nhiên phương pháp này có nhiều nhược điểm như hạn chế tầm vận động và thoái hóa đĩa đệm liền kề. Trên cơ sở đó, phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ đã được phát triển. Tháng 6/2007, tổ chức FDA chính thức công nhận phương pháp điều trị này [1]. Năm 2009, bệnh viện Việt Đức đã tiến hành thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ đầu tiên. Đánh giá hiệu quả điều trị của phẫu thuật này là cần thiết. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục đích *ghi nhận kết quả bước đầu điều trị thay*

đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định TVĐĐ cột sống cổ được phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo tại khoa phẫu thuật cột sống bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 01/2011 đến tháng 03/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ

Yêu cầu kỹ thuật: Máy C – arms trong mổ, kính vi phẫu, khoan mài.

Các bước tiến hành: Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa

Bước 1: Rạch da và bộc lộ (cổ trước bên) tránh tổn thương thực quản, khí quản.



Hình 1: Tư thế bệnh nhân, đường rạch da, XQ trong mổ

Bước 2: Lấy đĩa đệm và giải ép



Hình 2. Lấy bỏ đĩa đệm thoát vị, đặt đĩa đệm nhân tạo trên XQ trong mổ

Lấy hết đĩa đệm, tùy trường hợp có thể lấy dây chằng dọc sau. Giải ép trung tâm và lỗ liên hợp. Mài bỏ các mỏ xương quá phát

Bước 3: Chuẩn bị giường đĩa đệm

Bước 4: Đặt dụng cụ thử: vừa các thành của đĩa đệm

Bước 5: Khoan tạo rãnh và đặt đĩa đệm: đúng vị trí đã định



Hình 3. Hình ảnh đĩa đệm nhân tạo trước và sau khi đặt vào bệnh nhân

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Thang điểm JOA, VAS cổ - tay, NDI trước và sau mổ 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng và 5 năm. Đánh giá tầm vận động sau mổ trên phim XQ cúi uốn. Đánh giá triệu chứng của bệnh lý thoái hóa đốt liên kề. Thời gian quay trở lại công việc

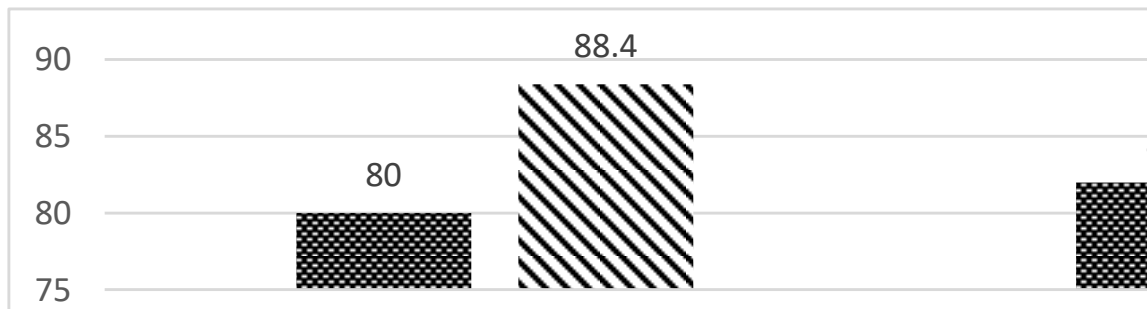
2.4. Xử lý số liệu: Phần mềm thống kê y học SPSS 18.0

III KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 43 đĩa đệm nhân tạo được thay trên 30 bệnh nhân. C56 chiếm 58.1%

VAS cổ: 5.5 ± 2 xuống 1 ± 0.7 . VAS tay: 5 ± 2.2 xuống 2 ± 0.9 ($p = 0.05$)

NDI giảm từ 52.4 ± 3.6 xuống 22 ± 2.6 . Sau 5 năm: 21 ± 3.5



Biểu đồ 1: Sự cải thiện JOA và tầm vận động sau mổ

JOA cải thiện 80% sau 6 tháng, sau 5 năm là 82.3%. Tầm vận động cải thiện sau mổ 6 tháng là 88.4%. Sau 5 năm 82.3%. Đánh giá trên triệu chứng lâm sàng, phim XQ và phim MRI sau mổ. Không quan sát được trường hợp nào có biểu hiện hội chứng liên kề. Thời gian bắt đầu lại công việc nhẹ là 5.1 ± 1 tuần.

IV. BÀN LUẬN

1. Số tầng thoát vị được tiến hành phẫu thuật: Đĩa C₅₆ được phẫu thuật thay nhiều nhất, có 25 trường hợp, chiếm 58.1%. Do đoạn cột sống cổ C₅₆ có biên độ vận động lớn nhất nên thoái hóa đĩa và TVĐĐ rất hay gặp tại vùng này.

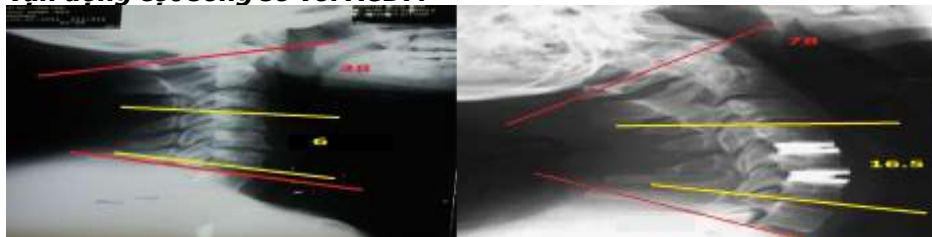
Theo Panjabi và cộng sự [2] sự tham gia vào tầm vận động toàn phần cột sống cổ của C₃₄ và C₆₇ rất thấp. Vì vậy quan điểm về thay đĩa đệm

nhân tạo vùng này cần được đánh giá lại do khả năng cải thiện vận động cột sống cổ toàn phần và vùng không cao.

2. Mức độ cải thiện thang điểm NDI và VAS so với ACDF: Khi so sánh giữa các bệnh nhân thay đĩa đệm với các bệnh nhân được cố định ghép xương, đa số các nghiên cứu đều cho rằng mức cải thiện triệu chứng là như nhau.

3. Mức độ cải thiện thang điểm JOA: Trong nghiên cứu, có 12 trường hợp có giảm chức năng cột sống cổ mức độ nhẹ nên tỷ lệ hồi phục sớm sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao. Cụ thể, sau mổ 1 tháng nghiên cứu ghi nhận có 2 bệnh nhân đạt JOA trên 16 và sau 6 tháng có đến 13 bệnh nhân đạt JOA trên 16. Sau 5 năm theo dõi, JOA cải thiện chậm hơn, đạt 82%.

5. Tầm vận động cột sống so với ACDF.



Hình 4: Mức cải thiện tầm vận động sau mổ thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ

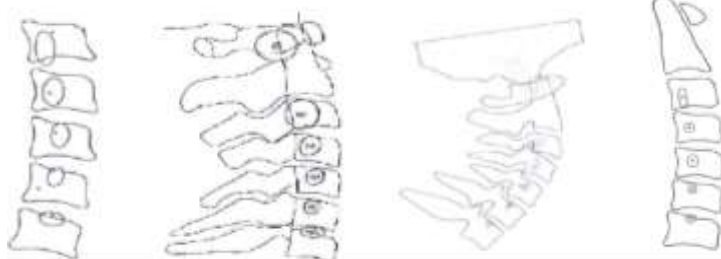


Hình 5 : Phân độ cốt hóa bất thường sau mô thay đĩa đệm nhân tạo

Thay đĩa đệm nhân tạo đã được phát triển như một lựa chọn thay phẫu thuật ACDF với thành công lớn trong việc giảm thiểu hoặc loại trừ triệu chứng đau, trong khi vẫn cho phép cột sống vận động linh hoạt. Một trong những lợi ích khác của phẫu thuật này nhằm phòng chống sự thoái hóa của đốt sống liên kề - một trong những nguy cơ tiềm tàng của phẫu thuật ghép xương. Tuy nhiên với tỷ lệ cốt hóa bất thường tại

vị trí thay đĩa, ta cần xem xét lại các chỉ định cũng như kỹ thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả sau 5 năm, tầm vận động của cột sống có xu thế giảm hơn sau 6 tháng do cốt hóa xảy ra ngay tại vị trí thay đĩa đệm.

6. Hội chứng liên kề: Để bảo vệ diện khớ bên khỏi chịu lực căng bất thường, đĩa đệm nhân tạo phải có trục quay trùng với chuyển động của cột sống bình thường.



Hình 6: Trung tâm vận động của từng đơn vị cột sống cổ

Nghiên cứu trên cơ sinh học cột sống cổ thấp đã cho rằng thay đĩa đệm nhân tạo có thể cho phép sự vận động của đốt liên kề đạt mức gần như bình thường khi so sánh với các nhóm phẫu thuật ACDF [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp với triệu chứng đau cổ, trên MRI có biểu hiện thoái hóa đốt liên kề, các bệnh nhân được điều trị bằng thuốc và bất động bằng nẹp cổ mềm, sau 2-4 tuần, triệu chứng lâm sàng được cải thiện đáng kể.

7. Thời gian trở lại công việc: Steinmetz và cộng sự [4] theo dõi trên 1004 bệnh nhân sử dụng 2 loại đĩa đệm là Prestige và Bryan trong 24 tháng, nhận thấy thời gian chính thức quay trở lại công việc ở nhóm thay đĩa là 101 ngày, trong khi ở nhóm ACDF là 222 ngày.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ có nhiều ưu điểm như bảo tồn

tầm vận động cột sống cổ, tránh thoái hóa đốt liên kề với thời gian hồi phục nhanh và mức độ hài lòng của bệnh nhân rất cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. K Daniel Riew, Jeannette M Schenk-Kisser, Andrea C Skelly,, *Adjacent Segment Disease and C-Tdr: Promises Fulfilled?* AOSpine International, 2012. Volume 3 (Issue 1 Special Edition).
2. Panjabi M, White, August,, *Clinical Biomechanics of the Spine*. 1990. Vol. 2J.B.(Lippincott Company).
3. DiAngelo D, Foley KT, Morrow BR et al,, *In Vitro Biomechanics of Cervical Disc Arthroplasty with the Prodisc-C Total Disc Implant*. Neurosurg Focus, 2004. 17.
4. Steinmetz MP, Patel R, Traynelis V, Resnick DK, Anderson PA, *Cervical disc arthroplasty compared with fusion in a workers' compensation population*. Neurosurgery, 2008; p. 63:741-747.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM NỘI SOI DẠ DÀY, TẾ BÀO ÁP VÀ MÔ BỆNH HỌC TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ DẠ DÀY

Bùi Tiến Dũng*, Phạm Cẩm Phương**, Lê Quang Hải***

TÓM TẮT³⁹

*Khoa Ung bướu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc
 **TT Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai
 ***Khoa Giải phẫu bệnh tế bào, Bệnh viện K
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Cẩm Phương
 Email: phamcamphuong@gamil.com
 Ngày nhận bài: 8.3.2017

Mục tiêu: Đánh giá kết quả xét nghiệm nội soi dạ dày, tế bào áp và mô bệnh học trong chẩn đoán ung thư dạ dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 138 bệnh nhân ung thư dạ dày được nội soi cầm sinh thiết tổn thương làm chẩn đoán tế bào học áp lam và mô bệnh

Ngày phản biện khoa học: 22.5.2017
 Ngày duyệt bài: 2.6.2017

học tại Bệnh viện K Trung ương trong thời gian từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 8 năm 2016. **Kết quả:** Hình ảnh nội soi dạ dày: vị trí tổn thương hay gặp là hang vị (60,5%), và bờ cong nhỏ (14,6%). Tổn thương nội soi chủ yếu thể loét và loét sùi (31,2% và 38,4%). Nội soi dạ dày chẩn đoán đúng được 86,9% số bệnh nhân UTDD. Đặc điểm kết quả xét nghiệm tế bào áp và mô bệnh học: Tế bào áp có sự phù hợp 98,6% so với mô bệnh học. 92,7% thể mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến dạ dày. **Kết luận:** Tại các tuyến y tế cơ sở chưa được triển khai được xét nghiệm mô bệnh học thì nội soi dạ dày và tế bào áp rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư dạ dày.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, nội soi dạ dày, tế bào áp

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY, CYTOLOGICAL SMEAR AND HISTOPATHOLOGICAL EXAMINATION IN THE DIAGNOSIS OF GASTRIC CANCER

Objectives: To evaluate the results of gastrointestinal endoscopy, cytological smear and histopathological examination in the diagnosis of gastric cancer. **Patients and methods:** Descriptive study was conducted on 138 gastric cancer patients who had gastric endoscopy, cytological smear and histopathology examinations at Central K Hospital from August 2015 to August 2016.

Results: The result of gastrointestinal endoscope showed that the most common site of lesion was pyloric antrum (60.5%), and lesser curvature (14.6%). The major endoscopic lesions are ulcers and lumpy ulcers (31.2% and 38.4%). Gastrointestinal endoscopy correctly diagnosed 86.9% of gastric cancer patients. The results of cytological smear and histopathological examination showed that the similarity between cytological smear and histopathological results reached 98.6% and 92.7% of the histopathogenic tissue was gastric adenocarcinoma. **Conclusion:** At the grassroots' level of health care systems, where histopathological examination has not been available yet, the results of gastrointestinal endoscope and cytological smear has been very valuable in the diagnosis of gastric cancer.

Keywords: Gastric cancer, gastrointestinal endoscope, cytological smear.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày (UTDD) là một trong các loại ung thư phổ biến trên thế giới và đứng hàng đầu trong số các ung thư đường tiêu hoá. Theo Globocan năm 2012, trên thế giới, UTDD đứng thứ 5 trong các bệnh ung thư thường gặp, sau ung thư phổi, vú, đại trực tràng và tuyến tiền liệt [1]. Tại Việt Nam ung thư dạ dày là loại ung thư khá phổ biến có hơn 14000 ca mắc mới, là nguyên nhân gây tử vong do ung thư đứng thứ 3 sau ung thư phổi và gan ở nam, đứng thứ 3 sau ung thư vú, cổ tử cung ở nữ giới; chiếm 13,5% trong tổng số các bệnh ung thư.

Chẩn đoán UTDD thường dựa vào triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng trong đó quan trọng nhất là nội soi dạ dày, sinh thiết làm xét nghiệm mô bệnh học. Hiện nay ở Việt Nam nội soi dạ dày bằng ống mềm đã rất phổ biến ở các tuyến từ trung ương đến các cơ sở quận, huyện nhưng xét nghiệm mô bệnh học còn chưa làm được ở các bệnh viện tuyến huyện, một số bệnh viện tuyến tỉnh miền núi chưa có khoa giải phẫu bệnh (GPB) hoặc khoa GPB còn ở trong tình trạng mới đang hoạt động, máy móc trang thiết bị cho quy trình chuyển đúc và trình độ chuyên môn về GPB còn yếu nên để có được một chẩn đoán chính xác về mô học mảnh sinh thiết là hết sức khó khăn. Vì vậy mặc dù xét nghiệm tế bào học áp có độ chính xác thấp hơn so với mô bệnh học nhưng nó vẫn có vai trò thực tiễn quan trọng trong chẩn đoán sàng lọc bước đầu UTDD ở tuyến dưới và nâng cao giá trị chẩn đoán xác định của bộ ba chẩn đoán là nội soi, mô bệnh học (MBH) và tế bào học so với chỉ có nội soi và mô bệnh học ở tuyến trên. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả xét nghiệm nội soi dạ dày, tế bào áp và mô bệnh học trong chẩn đoán ung thư dạ dày*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 138 bệnh nhân ung thư dạ dày được nội soi thăm sinh thiết tổn thương làm chẩn đoán tế bào học áp lam và mô bệnh học tại Bệnh viện K Trung ương trong thời gian từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 8 năm 2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu

- Bệnh nhân trên 18 tuổi
- Có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ UTDD và không có chống chỉ định nội soi dạ dày
- Nội soi dạ dày có tổn thương nghi ngờ UTDD ở mọi vị trí (hang môn vị, thân vị, tâm vị, vị...)
- Được chẩn đoán xác định ung thư dạ dày bằng tế bào áp và mô bệnh học sinh thiết trong đó mô bệnh học được coi là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán.

- Có hồ sơ đầy đủ
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đạt các tiêu chuẩn trên

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu.

2.2.2. Kỹ thuật thu thập số liệu: Tất cả các BN thuộc đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia nghiên cứu, được tiến hành thăm khám lâm sàng, hỏi bệnh theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất và đều được nội soi dạ dày đánh giá tổn thương sinh thiết làm tế bào học áp lam và mô bệnh học.

2.2.3. Xử lý số liệu

- Các số liệu thu nhập được mã hóa và xử lý phần mềm thống kê SPSS phiên bản 16.0

- Dùng test χ^2 để kiểm định ý nghĩa thống kê khi so sánh các tỷ lệ. Trong trường hợp giá trị lý thuyết nhỏ thì dùng test χ^2 với hiệu chỉnh Fisher với mức ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

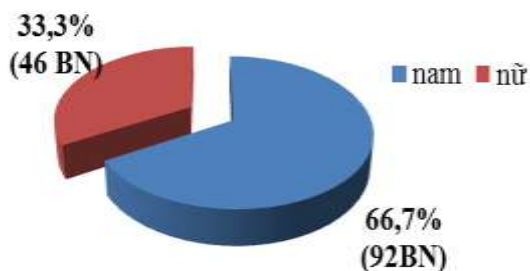
- Tính số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỷ lệ %.

- Tính độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của phương pháp tế bào áp.

- Đánh giá sự phù hợp của xét nghiệm bằng chỉ số Kappa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nhận xét: Bệnh gặp ở nam nhiều hơn nữ gồm 92 BN nam (66,7%) và 46 BN nữ (33,3%). Tỷ lệ nam/nữ: 2/1.

Bảng 3.1. Thông tin đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	<40	9	6,5
	40-60	67	48,6
	>60	62	44,9
Nghề nghiệp	Công nhân	16	11,6
	Nông dân	32	23,2
	Cán bộ công chức	26	18,8
	Hưu trí	49	35,5
	Khác	15	10,9
Khu vực sống	Thành thị	75	54,3
	Nông thôn	63	45,7
Tổng		138	100

Nhận xét: Tuổi trung bình là 59,3. BN có tuổi thấp nhất là 26, cao nhất là 92. Số BN hai nhóm trên 40 tuổi chiếm đa số, chỉ có 6,5% BN nhỏ hơn 40 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân phân bố khá đồng đều về nghề nghiệp và khu vực sống.

3.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi bệnh nhân UT dạ dày

Bảng 3.2. Đặc điểm vị trí tổn thương

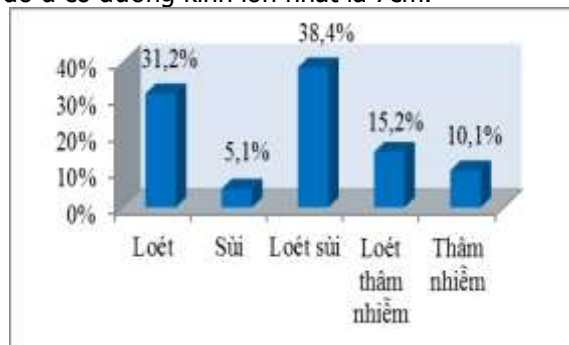
Vị trí tổn thương	Tần số	Tỷ lệ %
Tâm vị	8	4,3
Thân vị	25	13,5
Phình vị	2	1,1
Hang vị	112	60,5
Bờ cong lớn	4	2,2
Bờ cong nhỏ	27	14,6
Tiền môn vị	5	2,7
Hành tá tràng	2	1,1
Tổng	185	100

Nhận xét: 138 bệnh nhân, có bệnh nhân tổn thương nhiều vị trí: vị trí tổn thương hay gặp nhất là hang vị chiếm 60,5%, sau đó là bờ cong nhỏ 14,6%. Hai vị trí ít gặp nhất là hành tá tràng và phình vị chiếm tỷ lệ 1,1%. Có những BN có tổn thương cả 2 vị trí.

Bảng 3.3. Đặc điểm kích thước u qua nội soi

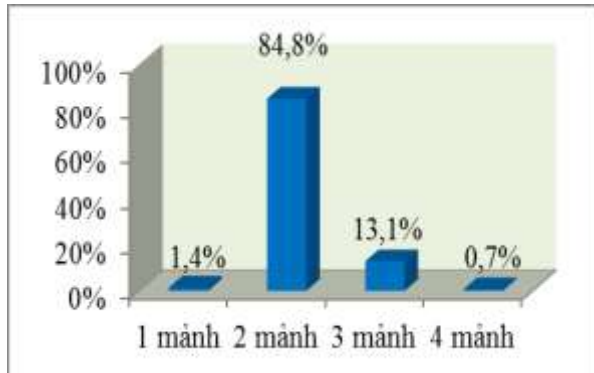
Kích thước	n	Tỷ lệ %
Từ 1-3 cm	53	38,2
Từ 3-5 cm	73	52,9
>5cm	12	8,9
Tổng	138	100

Nhận xét: Trong 138 bệnh nhân UTDD có đo kích thước u, tỷ lệ kích thước u từ 3-5cm gặp nhiều nhất chiếm 52,9% sau đó là 1-3cm chiếm 38,2%. Có 12 BN có kích thước u trên 5cm trong đó u có đường kính lớn nhất là 7cm.



Biểu đồ 3.2. Hình ảnh tổn thương qua nội soi

Nhận xét: U thể loét và loét sùi chiếm đa số các tổn thương 31,2% và 38,4%. Thể sùi chiếm tỷ lệ 5,1%.

**Biểu đồ 3.3. Số mảnh sinh thiết**

Nhận xét: Số mảnh sinh thiết trung bình là $2,07 \pm 0,028$ mảnh. Đa số bệnh nhân được sinh thiết 2 mảnh chiếm tỷ lệ 84,4% (117 BN), tối thiểu là 1 mảnh và tối đa là 4 mảnh.

Bảng 3.4. Kết luận nội soi trong nhóm ung thư

Kết luận nội soi	MBH(+)	
	n	Tỷ lệ %
Dương tính	120	86,9
Nghi ngờ	13	9,4
Âm tính	5	3,7
Tổng	138	100

Nhận xét: Đa số BN có kết luận trên nội soi phù hợp với chẩn đoán mô bệnh học chiếm 86,9% (120BN). Có 13 ca nghi ngờ ung thư chiếm tỷ lệ 9,4%. Tỷ lệ âm tính giả của nội soi là 3,7% (5BN).

3.3. Kết quả xét nghiệm tế bào học áp và mô bệnh học

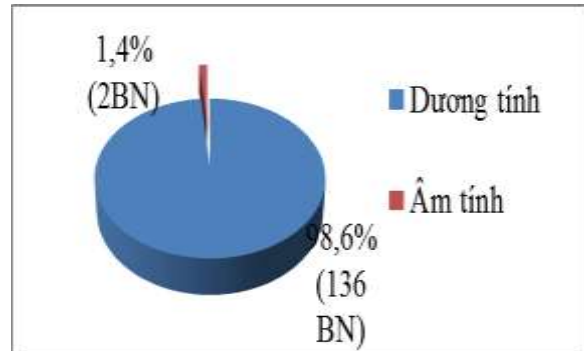
Bảng 3.6. Thể mô bệnh học ung thư

Thể mô bệnh học ung thư	Tần số	Tỷ lệ %
UTBM tuyến	19	13,8
UTBM tuyến biệt hóa thấp	32	23,2
UTBM tuyến biệt hóa vừa	32	23,2
UTBM tuyến biệt hóa cao	10	7,2
UTBM tuyến không biệt hóa	1	0,7
UTBM tuyến nhầy	4	2,9
UTBM tuyến loại tế bào nhân	30	21,7
UTBM vảy	3	2,2
U lympho ác tính không Hodgkin	7	5,1
Tổng	138	100

Nhận xét: UTBM tuyến biệt hóa vừa và UTBM tuyến biệt hóa thấp thường gặp nhất chiếm gần một nửa số trường hợp (46,4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và nội soi dạ dày

**Biểu đồ 3.4. Kết quả xét nghiệm tế bào áp trong nhóm bệnh nhân ung thư**

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân (136/138) có kết luận tế bào áp dương tính chiếm tỷ lệ 98,6%. Có 2 BN có kết quả tế bào áp âm tính giả chiếm tỷ lệ 1,4%.

Bảng 3.5. Số lần sinh thiết và kết luận mô bệnh học trên nhóm ung thư

Kết luận ung thư	MBH(+)	
	n	Tỷ lệ %
Lần 1	136	98,6
Lần 2	2	1,4
Tổng	138	100

Nhận xét: Trong 138 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTDD có 136 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư ngay lần sinh thiết đầu tiên. Có 2 bệnh nhân có kết quả MBH lần 1 âm tính nhưng TB áp dương tính sau đó có 2 bệnh nhân được nội soi sinh thiết lại cho kết quả dương tính ở cả hai xét nghiệm TB áp và MBH lần 2. Chúng tôi lấy kết quả MBH lần 2 làm kết luận sinh thiết cuối cùng.

4.1.1. Tuổi và giới: Trong tổng số 138 bệnh nhân được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là UTDD chúng tôi nhận đa số gặp ở bệnh nhân độ tuổi trên 40 tuổi chiếm 93,5%. Chỉ có 6,5% bệnh nhân nhỏ hơn 40 tuổi. Tuổi trung bình là 59,3. Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 26 và cao nhất là 92. Tỷ lệ nam gặp nhiều hơn nữ. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước, tỷ lệ UTDD tăng dần sau tuổi 40. Tuy nhiên trong nghiên cứu chúng tôi gặp bệnh nhân có tuổi mắc bệnh trẻ nhất là 26 tuổi, điều này cho thấy UTDD không những có xu hướng mắc ngày càng nhiều hơn mà còn trẻ hóa hơn có thể do liên quan tới các yếu tố môi trường và ăn uống.

4.1.2. Đặc điểm hình ảnh nội soi bệnh nhân UTDD

Đặc điểm vị trí tổn thương: Kết quả nội soi dạ dày cho thấy vị trí tổn thương hàng vị chúng tôi gặp phần lớn trong nghiên cứu này chiếm 60,5%, vị trí ít gặp ung thư nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là hành tá tràng và phình vị, mỗi vị trí có 2 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 1,1%. So sánh với các nghiên cứu trước đây chúng tôi thấy kết quả này khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Trịnh Quốc Hoàn tại Bệnh viện Việt Đức trong 10 năm từ 1991-2001 với tổng số bệnh nhân nghiên cứu lên tới 1182 bệnh nhân. Vị trí ung thư vùng hang môn vị chúng tôi gặp tương đương với các nghiên cứu trước đó như Nguyễn Thị Vượng 75,6% và Bùi Ánh Tuyết 52,1% [5],[2],[4].

Khác với một số nghiên cứu trong nước là chúng tôi có gặp 2 bệnh nhân ung thư tá tràng đều có hình ảnh nội soi là tổn thương sùi loét chiếm gần toàn bộ DI, tuy nhiên xét nghiệm tế bào áp và MBH sinh thiết đều trả lời là U lympho ác tính không Hodgkin. Điều này rất thú vị trong nghiên cứu của chúng tôi vì tổn thương ở tá tràng rất hiếm gặp trên lâm sàng và kết luận MBH cũng đã giải thích được rằng ung thư biểu mô tuyến của tá tràng là vô cùng hiếm gặp trên lâm sàng, nếu có u tá tràng thì thường gặp là u lympho nhiều hơn, các nghiên cứu trong nước như của Đỗ Đức Vân, Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Trường Sơn cũng đã chỉ ra điều này [6].

Hình thái đại thể của khối u: Nhiều nghiên cứu trong nước về hình ảnh đại thể khối u của bệnh nhân UTDD thì đa số đều thấy tỷ lệ thể loét gặp nhiều nhất so với các thể khác. Chúng tôi gặp 31,2% số bệnh nhân UTDD là thể loét. Kết quả này có thấp hơn các nghiên cứu trước đó như của Bùi Ánh Tuyết 65,6% [4].

Về đặc điểm kích thước u qua nội soi trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước u ước lượng

qua nội soi chủ yếu nằm trong khoảng từ 3-5cm chiếm 52,9% kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bùi Ánh Tuyết nghiên cứu trên 96 bệnh nhân UTDD tỷ lệ u kích thước 3-5 cm là chủ yếu chiếm 48,9%. U có kích thước nhỏ nhất là 1cm và lớn nhất là 7cm trong nghiên cứu của Bùi Ánh Tuyết gặp 1 trường hợp u kích thước lớn nhất lên tới 10cm. Tỷ lệ kích thước u nhỏ từ 1-3 cm chúng tôi gặp 38,2% số bệnh nhân ung thư cao hơn nghiên cứu Bùi Ánh Tuyết (33,3%) điều này có thể do khoảng thời gian từ khi có triệu chứng tới lúc đi khám phát hiện bệnh trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi có sớm hơn nên tỷ lệ bệnh nhân có khối u kích thước nhỏ trên hình ảnh nội soi sẽ cao hơn [4]. Mặc dù ước lượng kích thước u qua nội soi không có độ chính xác tuyệt đối nhưng nó là một trong các yếu tố đánh giá khả năng phẫu thuật và là tư liệu có thể tham khảo cho các phẫu thuật viên.

Số mảnh sinh thiết: Trong nghiên cứu của chúng tôi số mảnh sinh thiết trung bình là $2,07 \pm 0,028$ mảnh, đa số BN được sinh thiết 2 mảnh 117/138 BN chiếm tỷ lệ 84,8%, tỷ lệ chẩn đoán đúng khi sinh thiết 3 mảnh lên tới 99,3% và 4 mảnh là 100%. Thống kê của nghiên cứu cho thấy có 13 trường hợp (9,4%) nghi ngờ ung thư trên nội soi nhưng kết quả mô bệnh học đều là UTDD. Hồi cứu lại chúng tôi thấy hầu hết các trường hợp này đều có hình ảnh tổn thương nội soi là thể loét và loét thâm nhiễm. Chúng tôi cũng gặp 5 trường hợp khẳng định là lành tính qua hình ảnh nội soi nhưng ngược lại kết quả TB áp dương tính và mô bệnh học sinh thiết là ung thư. Đặc điểm hình ảnh nội soi của các trường hợp này là tổn thương dạng loét nông, kích thước dưới 3cm, niêm mạc bờ ổ loét mềm mại. Tuy nhiên khi khai thác tiền sử các trường hợp này đều có triệu chứng kém ăn kéo dài, đôi khi có nôn, buồn nôn, cảm giác ăn chậm tiêu, đã được điều trị theo hướng viêm loét dạ dày nhưng không đỡ nên chúng tôi vẫn tiến hành sinh thiết. Để tránh bỏ sót các trường hợp hình ảnh ung thư không điển hình trên nội soi, chúng tôi nghĩ rằng đối với mọi lứa tuổi, đặc biệt độ tuổi sau 40 tuổi, triệu chứng lâm sàng có nhiều nghi ngờ nếu nội soi có loét vẫn nên sinh thiết chẩn đoán sàng lọc sớm, nếu kết quả âm tính cần được điều trị nội khoa triệt để và theo dõi, kiểm tra lại qua nội soi.

4.2. Kết quả xét nghiệm tế bào học áp và mô bệnh học

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân sinh thiết đều được làm cả hai xét nghiệm TB áp và MBH. Kết quả nghiên cứu trong nhóm bệnh nhân ung thư có 136/138 bệnh nhân

có chẩn đoán xét nghiệm TB áp phù hợp với MBH chiếm tỷ lệ 98,6%. Có 2 bệnh nhân chẩn đoán viêm loét (âm tính giả) chiếm tỷ lệ 1,4%. Có 2 trường hợp âm tính giả của xét nghiệm TB áp chiếm 1,4% số bệnh nhân ung thư. Hai trường hợp bệnh nhân này đều có tổn thương trên nội soi là hình ảnh u thể loét sùi và kết quả MBH sinh thiết lần lượt là ung thư biểu mô tuyến biệt hóa cao và ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa. Sau khi có kết quả MBH sinh thiết, hai trường hợp này được xem xét lại để tìm nguyên nhân gây âm tính giả chúng tôi thấy: Cả hai trường hợp đều có ít tế bào trên lam kính, nguyên nhân này có lẽ do khi áp còn thiếu kinh nghiệm nên áp quá nhẹ và ít diện áp trên lam kính. Nguyên nhân nữa là hình thái tế bào ung thư ở đây không điển hình có thể do độ ác tính tế bào thấp nên gây khó khăn cho người đọc.

Trong 138 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTDD có 136 bệnh nhân được chẩn đoán bằng kết quả MBH ngay lần sinh thiết đầu tiên, có 2 BN có kết quả MBH lần 1 âm tính nhưng kết quả TB áp dương tính và hình ảnh nội soi của hai bệnh nhân đều là tổn thương loét sùi khá điển hình, sau đó hai bệnh nhân được nội soi sinh thiết lại cho kết quả dương tính ở cả hai xét nghiệm. Đây là hai trường hợp chúng tôi đã đặt ra nhiều câu hỏi trong quá trình nghiên cứu tại sao kết quả tế bào dương tính mà MBH lại âm tính ở lần sinh thiết đầu tiên. Hồi cứu lại 2 trường hợp đặc biệt này chúng tôi thấy kích thước đại thể 2 mảnh sinh thiết này nhỏ (<0,2cm) và khi tìm hiểu rõ về quy trình chuyển đúc bệnh phẩm thì có lẽ do số lượng mô ung thư trên mảnh sinh thiết không nhiều nên khi cắt để được miếng sinh thiết đạt yêu cầu thường bỏ qua những lát cắt đầu tiên mà tổ chức ung thư có thể lại nằm trên chính những lát cắt đầu tiên này hoặc khi cắt không khai thác hết bệnh phẩm nên bỏ sót tổ chức ung thư trên bệnh phẩm sinh thiết vì vậy tiêu bản MBH âm tính. Trên hai lam kính tế bào áp lại cho kết quả dương tính rất rõ ràng với hình ảnh điển hình các tế bào ung thư đa hình thái, nhân trần rời rạc, chromatin thô, đây chính là các đặc điểm điển hình của tế bào ung thư theo tiêu chuẩn của S.Cibas và S.Ducatman đang được áp dụng rộng rãi trong chẩn đoán tế bào học UTDD tại Hoa Kỳ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự phù hợp kết quả hai xét nghiệm TB áp và mô bệnh học sinh thiết là rất cao với chỉ số Kappa = 0,99. Tế bào áp có ưu điểm điểm dễ làm, thời

gian cho kết quả nhanh hơn mô học sinh thiết trong nghiên cứu này của chúng tôi là $12,5 \pm 2$ phút so với $6 \pm 0,8$ ngày, nhưng có nhược điểm là không phân loại được chính xác thể mô học và độ ác tính vì vậy tế bào áp không thay thế được mô học nhưng nó bổ sung cho kết quả mô bệnh học sinh thiết trong trường hợp mảnh sinh thiết nhỏ hoặc mảnh sinh thiết có ít mô ung thư. Trong nghiên cứu mới nhất năm 2015 tác giả Mohammad cũng nhấn mạnh TB áp và mô bệnh học mảnh sinh thiết phải được tiến hành đồng thời trong trường hợp nội soi có kết quả nghi ngờ ung thư.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm hình ảnh nội soi dạ dày

- Vị trí tổn thương hay gặp là hang vị (60,5%), và bờ cong nhỏ (14,6%).

- Tổn thương nội soi chủ yếu thể loét và loét sùi (31,2% và 38,4%).

- Nội soi dạ dày chẩn đoán đúng được 86,9% số bệnh nhân UTDD.

Đặc điểm kết quả xét nghiệm tế bào áp và mô bệnh học

- Tế bào áp là phương pháp chẩn đoán đơn giản, thời gian chẩn đoán nhanh, giá thành rẻ và có sự phù hợp 98,6% so với mô bệnh học.

- Đa số thể mô bệnh học của UTDD là ung thư biểu mô tuyến dạ dày chiếm 92,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Globocan (2012). Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 11, *International Agency for Research on Cancer*.
2. Nguyễn Thị Vương (2013). *Đánh giá kết quả hóa trị liệu phá vỡ Xelox trong điều trị hỗ trợ ung thư dạ dày*, Luận án thạc sĩ y khoa trường Đại học Y Hn.
3. Trịnh Hồng Sơn (2001), *Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
4. Bùi Anh Tuyết (2003), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của ung thư dạ dày điều trị tại Bệnh Viện K từ tháng 9/2002- 6/2003*. Luận án Thạc sĩ y khoa, Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. Trịnh Quốc Hoàn(2001). *Nghiên cứu hình ảnh giải phẫu bệnh học của ung thư dạ dày*. Hội thảo lần 2- trung tâm hợp tác nghiên cứu của Tổ chức y tế thế giới về ung thư dạ dày. Bệnh viện K. Hà nội. 40-50.
6. Đỗ Đức Vân, Trịnh Hồng Sơn, Đỗ Trường Sơn: *Adenocarcinomes tá tràng*. *Ngoại Khoa* 1995; Tập XXV-2: 1-4.
7. Young JA et al (1980). Three year trial of endoscopic cytology of the stomach and duodenum. *Gut*. 1980 Mar;21(3):241-6.

NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CẤP VÀ ĐỘC TÍNH BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA BỘT ACID AMIN THỦY PHÂN TỪ DA CÁ TRA, CÁ BASA TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Lê Thị Hồng Hạnh*, Đỗ Minh Trung*, Nguyễn Thanh Xuân*,
Mai Thị Minh Ngọc**, Lê Thị Huyền Trang***, Phạm Thị Tâm**

TÓM TẮT⁴⁰

Mục tiêu: Đánh giá được độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của chế phẩm bột acid amin thủy phân từ da cá tra, cá basa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** bột acid amin được đánh giá độc tính cấp trên 42 chuột nhắt trắng và thử độc tính bán trường diễn trên 30 chuột cống trắng theo quy trình chuẩn. **Kết quả:** nghiên cứu độc tính cấp của bột acid amin trên chuột nhắt trắng theo đường uống: $LD_{50} = 14,17 \pm 0,43$ (g/kg TLCT/24h). Nghiên cứu độc tính bán trường diễn, cho chuột cống uống bột acid amin 42 ngày với liều 140 mg/kg và 280 mg/ TLCT kg/24h. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng ở tất cả các chỉ số: trọng lượng cơ thể, số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, số lượng bạch cầu, tiểu cầu, AST, ALT, ure, creatinin. Hình ảnh mô bệnh học của gan, thận bình thường.

Từ khóa: Acid amin, Độc tính cấp, Độc tính bán trường diễn.

SUMMARY

STUDY ON THE ACUTE AND SUBCHRONIC TOXICITY OF AMINO ACID POWDER FROM HYDROLYZED FROM SKIN OF PANGSIIDEA, PANGASIUS ON EXPERIMENTAL ANIMALS

Objectives: Amino acid powder was hydrolyzed from skin of Pangsiidea, Pangasius. **Materials and Methods:** Amino acid powder was used to study on acute toxicity in 42 mice and subchronic toxicity 30 rats by Standard Operating Procedure. **Results:** The result of acute toxicity of the amino acid powder: $LD_{50} = 14,17 \pm 0,43$ (mg/kg/24h). The studying of the subchronic toxicity demonstrated that daily administering of the amino acid powder with dosage of 140 mg/kg and 280 mg/ TLCT kg/24h during 42 to rats, the base parameters have no signification for the weight of the body, Hematological indices (red blood cell, white blood cell, platelet and hemoglobin contents), hepatic indices (AST, ALT activity) and renal indices (urea, creatinin levels) of rats after amino acid treatment were in normal biological values. Tissue images of the liver and the kidney are normal.

*Học viện Quân y

**Viện Đại học Mở Hà Nội

***Viện Y học Hàng Không.

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Trung

Email: dominhtrungut@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 24.5.2017

Ngày duyệt bài: 6.6.2017

Key words: Acid amin, Acute toxicity, Subchronic toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gelatine là protein được tạo ra từ quá trình thủy phân collagen từ da lợn, da bò, da cá, xương. Các acid amin chủ yếu cấu tạo nên gelatine là glycine, proline, 4-hydroxyproline và aspartic. Trong đó acid amin glycine đã được chứng minh có tác dụng ngăn ngừa sự lão hoá và tạo ra độ săn chắc cho da. Proline và 4-hydroxyproline là các acid amin lý tưởng cho việc phục hồi khớp xương, cơ, các mô và da. Axit aspartic rất quan trọng cho sự tăng trưởng mô và cơ, tái tạo tế bào.

Hiện nay với sản lượng cá cá tra, cá basa nguyên liệu hàng năm như hiện nay, các nhà máy chế biến phải thải ra thị trường hàng trăm nghìn tấn phế phẩm. Lượng chất thải này có thể được tận dụng để chế biến thành thức ăn chăn nuôi, dầu cá, diesel sinh học, hoặc xuất khẩu để làm nguyên liệu cho công nghiệp dược phẩm, mỹ phẩm.

Việc tận dụng phụ phẩm da cá tra, cá basa để thủy phân tạo gelatine và các chiết xuất acid amin tạo nguồn nguyên liệu sản xuất thực phẩm chức năng và mỹ phẩm không chỉ giải quyết được ô nhiễm môi trường mà còn tạo ra các sản phẩm mới có nhiều tiềm năng ứng dụng. Tuy nhiên chế phẩm acid amin tạo được cần được đánh giá tính an toàn trước khi nghiên cứu và ứng dụng ở các giai đoạn tiếp theo. Chính vì vậy trong nghiên cứu này sau khi thủy phân da cá tra, cá basa bằng gelatinase và tạo thành chế phẩm bột acid amin chúng tôi tiến hành đánh giá độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của chế phẩm acid amin này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Chế phẩm bột Acid amin thủy phân từ da cá tra, cá basa (có thành phần - mg/100g mẫu: Glycine 3570 mg; Arginine 3024mg; Threonine 2070mg; Alanine 70mg; Methionine 3884mg; Lysine 2350mg) là sản phẩm thuộc đề tài mã số KC06.15/11-15.

Động vật thí nghiệm: Chuột nhắt trắng dòng Swiss trưởng thành, đủ tiêu chuẩn thí nghiệm, khoẻ mạnh đạt tiêu chuẩn thí nghiệm, trọng

lượng 20g - 22g. Động vật nghiên cứu do ban chăn nuôi Học viện Quân y cung cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Xác định độc tính cấp theo đường uống: Xác định độc tính cấp theo đường uống được thực hiện theo phương pháp livschitz P.G và cộng sự [1],[3].

2.2.2. Nghiên cứu độc tính bán trường diễn của chế phẩm bột Acid amin theo đường uống trên chuột cống trắng [4],[5]

- Chuột cống được phân chia ngẫu nhiên thành 3 nhóm, mỗi nhóm có 10 chuột

+ Lô chứng (n=10): uống nước cất liều 1,5ml/kg thể trọng/24h.

+ Lô dùng thuốc liều 1 (n=10): uống bột acid amin với thể tích 1,5ml/kg dịch thuốc tương đương liều 140mg/kg thể trọng/24h

+ Lô dùng thuốc liều 2 (n=10): uống bột acid amin với thể tích 1,5ml/kg dịch thuốc tương đương 280mg/kg thể trọng/24h

+ Chuột cống trắng được cho uống nước và thuốc thử liên tục trong 6 tuần liên tiếp, mỗi ngày một lần vào buổi sáng

- Các chỉ tiêu đánh giá:

+ Theo dõi tình trạng chung, hoạt động, ăn uống, trọng lượng cơ thể

+ Huyết học: hồng cầu, hemoglobin, bạch cầu, tiểu cầu.

+ Sinh hóa: AST, ALT, ure, creatinin.

Mô bệnh học: vào ngày thứ 42, giết chuột, lấy gan, thận, quan sát hình ảnh đại thể gan, thận và làm tiêu bản đánh giá hình ảnh mô bệnh học.

- **Thời điểm xét nghiệm:** Lấy máu xét nghiệm các chỉ số sinh hóa, huyết học, ghi tại 3 thời điểm: xuất phát điểm, sau 3 tuần, sau 6 tuần nghiên cứu. Thời gian theo dõi là 6 tuần.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Phân tích thống kê bằng chương trình chuyên dụng Startview.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu độc tính cấp của bột acid amin theo đường uống trên chuột nhắt trắng

Kết quả độc tính cấp của chế phẩm bột acid amin trên chuột nhắt trắng được thể hiện ở bảng 1:

Bảng 1. Kết quả nghiên cứu độc tính cấp của chế phẩm bột acid amin theo đường uống

TT	Liều sử dụng (g/kg TLCT/24h)	n	Số lượng động vật chết (sau 1 tuần)	Số lượng động vật sống (sau 1 tuần)
1	11,00	06	0	06
2	12,00	06	01	05
3	13,00	06	02	04
4	14,00	06	02	04
5	15,00	06	04	02
6	16,00	06	05	01
7	17,00	06	06	0

Xác định được LD₅₀ của chế phẩm bột acid amin theo đường uống trên chuột nhắt trắng là: LD₅₀ = 14,17 ± 0,43 (g/kg TLCT/24h).

3.2. Kết quả nghiên cứu độc tính bán trường diễn của bột acid amin theo đường uống trên chuột cống trắng

3.2.1 Tình trạng chung và sự phát triển trọng lượng chuột cống trắng: Trong thời gian thí nghiệm, chuột ở cả 3 lô hoạt động bình thường, ăn uống tốt, phân khô, không thấy biểu hiện gì bất thường ở cả 3 lô chuột trong suốt thời gian nghiên cứu.

Bảng 2. Ảnh hưởng của bột acid amin trên sự phát triển trọng lượng chuột cống trắng (n = 10)

Chỉ tiêu nghiên cứu	Thời điểm Xét nghiệm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{x} \pm SD$), n = 10			p
		Chứng (1)	Bột acid amin (140mg/kg/24h) (2)	Bột acid amin (280mg/kg/24h) (3)	
Trọng lượng cơ thể	Trước thí nghiệm (a)	152,83 ± 2,23	151,00 ± 9,51	163,17 ± 11,82	$p > 0,05$
	Sau 3 tuần (b)	172,00 ± 8,74	164,33 ± 12,77	177,83 ± 13,00	$p > 0,05$
	Sau 6 tuần (c)	184,83 ± 11,39	173,67 ± 13,98	204,83 ± 22,34	$P_{3-1} < 0,05$
Pa-b, b-c, a-c		P < 0,05			

Trọng lượng cơ thể chuột (TLCT) ở cả 3 nhóm nghiên cứu sau 3 tuần và sau 6 tuần đều tăng rõ rệt so với xuất phát điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lô được dùng thuốc liều 2 sau 6 tuần TLCT tăng nhiều hơn so với lô thuốc liều 1 và lô chứng cùng thời điểm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Ảnh hưởng của bột acid amin đối với một số chỉ tiêu về huyết học của chuột

Bảng 3. Ảnh hưởng của Bột Acid Amin đến số lượng hồng cầu và hàm lượng huyết sắc tố của chuột cống trắng

Chỉ tiêu nghiên cứu	Thời điểm Xét nghiệm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{x} \pm SD$), n = 10			p
		Chứng (1)	Bột acid amin (140mg/kg/24h)(2)	Bột acid amin (280mg/kg/24h)(3)	
Hồng Cầu (T/l)	Trước thí nghiệm(a)	6,64 $\pm$ 0,57	6,57 $\pm$ 0,67	6,91 $\pm$ 0,57	$p > 0,05$
	Sau 3 tuần (b)	7,89 $\pm$ 0,81	7,71 $\pm$ 0,34	7,90 $\pm$ 0,28	$p > 0,05$
	Sau 6 tuần (c)	8,45 $\pm$ 0,87	6,82 $\pm$ 0,77	7,72 $\pm$ 0,44	$P_{2-1,3} < 0,05$ $P_{3-1} > 0,05$
HST (G/L)	Trước thí nghiệm (a)	11,90 $\pm$ 0,77	12,13 $\pm$ 0,97	12,37 $\pm$ 0,64	$p > 0,05$
	Sau 3 tuần (b)	14,08 $\pm$ 1,08	14,25 $\pm$ 0,54	14,08 $\pm$ 0,32	$p > 0,05$
	Sau 6 tuần (c)	15,15 $\pm$ 1,32	12,65 $\pm$ 1,55	13,45 $\pm$ 0,59	$P_{2-1} < 0,05$ $P_{3-1,2} > 0,05$
P		$P_{b,c-a} < 0,05$ $P_{b-c} > 0,05$	$P > 0,05$	$P_{b,c-a} < 0,05$ $P_{b-c} > 0,05$	

Số lượng hồng cầu và hàm lượng huyết sắc tố ở 3 lô nghiên cứu sau 3 tuần đều tăng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Kết quả sau 6 tuần: lô chứng tăng rõ rệt so với các thời điểm trước, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với ($p < 0,05$). Lô thuốc nghiên cứu liều 1 và liều 2 số lượng hồng cầu giảm ($p > 0,05$).

Bảng 4. Ảnh hưởng của chế phẩm bột Acid amin đến số lượng bạch cầu và số lượng tiểu cầu của chuột cống trắng

Chỉ tiêu nghiên cứu	Thời điểm Xét nghiệm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{x} \pm SD$), n = 10		
		Chứng (1)	Bột Acid Amin (140mg/kg/24h)(2)	Bột Acid Amin (280mg/kg/24h)(3)
Bạch cầu (G/l)	Trước thí nghiệm (a)	6,43 $\pm$ 1,32	10,52 $\pm$ 2,87	9,34 $\pm$ 3,02
	Sau 3 tuần (b)	8,55 $\pm$ 1,80	8,07 $\pm$ 1,81	10,33 $\pm$ 1,82
	Sau 6 tuần (c)	10,82 $\pm$ 2,47	6,55 $\pm$ 1,35	7,87 $\pm$ 2,58
p		$P_{b,c-a} < 0,05$ $P_{b-c} > 0,05$	$P_{b-a,c} > 0,05$ $P_{c-a} < 0,05$	$P_{b-a} > 0,05$ $P_{b,a-c} < 0,05$
Tiểu cầu (G/L)	Trước thí nghiệm (a)	464,50 $\pm$ 86,57	529,33 $\pm$ 73,45	421,17 $\pm$ 124,55
	Sau 3 tuần (b)	513,83 $\pm$ 60,71	522,00 $\pm$ 58,83	469,67 $\pm$ 90,65
	Sau 6 tuần (c)	474,33 $\pm$ 188,26	412,83 $\pm$ 31,68	424,67 $\pm$ 79,74
p		$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$

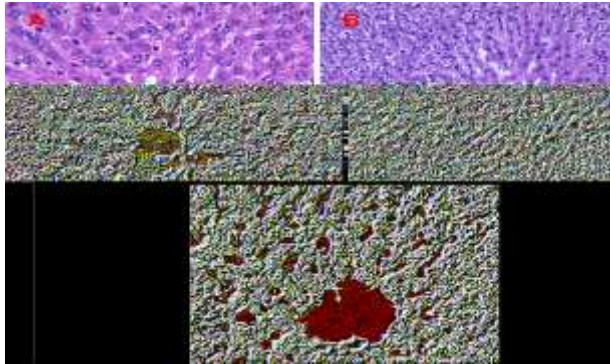
Số lượng bạch cầu, tiểu cầu ở lô chứng có xu hướng tăng, 2 lô thuốc liều 1 và liều 2 có xu hướng giảm so với xuất phát điểm, tuy nhiên các giá trị đều trong giới hạn bình thường của chuột cống. Từ bảng 4, so sánh trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô ở cùng một thời điểm, các chỉ số tiểu cầu của chuột nghiên cứu không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

3.2.3. Ảnh hưởng của chế phẩm bột Acid amin đối với chức năng gan, thận của chuột

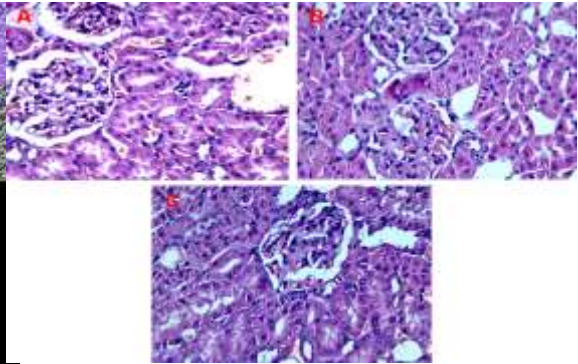
Bảng 5. Ảnh hưởng của chế phẩm bột acid amin đối với hoạt độ enzym AST, ALT của chuột cống trắng

Chỉ tiêu nghiên cứu	Thời điểm Xét nghiệm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{x} \pm SD$), n = 10		
		Chứng(1)	Bột acid amin (140mg/kg/24h)(2)	Bột acid amin (280mg/kg/24)(3)
AST (U/l)	Trước thí nghiệm (a)	242,02 $\pm$ 30,79	179,72 $\pm$ 25,24	178,22 $\pm$ 40,80
	Sau 3 tuần (b)	148,10 $\pm$ 29,92	168,98 $\pm$ 39,28	251,58 $\pm$ 92,35
	Sau 6 tuần (c)	133,47 $\pm$ 26,21	103,62 $\pm$ 31,78	130,97 $\pm$ 43,36
ALT (U/L)	Trước thí nghiệm (a)	67,20 $\pm$ 10,97	59,87 $\pm$ 18,17	56,95 $\pm$ 16,50
	Sau 3 tuần (b)	56,75 $\pm$ 13,42	98,80 $\pm$ 71,85	101,42 $\pm$ 86,39
	Sau 6 tuần (b)	59,48 $\pm$ 8,11	42,53 $\pm$ 17,47	47,57 $\pm$ 11,60
p		$P_{b-a} < 0,05$ $P_{b-c} > 0,05$ $P_{c-a} < 0,05$	$P_{b-a} > 0,05$ $P_{b-c} < 0,05$ $P_{c-a} < 0,05$	$P_{b-a} < 0,05$ $P_{b-c} < 0,05$ $P_{c-a} < 0,05$

Hoạt độ enzym AST, ALT của 3 nhóm nghiên cứu giảm so với thời điểm trước nghiên cứu ($p < 0,05$). Ở thời điểm sau 3 tuần nghiên cứu, lô chứng hoạt độ AST giảm mạnh, ở 2 lô dùng thuốc giảm nhẹ ($p > 0,05$), lô thuốc liều 2 AST tăng ($p < 0,05$). Ở thời điểm sau 6 tuần hoạt độ AST ở lô thuốc liều 1 và 2 giảm so với các thời điểm trước đó ($p < 0,05$).



Hình 1. Hình ảnh mô bệnh học gan chuột ở các nhóm nghiên cứu (HE, 100X)
(A: Nhóm chứng (chuột số 4); B: Bột acid amin 140mg/kg/24h(chuột số 12); C: Bột acid amin 280mg/kg/24h (chuột số 16))



Hình 2. Hình ảnh mô bệnh học thận chuột ở các nhóm nghiên cứu (HE, 100X)
(A: Nhóm chứng (chuột số 4); B: Bột Acid Amin 140mg/kg/24h(chuột số 12); C: Bột Acid Amin 280mg/kg/24h (chuột số 16))

Bảng 6. Ảnh hưởng của chế phẩm bột acid amin đối với nồng độ Creatinin và Ure của chuột cống trắng

Chỉ tiêu nghiên cứu	Thời điểm Xét nghiệm	Nhóm nghiên cứu ($\bar{x} \pm SD$), n = 10			P
		Chứng	Bột Acid amin (140mg/kg/24h)	Bột Acid amin (280mg/kg/24h)	
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	Trước thí nghiệm (a)	75,18 $\pm$ 12,74	78,65 $\pm$ 6,53	85,00 $\pm$ 3,96	$p > 0,05$
	Sau 3 tuần(b)	67,23 $\pm$ 4,21	81,00 $\pm$ 18,38	60,92 $\pm$ 27,67	$p > 0,05$
	Sau 6 tuần(c)	67,00 $\pm$ 6,66	73,37 $\pm$ 8,12	79,97 $\pm$ 7,67	$p > 0,05$
Ure (mmol/l)	Trước thí nghiệm (a)	8,67 $\pm$ 1,79	7,95 $\pm$ 0,67	8,16 $\pm$ 1,93	$p > 0,05$
	Sau 3 tuần(b)	5,67 $\pm$ 1,86	12,28 $\pm$ 8,33	7,89 $\pm$ 2,35	$p > 0,05$
	Sau 6 tuần(c)	3,80 $\pm$ 0,53	4,32 $\pm$ 0,94	4,01 $\pm$ 1,31	$p > 0,05$
p		$p > 0,05$	$p > 0,05$	$p > 0,05$	

Kết quả bảng 6 cho thấy, nồng độ creatinin và ure có sự thay đổi nhẹ khi so sánh trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô ở cùng một thời điểm, tuy nhiên các chỉ số đều trong giới hạn bình thường, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.3.4. Kết quả mô bệnh học gan, thận của chuột thí nghiệm

Quan sát đại thể bằng mắt thường và dưới kính lúp có độ phóng đại 25 lần thấy: màu sắc, hình thái của gan và thận ở hai lô dùng acid amin không khác so với chứng.

Kết quả nghiên cứu về mô bệnh học gan, thận chuột cho thấy chế phẩm bột Acid amin dùng đường uống với liều 140mg/kg/24h và liều 280mg/kg/24h liên tục trong 42 ngày, không gây tổn thương trên gan, thận của chuột.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu độc tính cấp của bột acid amin thủy phân từ da cá Tra, cá Basa trên động vật thực nghiệm cho thấy với mức liều 11,00 g/kg TLCT/24h (mức liều cao nhất chưa xuất hiện chuột chết) và với mức liều 17,00 g/kg TLCT/24h (mức liều thấp làm chết 100% số chuột), đã tính được

LD₅₀ của chế phẩm bột Acid amin theo đường uống trên chuột nhắt trắng là: LD₅₀ = 14,17 $\pm$ 0,43 (g/kg TLCT/24h). Như vậy, với mức liều LD₅₀ tìm được tương đương quy đổi ra liều trên người là 1,18g/kg TLCT/24h.

Đối với nghiên cứu độc tính bán trường diễn của bột acid amin, với các mức liều 140 mg và 280 mg/kg thể trọng chuột cống trắng/24h, quy đổi ra liều trên chuột nhắt 240 mg và 480 mg kg thể trọng/24h quy đổi ra liều trên người là 20 mg và 40 mg/kg thể trọng /24h. Trong thử nghiệm này, chúng tôi có so sánh tự chứng (trước và sau dùng thuốc), đồng thời so sánh với nhóm đối chứng không dùng thuốc. Mặt khác chúng tôi thiết kế hai nhóm dùng thuốc với mức liều khác nhau (liều này gấp đôi liều kia). Kết quả thí nghiệm cho thấy ở những mức liều cao, dùng hàng ngày thời gian dài (42 ngày) không gây ảnh hưởng đến tình trạng sức khỏe, không ảnh hưởng đến cơ quan tạo máu cũng như chức năng gan thận của động vật thí nghiệm [6].

V. KẾT LUẬN

Đã xác định được LD₅₀ theo đường uống LD₅₀ = 14,17 ± 0,43 (g/kg TLCT/24h). Chế phẩm bột acid amin cho chuột cống trắng uống với liều tương ứng 140mg/kg thể trọng/24h và 280mg/kg thể trọng/24h/kg liên tục trong 42 ngày không ảnh hưởng đến sự phát triển trọng lượng cơ thể, không độc với cơ quan tạo máu, không ảnh hưởng đến chức năng và mô bệnh học gan, thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Trung Đàm (2014).** Phương pháp xác định độc tính cấp của thuốc. Nhà xuất bản Y học, tr: 154-157
2. **Viện Dược liệu (2004).** Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam, Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật- Hà Nội, tập 1, trang 245-247.
3. **Turner A (1965).** Screening methods in pharmacology. Academic press, NewAcademic press, New York and London, Pages 60 – 68.
4. **Abrham W.B (1978).** Techniques of Animal and Clinical toxicology. Med. Pub. Chicago. Pp: 55-68.
5. **WHO (1993).** Research guidelines for evaluating the safety and efficacy of herbal medicines. Manila, philipin, pages 35-41
6. **Olsson J and Hahn R. G (1999).** Glycine toxicity after high-dose i.v. infusion of 1.5% glycine in the mouse. *British Journal of Anaesthesia* 82 (2): 250–254.

NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CẤP VÀ ĐỘC TÍNH BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA VIÊN NANG Y10 TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Lê Minh Hoàng¹, Nguyễn Hoàng Ngân², Đậu Văn Cảnh⁴,
Phạm Xuân Phong³, Nguyễn Duy Bắc²

TÓM TẮT⁴¹

Viên nang Y10 được bào chế từ lộc nhung (*Cornu cervi parvum*) và đông trùng hạ thảo (*Cordyceps militaris*), đã được đánh giá trên thực nghiệm có tác dụng tốt cải thiện khả năng sinh tinh. Nhằm đảm bảo tính an toàn và tạo tiền đề sử dụng viên nang Y10 trên lâm sàng, chế phẩm cần tiến hành nghiên cứu độc tính cấp và bán trường diễn trên động vật thực nghiệm. Phương pháp: xác định độc tính cấp đường uống trên chuột nhắt trắng dòng Swiss theo phương pháp Litchfield - Wilcoxon và độc tính bán trường diễn trên chuột cống trắng dòng Wistar. Kết quả: chưa tìm thấy LD₅₀ của viên nang Y10 theo đường uống trên chuột nhắt trắng với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24 giờ là 25g/kg thể trọng. Với liều 140 mg/kg/24h và liều 420 mg/kg/24h cho chuột cống trắng uống liên tục trong 90 ngày, thuốc không ảnh hưởng đến trọng lượng cơ thể và điện tim của chuột; không gây các thay đổi có ý nghĩa thống kê các chỉ số huyết học, sinh hóa. Mô bệnh học gan, lách, thận của chuột nghiên cứu. Kết luận: Viên nang Y10 không gây độc tính cấp và độc tính bán trường diễn trên động vật thực nghiệm.

Từ khóa: viên nang Y10, độc tính cấp, độc tính bán trường diễn.

SUMMARY

ACUTE AND SUBCHRONIC TOXICITY OF Y10 CAPSULES IN EXPERIMENTAL ANIMALS

Y10 capsules are made from *cornu cervi parvum* and *cordyceps militaris*, which has been evaluated in the experiment has a good effect to improve the fertility. To ensure the safety and create a premise of clinical use of Y10 capsules, the acute and subchronic toxicity of Y10 have been evaluated. Experimental methods: Oral acute toxicity was evaluated in Swiss mice according to Litchfield - Wilcoxon's method, and subchronic toxicity was evaluated in Wistar rat. The researched results showed that: The LD₅₀ of the Y10 capsule was not detected at the highest possible oral dose for mice given in 24 hours of 25 g/kg body weight. After 90 consecutive days of using Y10 capsules with a dose of 140mg/kg/day and 420mg/kg/day in rats, Y10 capsules had no impacts on the increasing of body weigh and the electrocardiogram of rats; didn't change significantly hematological indices, biochemical indices. Liver, kidney and spleen histopathology of experimental rats were normal. Conclusion: Y10 capsules did not cause acute and chronic toxicities in experimental animals.

Key words: Y10 capsule, acute toxicity, subchronic toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nước ta, có khoảng 8% số cặp vợ chồng không có khả năng sinh con nếu không có sự can thiệp y tế, tỷ lệ gia đình hiếm muộn cũng đang có xu hướng tăng lên. Trong quân đội, tỷ lệ vô sinh cũng gặp khá cao và việc điều trị vô sinh hiếm muộn cho quân nhân đã và đang được Bộ Quốc phòng dành nhiều sự quan tâm [1]. Vô sinh nam giới đóng vai trò khá lớn trong nguyên

¹Đại học Y dược Cần Thơ

²Học viện Quân y

³Viện Y học Cổ truyền Quân đội

⁴Học viện Y học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc

Email: bac_hvqy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 8.6.2017

nhân gây vô sinh, nó chiếm tỉ lệ tương đương với các nguyên nhân vô sinh do nữ. Nguyên nhân dẫn đến vô sinh ở nam là do thiếu năng tinh trùng (TNTT), biểu hiện không có tinh trùng hoặc có tinh trùng nhưng số lượng tinh trùng ít, yếu và dị dạng [2]. Việc điều trị TNTT còn gặp nhiều khó khăn, chủ yếu do TNTT có nhiều nguyên nhân. Y học hiện đại đã đạt được nhiều thành tựu trong điều trị vô sinh do SGT, nhưng kết quả chưa ổn định và đa số thuốc sử dụng đều có những tác dụng không mong muốn do SGT thường phải điều trị kéo dài. Vì vậy, những năm gần đây, nhiều nhà khoa học quay lại với y học cổ truyền (YHCT) vì thuốc YHCT có hiệu quả lâu dài và ít tác dụng phụ [3].

Viên nang Y10 được bào chế từ Lộc nhung (*Cornu cervi parvum*) thu mua tại Hương Sơn - Hà Tĩnh và Đông trùng hạ thảo (*Cordyceps militaris*) nuôi cấy tại Học viện Quân y, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Lộc nhung và Đông trùng hạ thảo là 2 loại dược liệu quý, đã được dân gian sử dụng trong điều trị suy giảm chức năng sinh dục sinh sản [4]. Chế phẩm Y10 đã được đánh giá trên chuột cống trắng gây thiếu năng tinh trùng bằng Natri valproat, cho thấy có tác dụng tốt cải thiện chức năng sinh tinh. Để có cơ sở khoa học về tính an toàn của viên nang Y10 và tạo tiền đề sử dụng viên nang Y10 trên lâm sàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu xác định độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của viên nang Y10 trên động vật thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu, đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Chất liệu nghiên cứu: Viên nang Y10 từ Lộc nhung thu mua tại Hương Sơn - Hà Tĩnh và Đông trùng hạ thảo (*Cordyceps militaris*) nuôi cấy tại Học viện Quân y do Trung tâm nghiên cứu và sản xuất thuốc - Học viện Quân y bào chế, đạt tiêu chuẩn cơ sở. Bột thuốc trong viên nang (500mg/viên nang) được hòa tan trong nước cất, và được cho chuột uống qua kim cong đầu tù chuyên dụng.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

- 80 chuột nhắt trắng trưởng thành dòng Swiss, không phân biệt giống, đạt tiêu chuẩn thí

nghiệm, cân nặng mỗi con tại thời điểm bắt đầu thí nghiệm là 18 - 22g.

- 30 chuột cống trắng trưởng thành, dòng Wistar, không phân biệt giống, đạt tiêu chuẩn thí nghiệm, cân nặng mỗi con tại thời điểm bắt đầu thí nghiệm là 160 - 180g.

Động vật thí nghiệm do Ban chăn nuôi động vật thí nghiệm - Học viện Quân y cung cấp, nuôi dưỡng trong phòng nuôi động vật thí nghiệm ít nhất một tuần trước khi tiến hành thí nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu độc tính cấp và xác định LD₅₀ của thuốc thử trên chuột nhắt trắng bằng đường uống theo phương pháp Litchfield - Wilcoxon [5] và hướng dẫn của WHO [6]. Chuột được chia ngẫu nhiên thành các lô khác nhau, mỗi lô 10 con. Cho chuột uống dung dịch thuốc thử với liều tăng dần trong cùng một thể tích. Tìm liều cao nhất không gây chết chuột (0%), liều thấp nhất gây chết chuột hoàn toàn (100%) và các liều trung gian. Theo dõi tình trạng chung của chuột, quá trình diễn biến bắt đầu có dấu hiệu nhiễm độc (như nôn, co giật, kích động...) và số lượng chuột chết ở mỗi lô trong vòng 72 giờ sau khi cho chuột uống thuốc lần cuối. Tiến hành phẫu tích quan sát tình trạng các tạng ngay sau khi có chuột chết để xác định nguyên nhân gây độc.

- Nghiên cứu độc tính bán trường diễn trên thực nghiệm: Theo qui định của Bộ Y tế Việt Nam [5],[7], hướng dẫn của WHO [6] về đánh giá tính an toàn và hiệu lực của thuốc Y học cổ truyền. Chuột cống trắng được chia ngẫu nhiên thành 3 lô, mỗi lô 10 con. Các chỉ tiêu theo dõi trước và trong quá trình nghiên cứu: Tình trạng chung, thể trọng của chuột; điện tim của chuột ở đạo trình DII; Đánh giá chức phận tạo máu; chức năng gan, chức năng thận và mô bệnh học. Các thông số theo dõi được kiểm tra vào trước lúc uống thuốc, sau 45 ngày, và sau 90 ngày uống thuốc.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo các phương pháp thống kê y sinh học, so sánh bằng anova test sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu độc tính cấp

Bảng 1. Độc tính cấp theo đường uống của viên nang Y10 trên chuột nhắt trắng

Lô chuột	Số chuột thí nghiệm	Liều dùng (g/kg thể trọng)	Thể tích cho uống	Số chuột sống/chết sau 72 giờ	Số chuột sống/chết sau 7 ngày
----------	---------------------	----------------------------	-------------------	-------------------------------	-------------------------------

Lô 1	10	11,0	25 mL/kg x 3 lần	10/0	10/0
Lô 2	10	13,0	25 mL/kg x 3 lần	10/0	10/0
Lô 3	10	15,0	25 mL/kg x 3 lần	10/0	10/0
Lô 4	10	17,0	25 mL/kg x 3 lần	10/0	10/0
Lô 5	10	19,0	25 mL/kg x 3 lần	10/0	10/0
Lô 6	10	21,0	25 mL/kg x 3 lần	10/0	10/0
Lô 7	10	23,0	25 mL/kg x 3 lần	10/0	10/0
Lô 8	10	25,0	25 mL/kg x 3 lần	10/0	10/0

Chuột nhắt trắng được uống thuốc thử với các mức liều khác nhau từ liều thấp nhất là 11,0g/kg thể trọng đến liều cao nhất là 25,0g/kg thể trọng, 25mL/kg x 3 lần trong 24 giờ. Chuột đã uống đến liều 25,0g/kg thể trọng là liều tối đa có thể dùng được bằng đường uống để đánh giá độc tính cấp của thuốc thử nhưng không có chuột nào chết, không xuất hiện triệu chứng bất thường nào trong 72 giờ sau uống thuốc lần cuối và trong suốt 7 ngày sau uống thuốc. Như vậy, với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống

trong 24h là 25,0g/kg thể trọng không xuất hiện độc tính cấp, chưa thấy có LD₅₀ của viên nang Y10 theo đường uống trên chuột nhắt trắng.

3.2. Kết quả nghiên cứu độc tính bán trường diễn: Chuột cống trắng được theo dõi hàng ngày về tình trạng chung gồm hoạt động, ăn uống, tình trạng lông, da, niêm mạc, chất tiết. Các chuột ở cả lô chứng và các lô dùng viên nang Y10 đều hoạt động bình thường. Chuột lông mượt, da niêm mạc bình thường, ăn uống bình thường, phân thành khuôn.

Bảng 2. Ảnh hưởng của viên nang Y10 đối với thể trọng chuột (n = 10, $\bar{x} \pm SD$)

Thời điểm XN	Lô chứng (1)	Lô trị 1 (2)	Lô trị 2 (3)	Pso sánh giữa các lô
Trọng lượng cơ thể				
Trước thí nghiệm (a)	168,60 ± 4,99	170,20 ± 6,21	169,60 ± 3,95	$p_{2-1} > 0,05$ $p_{3-1} > 0,05$ $p_{3-2} > 0,05$
Sau 45 ngày (b)	192,90 ± 6,47	193,20 ± 6,09	194,20 ± 8,70	$p_{2-1} > 0,05$ $p_{3-1} > 0,05$ $p_{3-2} > 0,05$
Sau 90 ngày (c)	212,50 ± 6,74	209,50 ± 6,64	210,80 ± 10,32	$p_{2-1} > 0,05$ $p_{3-1} > 0,05$ $p_{3-2} > 0,05$
Pso sánh trong cùng lô	$p_{b,c-a} < 0,01; p_{c-b} < 0,01$			-

So sánh trong cùng lô giữa các thời điểm sau so với trước thấy thể trọng chuột của cả ba lô nghiên cứu đều tăng, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. So với giữa các lô tại cùng thời điểm nghiên cứu, thể trọng chuột của các lô không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy viên nang Y10 với các mức liều và thời gian sử dụng trong nghiên cứu không gây ảnh hưởng đến sự phát triển thể trọng của chuột.

3.2.1. Ảnh hưởng của viên nang Y10 đối với điện tim chuột.

Bảng 3. Ảnh hưởng của viên nang Y10 đối với điện tim chuột (n = 10, $\bar{x} \pm SD$)

Thời điểm xét nghiệm	Lô chứng (1)	Lô trị 1 (2)	Lô trị 2 (3)	Pso sánh giữa các lô
Tần số tim (CK/phút, $\bar{x} \pm SD$)				
Trước thí nghiệm (a)	490,40 $\pm$ 17,39	489,80 $\pm$ 18,46	491,70 $\pm$ 14,33	$p_{2-1} > 0,05$
Sau 45 ngày (b)	486,10 $\pm$ 13,20	488,30 $\pm$ 15,03	492,50 $\pm$ 13,75	$p_{3-2} > 0,05$
Sau 90 ngày (c)	489,20 $\pm$ 15.89	490,30 $\pm$ 10,94	488,50 $\pm$ 10,74	$p_{3-1} > 0,05$
Pso sánh trong cùng lô	$p_{b,c-a} > 0,05; p_{c-b} > 0,05$			-
Biên độ (mV, $\bar{x} \pm SD$)				
Trước thí nghiệm (a)	0,316 $\pm$ 0,045	0,315 $\pm$ 0,039	0,315 $\pm$ 0,04	$p_{2-1} > 0,05$
Sau 45 ngày (b)	0,315 $\pm$ 0,040	0,314 $\pm$ 0,037	0,314 $\pm$ 0,03	$p_{3-2} > 0,05$
Sau 90 ngày (c)	0,317 $\pm$ 0,045	0,316 $\pm$ 0,035	0,327 $\pm$ 0,04	$p_{3-1} > 0,05$
Pso sánh trong cùng lô	$p_{b,c-a} > 0,05; p_{c-b} > 0,05$			-
Sóng bất thường	Không	Không	Không	-

So sánh các lô với nhau và trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm, tần số và biên độ của điện tim chuột không có sự thay đổi ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Không có sóng bất thường trên điện tim của các lô chuột tại các thời điểm nghiên cứu. Như vậy viên nang Y10 với các mức liều và thời gian sử dụng trong nghiên cứu chưa thấy gây ra các thay đổi trên điện tim chuột.

3.2.2. Ảnh hưởng của viên nang Y10 đối với một số chỉ tiêu huyết học, sinh hóa của chuột.

Bảng 4. Ảnh hưởng của viên nang Y10 lên số lượng hồng cầu và hàm lượng huyết sắc tố trong máu chuột ($n = 10, \bar{x} \pm SD$)

Thời điểm XN	Lô chứng (1)	Lô trị 1 (2)	Lô trị 2 (3)	Pso sánh giữa các lô
Số lượng hồng cầu chuột (x10 ¹² g/l)				
Trước thí nghiệm (a)	5,79 ± 0,64	5,66 ± 0,76	5,88 ± 1,06	p ₂₋₁ > 0,05 p ₃₋₂ > 0,05 p ₃₋₁ > 0,05
Sau 45 ngày (b)	5,96 ± 0,75	5,86 ± 0,99	5,94 ± 0,43	
Sau 90 ngày (c)	5,99 ± 0,48	5,82 ± 0,64	5,98 ± 0,69	
Pso sánh trong cùng lô	p _{b,c-a} > 0,05;p _{c-b} > 0,05			-
Hàm lượng huyết sắc tố trong máu chuột (g/dL)				
Trước thí nghiệm (a)	110,70 ± 3,94	106,50 ± 5,36	111,80 ± 16,73	p ₂₋₁ > 0,05 p ₃₋₂ > 0,05 p ₃₋₁ > 0,05
Sau 45 ngày (b)	108,70 ± 3,28	103,20 ± 3,73	110,40 ± 7,99	
Sau 90 ngày (c)	113,50 ± 2,72	110,30 ± 3,33	116,30 ± 14,21	
Pso sánh trong cùng lô	p _{b,c-a} > 0,05;p _{c-b} > 0,05			-

So sánh các lô với nhau và trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm, số lượng hồng cầu và hàm lượng huyết sắc tố trong máu chuột thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy viên nang Y10 với các mức liều và thời gian sử dụng trong nghiên cứu chưa thấy gây ra các thay đổi trên các chỉ tiêu về số lượng hồng cầu và hàm lượng huyết sắc tố trong máu chuột.

Bảng 5. Ảnh hưởng của viên nang Y10 lên số lượng bạch cầu và tiểu cầu trong máu chuột ($n = 10, \bar{x} \pm SD$)

Thời điểm XN	Lô chứng (1)	Lô trị 1 (2)	Lô trị 2 (3)	Pso sánh giữa các lô
Số lượng bạch cầu (G/l)				
Trước thí nghiệm (a)	8,62 ± 2,15	8,38 ± 3,07	8,48 ± 2,99	p ₂₋₁ > 0,05
Sau 45 ngày (b)	7,70 ± 3,30	8,16 ± 3,86	8,25 ± 3,92	p ₃₋₂ > 0,05
Sau 90 ngày (c)	8,17 ± 2,26	8,68 ± 3,02	8,71 ± 2,82	p ₃₋₁ > 0,05
Pso sánh trong cùng lô	p _{b,c-a} > 0,05;p _{c-b} > 0,05			-
Số lượng tiểu cầu (G/l)				
Trước thí nghiệm (a)	338,50±105,34	336,00 ± 82,32	341,60±91,36	p ₂₋₁ > 0,05
Sau 45 ngày (b)	355,00 ± 18,21	306,70 ± 62,97	297,30±104,44	p ₃₋₂ > 0,05
Sau 90 ngày (c)	403,10±126,09	377,00±121,81	326,0± 114,77	p ₃₋₁ > 0,05
Pso sánh trong cùng lô	p _{b,c-a} > 0,05;p _{c-b} > 0,05			-

So sánh các lô với nhau và trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm, số lượng bạch cầu và số lượng tiểu cầu trong máu chuột thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy viên nang Y10 với các mức liều và thời gian sử dụng trong nghiên cứu chưa thấy gây ra các thay đổi trên các chỉ tiêu về số lượng bạch cầu và số lượng tiểu cầu trong máu chuột.

Bảng 6. Ảnh hưởng của viên nang Y10 đối với hoạt độ AST và ALT ($n = 10, \bar{x} \pm SD$)

Thời điểm XN	Lô chứng (1)	Lô trị 1 (2)	Lô trị 2 (3)	Pso sánh giữa các lô
Hoạt độ AST (UI/l)				
Trước thí nghiệm (a)	116,10±51,21	107,40±67,22	104,00±15,45	$p_{2-1} > 0,05$
Sau 45 ngày (b)	102,10±30,20	92,60±17,87	103,40±45,94	$p_{3-2} > 0,05$
Sau 90 ngày (c)	119,20±53,26	96,60±18,26	96,30±22,45	$p_{3-1} > 0,05$
Pso sánh trong cùng lô	$p_{b,c-a} > 0,05; p_{c-b} > 0,05$			-
Hoạt độ ALT (UI/l)				
Trước thí nghiệm (a)	39,70±13,10	40,00±11,79	45,40±9,86	$p_{2-1} > 0,05$
Sau 45 ngày (b)	33,20±13,64	30,50±15,36	36,10±10,66	$p_{3-2} > 0,05$
Sau 90 ngày (c)	39,60±21,78	39,70±11,45	38,70±10,09	$p_{3-1} > 0,05$
Pso sánh trong cùng lô	$p_{b,c-a} > 0,05; p_{c-b} > 0,05$			-

So sánh các lô với nhau và trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm, hoạt độ các enzym AST và ALT trong máu của chuột thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy viên nang Y10 với các mức liều và thời gian sử dụng trong nghiên cứu không làm thay đổi hoạt độ các enzym AST và ALT có ý nghĩa thống kê, cho thấy viên nang Y10 không gây ra hủy hoại tế bào gan trên chuột nghiên cứu.

Bảng 7. Ảnh hưởng của viên nang Y10 lên các chỉ số albumin và bilirubin toàn phần trong máu ($n = 10$, $\bar{x} \pm SD$)

Thời điểm XN	Lô chứng (1)	Lô trị 1 (2)	Lô trị 2 (3)	Pso sánh giữa các lô
Albumin huyết tương (g/l)				
Trước thí nghiệm (a)	41,20±2,70	39,30±2,26	38,50±3,03	p ₂₋₁ > 0,05
Sau 45 ngày (b)	40,20±1,48	40,00±2,71	40,30±4,57	p ₃₋₂ > 0,05
Sau 90 ngày (c)	41,10±2,51	39,30±1,25	39,10±2,03	p ₃₋₁ > 0,05
Pso sánh trong cùng lô	p _{b,c-a} > 0,05; p _{c-b} > 0,05			-
Bilirubin toàn phần (μmol/L)				
Trước thí nghiệm (a)	87,56±59,66	105,20±41,75	89,10±44,35	p ₂₋₁ > 0,05
Sau 45 ngày (b)	117,44±43,77	109,00±27,60	122,00±47,23	p ₃₋₂ > 0,05
Sau 90 ngày (c)	89,56±46,34	128,67±38,25	116,10±53,11	p ₃₋₁ > 0,05
Pso sánh trong cùng lô	p _{b,c-a} > 0,05; p _{c-b} > 0,05			-

So sánh các lô với nhau và trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm, các chỉ số albumin và bilirubin toàn phần máu chuột thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy viên nang Y10 với các mức liều và thời gian sử dụng trong nghiên cứu không làm thay đổi các chỉ số albumin và bilirubin toàn phần trong máu chuột nghiên cứu.

Bảng 8. Ảnh hưởng của viên nang Y10 lên cholesterol toàn phần trong máu ($n = 10$, $\bar{x} \pm SD$)

Thời điểm XN	Lô chứng (1)	Lô trị 1 (2)	Lô trị 2 (3)	Pso sánh giữa các lô
Cholesterol toàn phần (mmol/l)				
Trước thí nghiệm (a)	1,89 ± 0,95	1,76 ± 0,51	1,50 ± 0,19	$p_{2-1} > 0,05$
Sau 45 ngày (b)	1,66 ± 0,75	1,65 ± 0,75	1,59 ± 0,43	$p_{3-1} > 0,05$
Sau 90 ngày (c)	1,72 ± 0,63	1,68 ± 1,25	1,65 ± 0,90	$p_{3-2} > 0,05$
Pso sánh trong cùng lô	$p_{b,c-a} > 0,05; p_{c-b} > 0,05$			-

So sánh các lô với nhau và trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm, nồng độ cholesterol máu chuột thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy viên nang Y10 với các mức liều và thời gian sử dụng trong nghiên cứu không làm thay đổi nồng độ cholesterol toàn phần trong máu chuột nghiên cứu.

Bảng 9. Ảnh hưởng của viên nang Y10 lên nồng độ creatinin máu chuột ($n = 10$, $\bar{x} \pm SD$)

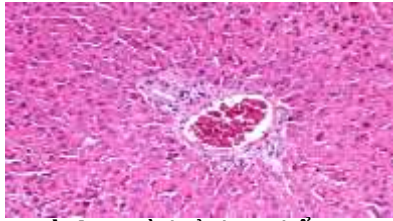
Thời điểm XN	Lô chứng (1)	Lô trị 1 (2)	Lô trị 2 (3)	Pso sánh giữa các lô
Creatinin (μmol/l)				
Trước thí nghiệm (a)	77,10 ± 11,90	71,70 ± 11,66	74,50 ± 6,60	$p_{2-1} > 0,05$
Sau 45 ngày (b)	83,50 ± 22,83	83,10 ± 15,07	84,60 ± 21,58	$p_{3-2} > 0,05$
Sau 90 ngày (c)	74,30 ± 8,50	72,40 ± 21,50	80,90 ± 9,09	$p_{3-1} > 0,05$
Pso sánh trong cùng lô	$p_{b,c-a} > 0,05; p_{c-b} > 0,05$			-

So sánh các lô với nhau và trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm, nồng độ creatinin máu chuột thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Như vậy viên nang Y10 với các mức liều và thời gian sử dụng trong nghiên cứu không làm thay đổi nồng độ creatinin trong máu chuột nghiên cứu.

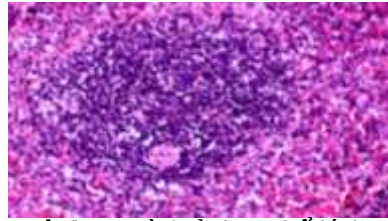
3.2.3. Kết quả mô bệnh học tạng của chuột thí nghiệm: Quan sát đại thể bằng mắt thường và dưới kính lúp có độ phóng đại 25 lần thấy, hình ảnh đại thể các tạng gan, lách, thận của chuột ở các lô trị 1, lô trị 2 là các lô cho uống Y10, có màu nâu đỏ thẫm đồng đều, bề mặt nhẵn, không có u cục hoặc xuất huyết, có đàn hồi khi ấn xuống, không khác biệt so với hình ảnh gan, lách, thận của chuột ở lô chứng.

Các tiêu bản mô bệnh học đọc tại Bộ môn khoa Giải phẫu bệnh - Pháp y, Bệnh viện Quân y 103. Kết quả nghiên cứu về mô bệnh học gan, lách, thận chuột cho thấy viên nang Y10 dùng đường uống với liều 140mg/kg/24h và liều 420mg/kg/24h liên tục trong 90 ngày, không gây tổn thương trên gan, thận, lách của chuột.

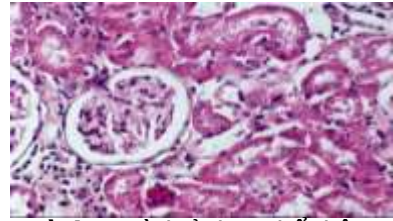
Hình ảnh mô bệnh học gan, lách, thận chuột sau 90 ngày uống thuốc



Hình 1: Hình ảnh vi thể gan chuột lô trị 1 (chuột 13, lô trị 1). HE, x 400



Hình 2: Hình ảnh vi thể lách chuột lô trị 1 (chuột 15, lô trị 1). HE, x 400



Hình 3: Hình ảnh vi thể thận chuột lô trị 1 (chuột 16, lô trị 1). HE, x 400

IV. BÀN LUẬN

Theo quy định của Bộ Y tế Việt Nam [7] cũng như hướng dẫn của tổ chức y tế thế giới [6], ngoại trừ các bài thuốc cổ phương được chiết xuất theo phương pháp truyền thống, tất cả các thuốc có nguồn gốc từ dược liệu đều phải đánh giá độc tính cấp và bán trường diễn trên động vật thực nghiệm trước khi đưa vào thử nghiệm trên người. Viên nang Y10 được bào chế theo phương pháp hiện đại từ dược liệu là lộc nhung (*Cornu cervi parvum*) và đông trùng hạ thảo (*Cordyceps militaris*), do đó là đối tượng cần được đánh giá về độc tính cấp và độc tính bán trường diễn.

- Về độc tính cấp của viên nang Y10: Kết quả nghiên cứu độc tính cấp theo đường uống của viên nang Y10 cho thấy, với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24h là 25,0g/kg thể trọng không xuất hiện độc tính cấp, chưa thấy có LD₅₀ của viên nang Y10 theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Liều điều trị dự kiến sử dụng trên người của viên nang Y10 là 2-4 viên/người 50kg/24h, tức là 0,02 - 0,04g/kg/24h. Quy đổi ra liều trên chuột nhắt trắng (hệ số quy đổi 12) ta được liều điều trị là 0,24 - 0,48g/kg/24h. Mức liều 25g/kg gấp 104,17 - 52,08 lần so với liều điều trị. Ở mức liều cao như vậy mà chưa có LD₅₀, chưa thấy xuất hiện biểu hiện bất thường nào chứng tỏ viên nang Y10 có tính an toàn cao trong thử nghiệm độc tính cấp.

- Về độc tính bán trường diễn của viên nang Y10: Theo hướng dẫn của Tổ chức Y tế thế giới [6] và quy định của Bộ y tế Việt Nam [5], thời gian nghiên cứu bán trường diễn trên động vật thường gấp 4 lần thời gian dự kiến dùng trên người. Tuy nhiên, nếu nghiên cứu trên động vật trong thời gian quá dài, đặc biệt khi cho động vật dùng thuốc cường bức (qua kim cong đầu tù), một số yếu tố nhiễu có thể ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Theo quy định của Mỹ [5], và đang được áp dụng tại các cơ sở nghiên cứu trong nước, nếu thời gian dự định sử dụng trên người là dùng hàng ngày trên 30

ngày thì thời gian nghiên cứu bán trường diễn trên động vật là 3 tháng. Viên nang Y10 được sử dụng với mục đích điều trị vô sinh nam, làm tăng cường khả năng sinh tinh, cần được sử dụng dài ngày (2-3 tháng). Kết quả nghiên cứu độc tính bán trường diễn của viên nang Y10 cho thấy ở liều 140mg/kg/ngày (tương đương liều điều trị quy đổi từ người sang chuột cống với hệ số quy đổi là 7) và liều 420mg/kg/ngày (gấp 3 lần liều 1), dùng liên tục trong 90 ngày (3 tháng) không gây ảnh hưởng lên tất cả các chỉ tiêu nghiên cứu. Kết quả này bảo đảm được tính an toàn của chế phẩm khi dự kiến sử dụng trên người hàng ngày trong thời gian dài.

V. KẾT LUẬN

- Chưa tìm thấy LD₅₀ của viên nang Y10 theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống là 25,0g/kg thể trọng mà không gây chết chuột nào, không có biểu hiện nào của độc tính cấp.

- Trên các lô chuột cống trắng cho uống viên nang Y10 liều 140mg/kg/24h và liều 420mg/kg/24h, liên tục trong 90 ngày, cho thấy, tình trạng chung gồm hoạt động, ăn uống, tình trạng lông, da, niêm mạc, chất tiết của chuột bình thường. Không gây ảnh hưởng các sóng điện tim chuột ở đạo trình DII; Không làm thay đổi các chỉ số huyết học (hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit, thể tích trung bình hồng cầu, số lượng và công thức bạch cầu, số lượng tiểu cầu), các chỉ tiêu sinh hóa máu (hoạt độ các enzym AST, ALT, Bilirubin toàn phần, Albumin, Cholesterol toàn phần và Creatinin) và không gây tổn thương mô bệnh học gan, lách, thận.

Như vậy viên nang Y10 an toàn ở các mức liều dùng và thời gian sử dụng trong nghiên cứu thực nghiệm trên chuột cống trắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Trung Hải (2015), "Vô sinh, hiếm muộn và một số vấn đề cần quan tâm trong các đơn vị Quân đội", *Tạp chí y học Quân sự*, số 305 (3-4/2015).

2. **Trần Quán Anh, Trần Thị Trung Chiến, Lê Văn Vệ** (2009), "Vô sinh nam giới", *Bệnh học giới tính nam*, NXB Y học. tr. 253-323.
3. **Viện Y học cổ truyền quân đội** (2002) "Chứng bệnh vô sinh do nam giới", *Kết hợp đông, tây y chữa một số bệnh khó*, NXB Y học, tr. 278-87.
4. **Hải Thượng Lãn Ông** (2001), *Hải Thượng Lãn Ông Y tông tâm lĩnh*, Tái bản nguyên bản, NXB Y học, tập 1-2, tr.265-75, 423-24, 432-41, 550-71.
5. **Đỗ Trung Đàm** (2014). Phương pháp xác định độc tính của thuốc. Nhà xuất bản y học.
6. **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.
7. **Bộ Y Tế** (2007), Quyết định số 01/2007/ QĐ-BYT về việc ban hành "quy định về thử thuốc trên lâm sàng".

TƯƠNG QUAN GIỮA MỨC ĐỘ KIỂM SOÁT GLUCOSE MÁU VỚI TEST MONOFILAMENT TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Phan Hồng Long*, Nguyễn Thị Bình*

TÓM TẮT⁴²

Nghiên cứu được tiến hành trên 24 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 có tổn thương thần kinh ngoại biên với test Monofilament dương tính, nhằm đánh giá tương quan giữa mức độ kiểm soát glucose máu và mức độ tổn thương (số vị trí mất nhận cảm) với test Monofilament. Kết quả cho thấy tổn thương thần kinh ngoại biên ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu là rối loạn cảm giác biểu hiện bằng tê bì, dị cảm; thời gian mắc bệnh càng dài, mức độ kiểm soát glucose máu HbA1c càng kém thì số vị trí tổn thương thần kinh qua thăm khám Monofilament càng lớn.

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, Monofilament, biến chứng thần kinh ngoại vi

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN THE BLOOD GLUCOSE HbA1c CONTROL AND TEST MONOFILAMENT IN DIABETIC TYPE 2 PATIENTS

This study was conducted to evaluate the relationship between test Monofilament and control level of blood glucose HbA1c. Studying was carried on 24 diagnostic diabetic type 2 patient, whose have peripheral neuropathy complication with positive test Monofilament. The results show: The mainly clinical symptom in studying group is numbness. The time of diabetic diagnostic and control level of HbA1c have correlation with Monofilament test, the longer the time of diabetic diagnostic the higher the number of positive point in the foot with Monofilament test and the worse the control level of HbA1c the higher the number of positive point in the foot with Monofilament test.

Keywords: Diabetic type 2, Monofilament, peripheral neuropathy complication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến chứng thần kinh ngoại vi ở người bệnh Đái tháo đường type 2 là một biến chứng hay gặp nhưng thường được phát hiện muộn do triệu chứng nghèo nàn, người bệnh ít để ý tới; là biến chứng ít gây tử vong nhưng gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống hàng ngày của người bệnh do tình trạng rối loạn về cảm giác gây ra và những tổn thương khó hồi phục về vận động như teo cơ, yếu liệt gây ra [1]. Biến chứng thần kinh ngoại vi phối hợp với bệnh lý thần kinh tự động và nhiễm trùng là những yếu tố làm bệnh nhân dễ trở thành người tàn phế như tắc mạch chi, hoại tử và loét bàn chân ở người đái tháo đường, làm cho tỷ lệ cắt cụt chi do biến chứng thần kinh ngày càng cao [2]. Vì vậy việc chẩn đoán sớm trở thành yếu tố quyết định trong điều trị và tiên lượng tổn thương thần kinh ngoại vi ở người đái tháo đường.

Một số phương pháp được dùng để đánh giá tổn thương thần kinh ngoại vi như đánh giá cảm giác bằng kích thích rung, cảm giác nhiệt bằng kích thích dùng nhiệt độ nóng, lạnh, đo dẫn truyền thần kinh. Phương pháp đo dẫn truyền thần kinh cho kết quả có độ nhạy, độ đặc hiệu cao nhưng thực hiện khá phức tạp, tốn thời gian, chi phí cao cho nên thường không được sử dụng rộng rãi để đánh giá. Test Monofilament, phương pháp đánh giá tổn thương thần kinh sử dụng sợi dây đặt lên da người bệnh bằng lực ép, nhằm đánh giá sự mất hoặc giảm cảm giác áp lực trên da ở người bệnh đái tháo đường có biến chứng thần kinh ngoại vi, dụng cụ sàng lọc đơn giản, thực hiện được nhanh và có thể áp dụng rộng rãi tại các tuyến y tế cơ sở, được hiệp hội đái tháo đường Mỹ khuyến dùng trong việc kiểm tra các biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân đái tháo đường.

Nghiên cứu mối tương quan giữa mức độ kiểm soát glucose máu HbA1C, mức độ rối loạn cảm giác

*Trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bình

Email: binh.bm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 8.6.2017

trên lâm sàng và test Monofilament nhằm đánh giá giá trị của test trong nhóm bệnh nhân đái tháo đường type 2 có test Monofilament dương tính

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2017, có 24 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường type 2 tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân chẩn đoán Đái tháo đường type 2:

- Bệnh nhân được chẩn đoán Đái tháo đường theo tiêu chuẩn của ADA 2017 [4].
- Tuổi được phát hiện Đái tháo đường >35 tuổi
- Khởi phát bệnh từ từ, triệu chứng nghèo nàn, diễn biến âm thầm
- Có thể kiểm soát đường máu bằng chế độ ăn, sinh hoạt, luyện tập nhưng cũng có thể cần điều trị bằng thuốc hạ đường máu và/ hoặc insulin, bệnh ổn định lâu dài

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân có test Monofilament dương tính: Những bệnh nhân có mất nhận cảm từ 2 vị trí trở lên trong 10 vị trí khám mỗi bàn chân ở cả 2 bàn chân (hình 1).

Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân không đồng ý phối hợp tham gia nghiên cứu;
- Bệnh nhân có nguy cơ tổn thương thần kinh ngoại biên do nguyên nhân khác: Yếu tố gia đình, các bệnh thần kinh do di truyền, nghiện rượu, biểu hiện thiếu vitamin như tê phù, sa sút trí tuệ, tiền sử cắt dạ dày gây bệnh Biermer, bệnh ngoài da
- Tiền sử bệnh thận; Đã sử dụng thuốc INH, vincristin, metronidazole...
- Tiền sử ngộ độc hoá chất: chì, asen
- Những bệnh nhân không thăm khám được bằng Monofilament: có tổn thương loét bàn chân vùng thăm khám; cắt cụt chi

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang
- Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất.

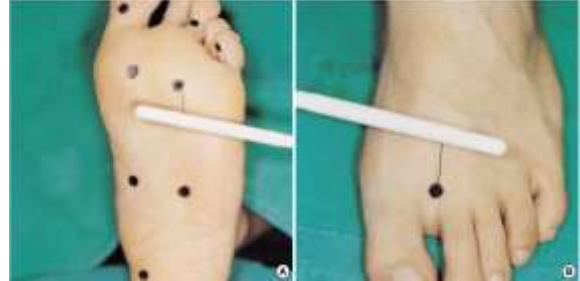
Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- **Hỏi bệnh:**
 - + Thời gian mắc bệnh đái tháo đường, tuổi, tuân thủ điều trị.
 - + Tình trạng rối loạn cảm giác nông: Cảm giác tê bì như kiến bò, cảm giác bỏng rát, cảm giác đau
- **Khám bệnh:**
 - + Tình trạng da, móng, chai chân

+ Đánh giá tình trạng nhóm cơ bàn chân, kém vận động, teo cơ

+ Thăm khám bằng Monofilament: Sử dụng loại Monofilament 5.07/10g, tiến hành thăm khám ở 10 vị trí của bàn chân (hình 1)



Hình 1: Các vị trí thăm khám Monofilament ở bàn chân

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu thu thập được ghi lại vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

Đạo đức nghiên cứu: Bệnh nhân tham gia đều được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, được mã hoá trong khi nhập số liệu

III- KẾT QUẢ

3.1. Thời gian phát hiện bệnh

Bảng 3.1 Thời gian phát hiện bệnh

Thời gian phát hiện bệnh	Số bệnh nhân (n=24)	Tỷ lệ (%)
< năm	9	37,5
5-10 năm	5	20,8
> 10 năm	10	41,7

41,7% số bệnh nhân phát hiện bệnh >10 năm, 20,8% phát hiện bệnh từ 5-10 năm, 37,5% số bệnh nhân phát hiện bệnh <5 năm

3.2. Tỷ lệ kiểm soát glucose máu theo HbA1c

Bảng 3.2. Tỷ lệ mức kiểm soát glucose máu theo HbA1c

HbA1c	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
HbA1c < 7,0%	1	4,2
7,0% ≤ HbA1c ≤ 8,0%	4	16,7
HbA1c > 8%	19	79,1
Tổng	24	100,0

Nhóm kiểm soát glucose máu kém chiếm tỷ lệ cao nhất 79,1%, nhóm kiểm soát mức độ trung bình 16,7%, nhóm kiểm soát glucose máu tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,2%

3.3. Biểu hiện tổn thương bàn chân

Bảng 3.3. Các biểu hiện tổn thương ở bàn chân

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
-------------	--------------	---------

Rối loạn cảm giác chủ quan	14	58,3
Teo cơ	9	37,5
Yếu cơ	9	37,5
Tổn thương loét bàn chân	0	0,0

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cảm giác chủ quan chiếm cao nhất 58,3%, có 37,5% bệnh nhân có biến chứng teo và yếu cơ, không có bệnh nhân nào bị tổn thương loét bàn chân.

Bảng 3.4. Số vị trí giảm/mất cảm giác với Monofilament

Số vị trí bệnh nhân không nhận cảm được áp lực của Monofilament	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
3- 4	8	33,3
5- 6	12	50,0
7- 8	4	16,7
≥ 9	0	0,0

Bảng 3.5. Tương quan giữa rối loạn cảm giác chủ quan với khám Monofilament

Rối loạn cảm giác chủ quan Khám Monofilament	Không		Có		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Mất cảm nhận ≤ 3 điểm	1	100	1	0,0	0,810
Mất cảm nhận 4- 5 điểm	6	42,8	8	57,2	0,808
Mất cảm nhận > 5 điểm	3	33,3	6	66,7	0,543

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cảm giác chủ quan cao nhất ở nhóm mất nhận cảm >5 điểm là 66,7%, nhóm 4-5 điểm 57,2%. 1 bệnh nhân mất cảm nhận với 3 điểm nhưng không có rối loạn cảm giác chủ quan

3.5. Tương quan giữa mức độ kiểm soát glucose máu HbA1c với số vị trí mất nhận cảm Monofilament

Khám Monofilament	Nhóm kiểm soát tốt	Nhóm kiểm soát chưa tốt	Nhóm kiểm soát kém	p
2-4 điểm	2	2	5	0.115
>4 điểm	0	2	13	0.047

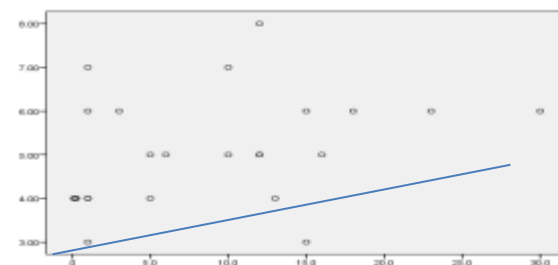
Số vị trí mất nhận cảm với Monofilament >4 điểm chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém và chưa tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, nhóm bệnh nhân tổn thương 2-4 điểm với Monofilament gặp chủ yếu ở nhóm kiểm soát kém, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV- BÀN LUẬN

Thời gian phát hiện bệnh chính xác là thời gian mắc bệnh, nhưng trên thực tế hầu hết bệnh nhân Đái tháo đường type 2 chỉ khi có triệu chứng rõ ràng hoặc tình cờ phát hiện glucose máu cao và họ hoàn toàn không biết là glucose máu của mình vượt ngưỡng để chẩn đoán Đái tháo đường từ khi nào. Trong 24 đối tượng tham gia vào nghiên cứu, có một số bệnh nhân phát hiện bệnh dưới 1 năm nhưng cũng có những bệnh nhân đã mắc bệnh kéo dài trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 41,7%, số thời gian phát hiện bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $8,8 \pm 8,1$ năm. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới cũng như trong nước, với thời gian mắc bệnh trên 10 năm khả

50% số bệnh nhân mất cảm giác ở 5-6 vị trí ở cả 2 bàn chân, 33,3% mất cảm giác ở 3-4 vị trí, 16,7% mất cảm giác ở 7-8 vị trí, không có bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu bị mất cảm nhận từ 9 vị trí trở lên.

3.4. Tương quan giữa thời gian phát hiện bệnh với thăm khám Monofilament



Có mối tương quan tuyến tính trung bình giữa số vị trí mất nhận cảm Monofilament và thời gian mắc bệnh với hệ số tương quan $r=0,326$ ($p=0,071$)

năng xuất hiện biến chứng, đặc biệt là biến chứng thần kinh ngoại vi là thường gặp. Theo Feldmen 50% bệnh nhân Đái tháo đường type 2 mới phát hiện có xuất hiện biến chứng thần kinh ngoại vi trên lâm sàng [3]

HbA1c hay Hemoglobin A1c là chỉ số thể hiện huyết sắc tố gắn glucose, khi glucose máu tăng độ tập trung glucose trong hồng cầu cao dẫn đến tỷ lệ Hemoglobin gắn glucose tăng lên, HbA1c cho phép đánh giá tình trạng glucose máu trong vòng 3 tháng. Tỷ lệ lớn bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có HbA1c ở mức kiểm soát kém 79,2%, cho thấy việc kiểm soát glucose máu trong 3 tháng qua của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là không tốt, một trong những nguyên nhân là do việc quản lý cũng như

tuan thủ điều trị của bệnh nhân chưa được thực hiện tốt, nguyên nhân chính là do việc tiến hành khám sức khoẻ định kỳ chưa được thực hiện vì thể bệnh thường được phát hiện muộn, khi đã bắt đầu có biến chứng, mất cân bằng glucose máu. Điều này lý giải được do đối tượng của nhóm nghiên cứu là những bệnh nhân có test Monofilament dương tính.

Biến chứng thần kinh ngoại vi xuất hiện khá âm thầm, các biểu hiện lâm sàng đa dạng, trong 24 bệnh nhân nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân tổn thương rối loạn cảm giác chiếm 58,3% với biểu hiện chủ yếu là tê bì, rát bỏng, bệnh nhân mô tả cảm giác như có kiến bò ở cẳng chân, bàn chân, cẳng tay, thân mình làm bệnh nhân khó chịu, triệu chứng thường gặp ở chi dưới. Hai bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu mô tả có cảm giác bỏng rát ở bàn chân, lòng bàn chân của bệnh nhân nóng rất như có lửa đốt khiến bệnh nhân muốn ngâm chân vào nước mát và không dám đi chân trần trên mặt đất mà phải đi tất. Đáp ứng với kích thích bằng áp lực của test Semmes-Weinstein Monofilament là tế bào cảm giác có sợi trục A delta có myeline, đường kính lớn và sợi C, không có myelin [4]. Theo Pfeifer tổn thương thần kinh ở người Đái tháo đường gồm hai giai đoạn: tổn thương rối loạn chuyển hoá và tổn thương cấu trúc. Ở giai đoạn đầu, yếu tố rối loạn chuyển hoá chiếm ưu thế (qua các cơ chế hoạt hóa quá trình đa chức rượu, thiếu myoinositol, tăng liên kết glucose với protein, tăng liên kết glucose với men, hoạt hóa quá trình oxy hóa và tạo phức hợp miễn dịch [5], [6], lúc này tế bào thần kinh đã có những biến đổi về chức năng nhưng chưa có những thay đổi về cấu trúc, biểu hiện là bệnh nhân rối loạn cảm giác chủ quan có thể hồi phục nếu đường huyết được kiểm soát chặt chẽ. Ở giai đoạn muộn, khi cấu trúc đã bị biến đổi (có sự tham gia của cơ chế vi mạch trong tổn thương thần kinh), tế bào thần kinh không còn khả năng hồi phục và triệu chứng rối loạn cảm giác sẽ tồn tại dai dẳng.

Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cảm giác chủ quan cao nhất ở nhóm mất cảm nhận > 5 điểm với Monofilament là 66,7%, nhóm 4- 5 điểm là 57,2%. Điều này cho thấy tỷ lệ phát hiện tổn thương bằng Monofilament ở những bệnh nhân rối loạn cảm giác là khá cao. Jacquelién Dros nghiên cứu biến chứng thần kinh ngoại vi ở bệnh nhân ĐTĐ bằng thăm khám Monofilament cho thấy độ nhạy của phương pháp này từ 41- 93% và độ đặc hiệu 68- 100% [7].

Có mối tương quan tuyến tính bậc nhất giữa số vị trí mất nhận cảm Monofilament và thời gian

mắc bệnh với mức trung bình với $r = 0,326$ ($p=0,071$). Có nghĩa là số năm mắc bệnh càng dài thì tổn thương thần kinh thăm khám bằng Monofilament càng rõ ràng thể hiện bằng số vị trí mất nhận cảm Monofilament tăng và ngược lại. Phương trình hồi quy tuyến tính bậc nhất giữa số năm phát hiện bệnh và số vị trí mất nhận cảm Monofilament đó là: $y = 0,051x + 4,632$. Dựa vào phương trình này có thể dự đoán được số vị trí mất nhận cảm khi thăm khám bằng Monofilament khi biết tiền sử mắc bệnh và ngược lại. Nhưng dựa vào tiền sử thì không thể biết chính xác bệnh nhân có tổn thương hay không có tổn thương mà chỉ định hướng để theo dõi trên lâm sàng mà điều này thì việc thăm khám bằng Monofilament đánh giá được. Do đó thăm khám Monofilament nên được áp dụng thành quy trình khám và sàng lọc các tổn thương thần kinh trên lâm sàng bệnh nhân ĐTĐ type 2.

Có mối tương quan giữa số vị trí mất cảm giác với test Monofilament với mức độ kiểm soát glucose máu, ở nhóm kiểm soát đường máu kém số vị trí mất cảm giác với Monofilament cao hơn nhóm kiểm soát tốt và chưa tốt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm mất nhận cảm 4 điểm trở lên. Điều này cũng phù hợp với nguyên nhân gây tổn thương thần kinh ngoại biên do kiểm soát glucose không tốt kéo dài.

V. KẾT LUẬN

Biểu hiện rối loạn cảm giác chủ quan với kiểu tê bì như kiến bò hay gặp nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Thời gian mắc bệnh càng dài cũng như mức độ kiểm soát glucose máu kém thì tổn thương thần kinh qua thăm khám Monofilament càng rõ ràng.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bác sỹ, điều dưỡng tại khoa Nội tổng hợp bệnh viện Đại học Y Hà Nội, phòng khám thăm dò chức năng bộ môn Sinh lý học đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association (2006).** Diagnosis and Classification of Diabetes. *Diabetes care*, 29 (suppl 1), p. 42- 48.
2. **King H, Aubert RE, Herman WH (1998).** Global burden of diabetes, 1995- 2025. *prevalence, Diabetes Care* 21, p. 1414- 1431.
3. **Feldman E.L (2010).** Epidemiology and classification of diabetic neuropathy. *Diabetic Med* 5, p. 113- 117.(40)
4. **Svensson P, Baad-Hansen L, Pigg M, et al.** Guidelines and recommendations for assessment of somatosensory function in oro-facial pain

- conditions--a task force report. *J Oral Rehabil* 2011;38(5):366-94.
5. **Nguyễn Duy Mạnh (2007)**. Nghiên cứu biểu hiện tổn thương đa dây thần kinh ở bệnh nhân ĐTĐ type 2. *luận văn Thạc sĩ Y học*, (Trường Đại học Y Hà Nội), tr. 1- 79.
6. **Pfeifer M.A, Beach D.E, Schrage J et al (1993)**. Treatment and practical management of

diabetic somatic neuropathy: a working philosophy for the forgotten complication of diabetes. *International Diabetes Monitor*, 1 (5), p. 1- 7.

7. **Jacqueline Dros, Astrid Wewerinke, Patrick J. Bindels et al (2009)**. Accuracy of Monofilament Testing to Diagnose Peripheral Neuropathy: A Systematic Review. *annals of family medicine*, 7, p. 555-558.

HIỆU QUẢ CỦA SỮA ĐẬU NÀNH BỔ SUNG ARABINOXYLAN TÁCH CHIẾT TỪ CÁM GẠO VỚI SỨC KHỎE NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH

Vũ Thị Thu Hiền¹, Nguyễn Thị Vân Anh²,
Lê Danh Tuyên¹, Hà Anh Đức³

TÓM TẮT⁴³

Nghiên cứu được tiến hành để đánh giá ảnh hưởng của sản phẩm bột đậu nành bổ sung Arabinoxylan với sự thay đổi hàm lượng một số chỉ số hóa sinh, huyết học và tình trạng sức khỏe của người trưởng thành 30- 50 tuổi. Tổng số 120 người đã tham gia khám sàng lọc để chọn được 36 người khỏe mạnh tình nguyện tham gia nghiên cứu. Những người tình nguyện này đã được sử dụng sản phẩm với liều 1g arabinoxylan/người/ngày trong vòng 3 tháng. Trong suốt thời gian nghiên cứu, các đối tượng tham gia đều không có biểu hiện lâm sàng gì đặc biệt, không phát hiện tác dụng phụ của sản phẩm. Các chỉ số đánh giá chức năng gan (GOT, GPT), chức năng thận (ure, creatinin) không thay đổi trước và sau thử nghiệm. Các chỉ số về công thức máu không thay đổi, riêng chỉ số nồng độ Hemoglobin trung bình của hồng cầu tăng lên, hàm lượng cholesterol và LDL-C trong máu giảm, hàm lượng HDL-C tăng lên có ý nghĩa thống kê sau thời gian thử nghiệm.

Từ khóa: Arabinoxylan, hemoglobin.

SUMMARY

EFFECT OF SOY MILK FORTIFIED

ARABINOXYLAN TO HEALTH STATUS OF ADULTS

A study was done to assess effect of soy milk fortified Arabinoxylan to biochemical indicators and health status of adults aged 30-50 years. Total of 120 volunteers were enrolled to screening study, then 36 subjects met criteria were selected to participate the study. These subjects taken soy milk fortified Arabinoxylan, using dose of 1g arabinoxylan/person/day in 3 months. During the study period, there was not any special clinical symptom or side effect observed in all subjects.

¹Viện Dinh dưỡng Quốc Gia

²Viện Công nghiệp Thực phẩm

³Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thu Hiền

Email: vuthithuhen@dinhduong.org.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 8.6.2017

Concentration of GOT, GPT, ure, creatinin in serum had no change from baseline to the end of study. Serum level of Hemoglobin increased, cholesterol và LDL-C decreased, and HDL-C increased significantly after 3 months of intervention.

Key word: Arabinoxylan, hemoglobin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những nghiên cứu gần đây cho thấy cám gạo và chế độ ăn uống có thể gây tác động có lợi đối với một số loại ung thư, chẳng hạn như vú, phổi, gan, và ung thư đại trực tràng [1-2]. Arabinoxylan đã được chứng minh hoàn toàn không độc hại, xét nghiệm độc tính [2] và thử nghiệm trên người sử dụng liều lên đến 45mg/kg/ngày trong khoảng thời gian sáu tháng đã tìm thấy không có bất thường trong sinh hóa máu hoặc men gan (SGOT và SGPT). Ngoài ra, các nghiên cứu trước đây còn chứng minh: bột đậu nành có chứa isoflavon làm giảm cholesterol, giảm chứng xơ vữa động mạch, tăng hoạt động của các mạch máu, là TP sẵn có và rẻ tiền ở VN. Chính vì các tác dụng của Arabinoxylan và bột đậu nành, trường ĐHKHTN đã sản xuất nên một loại thực phẩm chức năng (TPCN). Sản phẩm đã được thử nghiệm hiệu quả và độc tính trên chuột. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành triển khai nghiên cứu đánh giá ảnh hưởng của sản phẩm này đến sức khỏe người khỏe mạnh tình nguyện sử dụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 36 người trưởng thành tuổi từ 30 – 50, tình nguyện tham gia, không mắc bệnh cấp tính tại thời điểm điều tra, không mắc các chứng bệnh như: thần kinh, tâm thần, điếc..., không bị gù, vẹo hay dị tật cột sống, chưa/không sử dụng thực phẩm chức năng hoặc thuốc điều trị trong ít nhất 2 tháng trở về trước tính từ thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu,

không có tiền sử mắc các bệnh mãn tính như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, viêm gan, viêm thận, HIV.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại xã Tam Hưng – Thanh Oai – Hà Nội.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: 3 tháng (từ tháng 09/2013-11/2013).

2.2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Người trưởng thành tuổi từ 30 – 50, tình nguyện tham gia nghiên cứu, không mắc bệnh cấp tính tại thời điểm điều tra, không có tiền sử mắc các bệnh mãn tính như đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, viêm gan, viêm thận, HIV.

- BMI trong khoảng: $18,5 < \text{BMI} \leq 23$. Huyết áp tối đa $\leq 120\text{mmHg}$, huyết áp tối thiểu $\leq 85\text{mmHg}$. Hàm lượng Hb, Glucose, cholesterol, GOT, GPT, ure và creatinin trong máu ở giới hạn bình thường.

2.2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

Cỡ mẫu: 30 người. Sau khi cộng khoảng 20% đối tượng bỏ cuộc, cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là 36 người.

Cách chọn mẫu: Chọn chủ đích xã Tam Hưng-huyện Thanh Oai- Hà Nội. Chọn ngẫu nhiên 120 người tình và đáp ứng tiêu chuẩn để mời tham gia khám sàng lọc (tiến hành cân đo và xét nghiệm máu, sử dụng bộ câu hỏi sàng lọc đã thiết kế sẵn để phỏng vấn). Sau khi có kết quả sàng lọc của 120 đối tượng, tiến hành chọn 36 đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn để mời tiếp tục tham gia nghiên cứu ở giai đoạn sau.

2.2.5. Thiết kế nghiên cứu:

 can thiệp tự đối chứng.

Quy trình thử nghiệm

- 36 đối tượng đủ tiêu chuẩn được mời tham gia sử dụng sản phẩm trong 3 tháng, có giám

sát việc sử dụng bột bổ sung AX của đối tượng hàng ngày.

- Đánh giá ảnh hưởng của bột có AX lên sức khỏe của đối tượng qua sự thay đổi về triệu chứng lâm sàng, công thức máu, men gan (GOT, GPT), chức năng thận (ure, creatinin), các chỉ tiêu hóa sinh glucose, cholesterol, Tryglycerid, HDL-C, LDL- C tại thời điểm trước thử nghiệm (T0) và sau 3 tháng (T3).

2.2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Thông tin chung (tuổi, trình độ văn hóa, nghề nghiệp, tiền sử bệnh tật): thu thập theo mẫu phiếu thiết kế sẵn:

Các triệu chứng lâm sàng (đau đầu, chóng mặt, đầy bụng/chán ăn, nôn/buồn nôn, tiêu chảy và táo bón) và triệu chứng thực thể (mạch, huyết áp) được thu thập bởi các bác sĩ nội khoa.

Cân nặng và chiều cao: thu thập theo phương pháp chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới

Thu thập mẫu máu và xét nghiệm: Lấy 4ml máu tĩnh mạch và phân tích các chỉ số hóa sinh và huyết học

Các chỉ số đánh giá trước (T0) và sau (T3) thử nghiệm: Các triệu chứng lâm sàng (mạch, huyết áp, đau đầu, chóng mặt, nôn/buồn nôn, tiêu chảy, táo bón), các chỉ tiêu xét nghiệm (glucose, cholesterol, Tryglycerid, HDL-C, LDL- C, GOT, GPT, ure, Creatinin, Công thức máu).

2.2.7. Xử lý và phân tích số liệu: bằng phần mềm SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả phân tích các chỉ số hóa sinh liên quan đến sức khỏe của nhóm người tình nguyện khám sàng lọc

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

Các biến số	Tỷ lệ Phần trăm (%) (n = 120)		Trung bình $\pm$ SD (n = 120)
	Nam (n = 48)	Nữ (n = 72)	
Tuổi (năm)	36 $\pm$ 5	39 $\pm$ 5	37.8 $\pm$ 5,4
Cân nặng (kg)	63,8 $\pm$ 11,6	51,5 $\pm$ 7,1	
Chiều cao (cm)	166 $\pm$ 4,9	153 $\pm$ 0,5	
Trình độ văn hóa: Hết cấp 1		6,9	
Hết cấp 2		24,1	
Hết cấp 3		58,3	
Đại học và sau đại học		10,7	
Nghề nghiệp: Làm ruộng		41,4	
Công nhân		13,8	
Buôn bán, nội trợ		27,6	
Cán bộ, viên chức		17,2	

Bảng 2. Kết quả phân tích hàm lượng Glucose và các thành phần lipid máu

Biến số	Kết quả phân tích (n = 120)
Hàm lượng Glucose trong máu (mmol/L)	5,51 $\pm$ 1,9
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng Glucose máu cao (%)	13,5

Hàm lượng Cholesterol trong máu (mmol/L)	4,93 ± 1,0
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng Cholesterol máu cao (%)	31,7
Hàm lượng Triglycerid trong máu (mmol/L)	2,19 ± 1,51
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng Triglycerid máu cao (%)	36,5
Hàm lượng HDL-C trong máu (mmol/L)	1,66 ± 5,42
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng HDL-C máu thấp (%)	41,2
Hàm lượng LDL-C trong máu (mmol/L)	2,95 ± 0,81
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng LDL-C máu cao (%)	41,8

3.2. Ảnh hưởng của bột đậu nành bổ sung arabinoxylan lên sức khỏe của người tình nguyện khỏe mạnh

- Sau 3 tháng, có 3 đối tượng đã bỏ cuộc, số liệu của 33 đối tượng tham gia hết các quy trình nghiên cứu đã được đưa vào phân tích thống kê.

- Tại thời điểm trước và sau khi thử nghiệm, không có đối tượng nào có các biểu hiện đau đầu/chóng mặt, nôn/buồn nôn, đầy bụng/chán ăn, tiêu chảy, táo bón hoặc các biểu hiện dị ứng khác (Bảng 3). Theo số liệu giám sát, trong thời gian thử nghiệm 3 tháng, có 5 đối tượng có biểu

hiện đau đầu/chóng mặt, và 1 đối tượng có biểu hiện nôn/buồn nôn. Tuy nhiên, nguyên nhân được xác định là do cảm mạo chứ không phải là tác dụng phụ của sản phẩm, Không có đối tượng nào có biểu hiện dị ứng với sản phẩm.

- Kết quả giám sát tình hình sử dụng sản phẩm cho thấy: trong thời gian 3 tháng, có 30 đối tượng sử dụng 100% lượng bột đậu nành được cung cấp, chỉ có 3 đối tượng (chiếm tỷ lệ 9%) quên không uống bột đậu nành trong 3-5 ngày (tỷ lệ uống đủ liều 95-97%).

Bảng 3. Các biểu hiện lâm sàng trước thử nghiệm (T0), trong thời gian thử nghiệm và sau thử nghiệm (T3)

Các biến số	T0 (n = 33)	Trong thời gian thử nghiệm (n= 33)	T3 (n = 33)	p
Số đối tượng có biểu hiện đau đầu/chóng mặt	0	5	0	
Số đối tượng có biểu hiện nôn/buồn nôn	0	1	0	
Số đối tượng có biểu hiện đầy bụng/chán ăn	0	0	0	
Số đối tượng có triệu chứng tiêu chảy	0	0	0	
Số đối tượng có triệu chứng táo bón	0	0	0	
Các biểu hiện dị ứng khác		0	0	
Mạch (lần/phút)	72 ± 5		70 ± 8	> 0,05
Huyết áp tối đa (mmHg)	105 ± 11		106 ± 13	> 0,05
Huyết áp tối thiểu (mmHg)	74 ± 8		72 ± 12	> 0,05

Số liệu được so sánh giữa T0 và T3 bằng T test, khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

- Về ảnh hưởng của sản phẩm tới các chỉ số huyết học, kết quả ở Bảng 4 cho thấy: chỉ số Nồng độ Hemoglobin trung bình hồng cầu (MCHC) có tăng nhẹ, từ 322 ± 7 g/L ở thời điểm trước thử nghiệm tăng lên đến 328 ± 8 g/L ở thời điểm sau thử nghiệm ($p < 0,01$).

- Kết quả đánh giá về ảnh hưởng của sản phẩm lên các chỉ số Glucose và lipit máu của đối tượng được thể hiện ở Bảng 5: Hàm lượng Cholesterol trung bình sau thử nghiệm giảm (trong giới hạn bình thường) 4,8% so với trước thử nghiệm với $p < 0,01$. Hàm lượng LDL-C trung

bình sau thử nghiệm giảm 5,3% so với trước thử nghiệm với $p < 0,05$. Hàm lượng HDL-C trung bình sau thử nghiệm tăng 9,7% so với trước thử nghiệm với $p < 0,01$.

- Kết quả về ảnh hưởng của sản phẩm lên các chỉ số đánh giá chức năng gan- thận được thể hiện ở Bảng 6: Sau 3 tháng thử nghiệm, hàm lượng ure, creatinin, men gan GOT, men gan GPT trung bình trong máu không thay đổi có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước khi thử nghiệm. Như vậy chúng tỏ sản phẩm không có ảnh hưởng đến chức năng gan-thận của đối tượng thử nghiệm.

Bảng 4. Ảnh hưởng của sản phẩm lên các chỉ số huyết học của đối tượng

Biến số	T0 (n = 33)	T3 (n = 33)	p
Nồng độ Hemoglobin trung bình hồng cầu (MCHC: g/L)	322 ± 7	328 ± 8	< 0,01

Số liệu được so sánh giữa T0 và T3 bằng T test, khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$

Bảng 5. Ảnh hưởng của sản phẩm lên các chỉ số Glucose và lipit máu của đối tượng

Biến số	T0 (n = 33)	T3 (n = 33)	p
Hàm lượng Glucose trong máu (mmol/L)	4,99 ± 0,41	4,83 ± 0,42	0,08

Hàm lượng Cholesterol trong máu (mmol/L)	4,78 ± 0,56	4,55 ± 0,53	<0,01
Hàm lượng Triglycerid trong máu (mmol/L)	1,45 ± 0,73	1,36 ± 0,64	0,42
Hàm lượng HDL-C trong máu (mmol/L)	1,02 ± 0,24	1,13 ± 0,25	<0,01
Hàm lượng LDL-C trong máu (mmol/L)	3,02 ± 0,63	2,86 ± 0,57	< 0,05

Số liệu được so sánh giữa T0 và T3 bằng T test, khác nhau có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05

Bảng 6. Ảnh hưởng của sản phẩm lên các chỉ số đánh giá chức năng gan- thận

Biến số	T0 (n = 33)	T3 (n = 33)	p
Hàm lượng ure máu	5,4 ± 1,3	5,7 ± 1,1	0,2
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng ure máu cao (%)	0	0	
Hàm lượng creatinin máu	99 ± 12	101 ± 13	0,078
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng creatinin máu cao (%)	0	0	
Hàm lượng GOT trong máu	23,2 ± 9	24,0 ± 9	0,67
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng GOT máu cao (%)	0	0	
Hàm lượng GPT trong máu	16,9 ± 8	18,1 ± 9	0,25
Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng GPT máu cao (%)	0	0	

Số liệu được so sánh giữa T0 và T3 bằng test T hoặc test khi bình phương, khác nhau có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05

IV. BÀN LUẬN

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: trong số 120 đối tượng tình nguyện tham gia khám sàng lọc, tỷ lệ đối tượng có hàm lượng Glucose máu cao (>5,6mmol/L) chiếm 13,5%. Tỷ lệ này khá cao so với nghiên cứu trước đây do Viện Dinh Dưỡng tiến hành cũng trên đối tượng người trưởng thành [3]. Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng Cholesterol máu cao (>5,2 mmol/L) và hàm lượng Triglycerid máu cao (> 2,26mmol/l) tương ứng là 31,7% và 36,5%. Kết quả này tương đương với kết quả điều tra ở người trưởng thành ở khu vực nông thôn trên toàn quốc năm 2005 [4]. Tỷ lệ đối tượng có hàm lượng HDL-C máu thấp (<0,9mmol/l) và hàm lượng LDL-C máu cao (>3,38mmol/l) tương ứng là 41,2%, và 41,8%, cao hơn nhiều so với năm 2012 (21,4% và 33,3%) [5], Tỷ lệ thiếu máu là 12,3%, cao hơn so với tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ tuổi sinh đẻ năm 2013 [6].

- Kết quả giám sát cho thấy: trong thời gian 3 tháng sử dụng sản phẩm, có 30 đối tượng sử dụng 100% lượng bột đậu nành được cung cấp, chỉ có 3 đối tượng (chiếm tỷ lệ 9%) quên không uống bột đậu nành trong 3-5 ngày (tỷ lệ uống đủ liều 95-97%). Có thể nói đây là tỷ lệ bao phủ khá cao, chứng tỏ đối tượng đã thực hiện rất tốt cam kết uống đủ lượng bột đậu nành được cung cấp.

- Kết quả giám sát và đánh giá trước-trong và sau thử nghiệm cho thấy: không có đối tượng nào có biểu hiện dị ứng với sản phẩm, không phát hiện được triệu chứng lâm sàng gì đặc biệt trong suốt thời gian đối tượng sử dụng sản phẩm. Ngoài ra, các chỉ số về công thức máu cũng như chỉ số hóa sinh đánh giá chức năng gan (GOT, GPT) và chức năng thận (ure, creatinin) không thay đổi giữa trước và sau thử

nghiệm. Điều đó chứng tỏ: sản phẩm là an toàn đối với sức khỏe của người sử dụng. Kết quả này cũng tương tự như những nghiên cứu trước đây cả ở trên động vật và trên người (Lu ZX, et al, 2004). Đây là thử nghiệm trên người trưởng thành khỏe mạnh, và kết quả cũng giống như nghiên cứu trên động vật, cùng cho thấy là sản phẩm không có độc hại cho cơ thể.

Hàm lượng Cholesterol trung bình sau thử nghiệm giảm (trong giới hạn bình thường) 4,8% và hàm lượng LDL-C giảm 5,3% so với trước thử nghiệm (p<0,01), Tỷ lệ giảm này có thấp hơn so với nghiên cứu trước đây của Viện Dinh dưỡng đánh giá hiệu quả của đậu tương này mầm trên đối tượng rối loạn lipit máu (cholesterol giảm 7,3% và LDL-C giảm 11,9% sau 9 tuần thử nghiệm) [7], Đây cũng là 1 điểm gợi ý về tác dụng giảm hàm lượng cholesterol và LDL-C của sản phẩm bột đậu nành bổ sung AX, Cần có thêm nghiên cứu đánh giá hiệu quả trên đối tượng có rối loạn lipit máu để khẳng định nhận định này. Trong nghiên cứu này chúng tôi không chọn đối tượng có hàm lượng đường máu cao, hơn nữa liều lượng AX (xấp xỉ 210mg/ngày) cũng còn thấp so với nghiên cứu của Zhong X Lu và cộng sự, do đó chưa thấy rõ được tác dụng kiểm soát đường huyết của AX.

Điểm đáng chú ý trong nghiên cứu này là: mặc dù được nghiên cứu trên đối tượng khỏe mạnh không có rối loạn lipit máu, nhưng sản phẩm đã có hiệu quả làm tăng hàm lượng HDL-C, là loại cholesterol có lợi cho sức khỏe (đặc biệt là sức khỏe tim mạch), Sau 3 tháng sử dụng sản phẩm, hàm lượng HDL-C trung bình của đối tượng đã tăng đáng kể (tăng 9,7% so với trước thử nghiệm, từ 1,02mmol/L lên đến 1,13mmol/L, với p < 0,01).

V. KẾT LUẬN

- Kết quả khám sàng lọc cho thấy: tỷ lệ thiếu máu là 12,3%, tỷ lệ đối tượng có hàm lượng Glucose máu cao, Cholesterol máu cao ($> 5,2\text{mmol/L}$) và Triglycerid máu cao ($> 2,26\text{mmol/L}$) tương ứng là 13,5%, 31,7% và 36,5%. Thử nghiệm Bột đậu nành bổ sung AX trong 3 tháng cho thấy:

Đối tượng không có biểu hiện lâm sàng gì đặc biệt trong thời gian sử dụng sản phẩm. Không thấy có tác dụng phụ của sản phẩm trong suốt thời gian sử dụng sản phẩm

Các chỉ số đánh giá chức năng gan (GOT, GPT) và chức năng thận (ure, creatinin) không thay đổi trước và sau khi thử nghiệm.

Các chỉ số về công thức máu đa số không thay đổi có ý nghĩa thống kê trước và sau khi thử nghiệm, riêng chỉ số Nồng độ Hemoglobin trung bình hồng cầu tăng lên có YNTK ($p < 0,01$) sau 3 tháng thử nghiệm.

Hàm lượng cholesterol và LDL-C trong máu giảm có ý nghĩa thống kê sau thời gian thử nghiệm.

Hàm lượng HDL-C tăng lên có ý nghĩa thống kê sau thời gian thử nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Angela J. Henderson, Cadie A. Ollila, Ajay Kumar, Erica C. Borresen, M. Ghoneum, S. Gollapudi (2011), "Synergistic apoptotic effect of Arabinoxylan rice bran (MGN-3/Biobran) and Curcumin (Turmeric) on human multiple myeloma cell line U266 in vitro", Published Neoplasma 58, 2.
2. Angela J. Henderson, Cadie A. Ollila, Ajay Kumar, Erica C. Borresen, Komal Raina, Rajesh Agarwal and Elizabeth P. Ryan, Sept (2012), "Chemopreventive Properties of Dietary Rice Bran: Current Status and Future Prospects". Published in Advances in Nutrition, Vol 3: 643-653.
3. Hồ Thu Mai, (2013) Hiệu quả của can thiệp truyền thông giáo dục và bổ sung viên sắt acid folic lên cải thiện tình trạng dinh dưỡng và thiếu máu của phụ nữ 20-35 tuổi tại 3 xã huyện Tân Lạc tỉnh Hòa Bình, *Luận án tiến sĩ Dinh dưỡng công cộng*
4. Lê Thị Hợp, Lê Bạch Mai, Nguyễn Thị Diệp Anh, Nguyễn Công Khanh, Vũ Thị Thu Hiền, (2012) Thừa cân béo phì và rối loạn Lipid máu của người 25- 74 tuổi tại khu vực nội thành Thành phố và nông thôn, *Y học Việt Nam* 2012: 55-59
5. Lê Xuân Hải, (2009) Đánh giá độc tính và tác dụng kích thích miễn dịch chống gốc tự do của cao thuốc thảo dược VID, *Luận án tiến sĩ Y học*
6. Lê Xuân Hải, (2009) Đánh giá độc tính và tác dụng kích thích miễn dịch chống gốc tự do của cao thuốc thảo dược VID, *Luận án tiến sĩ Y học*,
7. Nguyễn Thị Diệp Anh, (2010) Nghiên cứu tác dụng hạn chế rối loạn Lipid máu và tăng khả năng chống oxy hóa máu của Flavon Soy trên người, *Luận văn thạc sĩ chuyên ngành hóa sinh, Mã số 60,72,04, Đại học Y Hà Nội*,

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TẠO HÌNH MŨI CẤU TRÚC CÓ SỬ DỤNG MẢNH GHÉP KÉO DÀI SỤN VÁCH NGĂN BẰNG VẬT LIỆU HIGH DENSITY POROUS POLYETHYLENE (HDPPE)

Phạm Hiếu Liêm*, Lê Hành*

TÓM TẮT⁴⁴

Giới thiệu: Các vấn đề cần quan tâm trong tạo hình mũi cấu trúc gồm chiều dài sống mũi, độ nhô của mũi, tạo hình lỗ mũi. Kỹ thuật chỉnh sửa mũi ngắn được xem là đa dạng và phức tạp trong tạo hình mũi cấu trúc, trong đó mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn mũi (septal extension graft - SEG) là quan trọng nhất. Sử dụng vật liệu tự thân như sụn vách ngăn, sụn sườn để làm mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn SEG luôn được ưu tiên lựa chọn vì ít nhiễm trùng, độ tương hợp sinh học cao và nguy cơ biến chứng lộ mảnh ghép

thấp. Tuy nhiên vật liệu tự thân luôn có những hạn chế như thiếu vật liệu, thời gian phẫu thuật kéo dài và có thể để lại biến chứng nơi cho vật liệu. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu tạo hình mũi cấu trúc có sử dụng mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn bằng vật liệu high density porous polyethylene (HDPPE). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm không đối chứng. Đối tượng là khách hàng có mũi ngắn đồng ý phẫu thuật chỉnh sửa mũi ngắn, trong phẫu thuật có sử dụng HDPPE - Medpor làm mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn (SEG) từ 08/2012 đến 07/2016 tại phòng khám phẫu thuật thẩm mỹ Lê Hành. Những thông số kỹ thuật của mũi như góc mũi – trán, góc mặt – collumelar, độ nhô của đầu mũi được ghi nhận trước và sau sáu tháng phẫu thuật. Khách hàng được đánh giá mức độ hài lòng sau phẫu thuật sáu tháng, hai năm và bốn năm. Ghi nhận các biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** 65 khách hàng có mũi ngắn được đưa vào nghiên cứu. Tính đến thời điểm hiện tại tất cả các trường hợp đều được đánh giá

*Bộ môn Phẫu Thuật Tạo Hình Thẩm Mỹ, Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, TP. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hiếu Liêm
Email: drliempham@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 12.4.2017
Ngày phản biện khoa học: 25.5.2017
Ngày duyệt bài: 8.6.2017

sau sáu tháng phẫu thuật, trong đó có 25 trường hợp đủ thời gian để đánh giá sau hai năm phẫu thuật và 12 trường hợp đủ thời gian để đánh giá sau bốn năm phẫu thuật. Tất cả trường hợp đều phẫu thuật lần đầu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các thông số kỹ thuật của mũi: Góc mũi – trán trước $149^\circ \pm 0,7$, sau $135,1^\circ \pm 0,5$ ($p < 0,05$); Góc mũi – columellar trước $126^\circ \pm 3,8$, sau $114^\circ \pm 4,9$ ($p < 0,001$); Độ nhô đầu mũi trước $0,6 \pm 0,02$, sau $0,7 \pm 0,03$ ($p < 0,05$). Tỷ lệ hài lòng và chấp nhận được sau sáu tháng, hai năm và bốn năm lần lượt là 63/65 (96,92%), 24/25 (96%) and 12/12 (100%). Có 01 trường hợp lệch trụ mũi 1/65 (1,54%). Không ghi nhận trường hợp nhiễm trùng. **Kết luận:** HDPPE - Medpor được xem là lựa chọn tốt có thể thay thế vật liệu tự thân để làm mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn (SEG) trong tạo hình mũi cấu trúc.

Từ khóa: HDPPE, Medpor, mũi cấu trúc, mũi ngắn, sụn tự thân, làm dài mũi.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE USE OF HIGH DENSITY POROUS POLYETHYLENE (HDPPE) ON THE FORMATION OF THE SEPTAL EXTENSION GRAFT IN RECONSTRUCTIVE RHINOPLASTY

Background: Dorsum, nasal tip projection, and nostrils are important structures in rhinoplasty. Short nose rhinoplasty is considered as one of the most challenging to all surgeons, hereby septal extension graft (SEG) is the key part. Autologous material such as septal cartilage, costal cartilage is the first choice because of lower infection rate, high biocompatibility and low protrusion rate. However, there are some limitations of autologous material like lack of material, prolong surgical time and donor's site defects. **Objectives:** Evaluate the effectiveness using HDPPE for the septal extension graft in reconstructive rhinoplasty. **Research method:** clinical trial without control group. All patients with short nose had reconstructive rhinoplasty using septal extension graft made by HDPPE at Le Hanh cosmetic clinic from Aug 2012 to Jul 2016. Naso – frontal angle, collumellar – facial angle and nasal tip projection were recorded. Patients were evaluated for satisfaction and complication after operation at 06 months, 02 years and 04 years. **Results:** 65 patients having short nose was included in the research. All patients were operated at least 06 months ago. Amongst them, 25 cases operated at least 02 years ago and 12 case operated at least 04 years ago were used to evaluate the 02 years and 04 years outcome respectively. All the cases were primary rhinoplasty. There was a significant difference before vs after in nasal – frontal angle ($149^\circ \pm 0,7$ vs $135,1^\circ \pm 0,5$, $p < 0,05$), collumellar – facial angle ($126^\circ \pm 3,8$, vs $114^\circ \pm 4,9$, $p < 0,001$) and nasal tip projection ($0,6 \pm 0,02$, vs $0,7 \pm 0,03$, $p < 0,05$). Patient's satisfaction rate after 06 months, 02 years and 04 years were 63/65 patients (96.92%), 24/25 patients (96%) and 12/12 (100%) respectively. There was 01 case with columellar deviation 1/65 (1,54%). No infection complication was recorded.

Conclusions: HDPPE - Medpor was considered an appropriate alternative material for autologous material for septal extension graft in short nose rhinoplasty.

Keywords: HDPPE, Medpor, structure rhinoplasty, short nose, autologous substance, lengthening the nose.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi người Châu Á nói chung thường có sống mũi thấp hoặc không có sống mũi. Ngoài ra, đầu mũi thường to, hếch và thấp. Những đặc điểm trên là điển hình của một chiếc mũi ngắn và cũng thường gặp ở người Việt Nam. Đây cũng là những đặc điểm mà khách hàng khi chỉnh sửa mũi mong muốn được cải thiện.

Trong chỉnh sửa mũi ngắn, phẫu thuật viên không những nâng cao mũi mà cần phục hồi khiếm khuyết mũi, tạo đường viền mũi và kéo dài mũi để có một hình dạng mũi đẹp và tự nhiên. Để thực hiện điều này, mảnh ghép kéo dài vách ngăn mũi là yếu tố quan trọng nhất. Nếu mảnh ghép vách ngăn mũi được thiết kế tốt sẽ giúp kéo dài mũi, chỉnh sửa độ nhô mũi phù hợp là nền tảng để thực hiện việc chỉnh sửa đầu mũi và sống mũi sau đó.

Chất liệu tự thân như sụn vách ngăn mũi, sụn sườn theo thứ tự ưu tiên như trên luôn được hầu hết các phẫu thuật viên chọn làm mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn^[1]. Tuy nhiên, lấy vật liệu tự thân luôn có khả năng để lại di chứng nơi cho vật liệu^[1]. Ngoài ra, quá trình thao tác đòi hỏi thời gian phẫu thuật lâu hơn và phẫu thuật viên cần được đào tạo để có thể thực hiện được.

Vào những thập niên 70, Polyethylene đậm độ cao có lỗ HDPPE được giới thiệu như là vật liệu nhân tạo ít gây phản ứng vật lạ nhất. Medpor là một trong những tên thương mại của HDPPE. Medpor được chế tạo từ những đơn sợi Polyethylene đậm độ cao đồng nhất tạo thành mạng lưới đan lại với nhau và có các lỗ nhỏ đường kính 160µm đến 360µm. Những lỗ này giúp cho quá trình phát triển của mô và mạch máu xâm nhập xuyên qua vật liệu diễn ra nhanh chóng giúp Medpor có tính ổn định cao, chống lại nhiễm khuẩn và biến dạng do tác động của các lực bên ngoài. Năm 2007, tác giả Gentile sử dụng Medpor để nâng cao sống mũi và cho thấy mức độ hài lòng cao^[3]. Đến năm 2011, một số các nghiên cứu sử dụng vật liệu Medpor làm mảnh ghép trong tạo hình mũi được công bố ghi nhận tỷ lệ biến chứng là rất thấp chủ yếu là do da vùng đầu mũi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi bước đầu đánh giá kết quả tạo hình mũi cấu trúc có sử dụng vật liệu HDPPE – Medpor làm mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn SEG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Thực nghiệm không đối chứng.

Đối tượng: Tất cả khách hàng có mũi ngắn đến tư vấn và phẫu thuật từ 08/2012 đến 07/2016. Ngoài việc đồng ý sử dụng HDPPE – Medpor làm mảnh ghép kéo dài vách ngăn SEG, tạo hình đầu mũi bằng sụn vành tai và sống mũi bằng silicon dẻo, khách hàng cần thỏa tiêu chuẩn chọn và loại trừ như sau:

Tiêu chuẩn chọn khách hàng: Những khách hàng thỏa những tiêu chuẩn sau:

- Chủ quan: Khách hàng than phiền mũi trông có vẻ ngắn và thấp.

- Khách quan: Góc mũi môi lớn hơn 95° ; Góc mũi mặt lớn hơn 130° ; Tỷ lệ chiều dài ngắn hơn so với chiều cao; Độ nhô mũi nhỏ hơn $\frac{1}{2}$ chiều cao.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có triệu chứng nghẹt mũi, tiền căn chấn thương mũi, phẫu thuật vách ngăn, phẫu thuật mũi và mũi xoang trước đây.

Có 65 trường hợp có mũi ngắn bẩm sinh thỏa tiêu chuẩn được phẫu thuật tạo hình mũi ngắn bởi cùng một ê kíp phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật: Khách hàng được dùng kháng sinh đường tĩnh mạch 30 phút trước khi rạch da. Sau đó được tiền mê và tê tại chỗ. Thực hiện đường rạch V ngược qua trụ mũi, bóc tách và kéo dài gồm da, mô mềm và khung sụn mũi. Da, mô mềm được bóc tách cẩn thận sát màng sụn cánh mũi bên dưới và dưới màng xương chính mũi. Sau đó, sụn cánh mũi bên dưới được giải phóng để có thể kéo dài ra phía trước dưới và bộc lộ phần đuôi của sụn vách ngăn. Dùng tấm HDPPE – Medpor chữ nhật có kích thước: dày 0.85mm x dài 15mm – 20mm x rộng 5mm – 7mm làm mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn. Chiều dài của mảnh ghép được quyết định bởi độ ngắn của mũi, khả năng kéo dài của sụn cánh mũi bên dưới cũng như mức độ giãn da vùng mũi. Để đảm bảo không cho vi khuẩn thâm nhập vào mảnh ghép, chúng tôi sử dụng găng không bột và thay găng trước khi cầm mảnh ghép, rửa nơi đặt mảnh ghép bằng kháng sinh Getamycin đậm đặc và ngâm mảnh ghép trong kháng sinh Getamycin đậm đặc trước khi ghép.

Tạo hình mũi cấu trúc trong đó có chỉnh sửa mũi ngắn được tiến hành như sau:

- Lấy mảnh HDPPE – Medpor làm mảnh ghép kéo dài vách ngăn SEG khâu lại với phần đuôi vách ngăn sau khi bóc tách bằng chỉ 5-0 polydioxanone (PDS II).

- Khâu cố định phần đỉnh của hai sụn cánh mũi bên dưới vào phần xa nhất của tấm HDPPE – Medpor để kéo dài vào cao đỉnh mũi.

- Sử dụng sụn vành tai làm mảnh ghép 'shield' và 'cap' để tạo hình lại đầu mũi.

- Dùng silicone dẻo gọt làm sống mũi sẽ được đặt dưới màng xương chính mũi để nâng cao phần sống mũi thấp của bệnh nhân.

- Khâu da bằng chỉ Nylon 6.0 và nẹp cố định mũi bảy ngày.

- Đặt dẫn lưu bằng kim lườn 18G trong hai ngày đầu sau phẫu thuật

- Đánh giá

- Chụp hình ở các tư thế thẳng, nghiêng 45° , nghiêng 90° , từ dưới lên vào các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật sáu tháng, hai năm, bốn năm.

- *Đo các thông số kỹ thuật của mũi trước phẫu thuật và sáu tháng sau phẫu thuật:*

Sử dụng thước đo góc đặc biệt để đo thực tế trước phẫu thuật và trong quá trình phẫu thuật.

Kết hợp sử dụng chương trình Adobe Photoshop CS 5 để phân tích hình ảnh. Góc mũi – trán (Naso – Frontal Angle - NFA); Góc mặt – collumelar (Collumelar – Facial Angle - CFA); Độ nhô của đầu mũi (Nasal Tip Projection - NTP):

Góc mũi – trán - NFA là góc tạo bởi đường thẳng nối từ điểm nasion đến đầu mũi và đường thẳng nối từ điểm nasion đến điểm glabella.

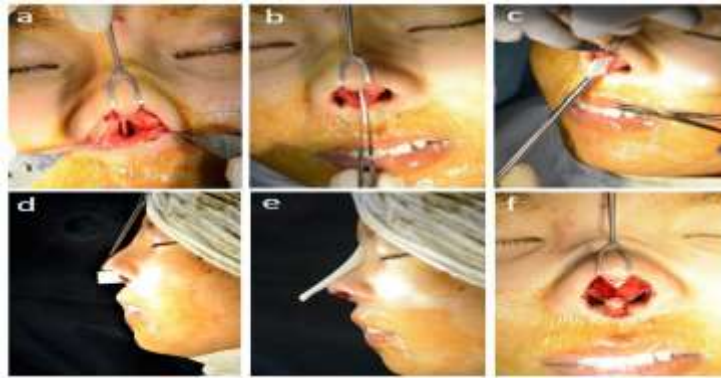
Góc mặt – collumelar - CFA là góc hợp bởi đường thẳng song song với collumelar và đường thẳng vuông góc với đường Frankfort.

Độ nhô của đầu mũi - NTP được đo theo phương pháp Goode: Lấy chiều dài của đoạn thẳng từ đầu mũi đến hình chiếu của nó lên đường cánh mũi.

Đánh giá mức độ hài lòng của khách hàng: Khảo sát mức độ hài lòng khi khách hàng tái khám hoặc qua điện thoại gồm năm mức: rất hài lòng, hài lòng, chấp nhận được, không hài lòng và rất không hài lòng.

Biến chứng sớm: Chảy máu, nhiễm trùng.

Biến chứng muộn: Chảy máu muộn, nhiễm trùng, thủng da vùng mũi, lệch vách mũi, sụp mũi, hẹp van mũi trong, lộ sống mũi...



Hình 1: Tiến trình phẫu thuật.

(A) Bóc tách trụ trong sụn cánh mũi bên dưới, bộc lộ phần đuôi vách ngăn. (B) Đặt mảnh ghép HDPE – Medpor giữa trụ trong hai sụn cánh mũi bên dưới. (C) Khâu mảnh ghép HDPE – Medport với phần đuôi vách ngăn bằng chỉ 5.0 PDS II. (D) Mảnh ghép kéo dài vách ngăn SEG đã hoàn tất. (E) Đặt thanh silicone nâng cao sống mũi. (F) Mảnh ghép 'shield' và 'cap' trong tạo hình đầu mũi.

III. KẾT QUẢ

Tất cả 65 ca được phẫu thuật trên sáu tháng trong đó có 25 trường hợp được phẫu thuật trên hai năm và 12 trường hợp được phẫu thuật trên bốn năm trong thời gian từ 08/2012 đến 07/2016. Tất cả khách hàng đều được đánh giá sau phẫu thuật sáu tháng, trong đó có 25 trường hợp đủ thời gian để đánh giá sau hai năm và 12 trường hợp đủ thời gian để được đánh giá sau bốn năm.

3.1 Đặc điểm chung:

Giới: Tất cả 65 khách hàng là nữ chiếm tỉ lệ 100% và là lần đầu phẫu thuật.

Tuổi: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu là $35,7 \pm 11,6$ tuổi, nhỏ nhất là 21 tuổi và lớn nhất là 63 tuổi.

3.2 Kết quả phẫu thuật:

Bảng 1: Kích thước của mảnh ghép HDPE – Medpor

Kích thước mảnh ghép	Trung bình $\pm$ ĐLC
Dày	0,85 mm
Chiều dài	$17,5 \text{ mm} \pm 1,6 \text{ mm}$
Chiều rộng	$6 \text{ mm} \pm 0,8 \text{ mm}$

Chiều dài trung bình sống mũi: là $35,2 \text{ mm} \pm 2,7 \text{ mm}$ (30mm – 40mm). Tất cả trường hợp đều được đặt dưới màng xương chính mũi. Giới hạn trên của sống mũi ngang với nếp mí mắt trên. Giới hạn dưới của sống mũi ở dưới đầu mũi và sẽ được cố định vào sụn cánh mũi dưới hai bên hoặc mảnh ghép 'cap'.

Bảng 2: Các kỹ thuật kéo dài và chỉnh hình đầu mũi

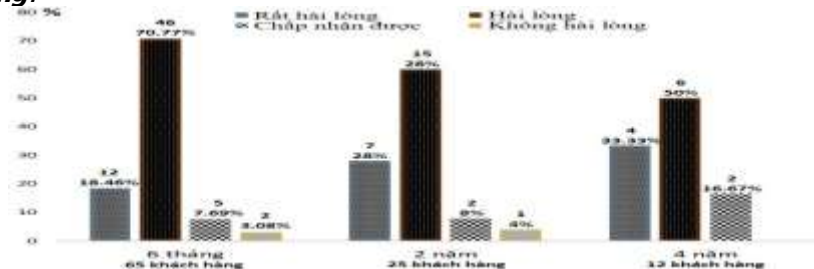
Kỹ thuật	Số ca	%
Kéo dài sụn vách ngăn (SEG)	65	100
Mảnh ghép 'shield'	48	73.8%
Mảnh ghép "cap"	1 lớp	30
	2 lớp	33
	3 lớp	2

Bảng 3: Các thông số kỹ thuật mũi trước và sau sáu tháng phẫu thuật

Thông số kỹ thuật mũi	Trước phẫu thuật	Sáu tháng sau phẫu thuật	p
Góc mũi trán (NFA)	$149^\circ \pm 0,7$	$135,1^\circ \pm 0,5$	< 0.05
Góc mặt – columellar (CFA)	$126^\circ \pm 3,8$	$114^\circ \pm 4,9$	< 0.001
Độ nhô đầu mũi (NTP)	$0,6 \pm 0,02$	$0,7 \pm 0,03$	< 0.05

Các chỉ số sau phẫu thuật đều cho thấy có sự cải thiện về hình dạng của mũi: tăng độ nhô mũi, giảm góc mũi trán và giảm góc mặt – columellar. Tất cả sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê.

Mức độ hài lòng:



Biểu đồ 1: Khảo sát mức độ hài lòng sau 6 tháng, 2 năm và 4 năm.

Tỉ lệ rất hài lòng, hài lòng và chấp nhận được sau phẫu thuật 6 tháng, 2 năm và 4 năm lần lượt là 96.92% (63/65), 96% (24/25), 100% (12/12).

Biến chứng: Các biến chứng ngay sau phẫu thuật như sưng nề, bầm nhẹ đều trong giới hạn bình thường từ 7 đến 14 ngày. Không có tình trạng nhiễm khuẩn sau tạo hình mũi cấu trúc bằng mảnh ghép HDPPE – Medpor ở mọi thời điểm khách hàng đến tái khám. Có 1 trường hợp lệch trụ mũi (1/65 chiếm 1.54%) sau 3 tháng phẫu thuật vì bé con đụng vào. Trường hợp này được phẫu thuật lại sau đó.

Một số ca phẫu thuật:



Hình 3: Trước và sau phẫu thuật 6 tháng



Hình 4: Bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 2 năm

Hình 5: Bệnh nhân trước và sau phẫu thuật 4 năm

IV. BÀN LUẬN

Sống mũi thấp hoặc không có sống mũi và đầu mũi to, hếch, thấp là hai yếu tố quan trọng cần chú ý trong chỉnh sửa các biến dạng mũi ngấn ở người Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng.

Kỹ thuật chỉnh sửa mũi ngấn của chúng tôi nhằm cải thiện sống mũi và tạo hình lại đầu mũi, trong đó tạo hình lại đầu mũi đóng vai trò quyết định. Trên thực tế, mũi người Việt Nam thường ngấn, sụn cánh mũi nhỏ và yếu, quan trọng nhất là vách ngăn mũi thường yếu hoặc rất ít. Vì thế, nếu chỉ sử dụng đơn thuần mảnh ghép đầu mũi thường không đủ để chỉnh sửa lại đầu mũi. Vì lý do này, việc kiếm một mảnh ghép đủ dài và chắc để không những kéo dài, điều chỉnh độ nhô đầu mũi và chống lại lực co rút của da vùng đầu mũi là yếu tố quyết định thành công của phẫu thuật.

Việc sử dụng các vật liệu tự thân như sụn vách ngăn, sụn sườn luôn được xem xét đầu tiên vì khả năng tương thích sinh học cao, ít nhiễm trùng^[6]. Tuy nhiên, vì đặc điểm mũi người Châu Á thường có vách ngăn mỏng và yếu nên sử dụng sụn vách ngăn để làm mảnh ghép kéo dài vách ngăn không đủ để điều chỉnh lại đầu mũi. Mặt khác, quá trình lấy sụn vách ngăn đòi hỏi phải thao tác thuần thục, thời gian phẫu thuật lâu và dễ làm yếu vách ngăn gây biến dạng mũi sau

phẫu thuật. Ngoài ra, trong những trường hợp mổ lại nhiều lần, sụn vách ngăn thường đã được lấy từ các lần mổ trước hoặc đã tiêu một phần hoặc xơ dính nên sẽ khó lấy được mảnh sụn vách ngăn có kích thước đủ để kéo dài mũi. Sụn sườn cũng có thể được sử dụng để làm mảnh ghép SEG nhưng thao tác lấy sụn sườn không những tăng thời gian phẫu thuật trên bệnh nhân mà còn gia tăng nguy cơ biến chứng trong quá trình lấy sụn. Bên cạnh đó, vị trí lấy sụn sườn có khả năng bị biến dạng hoặc bị sẹo xấu sau này.

Trên thực tế, hầu hết khách hàng và phẫu thuật viên muốn rút ngắn thời gian và can thiệp tối thiểu nhưng vẫn đem lại hiệu quả tối đa. Vì lý do này nên chúng tôi chọn vật liệu nhân tạo Medpor để làm mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn trong phẫu thuật chỉnh sửa mũi ngấn. Chúng tôi sử dụng Medpor hơn các chất liệu khác như Gor-tex... vì các lý do sau: HDPPE có tính ổn định cao và bền vững với các lực tác động gây biến dạng từ bên ngoài hơn khi so với các vật liệu nhân tạo khác^[4].

Các lỗ trong HDPPE cho phép mô phát triển vào trong và hình thành quá trình tăng sinh mạch máu nên mảnh ghép kéo dài vách ngăn làm từ Medpor có tính bền vững lâu hơn giúp giữ cố định đầu mũi và trụ mũi.

Sự hình thành các mạng mạch máu xung quanh và chui vào trong các lỗ của Medpor giúp giảm khả năng nhiễm khuẩn. Những nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ lấy bỏ mảnh ghép mũi bằng Medpor thấp hơn với silicon. Không giống với chất liệu sụn tự thân, Medpor sẽ giữ nguyên hình dạng của nó theo thời gian mà không bị ảnh hưởng bởi quá trình thoái triển và biến dạng của các sụn tự thân.

Cuối cùng, Medpor có thể được lưu trữ sẵn và có thể sử dụng bất kỳ lúc nào. Vì là vật liệu nhân tạo nên khi sử dụng Medpor sẽ hạn chế phải lấy vật liệu tự thân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có tình trạng nhiễm khuẩn sau tạo hình mũi cấu trúc bằng mảnh ghép HDPPE – Medpor ở mọi thời điểm khách hàng đến tái khám. Tuy nhiên có 1 trường hợp lệch trụ mũi (1/65 chiếm 1,54%) được ghi nhận sau ba tháng phẫu thuật. So với các tác giả khác, tỉ lệ biến chứng do mảnh ghép kéo dài vách ngăn bằng Medpor thay đổi từ 1% đến 3,6% và chủ yếu là do da vùng đầu mũi^[2].

V. KẾT LUẬN

HDPPE - Medpor được xem là lựa chọn tốt có thể thay thế vật liệu tự thân để làm mảnh ghép

kéo dài sụn vách ngăn (SEG) trong tạo hình mũi cấu trúc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Reiffel A J, Cross K J, Spinelli H M (2011), "Nasal spreader grafts: a comparison of medpor to autologous tissue reconstruction". *Ann Plast Surg*, 66(1), 24-28.
2. Conrad K, Torgerson C, Gillman G S (2008), "Applications of gore-tex implants in rhinoplasty reexamined after 17 years". *Archives of Facial Plastic Surgery*, 10(4), 224-231.
3. Gentile P, Bottini D J, Cervelli V (2007), "Reconstruction of the nasal dorsum with Medpor implants". *J Craniofac Surg*, 18(6), 1506-1508.
4. Han K, Jeong J W, Kim J H, Son D, Kim S, Park S W, et al. (2012), "Complete Septal Extension Grafts Using Porous High-Density Polyethylene Sheets for the Westernization of the Asian Nose". *Plastic and Reconstructive Surgery*, 130(1), 106e-115e.
5. Kim Y H, Kim B J, Jang T Y (2011), "Use of porous high-density polyethylene (Medpor) for spreader or extended septal graft in rhinoplasty: aesthetics, functional outcomes, and long-term complications". *Ann Plast Surg*, 67(5), 464-468.
6. Lin J, Chen X, Wang X, et al. (2013), "A modified septal extension graft for the asian nasal tip". *JAMA Facial Plastic Surgery*, 15(5), 362-368.

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BÀ MẸ, TRẺ EM TẠI TÂY NGUYÊN

Hà Văn Thúy*

TÓM TẮT⁴⁵

Nghiên cứu thu thập số liệu thứ cấp của tất cả 62 TTYT huyện thuộc 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên Việt Nam thực hiện từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2016 nhằm mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) bà mẹ, trẻ em tại khu vực Tây Nguyên, Việt Nam. Theo báo cáo của 62 trung tâm y tế (TTYT) huyện năm 2015, 86,3% phụ nữ tại 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên được khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thai kỳ, cao nhất ở Đắk Lắk (94,2%) và Lâm Đồng (93,7%). Tỷ lệ này ở phụ nữ người dân tộc thiểu số (DTTS) thấp hơn đáng kể so với phụ nữ nói chung (69,6% so với 86,3%). Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế đã qua đào tạo đỡ đạt rất cao (94,4%), gần bằng mức bình quân cả nước (98,0%). Tuy nhiên, tỷ lệ phụ nữ người DTTS đẻ được cán bộ y tế có chuyên môn đỡ chỉ đạt 81,8%, thấp nhất tại Lâm Đồng (66,7%) và Kon Tum (74,8%), khá cao tại tỉnh Gia Lai (89,8%) và

Đắk Nông (87,9%). Phụ nữ DTTS ở Tây Nguyên có tỷ lệ sinh con tại CSYT khá thấp (75,8%), đặc biệt là tỉnh Kon Tum (55,1%).

SUMMARY

STUDY ON THE SITUATION OF UTILIZATION OF MOTHER AND CHILD HEALTH CARE SERVICES IN THE CENTRAL HIGHLANDS

A study that collected secondary data from all 62 District Health Centers was implemented in 5 provinces in Central Highlands of Vietnam from February to June 2016. The objective was to describe the current situation of utilization of mother and child health care services in the central highlands health care services for mothers and children in the Central Highlands, Vietnam. As reported by the District Health Centers in 2015, 86,3% of women in 5 provinces in the Central Highlands had at least 3 times of pregnancy check-ups in 3 periods, highest in Dak Lak (94.2%) and Lam Dong (93.7%). This rate among ethnic minority women was significantly lower than women in general (69.6% vs. 86.3%). Rate of delivered women with skilled professional staff's support was very high (94.4%), mostly equal to the nationwide average (98,0%). However, the rate of

*BỘ Y TẾ

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

ethnic minority women with skilled professional staff's support was only 81.8%, lowest in Lam Dong (66.7%) and Kon Tum (74.8%), quite high Gia Lai (89.8%) and Dak Nong (87.9%). The rate of ethnic minority women giving birth at health facilities in the Central Highlands was still low (75.8%), especially in Kon Tum (55.1%).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Củng cố và tăng cường mạng lưới và chất lượng chăm sóc sức khỏe ban đầu là một trong những ưu tiên của Chính phủ và của Ngành Y tế nước ta trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe của nhân dân. Chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em, đặc biệt là dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ là một nội dung quan trọng của chăm sóc sức khỏe ban đầu và cũng là một ưu tiên hàng đầu của Chính phủ và của Bộ Y tế. Trong những năm gần đây, công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh tại Việt Nam đã có những chuyển biến tích cực, tuy nhiên khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em rất khác nhau giữa các vùng: tỷ lệ này cao ở các vùng đồng bằng và thành thị nhưng lại rất hạn chế ở những vùng có điều kiện

địa lý không thuận lợi, đặc biệt là vùng sâu, vùng núi, vùng đồng bào dân tộc thiểu số. Tây Nguyên là một trong những khu vực vùng sâu, vùng xa, phụ nữ và trẻ em nơi đây vẫn còn rất khó khăn trong việc tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em. Để tìm hiểu việc tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em ở khu vực Tây Nguyên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu *Thực trạng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em tại Tây Nguyên* nhằm trả lời câu hỏi tình hình sử dụng dịch vụ CSSK bà mẹ, trẻ em của người dân Tây Nguyên hiện nay như thế nào?

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu áp dụng phương pháp rà soát số liệu thứ cấp của tất cả 62 TTYT huyện thuộc 5 tỉnh. Phiếu thu thập thông tin thứ cấp được thiết kế sẵn và gửi cho tất cả các TTYT huyện điền. Tổng số có 62 phiếu thu thập thông tin thứ cấp.

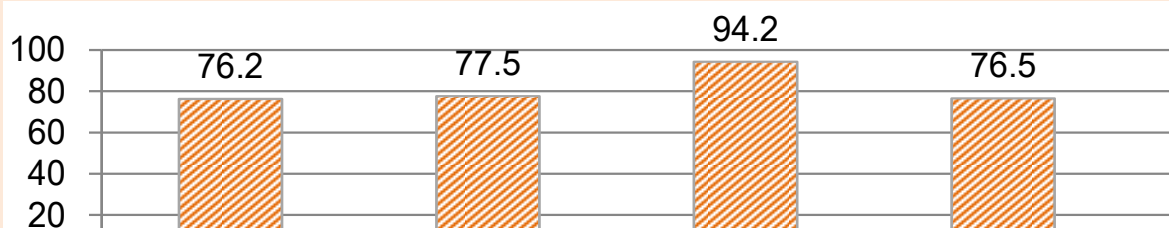
Số liệu thu thập được nhập vào máy tính với chương trình Epi Data 3.1. Số liệu được phân tích bằng chương trình SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Tỷ lệ % phụ nữ đẻ là người dân tộc thiểu số

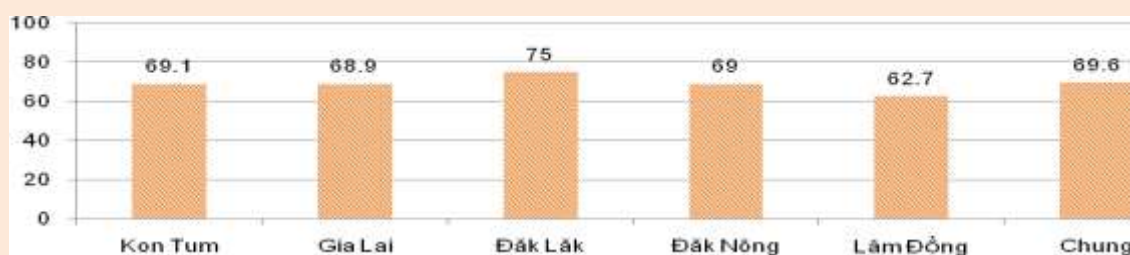
Thông tin	Kon Tum	Gia Lai	Đắk Lắk	Đắk Nông	Lâm Đồng	Chung
Tổng số phụ nữ đẻ trong năm	11807	33162	41418	10258	24387	121032
Số phụ nữ đẻ là người DTTS	6975	12285	12425	3221	7289	42195
Tỷ lệ phụ nữ đẻ là người DTTS (%)	59,1	37,0	30,0	31,4	29,9	34,9

Năm 2015, tỷ lệ phụ nữ đẻ là người DTTS tại 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên là 34,9%, trong đó cao nhất là Kon Tum (59,1%) và thấp nhất là Lâm Đồng (29,9%).



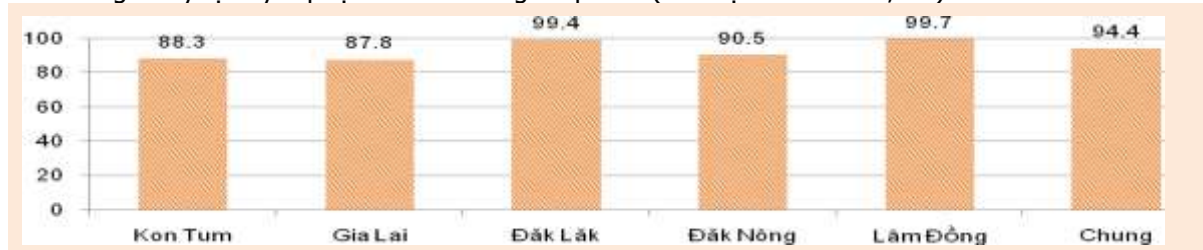
Biểu đồ 1. Tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ (%)

Theo số liệu báo cáo của 62 TTYT huyện năm 2015, 86,3% phụ nữ tại 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên được khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thai kỳ, cao nhất ở Đắk Lắk (94,2%) và Lâm Đồng (93,7%).



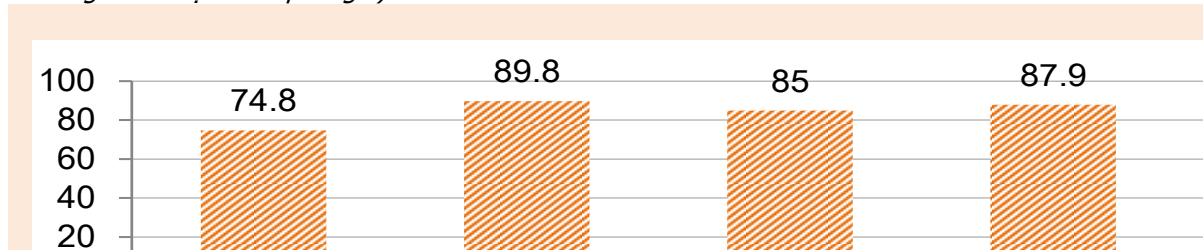
Biểu đồ 2. Tỷ lệ phụ nữ người DTTS đẻ được khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ

Số liệu báo cáo của các TTYT huyện cho thấy khả năng tiếp cận và sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em của phụ nữ DTTS còn hạn chế. Tỷ lệ phụ nữ DTTS đẻ được khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ thấp hơn đáng kể so với phụ nữ nói chung (69,6% so với 86,3%). Ngay cả tại các tỉnh có tỷ lệ phụ nữ khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thời kỳ thai nghén cao trên 93% như Đắk Lắk và Lâm Đồng thì tỷ lệ này ở phụ nữ DTTS cũng thấp hơn (lần lượt 75% và 62,7%).



Biểu đồ 3. Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế có chuyên môn đỡ (%)

Theo báo cáo của các TTYT huyện năm 2015, tính trên toàn vùng Tây Nguyên, tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế đã qua đào tạo đỡ đạt rất cao (94,4%), gần bằng mức bình quân cả nước (98,0%). Đắk Lắk và Lâm Đồng là hai tỉnh có tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế có chuyên môn đỡ cao nhất (trên 99%). Tỷ lệ này thấp nhất là Gia Lai và Kon Tum (dưới 90%). (BYT 2014, báo cáo thực hiện Chương trình Mục tiêu quốc gia)



Biểu đồ 4. Tỷ lệ phụ nữ người DTTS đẻ được cán bộ y tế có chuyên môn đỡ (%)

Tỷ lệ phụ nữ người DTTS đẻ được cán bộ y tế có chuyên môn đỡ toàn vùng là 81,8%, thấp hơn đáng kể so với tỷ lệ này ở phụ nữ chung (94,4%). Tỷ lệ phụ nữ DTTS đẻ được CBYT đỡ thấp nhất tại Lâm Đồng (66,7%) và Kon Tum (74,8%) và khá cao tại tỉnh Gia Lai (89,8%) và Đắk Nông (87,9%).

Tỷ lệ phụ nữ DTTS đẻ được cán bộ y tế đỡ trong khảo sát năm 2015 khá cao do trong thời gian gần đây các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản quan trọng đã được cải thiện mạnh mẽ. Đến thời điểm năm 2015, 96,6% TYT xã đã có nữ hộ sinh/y sĩ sản nhi và 85,1% TYT xã có bác sĩ, đây là nhân lực chủ yếu tham gia đỡ đẻ cho các bà mẹ sinh con tại nhà.

Bảng 2. Tỷ lệ % phụ nữ và phụ nữ người DTTS đẻ tại cơ sở y tế

Thông tin	Kon Tum	Gia Lai	Đắk Lắk	Đắk Nông	Lâm Đồng	Chung
Tổng số phụ nữ đẻ	11807	33162	41418	10258	24387	121032
Số phụ nữ đẻ là người DTTS	6975	12285	12425	3221	7289	42195
Số phụ nữ đẻ tại CSYT	8605	27769	40597	8161	24317	109449
% phụ nữ đẻ tại CSYT	72,9	83,7	98,0	79,6	99,7	90,4
Số phụ nữ người DTTS đẻ tại CSYT	3845	10983	9849	2429	4863	31969
% phụ nữ người DTTS đẻ tại CSYT	55,1	89,4	79,3	75,4	66,7	75,8

Trên 90% phụ nữ Tây Nguyên sinh con tại CSYT năm 2015, tỷ lệ này đặc biệt cao ở các tỉnh Lâm Đồng và Đắk Lắk (lần lượt là 99,7% và 98,0%) nhưng thấp hơn đáng kể ở tỉnh Kon Tum (72,9%). Phụ nữ DTTS ở Tây Nguyên có tỷ lệ sinh con tại CSYT khá thấp (75,8%), đặc biệt là tỉnh Kon Tum (55,1%).

IV. KẾT LUẬN

Năm 2015, 86,3% phụ nữ tại 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên được khám thai ít nhất 3 lần trong 3 thai kỳ, cao nhất ở Đắk Lắk (94,2%) và Lâm Đồng (93,7%). Tỷ lệ này ở phụ nữ người DTTS

thấp hơn đáng kể so với phụ nữ nói chung (69,6% so với 86,3%).

Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế đã qua đào tạo đỡ đạt rất cao (94,4%), gần bằng mức bình quân cả nước (98,0%). Tuy nhiên, tỷ lệ phụ nữ người DTTS đẻ được cán bộ y tế có chuyên môn

đỡ chỉ đạt 81,8%, thấp nhất tại Lâm Đồng (66,7%) và Kon Tum (74,8%), khá cao tại tỉnh Gia Lai (89,8%) và Đắk Nông (87,9%).

Phụ nữ DTTS ở Tây Nguyên có tỷ lệ sinh con tại CSYT khá thấp (75,8%), đặc biệt là tỉnh Kon Tum (55,1%).

KHUYẾN NGHỊ

Cần tiếp tục tăng cường truyền thông về làm mẹ an toàn cho phụ nữ DTTS đến đẻ tại CSYT. Đào tạo cô đỡ thôn bản ở các địa bàn vùng sâu vùng xa, nơi có tỷ lệ cao phụ nữ DTTS sinh con tại nhà, đặc biệt là hai tỉnh Kon Tum và Gia Lai.

Sử dụng hiệu quả hơn nữa đội ngũ YTTB, CĐTB trong công tác quản lý thai; vận động gia đình đưa bà mẹ đến đẻ tại CSYT hoặc gọi CBYT hỗ trợ cuộc đẻ. Tăng cường công tác quản lý và khám thai tại TYT.

Cải thiện chất lượng cấp cứu sản khoa và chăm sóc sơ sinh cho các trạm y tế xã và bệnh viện tuyến huyện thông qua đào tạo thực hành chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh; phát hiện

kịp thời và xử trí đúng các tai biến sản khoa, góp phần giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (11/2009)**. Nghiên cứu thực trạng tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên. Chương trình Giảm tử vong mẹ và TVSS.
2. **Bộ Y tế**, chương trình giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh, 2009. Nghiên cứu thực trạng tử vong mẹ và tử vong sơ sinh tại 14 tỉnh miền núi phía Bắc và Tây Nguyên.
3. **Bộ Y tế**, Viện Chiến lược và Chính sách y tế, 2008. Tình hình TVM và TVSS tại Việt Nam
4. **Bộ Y tế 2014**, Báo cáo thực hiện chương trình MTQG
5. **Cục quản lý KCB**, Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng BV. Ban hành kèm theo Quyết định 4858/QĐ-BYT ngày 3/12/2013 của Bộ trưởng BYT.
6. **Cục Quản lý KCB**. Báo cáo kiểm tra bệnh viện các năm 2010 – 2014.
7. **Trung tâm Nghiên cứu Môi trường và Sức khỏe**, Trung tâm Nghiên cứu và Tư vấn kinh tế Y tế (2016). Báo cáo kết quả khảo sát số liệu ban đầu Dự án chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên giai đoạn 2.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA VÒNG BỤNG VÀ XƠ MỠ ĐỘNG MẠCH CẢNH Ở NGƯỜI KIỂM TRA SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT

Huỳnh Kim Phụng*

TÓM TẮT⁴⁶

Mở đầu: Béo bụng là nguyên nhân quan trọng của hội chứng chuyển hoá (HCCH) và liên quan bệnh lý tim mạch và liên quan độc lập với mỗi thành tố của HCCH trong đó bao gồm đề kháng insulin^(6,7). Theo định nghĩa đồng thuận của IDF (International Diabetes Federation) đối với HCCH phải bao gồm béo bụng. Mục đích của nghiên cứu (NC) chúng tôi là nhằm khảo sát mối liên quan chặt chẽ giữa béo bụng được đánh giá bởi chỉ số vòng bụng với xơ mỡ động mạch dựa trên kết quả phân tích độ dày lớp nội mạc động mạch cảnh (ĐDLNTMĐMC). **Phương pháp nghiên cứu:** NC tiến cứu cắt ngang có phân tích thời gian 1/2017 - 4/2017. Đối tượng là người không có triệu chứng đi kiểm tra sức khỏe tổng quát tại Khoa CSSK theo yêu cầu-BV Chợ Rẫy, sau khi loại trừ những trường hợp mắc các bệnh: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn đường máu đói, rối loạn lipid máu, tăng acid uric máu, hút thuốc lá; đối tượng NC gồm 203 trường hợp (TH) đều được đo vòng bụng và siêu âm duplex động mạch cảnh chung để đánh giá ĐDLNTMĐMC, bao gồm 56

TH béo bụng và 147 TH không có béo bụng. **Kết quả:** 203 đối tượng NC được kiểm tra sức khỏe tổng quát với đặc điểm chung như sau: nam 31% (63 TH), nữ 69% (140 TH); tuổi TB 43,73 (21-71 tuổi), BMI TB 23,01 (14,53-34,22); vòng bụng TB 77,77cm (54-106cm); ĐDLNTMĐMC TB 0,974mm (0,5-2,5mm). Tuổi TB ở nữ cao hơn 6,519 tuổi TB ở nam ($p < 0,001$). BMI TB nhóm béo bụng 24,95 cao hơn BMI TB nhóm không có béo bụng 22,27 ($p < 0,001$). Vòng bụng TB nhóm béo bụng 89,57 cao hơn so với vòng bụng TB của nhóm không béo bụng 73,27 ($p < 0,001$). Tương quan thuận giữa chỉ số ĐDLNTMĐMC và tuổi, hệ số tương quan 0,614 ($p < 0,001$). Tương quan thuận giữa vòng bụng và ĐDLNTMĐMC với hệ số tương quan là 0,139 ($p = 0,048$). **Kết luận:** vòng bụng có tương quan thuận có ý nghĩa với ĐDLNTMĐMC

Từ khóa: béo bụng, vòng bụng, hội chứng chuyển hoá, xơ mỡ động mạch, độ dày lớp nội trung mạch động mạch cảnh.

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN WAIST CIRCUMFERENCE AND ARTERIOSCLEROSIS IN HEALTH CHECK-UP EXAMINEES

Background: Abdominal obesity is important cause of metabolic syndrome (MetS) and is significant predictor of cardiovascular diseases as well as independently related to key components of MetS including insulin resistance^(6,7). In 2005, the IDF

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phụng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

(International Diabetes Federation) released the IDF consensus world definition of the MetS that must have central obesity. The objective of this study was to determine the close correlation between abdominal obesity estimated by waist circumference (WC) and arteriosclerosis based on the results of an analysis of carotid intima media thickness (CIMT). **Methods:** Cross-sectional prospective study, between January 2017 and April 2017; The subjects are health check-up examinees at Health Care Department of Cho Ray hospital. After excluding subjects with history of or being diagnosed hypertension, diabetes, dyslipidemia, hyperuricemia, smoker; 203 subjects were measured WC and underwent carotid ultrasound for estimating CIMT; comprised of 56 subjects in AO group and 147 subjects in non-AO group (control group). **Results:** 203 non-symptom subjects underwent general health check-up, including 63 males (31%) and 140 females (69%); mean age 43.73 (21-71); mean BMI 23.01 (14.53-34.22); mean waist circumference 77.77 (54-106cm); mean CIMT 0.974 (0.5-2.5mm). Mean age of females is 6.519 higher than mean age of males ($p < 0.001$). Mean BMI of AO group 24.95 is higher than mean BMI of non-AO group 22.27 ($p < 0.001$). Mean WC of AO group 89.57 is higher than mean WC of non-AO group ($p < 0.001$). Positive correlation between CIMT and age (correlation coefficient 0.614, $p < 0.001$). No significant correlation between AO and CIMT at diagnosed-AO rank ≥ 90 cm (male) and ≥ 80 cm (female). Positive correlation between WC and CIMT significantly (correlation coefficient 0.139, $p = 0.048$). **Conclusion:** Positive correlation between WC and CIMT significantly.

Key words: abdominal obesity, waist circumference, metabolic syndrome, arteriosclerosis, carotid intima media thickness.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển lối sống văn minh hiện đại, tần suất bệnh lý tim mạch ngày càng tăng đặc biệt bệnh lý xơ mỡ động mạch đây là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với biến cố tim mạch như: nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não... Vì vậy việc tìm kiếm thêm những yếu tố nhằm tiên đoán tình trạng xơ vữa động mạch là điều hết sức cần thiết. Cũng vậy, béo phì ngày càng gia tăng ở người lớn và cả trẻ em tại nước ta và trên thế giới, theo báo cáo của Bộ Y tế 2015, ở Việt Nam tỷ lệ người trưởng thành bị thừa cân, béo phì chiếm khoảng 25% dân số. Béo bụng là yếu tố tiên lượng độc lập của đề kháng insulin, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu trong HCCH. HCCH là hội chứng bao gồm yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim cấp như: đái tháo đường, rối loạn đường máu đói, béo bụng, rối loạn lipid máu và tăng huyết áp. Người bị HCCH có nguy cơ tử vong tăng gấp đôi và nguy cơ nhồi máu cơ tim cấp hoặc đột quỵ tăng gấp 3 lần so với người không có hội chứng chuyển hóa⁽⁶⁾. Tuy nhiên, định nghĩa HCCH khác nhau giữa các khuyến cáo của các quốc gia hoặc hiệp hội trên thế giới.

Năm 2005, IDF (International Diabetes Federation) đã cho ra đời định nghĩa đồng thuận của HCCH trong đó bắt buộc phải có béo bụng^(4,6,7). Theo Fujimoto WY. và Cs⁽⁵⁾ NC trên 175 người Mỹ gốc Nhật ghi nhận rằng béo bụng, tăng huyết áp và đường máu là yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh tim mạch. Britton KA. và Cs⁽³⁾ đã ghi nhận trên 3.086 người tham gia NC Framingham Heart study, béo bụng (visceral adiposity) liên quan tần suất bệnh tim mạch và ung thư sau khi điều chỉnh những yếu tố nguy cơ lâm sàng và béo phì toàn thân. *Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát mối liên quan giữa béo bụng với xơ mỡ động mạch cảnh ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế NC: tiến cứu, mô tả, cắt ngang có phân tích. Thời gian 01/2017 đến 04/2017.

2.2 Đối tượng NC: Tất cả người đến kiểm tra sức khỏe tổng quát từ 16 tuổi trở lên tại Khoa CSSK Theo yêu cầu – BV Chợ Rẫy.

2.3 Tiêu chuẩn chọn bệnh: Người kiểm tra sức khỏe tổng quát, đồng ý tham gia NC.

Tiêu chuẩn loại trừ: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hoá đường, rối loạn lipid máu, tăng acid uric máu, béo phì, hút thuốc lá.

2.4 Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện

2.5 Cách thức tiến hành: Tất cả người kiểm tra sức khỏe trong nhóm nghiên cứu được ghi nhận tiền căn bệnh sử, thuốc đang sử dụng, lối sống, uống bia rượu. Lấy sinh hiệu mạch, huyết áp, BMI, đo vòng bụng ngang với rốn ở tư thế đứng sau khi thở ra bình thường. Tiến hành khám thực thể và thực hiện các xét nghiệm máu trong bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát sau khi nhịn đói 10 tiếng, bao gồm: đường máu đói, bộ lipid máu (triglyceride, HDL-cho, LDL-cho), HbA_{1c}, acid uric, Bun, creatinin, công thức máu, AST, ALT, GGT, HBSAg, HBsAb, HBCAb, anti HCV.

2.6 Các định nghĩa

- Chẩn đoán béo bụng khi (Theo WHO): đối với nữ VB ≥ 80 cm và đối với nam VB ≥ 90 cm.

- Tăng huyết áp theo định nghĩa của JNC VII: khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc tâm trương ≥ 90 mmHg; hoặc tiền sử tăng huyết áp.

- Tăng LDL-cho khi ≥ 150 mg/dL, giảm HDL-cho khi ≤ 39 mg/dL, tăng TG khi ≥ 150 mg/dL, đường máu tăng khi ≥ 110 mg/dL, HbA_{1c} tăng khi $\geq 6,5\%$, acid Uric máu tăng khi ≥ 7 mg/dL. Hoặc trường hợp đã được chẩn đoán là rối loạn lipid máu, tăng acid uric máu, rối loạn đường máu hoặc đái tháo đường.

-Siêu âm ĐM cảnh được thực hiện trên máy siêu âm model Logic E9 của hãng General Electric-Mỹ bằng đầu dò tần số cao linear 9L. Đánh giá các tình trạng XVĐM qua khảo sát ĐDLNTMĐMC và sự hiện diện của mảng xơ vữa. Kỹ thuật đo ĐDLNTMĐMC và mảng xơ vữa:

+ ĐDLNTMĐMC phải đo trên B mode; đo tại một hướng trên lát cắt dọc và tại thành xa của động mạch cảnh chung 2 bên, từ mặt ngăn cách máu - nội mạc tới mặt ngăn cách trung - ngoại mạc; đo trên một đoạn dài ít nhất 1cm, dưới phình cảnh tối thiểu 5mm và tránh mảng xơ vữa; ĐDLNTMĐMC phải đo ở giai đoạn cuối tâm trương tương ứng với thời điểm ĐM có khẩu kính nhỏ nhất.

+ Mảng xơ vữa: Được đánh giá riêng biệt với ĐDLNTMĐMC chỗ dày nhất cần được đo đặc từ hai mặt cắt vuông góc với nhau.

+ Trong quá trình đo phải đảm bảo các yếu tố kỹ thuật sau: Hình ảnh B mode có độ phân giải cao, đầu dò linear ≥ 7 MHz (lý tưởng 12 MHz); Độ sâu khảo sát ≤ 4 cm, tần số khung hình trên giây (frame per second) phải đạt chuẩn real time (25 Hz); Chỉ chọn một focus (đặt ngang mức phức hợp nội - trung mạc cần khảo sát); Chỉnh Dynamic range ở mức 60 dB (DR đặt cao quá sẽ làm ĐDLNTMĐMC dày hơn thực tế và ngược lại).

-Tổn thương ĐM cảnh: Theo hướng dẫn Hội tăng huyết áp và Hội tim mạch Châu Âu năm 2013, đo ĐDLNTM tại ĐM cảnh chung 2 bên tại vị trí cách phình cảnh tối thiểu 5mm, đo đoạn dài ít nhất 10mm, lấy giá trị cao hơn của hai bên. Đánh giá ĐDLNTM ĐM cảnh chung: bình thường khi ĐDLNTM $< 0,9$ mm, tăng khi ĐDLNTM $0,9 - 1,5$ mm, có mảng xơ vữa khi ĐDLNTM $> 1,5$ mm

Bảng 1. Phân bố tuổi theo giới tính

	Giới tính	Số ca	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình sai số chuẩn
Tuổi của bệnh nhân	Nữ	140	45,76	11,633	,983
	Nam	63	39,24	11,874	1,496

Nhận xét: Tuổi TB ở nữ là 45,76; tuổi TB ở nam là 39,24. Tuổi TB ở nữ cao hơn 6,519 tuổi so với tuổi TB ở nam; sự khác nhau về TB tuổi 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p < 0,001$.

3.2 ĐDLNTMĐMC

- ĐDLNTMĐMC và giới tính

Bảng 2. Liên quan ĐDLNTMĐMC và giới tính

	Giới tính	Số ca	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình sai số chuẩn
Chỉ số CIMT	Nữ	140	,994	,3790	,0320
	Nam	63	,932	,3605	,0454

Nhận xét: Trung bình chỉ số ĐDLNTMĐMC ở nhóm nam giới là 0,932mm và trung bình ở nhóm nữ giới là 0,994mm; vậy ĐDLNTMĐMC có giảm nhẹ ở mức 0,0618mm ở nhóm nam so với nữ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p = 0,276$.

- ĐDLNTMĐMC và tuổi

Bảng 3. Liên quan ĐDLNTMĐMC và tuổi

Chỉ số	Tương quan Pearson	Chỉ số CIMT	Tuổi của bệnh nhân
		1	,614**

hoặc ĐDLNTM $>50\%$ so với độ dày của đoạn thành mạch kế cận, nhô vào lòng mạch $>0,5$ mm. Đánh giá hẹp theo mức độ mảng xơ vữa và đỉnh vận tốc tâm thu

2.7 Các biến số: Tuổi, giới, vòng bụng (định lượng), béo bụng (định tính), BMI, ĐDLNTMĐMC (biến định lượng).

2.8 Xử lý và phân tích số liệu: xử lý bằng phần mềm SPSS 22 và được trình bày số liệu dưới dạng bảng, biểu đồ. Dùng phép kiểm t-test để so sánh hai trung bình. Dùng phương trình hồi quy đa biến để tìm các mối tương quan. $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.9 Vấn đề y đức: Bộ kiểm tra sức khỏe tổng quát theo từng độ tuổi được người khám sức khỏe tham khảo và tự nguyện đăng ký, trong bộ kiểm tra sức khỏe này đã bao gồm có sẵn siêu âm Doppler màu bụng. Siêu âm duplex ĐM cảnh ngoài sọ thêm cho đối tượng NC đều được nhóm NC tư vấn tận tâm lợi ích của việc kiểm tra cũng như tính an toàn của phương pháp siêu âm. Các thông tin bệnh án của tất cả đối tượng NC đều được giữ bí mật tuyệt đối và không dùng vào bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung: NC bao gồm 203 đối tượng không có triệu chứng, kiểm tra sức khỏe tổng quát với đặc điểm chung như sau: nam 31% (63 TH), nữ 69% (140 TH); tuổi TB 43,73 (21-71 tuổi), BMI TB 23,01 (14,53-34,22); vòng bụng TB 77,77cm (54-106cm); ĐDLNTMĐMC TB 0,974mm (0,5-2,5mm)

CIMT	Giá trị ý nghĩa (2-đuôi)		,000
	Số ca	203	203
Tuổi của bệnh nhân	Tương quan Pearson	,614**	1
	Giá trị ý nghĩa (2-đuôi)	,000	
	Số ca	203	203

** . Tương quan có ý nghĩa ở mức 0.01 (phép kiểm 2-đuôi).

Nhận xét: Có sự tương quan mạnh giữa chỉ số ĐDLNTMĐMC và tuổi, tương quan thuận với hệ số tương quan là 0,614 với mức ý nghĩa $p < 0,001$.

- ĐDLNTMĐMC và BMI

Bảng 4. Liên quan giữa ĐDLNTMĐMC và BMI

		Chỉ số BMI	Chỉ số CIMT
Chỉ số BMI	Tương quan Pearson	1	,083
	Giá trị ý nghĩa (2-đuôi)		,242
	Số ca	203	203
Chỉ số IMT	Pearson Correlation	,083	1
	Sig. (2-tailed)	,242	
	N	203	203

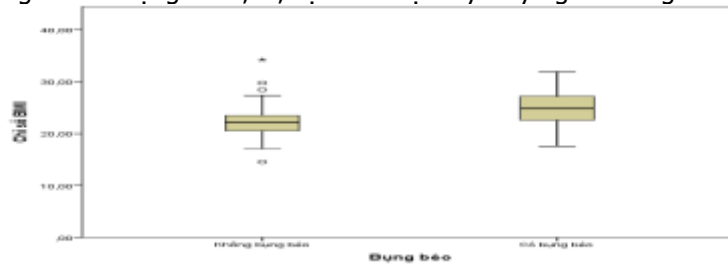
Nhận xét: Kết quả cho thấy mối tương quan yếu với hệ số tương quan yếu $B = 0,083$

- Béo bụng và BMI

Bảng 5. Liên quan béo bụng và BMI

	Bụng béo	Số ca	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình sai số chuẩn
Chỉ số BMI	Không béo bụng	147	22,2766	2,54632	,21002
	Có béo bụng	56	24,9561	2,93217	,39183

Nhận xét: Trung bình chỉ số BMI ở nhóm có béo bụng là 24,95 cao hơn 2,67 so với chỉ số trung bình của BMI ở nhóm không có béo bụng là 22,27, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p < 0,001$.



Biểu đồ 1. Liên quan giữa béo bụng và BMI

Nhận xét: Biểu đồ boxplot cho phép so sánh 2 phân bố của biến liên tục. Các dấu chấm tròn là trường hợp BN có giá trị vượt bách phân vị 2,5-97,5; còn dấu * là giá trị vượt ngưỡng 1-99%

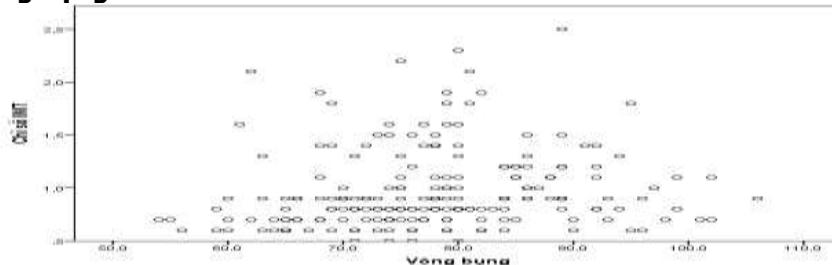
- Chỉ số vòng bụng và béo bụng

Bảng 6. Liên quan vòng bụng và béo bụng

	Béo bụng	Số ca	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình sai số chuẩn
Vòng bụng	Không béo bụng	147	73,272	7,0289	,5797
	Có béo bụng	56	89,571	6,1315	,8194

Nhận xét: Nhóm béo bụng có TB vòng bụng là 89,57 cao hơn 16,30 so với TB vòng bụng của nhóm không béo bụng 73,27; sự khác nhau về TB vòng bụng có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p < 0,001$.

- Chỉ số vòng bụng và ĐDLNTMĐMC



Biểu đồ 2. Liên quan giữa vòng bụng và ĐDLNTMĐMC

Bảng 7. Liên quan vòng bụng và ĐDLNTMĐMC

		Chỉ số IMT	Vòng bụng
Chỉ số CIMT	Tương quan Pearson	1	,139*
	Giá trị ý nghĩa (2-đuôi)		,048
	Số ca	203	203
Vòng bụng	Tương quan Pearson	,139*	1
	Giá trị ý nghĩa (2-đuôi)	,048	
	Số ca	203	203

*. Tương quan có ý nghĩa thống kê ở mức 0.05 (2-đuôi).

Nhận xét: Kết quả cho thấy có sự tương quan giữa vòng bụng và ĐDLNTMĐMC với hệ số tương quan là 0,139; sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p=0,048$.

- Béo bụng và ĐDLNTMĐMC

Bảng 9. Liên quan giữa béo bụng và ĐDLNTMĐMC

	Bụng béo	Số ca	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình sai số chuẩn
Chỉ số IMT	Không bụng béo	147	,956	,3852	,0318
	Có bụng béo	56	1,021	,3399	,0454

Kết quả cho thấy trung bình ĐDLNTMĐMC ở nhóm có béo bụng là 1,021 dày hơn 0,065 so với nhóm không béo bụng 0,956; tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với test T student ở ngưỡng $p=0,269$

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung: Trong thời gian từ 1/2017 đến 4/2017, đã có 203 đối tượng nghiên cứu kiểm tra sức khỏe tổng quát, trong đó có 56 người thuộc nhóm béo bụng và 147 người thuộc nhóm không có béo bụng (nhóm chứng). Trong thiết kế NC, đối tượng của NC là những người được xem là khỏe mạnh đi kiểm tra sức khỏe định kỳ và tiêu chuẩn loại trừ bao gồm những yếu tố ảnh hưởng xơ mỡ động mạch như: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, béo phì, uric, hút thuốc lá. Nữ chiếm đa số trong NC này là do đa số người đến kiểm tra sức khỏe tại Khoa Chăm sóc Sức khỏe theo yêu cầu là nữ giới. Tuổi trung bình 43,73 cũng phù hợp do đa số người kiểm tra sức khỏe đều trong độ tuổi lao động. Vòng bụng trung bình 77,77cm cho thấy đa số đối tượng NC không có béo bụng. ĐDLNTMĐMC trung bình là 0,974mm là gia tăng so với giá trị bình thường $<0,9$ mm, điều này có ý nghĩa đa số đối tượng trong NC có tình trạng xơ vữa động mạch.

4.2 ĐDLNTMĐMC: Ghi nhận có sự tương quan mạnh giữa chỉ số ĐDLNTMĐMC và tuổi, tương quan thuận với hệ số tương quan là 0,614 với mức ý nghĩa $p<0,001$. Theo kết quả ghi nhận nếu tuổi tăng 1 đơn vị độ lệch chuẩn thì ĐDLNTMĐMC tăng một đơn vị độ lệch chuẩn và độ lệch chuẩn của tuổi là 12,064 và độ lệch chuẩn của ĐDLNTMĐMC là 0,3735; có ý nghĩa là nếu tuổi tăng 12,064 thì IMT sẽ tăng $0,3735 \times 0,614$ mm. Kết quả này phù hợp với NC khác, tuổi là yếu tố nguy cơ độc lập của xơ mỡ động mạch.

4.3. Béo bụng: Trung bình chỉ số BMI khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$ giữa hai nhóm béo bụng và không béo bụng (nhóm chứng), cũng cần lưu ý trung bình chỉ số BMI 23,01 (<25) cho thấy đa số các đối tượng NC không phải là béo phì. Vòng bụng TB nhóm béo bụng 89,57 cao hơn 16,30 so với vòng bụng TB của nhóm không béo bụng 73,27 ($p<0,001$), sự khác biệt này cũng dễ hiểu do định nghĩa béo bụng khi vòng bụng ≥ 90 cm đối với nam và ≥ 80 cm đối với nữ.

Kết quả cho thấy có sự tương quan giữa vòng bụng và ĐDLNTMĐMC với hệ số tương quan là 0,139; sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p=0,048$. Kết quả này có ý nghĩa nếu vòng bụng thay đổi tăng 1 đơn vị độ lệch chuẩn thì chỉ số ĐDLNTMĐMC cũng tăng 0,139 đơn vị độ lệch chuẩn. 1 đơn vị độ lệch chuẩn của ĐDLNTMĐMC là 0,3735mm; còn 1 đơn vị độ lệch chuẩn của vòng bụng là 9,96cm.

Béo bụng bao gồm mỡ dưới da (subcutaneous fat) và mỡ trong bụng (intraabdominal fat) hay mỡ tạng (visceral fat). Theo Fujimoto WY. và Cs⁽⁵⁾ đã NC trên 175 người Mỹ gốc Nhật Bản trong vòng 10 năm ghi nhận: béo bụng do mỡ tạng, huyết áp và đường máu là những yếu tố nguy cơ độc lập đối với bệnh động mạch vành ở cả 2 nhóm người Mỹ gốc Nhật Bản bị đái tháo đường và không bị đái tháo đường.

Theo IDF béo bụng là tiêu chuẩn bắt buộc trong định nghĩa của HCCH, với vòng bụng ≥ 94 cm đối với nam giới châu Âu và ≥ 80 cm đối với nữ giới châu Âu. Tuy nhiên, do khác biệt chủng tộc, trong NC này chúng tôi sử dụng tiêu

chuẩn chẩn đoán béo bụng khi vòng bụng $\geq 90\text{cm}$ đối với nam và $\geq 80\text{cm}$ đối với nữ. Khi xử lý số liệu đánh giá mối tương quan giữa biến số béo bụng (định tính) và ĐDLNTĐMC không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa giữa hai biến số này, tuy nhiên khi khảo sát mối tương quan giữa hai biến số vòng bụng (biến định lượng) và ĐDLNTĐMC (biến định lượng) chúng tôi ghi nhận có mối tương quan thuận giữa trị số vòng bụng và ĐDLNTĐMC với hệ số tương quan 0,139 và sự tương quan này có ý nghĩa thống kê với $p=0,048$.

NC chúng tôi còn một số giới hạn: 1.Chẩn đoán béo bụng dựa trên đo vòng bụng mà không phải đo bởi CT-scan hoặc MRI, 2.Đối tượng NC là người kiểm tra sức khỏe tổng quát có thể có sai số do chọn lọc (selection bias) và do đó không phản ánh được ở dân số chung. Ngoài ra, chúng tôi chỉ khảo sát mối tương quan dựa trên vòng bụng, trong khi béo bụng do mỡ tạng mới là yếu tố quan trọng gây ảnh hưởng trên tình trạng xơ mỡ động mạch.

V. KẾT LUẬN

Vòng bụng có tương quan thuận có ý nghĩa với ĐDLNTĐMC. Cần đánh giá ĐDLNTĐMC khi có béo bụng nhằm phát hiện sớm và phòng ngừa bệnh tim mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adam LA, Lymp JF, St Sauver J, et al. (2005), "The natural history of non-alcoholic fatty liver disease: a population-based cohort study". *Gastroenterology*, 129, pp.113 – 121.
2. Berg AH, Schere PE (2005), "Adipose tissue, inflammation, and cardiovascular disease". *Circ Res*, 96, pp. 939-949.
3. Britton KA, Massaro JM, Murabito JM, Kreger BE., Hoffman U., Fox CS. (2013), "Body fat distribution, incident cardiovascular disease, cancer, and all cause mortality". *J Am Coll Cardiol*, 62(10), pp.921 – 925.
4. Carr DB, Utzschneider KM, Hull RL, et al (2004), "Intra-abdominal fat is a major determinant of the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III criteria for the metabolic syndrome". *Diabetes*, 53, pp.2087 – 2094.
5. Fujimoto WY, Bergstrom RW, Boyko EJ, et al. (1999), "Visceral adiposity and incident coronary heart disease in Japanese – American men. The 10-year follow-up results of the Seattle Japanese – American Community Diabetes Study". *Diabetes Care*, 22, pp.1808 – 1812.
6. International Diabetes Federation "Criteria of the metabolic syndrome in children and adolescents". <http://www.idf.org/metabolic-syndrome/children/criteria> (accessed May 01, 2017).
7. International Diabetes Federation, "The IDF consensus worldwide definition of the Metabolic Syndrome", www.idf.org/webdata/docs/IDF_Meta_def_final.pdf (accessed May 01, 2017).

KHẢO SÁT KIẾN THỨC VỀ BỆNH TAY CHÂN MIỆNG CỦA THÂN NHÂN BỆNH NHI TẠI BỆNH VIỆN QUẬN BÌNH THẠNH

Hán Thị Bình¹, Nguyễn Thị Tuyết Mai¹, Nguyễn Văn Tập²

TÓM TẮT⁴⁷

Bệnh tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm phổ biến, thường gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Mục tiêu của đề tài "khảo sát kiến thức và một số yếu tố liên quan đến kiến thức về bệnh tay chân miệng của thân nhân bệnh nhi tại khoa Nhi, bệnh viện Bình Thạnh". Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 410 thân nhân có con, em dưới 16 tuổi đến khám tại khoa Nhi, bệnh viện Bình Thạnh. Kết quả: tỷ lệ thân nhân bệnh nhi có kiến thức đúng về nhận biết bệnh tay chân miệng (34,1%), kiến thức đúng về chăm sóc trẻ bị tay chân miệng (60,0%), kiến thức đúng về phòng bệnh tay chân miệng (25,6%). Những

người học đại học thì có kiến thức đúng về nhận biết bệnh tay chân miệng gấp 2,40, 95% CI (1,06 – 5,42) lần so với những người học trung học phổ thông trở xuống, $p<0,05$. Những người dưới 30 tuổi thì có kiến thức đúng về phòng bệnh tay chân miệng gấp 2,09, 95% CI (1,14 – 3,80) lần so với những người từ 35 tuổi trở lên, $p<0,05$.

Từ khóa: bệnh tay chân miệng, kiến thức.

SUMMARY

KNOWLEDGE ON HAND, FOOT AND MOUTH DISEASE AMONG CAREGIVERS OF CHILDREN PATIENTS AT BINH THANH DISTRICT HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

Hand, foot and mouth disease is a common infectious disease of infants and children. Our study aims to investigate the survey of knowledge and related factors on hand, foot and mouth disease among caregivers of children patients at Binh Thanh district hospital, Ho Chi Minh city. Employing the cross-sectional study on 410 people, the study indicated that 34.1% of caregivers of children patients

¹Bệnh viện quận Bình Thạnh.

²Đại học Y Dược TP.HCM.

Chịu trách nhiệm chính: Hán Thị Bình

Email: dinhbn85@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

under study provided good knowledge of hand, foot and mouth disease symptoms and signs, 60.0% of those under study provided good knowledge of taking care of children when they had hand, foot and mouth disease, 25.6% of those under study provided good knowledge of preventing hand, foot and mouth disease. The statistically significant correlation between knowledge of hand, foot and mouth disease symptoms and signs and university education (OR: 2.40, 95%CI: 1.06 - 5.42), $p < 0.05$; knowledge of preventing hand, foot and mouth disease and 35 years old or older (OR: 2.09, 95%CI: 1.14 - 3.80), $p < 0.05$ were found in this study.

Keyword: hand, foot and mouth disease, knowledge.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tay chân miệng là một bệnh truyền nhiễm phổ biến ở các nước trong khu vực Châu Á – Thái Bình Dương và đã trở thành một vấn đề cộng đồng tại Việt Nam. Tại Việt Nam, năm 2011 ở khu vực phía Nam gia tăng số ca mắc bệnh tay chân miệng gấp 6 lần, số tử vong gấp 6 - 24 lần so với giai đoạn 2008 - 2010, tỷ lệ chết/mắc là 0,2% [4]. Theo báo cáo của Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh năm 2011, thành phố Hồ Chí Minh có 12.657 ca mắc bệnh tay chân miệng, tăng 3,5 lần so với năm 2010, tử vong 30 trường hợp [5]. Tại Bệnh viện quận Bình Thạnh, tổng số ca mắc bệnh tay chân miệng đến khám năm 2010 là 102 ca, năm 2011 là 429 ca tăng 4,5 lần so với năm 2010 [1]. Hiện nay, bệnh tay chân miệng chưa có vắc xin dự phòng và thuốc điều trị đặc hiệu, biện pháp chủ yếu là truyền thông thay đổi hành vi phòng ngừa bệnh. Chính vì những lý do trên mà việc khảo sát kiến thức của thân nhân bệnh nhi về bệnh tay chân miệng là điều cần thiết. Từ kết quả khảo sát chúng ta có thể đánh giá được sự hiểu biết của người dân về bệnh này như thế nào, để có kế hoạch tuyên truyền, giáo dục thích hợp với từng đối tượng, nhằm mục đích nâng cao kiến thức về bệnh, góp phần giảm tỷ lệ mắc và tử vong do tay chân miệng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 07/2012 đến tháng 09/2013.

2.3 Đối tượng nghiên cứu: Thân nhân có con, em dưới 16 tuổi đến khám tại khoa Nhi, bệnh viện quận Bình Thạnh.

2.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ.

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

Trong đó: $Z^2_{1-\alpha/2}$. độ tin cậy, với độ tin cậy 95%; $Z^2_{1-\alpha/2} = (1,96)^2 = 3,84$

$p = 0,5$. p là tỷ lệ người có kiến thức đúng. d : là sai số lựa chọn = 0,05. Tính được cỡ mẫu $n = 384$. Thực tế điều tra 410 thân nhân bệnh nhi.

2.5 Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.6 Đánh giá kiến thức:

- Kiến thức đúng về nhận biết bệnh tay chân miệng khi trả lời đúng tất cả 4 câu:

(1) *Độ tuổi mắc tay chân miệng:* gặp ở mọi lứa tuổi nhưng chủ yếu là trẻ dưới 5 tuổi; (2) *Dấu hiệu gợi ý bệnh tay chân miệng:* sốt cộng thêm một trong các dấu hiệu như đau miệng, biếng ăn, tăng tiết nước bọt, quấy khóc, tiêu chảy vài lần trong ngày, hoặc trả lời được; bóng nước lòng bàn chân, lòng bàn tay; (3) *Biểu hiện điển hình của bệnh tay chân miệng:* bóng nước nổi ở lòng bàn chân, lòng bàn tay, mông, gối, miệng; (4) *Dấu hiệu cần tái khám ngay khi bị tay chân miệng:* run tay chân; giật mình chới với; hoặc sốt cao liên tục không đáp ứng thuốc hạ sốt và lau mát; hoặc đi đứng loạng choạng; hoặc run giật nhãn cầu; hoặc quấy khóc liên tục; hoặc khó ngủ hay ngủ li bì; hoặc nôn ói nhiều, bỏ bú; hoặc da nổi bóng.

- Kiến thức đúng về chăm sóc bệnh tay chân miệng khi trả lời đúng tất cả 2 câu:

(1) *Chế độ ăn khi trẻ bị bệnh tay chân miệng:* ăn khối lượng giống bình thường và nên chọn thức ăn mềm; hoặc khối lượng giống như bình thường và tránh thức ăn cay, chua, nóng. (2) *Chăm sóc trẻ tay chân miệng:* vệ sinh răng miệng bằng nước muối pha loãng; hoặc vệ sinh cho trẻ sạch sẽ; hoặc cho trẻ nằm nghỉ ngơi nơi yên tĩnh, thoáng mát.

- Kiến thức đúng về phòng bệnh tay chân miệng khi trả lời đúng tất cả 6 câu:

(1) *Vắc xin dự phòng:* chưa có. (2) *Đường lây truyền bệnh tay chân miệng:* phân - miệng hoặc dịch tiết của bóng nước. (3) *Mức độ lây lan:* dễ lây lan thành dịch. (4) *Thời gian cho trẻ nghỉ ở nhà khi mắc bệnh:* 10-14 ngày. (5) *Phòng tay chân miệng bằng cách:* hạn chế tiếp xúc với mọi người khi bị tay chân miệng; hoặc rửa tay bằng xà phòng; hoặc vệ sinh cá nhân sạch sẽ; hoặc che miệng khi ho, hắt xì; ngâm rửa dụng cụ, đồ chơi, sàn nhà bằng dung dịch khử khuẩn. (6) *Dung dịch được bộ y tế khuyên dùng để ngâm rửa dụng cụ, sàn nhà trong dịch tay chân miệng là:* dung dịch cloramin B.

2.7 Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm EpiData Data 3.1 và phần mềm SPSS 16.0 để xử lý và phân tích số liệu. Sử dụng test χ^2 để so sánh các tỷ lệ.

2.8 Đạo đức trong nghiên cứu: Tuân thủ tất các quy định của Ban Đánh giá Đạo đức Y sinh học của Bộ Y tế; Đảm bảo quyền lợi và bảo mật thông tin của các đối tượng tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát 410 thân nhân bệnh nhi, nam (19,8%) và nữ (80,2%). Về nhóm tuổi, dưới 30 tuổi (19,8%), từ 30 - 34 tuổi (25,8%), từ 35 tuổi trở lên (54,4%). Về nghề nghiệp, nội trợ (43,4%), buôn bán (20,0%), công nhân (16,6%), cán bộ viên chức (18,8%), sinh viên (1,2%). Số con trong gia đình, chưa có con (6,8%), có 1 con (30,0%), có 2 con (56,6%), có từ 3 con trở lên (6,6%).

Bảng 1. Các kênh thông tin mà người dân tiếp cận kiến thức

Kênh thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Truyền hình	202	48,9
Báo	78	18,9
Nhân viên y tế	59	14,3
Người thân	34	8,2
Internet	33	8,0
Khác	7	1,7

Đa số người dân có thông tin về bệnh tay chân miệng từ xem truyền hình (48,9%), tiếp theo đó là đọc báo (18,9%) và kể đến là từ nhân viên y tế (14,3%).

Bảng 2. Kiến thức về nhận biết bệnh tay chân miệng của thân nhân bệnh nhi

Kiến thức về nhận biết bệnh tay chân miệng	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng	
	SL	%	SL	%
Độ tuổi mắc tay chân miệng	268	65,4	142	34,6
Dấu hiệu gợi ý bệnh tay chân miệng	295	72,0	115	28,0
Biểu hiện điển hình của bệnh tay chân miệng	389	94,9	21	5,1
Dấu hiệu của biến chứng cần tái khám ngay	277	67,6	133	32,4
Kiến thức chung đúng (đúng tất cả các ý trên)	140	34,1	270	65,9

Tỷ lệ thân nhân bệnh nhi có kiến thức đúng về nhận biết tay chân miệng là 34,1%. Trong đó, tỷ lệ người có kiến thức đúng về độ tuổi mắc bệnh (65,4%), dấu hiệu gợi ý bệnh (72,0%), biểu hiện bệnh (94,9%), dấu hiệu của biến chứng cần tái khám ngay (67,6%).

Bảng 3. Kiến thức về chăm sóc trẻ mắc bệnh tay chân miệng của thân nhân bệnh nhi

Kiến thức chăm sóc trẻ mắc bệnh tay chân miệng	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng	
	SL	%	SL	%
Chế độ ăn	293	71,5	117	28,5
Chăm sóc trẻ tay chân miệng	333	81,2	77	18,8
Kiến thức chung đúng (đúng tất cả các ý trên)	246	60,0	164	40,0

Tỷ lệ thân nhân bệnh nhi có kiến thức đúng về chăm sóc trẻ mắc bệnh tay chân miệng là 60,0%. Trong đó, tỷ lệ người có kiến thức đúng về chế độ ăn (71,5%), chăm sóc trẻ (81,2%).

Bảng 4. Kiến thức về phòng bệnh tay chân miệng của thân nhân bệnh nhi

Kiến thức về phòng bệnh tay chân miệng	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng	
	SL	%	SL	%
Vắc xin phòng bệnh	304	74,1	106	25,9
Đường lây truyền	266	64,9	144	35,1
Mức độ lây lan	324	79,0	86	21,0
Thời gian cho trẻ nghỉ học khi trẻ bị bệnh	252	61,5	158	38,5
Một số biện pháp phòng ngừa	314	76,6	96	23,4
Hóa chất sử dụng để vệ sinh dụng cụ, sàn nhà	340	82,9	70	17,1
Kiến thức chung đúng (đúng tất cả các ý trên)	105	25,6	305	74,4

Tỷ lệ thân nhân bệnh nhi có kiến thức đúng về phòng bệnh tay chân miệng là 25,6%. Trong đó, tỷ lệ người có kiến thức đúng về chưa có vaccin phòng bệnh (74,1%), kiến thức đúng về đường lây truyền của bệnh (64,9%), kiến thức đúng về mức độ lây lan của bệnh (79,0%), kiến thức đúng về thời gian cho trẻ nghỉ học khi trẻ bị bệnh (61,5%), kiến thức đúng về một số biện pháp phòng ngừa (76,6%) và kiến thức đúng về dùng Cloramin B để khử sàn nhà, ngâm rửa đồ chơi, vật dụng (82,9%).

Bảng 5. Trình độ học vấn liên quan đến kiến thức nhận biết bệnh tay chân miệng

Trình độ học vấn	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
≤ THPT	97	30,8	218	69,2		1
Trung cấp	15	41,7	21	58,3	0,18	1,61 (0,73 – 3,42)
Cao đẳng	9	37,5	15	62,5	0,49	1,35 (0,50 – 3,42)
Đại học	16	51,6	15	48,4	0,02	2,40 (1,06 – 5,42)
Trên đại học	3	75,0	1	5,0	0,06	6,74 (0,53 – 335,48)

Những người học đại học thì có kiến thức đúng gấp 2,40, 95% CI (1,06 – 5,42) lần so với những người học trung học phổ thông trở xuống, $p < 0,05$.

Bảng 6. Nhóm tuổi liên quan đến kiến thức về phòng bệnh tay chân miệng

Nhóm tuổi	Kiến thức đúng		Kiến thức chưa đúng		p	OR (95% CI)
	SL	%	SL	%		
≤ 29 tuổi	28	34,6	53	65,4		1
30 - 34 tuổi	32	30,2	74	69,8	0,53	1,22 (0,63 – 2,37)
≥ 35 tuổi	45	20,2	178	79,8	0,01	2,09 (1,14 – 3,80)

Những người dưới 30 tuổi thì có kiến thức đúng gấp 2,09, 95% CI (1,14 – 3,80) lần so với những người từ 35 tuổi trở lên, $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nguồn thông tin về bệnh tay chân miệng: Đa số người dân có thông tin về bệnh tay chân miệng từ xem truyền hình (48,9%), đọc báo (18,9%). Tỷ lệ thông tin từ nhân viên y tế (14,3%), rất khiêm tốn, đây là nguồn thông tin khoa học và chính xác do ngành y tế cung cấp nhưng lại chưa tiếp cận với đại đa số người dân. Điều này cho thấy vai trò truyền thông của nhân viên y tế nói chung và y tế địa phương vẫn chưa thể hiện được sự chủ động, tích cực trong truyền thông của ngành y tế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Kiều Chinh (2013) tại huyện Dương Minh Châu tỉnh Tây Ninh, có 2 nguồn thông tin chính về bệnh tay chân miệng mà các bà mẹ được cung cấp đó là truyền hình (93%), cán bộ y tế (71%) [3]. Điều này có thể lý giải do thời điểm và địa bàn nghiên cứu khác nhau nên kết quả khác nhau. Theo Charoenchokpanit R. (2013) điều tra tại Thái Lan, nguồn thông tin chính về bệnh tay chân miệng mà người trực tiếp chăm sóc trẻ được cung cấp là truyền hình (97,6%) [7]. Nhìn chung, truyền hình là kênh thông tin đại chúng có khả năng tiếp cận với cộng đồng cao nhất vì hiện tại hầu hết gia đình nào cũng có truyền hình để sử dụng.

Kiến thức về nhận biết bệnh tay chân miệng của thân nhân bệnh nhi: Tỷ lệ người có kiến thức đúng về độ tuổi mắc bệnh (65,4%), dấu hiệu gợi ý bệnh (72,0%), biểu hiện bệnh (94,9%), dấu hiệu của biến chứng cần tái khám ngay (67,6%). Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Kiều Chinh (2013) tại huyện Dương Minh Châu tỉnh Tây Ninh, tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đúng về độ tuổi mắc bệnh (79%), biết triệu chứng

cơ bản bệnh tay chân miệng cao (95%) [3]. Nghiên cứu của Bùi Thế Thực (2013) điều tra các bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh, Bắc Ninh, 71% bà mẹ có kiến thức đúng về dấu hiệu cần đưa trẻ tới cơ sở y tế khi trẻ sốt trên 39°C và kéo dài trên 48 giờ [6]. Theo tác giả Othman N. và cộng sự (2011) điều tra tại phòng khám da liễu và phòng khám nhi của bệnh viện Tengku Ampuan Afzan Pahang, Malaysia, tỷ lệ người có kiến thức đúng về biểu hiện bệnh (53,1%). Theo tác giả Charoenchokpanit R. (2013) điều tra tại Thái Lan, tỷ lệ người chăm sóc trẻ có kiến thức đúng về nhận biết dấu hiệu và triệu chứng của bệnh tay chân miệng chỉ có 39,0% [7]. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau trong tiêu chuẩn đánh giá kiến thức giữa các nghiên cứu.

Kiến thức về chăm sóc trẻ bị bệnh tay chân miệng: Ngoài việc hiểu biết cơ bản về nhận biết bệnh thì việc hiểu biết về chăm sóc trẻ bị tay chân miệng có ý nghĩa quan trọng trong việc ngăn chặn sự lây lan của dịch bệnh. Tỷ lệ thân nhân bệnh nhi có kiến thức đúng về chăm sóc trẻ mắc bệnh tay chân miệng là 60,0%. Như vậy, có đến 40,0% thân nhân bệnh nhi có kiến thức về chăm sóc trẻ bệnh tay chân miệng chưa đầy đủ.

Kiến thức về phòng bệnh tay chân miệng của thân nhân bệnh nhi: Tỷ lệ người có kiến thức đúng về chưa có vắc xin phòng bệnh (74,1%), kiến thức đúng về đường lây truyền của bệnh (64,9%), kiến thức đúng về mức độ lây lan của bệnh (79,0%). Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Kiều Chinh (2013) tại huyện Dương Minh Châu tỉnh Tây Ninh, tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đúng về chưa có vắc xin phòng bệnh (82%), kiến thức đúng về đường lây truyền

của bệnh (59%) [3]. Nghiên cứu của Bùi Thế Thực (2013) điều tra các bà mẹ chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi tại phường Hạp Lĩnh, Bắc Ninh, có 33,1% bà mẹ cho rằng chưa có vắc xin phòng bệnh, 39,5% các bà mẹ cho rằng thời gian cách ly khi trẻ mắc bệnh tay chân miệng từ 10 – 14 ngày, 65% các bà mẹ biết về biện pháp vệ sinh ăn uống để phòng bệnh [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 74,4% thân nhân bệnh nhi có kiến thức về bệnh tay chân miệng chưa hoàn thiện, hiểu biết chưa đầy đủ. Đây là điều mà ngành y tế cần phải quan tâm để làm sao việc truyền thông phòng bệnh đạt hiệu quả cao, thông tin về bệnh tới được đều khắp mọi người dân để từ đó nâng cao kiến thức của người dân nói chung và thân nhân bệnh nhi nói riêng, giúp cho công tác phòng chống bệnh tay chân miệng đạt kết quả tốt.

Trình độ học vấn liên quan đến kiến thức nhận biết bệnh tay chân miệng: Những người học đại học thì có kiến thức đúng về nhận biết bệnh tay chân miệng gấp 2,40, 95% CI (1,06 – 5,42) lần so với những người học trung học phổ thông trở xuống, $p < 0,05$. Tương tự, nghiên cứu của Phạm Thanh Bình (2013) tại 6 tỉnh/thành phố Thái Bình, Lào Cai, Thanh Hóa, Kon Tum, thành phố Hồ Chí Minh, Trà Vinh, trình độ học vấn có tương quan tỷ lệ thuận với tỷ lệ người có kiến thức đúng tay chân miệng, trình độ học vấn càng cao càng có tỷ lệ hiểu biết đúng về tính chất của bệnh tay chân miệng càng nhiều [2]. Vì vậy trong truyền thông giáo dục sức khỏe cần lưu ý tập trung vào những người có trình độ học vấn còn thấp.

Nhìn chung, trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 65,9% thân nhân bệnh nhi hiểu biết chưa đầy đủ về nhận biết bệnh tay chân miệng, 40,0% thân nhân bệnh nhi hiểu biết chưa đầy đủ về chăm sóc trẻ bệnh tay chân miệng và 74,4% thân nhân bệnh nhi hiểu biết chưa đầy đủ về phòng bệnh tay chân miệng. Với những kết quả

như trên, để phòng bệnh tay chân miệng trong cộng đồng khuyến cáo cần phải tiếp tục củng cố kiến thức cho người dân.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thân nhân bệnh nhi có kiến thức đúng về nhận biết bệnh tay chân miệng (34,1%), kiến thức đúng về chăm sóc trẻ bị tay chân miệng (60,0%), kiến thức đúng về phòng bệnh tay chân miệng (25,6%). Những người học đại học thì có kiến thức đúng về nhận biết bệnh tay chân miệng gấp 2,40, 95% CI (1,06 – 5,42) lần so với những người học trung học phổ thông trở xuống, $p < 0,05$. Những người dưới 30 tuổi thì có kiến thức đúng về phòng bệnh tay chân miệng gấp 2,09, 95% CI (1,14 – 3,80) lần so với những người từ 35 tuổi trở lên, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện quận Bình Thạnh (2012)**, *Báo cáo ca bệnh tay chân miệng năm 2010, 2011*.
2. **Phạm Thanh Bình, Vũ Thị Minh Hạnh (2013)**, "Các yếu tố ảnh hưởng đến thái độ, hành vi thực hành của nhóm chăm sóc trẻ dưới 5 tuổi và giải pháp truyền thông". *Số 9 (879)*, tr.51-54.
3. **Huỳnh Kiều Chinh, Nguyễn Đỗ Nguyên (2014)**, "Kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh tay chân miệng của bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại huyện Dương Minh Châu, tỉnh Tây Ninh năm 2013". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 18, Số 6, tr.266-270.
4. **Trần Ngọc Hữu (2012)**, "Đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng ở 20 tỉnh thành phía Nam Việt Nam giai đoạn 2005-2011". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16, Số 3, tr.19-23.
5. **Sở Y tế thành phố Hồ Chí Minh (2011)**, *Báo cáo công tác y tế thành phố Hồ Chí Minh năm 2011*.
6. **Bùi Thế Thực (2013)**, *Khảo sát kiến thức, thực hành về bệnh tay chân miệng của bà mẹ*, Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2013, Hà Nội, tr.40-47.
7. **Charoenchokpanit R., Pumpaibool T. (2013)**, "Knowledge attitude and preventive behaviors towards hand foot and mouth disease among caregivers of children under five years old in Bangkok, Thailand". *J Health Res*, 27 (5), pp.281-286.

MỘT SỐ KẾT QUẢ KINH DOANH THEO CÁC KÊNH PHÂN PHỐI CỦA CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN MỘT THÀNH VIÊN ĐƯỢC PHẨM BALI GIAI ĐOẠN 2013 – 2015

Nguyễn Thị Song Hà¹, Nguyễn Nhật Hải²,
Vũ Thị Nhật Minh¹, Nguyễn Đức Vân³

TÓM TẮT⁴⁸

¹Trường Đại học Dược Hà Nội

²Công ty TNHH Dược phẩm 1 IP

³Văn phòng Chính phủ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nhật Hải

Email:

Nghiên cứu sử dụng phương pháp hồi cứu mô tả số liệu nhằm phân tích một số kết quả kinh doanh của công ty Bali trong giai đoạn 2013 – 2015. Kết quả cho thấy rằng trong giai đoạn này, doanh số mua và bán hàng của công ty tăng khá nhanh, đặc biệt tăng nhanh trong năm 2015 nhưng lợi nhuận thuần thì còn đang thấp. Khả năng sinh lời của công ty còn yếu, thể hiện ở hai thông số tỷ suất lợi nhuận trên vốn kinh doanh và tỷ suất lợi nhuận trên doanh thu chỉ từ 0,1 – 0,3%. Doanh thu và lợi nhuận của công ty chủ yếu đến từ địa bàn tỉnh Bắc Giang (trên 69%) tuy nhiên tỷ trọng lại có xu hướng giảm, trong khi địa bàn Lạng Sơn tuy doanh thu và lợi nhuận còn thấp nhưng tăng trưởng hàng năm về cả giá trị lẫn tỷ trọng. Doanh thu từ loại hình bán buôn chiếm hơn 90% tổng doanh thu hàng năm trong khi lợi nhuận cũng chiếm trên 85%. Chủ yếu công ty bán buôn cho các cơ sở bán lẻ và các công ty phân phối khác. Bên cạnh đó, thuốc là nhóm mặt hàng kinh doanh chính của công ty với hơn 90% tổng doanh thu và 80% tổng lợi nhuận, chủ yếu là từ các nhóm thuốc kháng khuẩn, NSAIDs và các thuốc tác dụng lên đường tiêu hóa. Như vậy, hoạt động kinh doanh của công ty Bali còn chưa đạt hiệu quả cao và công ty đang chủ yếu phân phối mặt hàng thuốc qua hình thức bán buôn trên địa bàn tỉnh Bắc Giang.

Từ khóa: hoạt động kinh doanh, công ty Bali.

SUMMARY

THE RESULTS OF TRADE ACTIVITIES FOLLOWING DISTRIBUTION CHANNELS OF BALI PHARMACEUTICAL ONE-MEMBER LIMITED LIABILITY COMPANY IN THE PERIOD 2013 - 2015

Objective: To analyze some results of trade activities of Bali company in the 2013 – 2015 period. **Methods:** Retrospective and descriptive methods. **Results:** In this period, the total buying and selling sales of this company increased substantially, especially for the year 2015 but net profits were still low. The profitability is quite low, being shown in the low of profit margin và return on assets (only roughly 0.1 – 0.3% for each year). Besides, most revenues and profits came from Bacgiang province (more than 69% the total) but their percentages of this area declined slowly. On the contrary, both the values and the percentages of revenues and profits in Langson province grew gradually year by year. Moreover, the revenues from wholesale activities accounted for more than 90% of annual total revenues while the profit of this type also constituted more than 85% of total profit. Bali company mainly wholesaled medicines to retail outlets and other distribution companies. In addition, medicines were the merchandise which brought more than 90% total revenues and 80% total profit to this company, predominantly from antibiotics, NSAIDs and gastrointestinal medicines. **Conclusion:** Trade activities of Bali company were still weak and this company mainly distributed medicines in Bacgiang area through wholesale type.

Key words: trade activities, Bali company

Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với một doanh nghiệp, doanh thu và lợi nhuận là một trong những yếu tố quan trọng quyết định sự tồn tại và phát triển của công ty. Phân tích hoạt động kinh doanh giúp đánh giá toàn bộ quá trình hoạt động kinh doanh của doanh nghiệp nhằm làm rõ chất lượng hoạt động kinh doanh và các nguồn tiềm năng cần được khai thác; trên cơ sở đó đề ra các phương án và giải pháp nhằm nâng cao hiệu quả hoạt động sản xuất và kinh doanh ở doanh nghiệp [1].

Sự gia tăng đáng kể số lượng các công ty được cũng như sự xâm nhập của các hãng dược phẩm lớn vào thị trường nội địa gây ra sự cạnh tranh gay gắt trên thị trường, khiến cho các công ty nhỏ và yếu nhanh chóng bị phá sản hoặc bị thôn tóm nếu không có những chính sách, những chiến lược hiệu quả để có thể tồn tại và phát triển. Được thành lập vào năm 2012, trải qua hơn 5 năm hoạt động, công ty TNHH MTV Dược phẩm Bali đã giành được một số thành công bước đầu trong lĩnh vực phân phối và kinh doanh dược phẩm. Nhằm mang lại một số thông tin về hoạt động kinh doanh của công ty này, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: *Phân tích một số kết quả kinh doanh của Công ty TNHH MTV Dược phẩm Bali giai đoạn 2013 – 2015 theo các kênh phân phối.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Hoạt động kinh doanh của Công ty TNHH MTV Dược phẩm Bali.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu. Số liệu được thu thập từ các bảng cân đối kế toán, các báo cáo kết quả hoạt động kinh doanh, bảng nhật ký mua hàng và bảng nhật ký bán hàng của công ty TNHH MTV Dược phẩm Bali giai đoạn 2013 – 2015.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm Excel 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Một số kết quả chung về hoạt động kinh doanh của Công ty TNHH MTV Dược phẩm Bali

Doanh số mua của công ty tăng nhẹ lên 16,991 tỷ đồng vào năm 2014 rồi tăng nhanh lên 24,020 tỷ đồng cho năm 2015 (tăng 41,4% so với năm 2014). Tăng doanh số mua là điều cần thiết khi công ty mở rộng quy mô kinh doanh với số lượng mặt hàng và khách hàng tăng dần. Bên cạnh đó, doanh thu bán hàng cũng tăng dần qua các năm. Đây là kết quả đáng mừng với một công ty mới, khi ngày càng có nhiều mặt hàng và lượng hàng tiêu thụ qua các năm tăng lên, thể hiện chiến lược kinh doanh tốt cũng như uy

tín trong kinh doanh ngày càng được nâng cao trên thị trường.

Bảng 1. Một số kết quả hoạt động kinh doanh của Công ty Bali giai đoạn 2013 – 2015

Đơn vị: triệu đồng

TT	Thông số	2013	2014	2015
1	Doanh số mua	15.597	16.991	24.020
2	Doanh thu bán hàng	12.956	16.543	23.952
3	Giá vốn hàng bán	11.668	15.979	21.599
4	Lợi nhuận gộp	1.288	564	2.353
5	Lợi nhuận thuần	37	26	47

Tuy nhiên, lợi nhuận gộp về bán hàng lại có những biến đổi không đều. Trong năm 2014, lợi nhuận gộp giảm 56,2% so với năm 2013 do có sự thay đổi về đơn giá mua của các mặt hàng trong khi chưa kịp điều chỉnh đơn giá bán, khiến cho giá vốn hàng bán của năm 2014 tăng 36,9% trong khi doanh thu lại tăng ít hơn (27,7%). Năm được tình hình, năm 2015 công ty đã có những điều chỉnh về giá nên lợi nhuận gộp về bán hàng đã tăng lên 2,353 tỷ đồng, gần gấp 2 so với năm 2013. Biến động tương tự cũng xảy ra với lợi nhuận thuần. Lợi nhuận thuần năm 2014 chỉ bằng 70,3% năm 2013 nhưng sau đó đã tăng 80,8% lên 47 triệu đồng vào năm 2015.

Bảng 2. Khả năng sinh lời của công ty Bali giai đoạn 2013 – 2015

Đơn vị: triệu đồng

TT	Thông số	2013	2014	2015
1	Lợi nhuận sau thuế	20,1	20,7	27,1
	Vốn kinh doanh bình quân	7.141,9	13.802,2	20.005,9
	Tỷ suất lợi nhuận/vốn kinh doanh (%)	0,28	0,15	0,14
2	Lợi nhuận sau thuế	20,1	20,7	27,1
	Doanh thu thuần	12.955,6	16.518,8	24.825,5
	Tỷ suất lợi nhuận/doanh thu (%)	0,16	0,13	0,11

Tỷ suất lợi nhuận trên vốn kinh doanh của công ty giảm dần qua các năm do lợi nhuận sau thuế chỉ tăng 3% và 3,9% vào năm 2014 và 2015 trong khi vốn kinh doanh bình quân lại tăng đến 90,3% năm 2014 và 44,9% năm 2015. Việc khả năng sinh lời của vốn kinh doanh không tỷ lệ thuận với sự gia tăng của quy mô nguồn vốn cần được công ty xem xét và có biện pháp phù hợp để giải quyết.

Tỷ suất lợi nhuận trên doanh thu cũng giảm dần do sự tăng không tương đồng của lợi nhuận sau thuế so với doanh thu thuần. Cụ thể là lợi nhuận sau thuế năm 2014 chỉ tăng 3% trong khi doanh thu thuần tăng đến 27,5%. Còn năm 2015, doanh thu thuần đã tăng 50,3%, mạnh hơn mức tăng 3,9% của lợi nhuận sau thuế. Trong khi lợi nhuận sau thuế của công ty không tăng nhiều, vốn kinh doanh bình quân và doanh thu lại tăng trưởng mạnh, phản ánh hiệu suất sử dụng đồng vốn của công ty còn kém, chưa tạo ra nhiều lợi nhuận. Nguyên nhân phần nào do cạnh tranh của nhóm bệnh viện tương đối cao, khi giá vốn biến động nhưng giá bán lại khó điều chỉnh. Mặt khác, việc quản lý cũng còn chưa tốt, nảy sinh nhiều khoản chi phí liên quan đến quản lý cũng như bán hàng làm giảm phần lớn lợi nhuận.

Tỷ suất lợi nhuận trên vốn kinh doanh của công ty Bali thấp hơn nhiều so với 5,8% vào năm 2014 của Công ty cổ phần dược phẩm trung ương CPC1 – chi nhánh Bắc Giang [2]; 8,7% -

thấp nhất trong giai đoạn 2010 – 2014 của Công ty cổ phần dược – VTYT Lào Cai [3]. Tỷ suất lợi nhuận trên doanh thu của công ty Bali cũng thấp hơn khá nhiều so với công ty Cổ phần dược phẩm Trung ương CPC1: từ 5,2 – 5,4% trong giai đoạn 2010 – 2012 [5] và của công ty Domesco 2012 – 2013 là hơn 7% [6].

3.2 Phân tích kết quả kinh doanh theo khu vực địa lý

Trong giai đoạn 2013-2015, công ty có 1 địa điểm bán buôn là địa điểm kinh doanh chính của công ty. Dù mới thành lập nhưng công ty cũng đã triển khai mô hình bán lẻ là các quầy thuốc và nhà thuốc, lần lượt có 1, 2 và 3 địa điểm bán lẻ tương ứng cho 3 năm. Dù thị trường hoạt động chủ yếu tại 2 địa bàn Bắc Giang và Lạng Sơn song các điểm bán của công ty chỉ tập trung tại Bắc Giang (chiếm hơn 99% tổng số khách hàng). Hàng hóa được phân phối tới các khách hàng tại Lạng Sơn toàn bộ đều theo phương thức bán buôn.

Doanh thu bán hàng của cả 2 địa bàn đều tăng trưởng qua các năm về mặt giá trị nhưng thị trường Bắc Giang vẫn chiếm phần lớn doanh thu của công ty (trên 70%). Giá trị doanh thu tại thị trường này tăng khá nhanh nhưng tỷ trọng lại có xu hướng giảm dần từ 81,3% trong năm 2013 xuống còn 72,1% trong năm 2015. Lạng Sơn tuy đem lại doanh thu ít hơn nhưng cả giá trị lẫn tỷ trọng đều tăng trưởng qua 3 năm: lần lượt chiếm 18,7%, 24,2% và 27,8% tổng doanh thu.

Bảng 3. Doanh thu bán hàng và lợi nhuận gộp của Công ty Bali giai đoạn 2013 – 2015 theo khu vực địa lý

Đơn vị: triệu đồng

TT	Khu vực	Doanh thu bán hàng			Lợi nhuận gộp		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015
1	Bắc Giang	10.533	12.536	17.293	1.139	486	1.624
2	Lạng Sơn	2.423	4.007	6.659	34	78	729
Tổng		12.956	16.543	23.952	1.288	564	2.353

Thị trường Bắc Giang chiếm hơn 2/3 tổng lợi nhuận của công ty nhưng tỷ trọng cũng có xu hướng giảm qua từng năm, từ 88,4% năm 2013 xuống 69% năm 2015. Năm 2014 chứng kiến sự sụt giảm sâu về lợi nhuận, chỉ bằng 42,7% so với năm 2013. Sau đó, lợi nhuận đã tăng mạnh trong năm 2015, gấp hơn 3 lần so với năm trước. Lợi nhuận gộp về hàng bán thu được từ địa bàn Lạng Sơn tuy chiếm tỷ trọng nhỏ song có xu hướng ổn định hơn, đặc biệt tăng mạnh trong năm 2015. Tỷ trọng của thị trường này trong cơ cấu lợi nhuận cũng tăng dần từ 11,6% năm 2013 lên 31% năm 2015. Đây là thị trường mới và tiềm năng mà công ty có thể tập trung kinh doanh trong thời gian tới.

3.3 Phân tích kết quả kinh doanh theo phương thức bán hàng

Doanh thu của cả 2 hệ thống bán buôn và

bán lẻ đều tăng dần qua các năm nghiên cứu, song bán buôn vẫn chiếm trên 90% tổng doanh thu của công ty trong cả 3 năm. Doanh thu bán buôn tăng khá nhanh, qua 3 năm đã tăng gần gấp đôi. Doanh thu từ hệ thống bán lẻ của công ty còn thấp nhưng nhờ sự đầu tư của công ty mỗi năm đều mở thêm 1 cơ sở bán lẻ nên doanh thu và tỷ trọng của hệ thống bán lẻ vẫn tăng khá đều đặn.

Trong các nhóm khách hàng thuộc hệ thống bán buôn, doanh thu chủ yếu là từ các cơ sở bán lẻ và công ty phân phối. Doanh thu từ bệnh viện năm 2013 không đáng kể nhưng đã tăng mạnh vào năm 2014 nhờ đấu thầu thành công, đặc biệt trong năm 2015 có nhiều mặt hàng trúng thầu hơn nên dù số lượng khách hàng không đổi, doanh thu vẫn tăng hơn 2 lần so với năm 2014.

Bảng 4. Doanh thu bán hàng và lợi nhuận của Công ty Bali giai đoạn 2013 – 2015 theo phương thức bán hàng

Đơn vị: triệu đồng

TT	Loại hình	Doanh thu bán hàng			Lợi nhuận gộp		
		2013	2014	2015	2013	2014	2015
1	Bán buôn	12.168	15.351	22.012	1.220	480	2.186
	Bệnh viện	0,7	1.001	2.205	0,1	-2	287
	Cơ sở bán lẻ	5.145	7.097	8.566	158	87	256
	Công ty phân phối	6.128	5.528	9.809	831	33	1.227
	Khác	894	1.725	1.432	231	362	416
2	Bán lẻ	788	1.192	1.940	68	84	167
Tổng		12.956	16.543	23.952	1.288	564	2.353

Tương tự doanh thu, lợi nhuận của hệ thống bán buôn cũng chiếm tỷ trọng rất cao (>85%) nhưng cũng có sự biến động mạnh: năm 2014 giảm 60,7% xuống còn 480 triệu đồng và sau đó tăng gấp 4,5 lần vào năm 2015 lên 2,2 tỷ đồng. Lợi nhuận từ hệ thống bán lẻ tuy không cao nhưng ít bị ảnh hưởng khi giá vốn tăng do có thể điều chỉnh được giá bán nên vẫn tăng đều đặn qua các năm.

Lợi nhuận gộp trên 3 nhóm khách hàng thuộc hệ thống bán buôn giảm mạnh vào năm 2014, đặc biệt nhóm bệnh viện bị ảnh hưởng nhiều

nhất do giá bán được ấn định khi đấu thầu nên khó thay đổi trong khi giá nhập của nhiều sản phẩm lại tăng khiến lợi nhuận giảm dưới 0. Doanh thu từ các nhóm này được cải thiện trong năm 2015, đặc biệt nhóm các công ty phân phối có lợi nhuận năm 2015 tăng gấp 37 lần so với năm 2014, đạt 1,23 tỷ đồng.

3.4 Phân tích kết quả kinh doanh theo nhóm sản phẩm

Thuốc là nhóm hàng mang lại trên 90% tổng doanh thu của cả công ty. Doanh thu từ các mặt hàng thuốc tăng trưởng tương đối mạnh qua các

năm. Năm 2013 là 11.879 triệu đồng (chiếm 91,7%), năm 2014 tăng 34% lên 15.921 triệu đồng (chiếm 96,2%) và năm 2015 tiếp tục tăng 40,7% lên 22.397 triệu đồng (chiếm 93,5%). Thực phẩm chức năng (TPCN) và mỹ phẩm, hóa chất và vật tư y tế đóng góp khá ít cho tổng doanh thu của công ty. Nhìn chung thì doanh thu của nhóm TPCN và mỹ phẩm trong cả giai đoạn giảm 42,0% trong khi doanh thu của nhóm hóa

chất và vật tư y tế của công ty lại tăng khá mạnh. Trong 3 nhóm, thuốc cũng đem lại trên 80% tổng lợi nhuận cho công ty trong 3 năm. Lợi nhuận của nhóm hóa chất và vật tư y tế tăng đều qua các năm nhưng chỉ góp một phần nhỏ trong tổng lợi nhuận. Ngược lại, nhóm TPCN và mỹ phẩm có xu hướng giảm đi và không mang lại lợi nhuận trong năm 2015.

Bảng 5. Doanh thu bán hàng và lợi nhuận gộp của công ty Bali giai đoạn 2013 – 2015 theo các nhóm sản phẩm

Đơn vị: triệu đồng

Phân nhóm	Doanh thu			Lợi nhuận gộp		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Thuốc	11.879	15.921	22.397	1.227	454	2.222
1. NSAIDs	1.164	1.550	6.128	64	92	1.028
2. Thuốc tiêu hóa, chuyển hóa	1.978	837	4.240	109	-30	432
3. Thuốc kháng khuẩn	2.541	3.472	3.842	152	195	217
4. Thuốc tác động lên hệ thần kinh	1.074	1.486	804	194	-7	-4
5. Thuốc tim mạch	1.320	1.562	1.110	238	11	99
6. Thuốc tác dụng lên đường hô hấp	804	1.201	1.397	158	30	185
7. Các vitamin và khoáng chất	456	1.259	846	48	30	66
8. Thuốc có nguồn gốc từ dược liệu	1.071	456	1.462	196	27	13
9. Khác	1.471	4.098	2.568	68	106	151
TPCN, mỹ phẩm	697	172	404	25	22	-52
Hóa chất, vật tư y tế	380	450	1.151	36	88	183
Tổng	12.956	16.543	23.952	1.288	564	2.353

Trong số các nhóm thuốc, nhóm kháng khuẩn có mức doanh thu khá ổn định và chiếm tỷ trọng cao. Nhóm NSAIDs có tỷ trọng 2 năm 2013 và 2014 chỉ khoảng 9% nhưng tăng đột biến trong năm 2015 lên 25,6%, trong khi đó nhóm kháng khuẩn có tỷ trọng 2 năm đầu khá cao (19,6% và 21,0%) sau đó giảm còn 16,0% trong năm 2015. Nhóm thuốc tác dụng lên đường tiêu hóa - chuyển hóa cũng chiếm tỷ trọng cao trong tổng doanh thu. So sánh với công ty Pymepharco chi nhánh Hải Dương năm 2015: doanh thu cao nhất là nhóm kháng sinh với 217 triệu đồng, tiếp theo là vitamin và khoáng chất (87 triệu đồng), nhóm thuốc đường tiêu hóa 82 triệu đồng và các NSAIDs 65 triệu đồng [4].

Lợi nhuận của nhóm NSAID đều tăng qua các năm, đặc biệt năm 2015 tăng gấp hơn 11 lần năm 2014 và chiếm đến 43,7% tổng lợi nhuận. Các nhóm kháng khuẩn, hô hấp cũng góp một phần không nhỏ cho tổng lợi nhuận của các năm. Bên cạnh đó, một vài nhóm thuốc số trị số lợi nhuận âm, thể hiện sự không hiệu quả trong việc tiêu thụ các mặt hàng này như nhóm thuốc tác dụng lên hệ thần kinh. Lợi nhuận của nhóm thuốc có nguồn gốc từ dược liệu giảm hơn 7 lần

NSAIDs: các thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm trong năm 2014 và tiếp tục giảm hơn một nửa trong năm 2015.

V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 2013 – 2015, doanh số mua và bán hàng của công ty Bali tăng khá nhanh, đặc biệt tăng nhanh trong năm 2015 nhưng lợi nhuận thuần thì còn đang thấp. Khả năng sinh lời của công ty còn yếu, thể hiện ở hai thông số tỷ suất lợi nhuận trên vốn kinh doanh và tỷ suất lợi nhuận trên doanh thu chỉ từ 0,1 – 0,3%. Doanh thu và lợi nhuận của công ty chủ yếu đến từ địa bàn tỉnh Bắc Giang (trên 69%) tuy nhiên tỷ trọng lại có xu hướng giảm. Địa bàn Lạng Sơn tuy doanh thu và lợi nhuận còn thấp nhưng tăng trưởng hàng năm về cả giá trị lẫn tỷ trọng. Doanh thu từ loại hình bán buôn chiếm hơn 90% tổng doanh thu hàng năm trong khi lợi nhuận cũng chiếm trên 85%. Chủ yếu công ty bán buôn cho các cơ sở bán lẻ và các công ty phân phối khác. Bên cạnh đó, thuốc là nhóm mặt hàng kinh doanh chính của công ty với hơn 90% tổng doanh thu và 80% tổng lợi nhuận, chủ yếu là từ các nhóm thuốc kháng khuẩn, NSAIDs và các thuốc tác dụng lên đường tiêu hóa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Việt Hùng (2007)**, *Quản lý và kinh tế dược*, Nhà xuất bản Y học, Hn.
2. **Trần Ánh Vân Hường (2016)**, *Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của công ty dược phẩm TW 1 – chi nhánh Bắc Giang giai đoạn 2010 - 2014*, Luận văn Thạc sĩ dược học, Trường đại học Dược Hn.
3. **Nguyễn Đắc Tuấn (2016)**, *Phân tích kết quả hoạt động kinh doanh của công ty cổ phần dược – vật tư y tế tỉnh Lào Cai giai đoạn 2010 – 2014*, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường đại học Dược Hn.
4. **Lê Phương Chi (2016)**, *Khảo sát mạng lưới phân phối và kết quả phân phối của chi nhánh công ty cổ phần Pymepharco tại tỉnh Hải Dương năm 2015*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Trường Đại học Dược Hà Nội.
5. **Lê Văn Quang (2013)**, *Phân tích hoạt động phân phối thuốc của công ty TNHH một thành viên dược phẩm trung ương 1 giai đoạn 2010 – 2012*, Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ, Trường Đại học Dược Hn.
6. **Phan Huy Toàn (2015)**, *Nghiên cứu hoạt động phân phối thuốc tại Công ty cổ phần xuất nhập khẩu y tế Domesco năm 2013*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp 2, Trường Đại học Dược Hà Nội.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VỠ GAN CHẤN THƯƠNG

Phan Minh Trí*, Nguyễn Ngọc Diệp**

TÓM TẮT⁴⁹

Đặt vấn đề: Chấn thương bụng kín là một cấp cứu ngoại khoa thường hay gặp, trong đó tổn thương vỡ gan rất thường gặp chiếm tỉ lệ 15-20% và nguyên nhân thường gặp là do tai nạn giao thông. Tuy nhiên, kết quả điều trị vỡ gan chấn thương trong bệnh cảnh đa thương vẫn còn nhiều tranh cãi cũng như chưa đánh giá chính xác được các nguyên nhân có thể gây tử vong ngoài tổn thương ngay tại gan. Trên cơ sở đó, chúng tôi muốn tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích trả lời cho câu hỏi: "Kết quả sớm điều trị chấn thương vỡ gan trên bệnh nhân chấn thương bụng kín như thế nào? Vai trò của các tổn thương phối hợp cũng như thời điểm can thiệp có ảnh hưởng gì đến nguy cơ tử vong sau mổ hay không?".

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả. Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán vỡ gan do chấn thương, được nhập viện và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 01 năm 2010 đến tháng 12 năm 2016. **Kết quả:** 54 trường hợp vỡ gan chấn thương thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh. Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình 31,8, trung vị là 27 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 15, lớn nhất là 69 tuổi. Đa số các trường hợp (66,6%) có độ tuổi nằm trong khoảng 20 - 40. Bệnh nhân trẻ (< 40 tuổi) chiếm đa số 79,6%. Có 47 trường hợp là nam giới, chiếm 87%, 7 trường hợp là nữ giới, chiếm 13%. Tỉ lệ nam/nữ là 6,7. Có 5 phương pháp can thiệp chính trong phẫu thuật chấn thương vỡ gan: khâu gan, cắt gan (không điển hình), nhét gạc đơn thuần, khâu gan + nhét gạc cầm máu và cắt gan + nhét gạc cầm máu. Vỡ gan có kèm tổn thương phối hợp khi điểm số RTS < 7,8 điểm, nguy cơ tử vong gia tăng 6,5 lần ($p=0,011$), khi điểm số ISS ≥ 20 điểm, nguy cơ tử vong gia tăng 10,9 lần ($p = 0,001$). **Kết luận:** Những BN chấn thương vỡ gan có kèm GCS <13 điểm ở thời điểm nhập viện, tần số mạch ≥ 100 /ph ở thời điểm nhập viện, huyết áp tâm thu < 90mmHg, tần số hô hấp > 20/ph, điểm số RTS < 7,8 điểm hoặc điểm số ISS ≥ 20 điểm làm tăng nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gan.

Từ khóa: Vỡ gan chấn thương, ISS score, RTS score

SUMMARY

REESULTS OF TREATMENT FOR HEPATIC TRAUMA

Background: Abdominal trauma is a common medical problem, in which the rate of hepatic trauma about 15-20%. The most common cause is traffic accident. However, the outcome of treatment of hepatic injury remains controversial as well as

inaccurate assessment of possible causes of death. On that basis, we would like to conduct a study to answer the question: "What are the early results of treatment for hepatic injury in abdominal trauma? What is the role of coordinated lesions as well as the timing of the intervention to the risk of death after surgery?".

Materials and Methods: Respective case series. All patients were diagnosed with hepatic trauma, hospitalized and treated at Cho Ray Hospital, Ho Chi Minh City from January 2010 to December 2016.

Results: 54 cases of hepatic injury were selected. The patients in the study had an average age of 31.8 years, the median age was 27 years, the smallest age was 15, the largest was 69 years old. The majority of cases (66.6%) have ages ranging from 20 to 40. Young children (<40 years old) account for a majority of 79.6%. There are 47 cases of men, accounting for 87%, 7 cases are women, accounting for 13%. The ratio of male to female is 6.7. There are 5 main interventions in hepatic injury surgery: hepatic stitches, hepatectomy (atypical), gauze packing, hepatic stitches + gauze packing and hepatectomy + gauze packing. Hepatic trauma associated with coordinated injury when the RTS score was <7.8, increase in mortality by 6.5 times ($p = 0.011$), when the ISS score was ≥ 20 , the risk of death increased by 10, 9 times ($p = 0.001$). **Conclusions:** Hepatic injury with GCS <13 points at admission, pulse rate ≥ 100 times/minute at admission, systolic blood pressure <90mmHg, respiratory rate > 20 times/minute, score RTS <7.8 points or ISS score ≥ 20 points increased the risk of death after surgery.

Keywords: Hepatic trauma, ISS score, RTS score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng kín là một cấp cứu ngoại khoa thường hay gặp, trong đó tổn thương vỡ gan rất thường gặp chiếm tỉ lệ 15-20% và nguyên nhân thường gặp là do tai nạn giao thông[1-2]. Kết quả điều trị bảo tồn cũng như phẫu thuật chấn thương gan đã có nhiều báo cáo trong và ngoài nước với số liệu khác nhau [1-7]. Mặc dù tỉ lệ tử vong do vỡ gan đã giảm nhiều nhưng những trường hợp vỡ gan lớn vẫn là nguyên nhân tử vong chủ yếu đối với bệnh nhân chấn thương bụng kín. Tuy nhiên, kết quả điều trị vỡ gan chấn thương trong bệnh cảnh đa thương vẫn còn nhiều tranh cãi cũng như chưa đánh giá chính xác được các nguyên nhân có thể gây tử vong ngoài tổn thương ngay tại gan. Trên cơ sở đó, chúng tôi muốn tiến hành nghiên cứu nhằm mục đích trả lời cho câu hỏi: "Kết quả sớm điều trị chấn thương vỡ gan trên bệnh nhân chấn thương bụng kín như thế nào? Vai trò của các tổn thương phối hợp cũng như thời điểm can thiệp có ảnh hưởng gì đến nguy cơ tử vong sau

*Bộ môn Ngoại Đại học Y Dược TP HCM

**Khoa Ngoại Tổng Hợp, Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ.

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trí

Email: drphanminhtri.md@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

mổ hay không?”. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 4 mục tiêu cụ thể như sau:

1. *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của vỡ gan chấn thương*
2. *Đánh giá kết quả điều trị vỡ gan chấn thương bằng phẫu thuật*
3. *Các yếu tố có liên quan đến tử vong sau mổ chấn thương vỡ gan*
4. *Đưa ra thời điểm chỉ định phù hợp đối với bệnh nhân vỡ gan do chấn thương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Hồi cứu mô tả
- Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán vỡ gan do chấn thương, được nhập viện và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 01 năm 2010 đến tháng 12 năm 2016.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Vỡ gan do chấn thương bụng kín. Can thiệp phẫu thuật.

Bảng 1: Nguyên nhân vỡ gan chấn thương

Nguyên nhân	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)	χ^2
TNGT	34 (62,9%)	11 (20,4%)	p = 0.57
TNLD	3 (5,5%)	1 (1,9%)	
TNSH	3 (5,5%)	2 (3,8%)	

Trong vỡ gan chấn thương, nhóm nguyên nhân TNGT chiếm đa số (83,3%). Tử vong sau mổ ở cả ba nhóm nguyên nhân không có sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê ($p > 0,05$).

Cơ chế chấn thương: 100% các TH chấn thương vỡ gan là do cơ chế trực tiếp tác động

Dấu hiệu sinh tồn và tri giác: Chúng tôi ghi nhận tri giác (GCS), huyết áp, mạch và tần số hô hấp thời điểm bệnh nhân nhập viện. Chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với BN có bất thường về tri giác, dấu hiệu sinh tồn giữa nhóm Bn còn sống và tử vong sau mổ chấn thương vỡ gan ($p < 0,05$).

Những BN chấn thương vỡ gan có kèm GCS < 13 điểm ở thời điểm nhập viện có nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gia tăng 4,6 lần ($p = 0,04$). Những BN chấn thương vỡ gan có kèm tần số mạch ≥ 100 /ph ở thời điểm nhập viện có

Tiêu chuẩn loại trừ: Vỡ gan do chấn thương đã được phẫu thuật ở tuyến trước.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian 60 tháng, từ tháng 01 năm 2012 đến tháng 12 năm 2016 tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi ghi nhận 54 trường hợp vỡ gan chấn thương thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu có tuổi trung bình 31,8, trung vị là 27 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 15, lớn nhất là 69 tuổi. Đa số các trường hợp (66,6%) có độ tuổi nằm trong khoảng 20 – 40. Bệnh nhân trẻ (< 40 tuổi) chiếm đa số 79,6%. Có 47 trường hợp là nam giới, chiếm 87%, 7 trường hợp là nữ giới, chiếm 13%. Tỷ lệ nam/nữ là 6,7. Nguyên nhân vỡ gan trong chấn thương bụng kín gồm chủ yếu ba nhóm chính: tai nạn giao thông, tai nạn lao động và tai nạn sinh hoạt.

nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gia tăng 7,7 lần ($p = 0,006$). Những BN chấn thương vỡ gan có kèm huyết áp tâm thu < 90 mmHg ở thời điểm nhập viện có nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gia tăng 4,7 lần ($p = 0,03$). Những BN chấn thương vỡ gan có kèm tần số hô hấp > 20l/ph ở thời điểm nhập viện có nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gia tăng 4,2 lần ($p = 0,04$).

Dấu hiệu viêm phúc mạc toàn bộ được ghi nhận trong 43/54 TH (79,6%) và trong số đó:

- Chỉ có 6 TH (13,9%) có vỡ tạng rỗng (ruột non, đại tràng, tá tràng, bàng quang...)
- Có 11 TH (25,6%) có tổn thương phổi hợp khác (tụy, thận...)

Ngược lại, ở nhóm 11 TH còn lại được chỉ định mổ không do viêm phúc mạc, có 1 TH (9,09%) có vỡ ruột non đi kèm.

Bảng 2: Dấu hiệu viêm phúc mạc toàn thể

Viêm phúc mạc toàn thể	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)	χ^2
Có	32 (59,3%)	11 (20,4%)	p = 0.91
Không	8 (14,8%)	3 (5,5%)	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với BN có biểu hiện viêm phúc mạc toàn thể trước mổ và tử vong sau mổ chấn thương vỡ gan ($p > 0,05$).

Đánh giá tình trạng đa thương lúc nhập viện: Trong nghiên cứu trên BN bị vỡ gan chấn thương, có đến 30/54 TH (55,6%) có tổn thương cơ quan khác ngoài vỡ gan, do đó chúng tôi sử dụng hệ thống đánh giá đa thương RTS và ISS đối với các bệnh nhân này để đánh giá nguy cơ tử vong.

Đối với thang điểm chấn thương sửa đổi (RTS) chúng tôi lấy mốc 7,8 điểm và dưới 7,8 điểm để so sánh; đối với thang điểm độ nặng chấn thương (ISS) chúng tôi dùng mốc dưới 20 điểm và từ 20 điểm trở lên để đánh giá.

Bảng 3: Thang điểm đánh giá đa thương lúc nhập viện

Thang điểm	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)	χ^2
RTS	< 7,8	16 (29,6%)	p = 0.01
	≥ 7,8	24 (44,4%)	
ISS	< 20	15 (27,8%)	p = 0.007
	≥ 20	25 (46,3%)	

Như vậy, đối với BN chấn thương vỡ gan, các tổn thương phối hợp có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tỉ lệ tử vong sau mổ ($p < 0,05$). Những BN chấn thương vỡ gan có kèm tổn thương phối hợp khi điểm số RTS < 7,8 điểm, nguy cơ tử vong gia tăng 6,5 lần ($p = 0,011$). Những BN chấn thương vỡ gan có kèm tổn thương phối hợp khi điểm số ISS ≥ 20 điểm, nguy cơ tử vong gia tăng 10,9 lần ($p = 0,001$).

Bảng 4: Liên quan giữa Hct trước mổ và tử vong sau vỡ gan chấn thương

Hct	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)	χ^2
< 20%	4 (7,4%)	3 (5,6%)	p = 0.36
21 – 30%	17 (31,5%)	7 (12,9%)	
> 30%	19 (35,2%)	4 (7,4%)	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa Hct ở thời điểm nhập viện và tử vong sau mổ chấn thương gan ($p > 0,05$).

Bảng 5: Kết quả siêu âm bụng trước mổ

Siêu âm bụng	Còn sống (n = 35)	Tử vong (n = 11)	χ^2
Dịch ổ bụng	Không	1 (2,2%)	(*)
	Lượng ít	9 (19,6%)	
	Lượng trung bình	6 (13,0%)	
	Lượng nhiều	19 (41,3%)	
Tổn thương gan	Không tổn thương	7 (15,2%)	p = 0.89
	Có tổn thương	28 (60,9%)	

Tất cả những TH nghi ngờ có chấn thương bụng kín đều được khảo sát hình ảnh học, trong đó siêu âm bụng được thực hiện thường quy trên 46 TH (85,2%), 8 TH (14,8%) còn lại sinh hiệu ổn định được chụp CT để khảo sát tình trạng bụng. Kết quả siêu âm chủ yếu đánh giá hai nhóm dấu hiệu: tình trạng dịch ổ bụng và tổn thương tạng trong ổ bụng. Kết quả đánh giá vỡ gan trên siêu âm bụng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tử vong và sống sót sau mổ chấn thương gan ($p > 0,05$).

Chỉ có 42 TH (77,8%) được chụp CT bụng trước mổ để đánh giá tình trạng vỡ gan, 12 TH còn lại do tình trạng huyết động không ổn định nên chỉ định siêu âm bụng và mổ cấp cứu. Kết quả đánh giá vỡ gan trên XQCLĐT không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm tử vong và còn sống sau mổ chấn thương vỡ gan ($p > 0,05$).

Có 3 TH (5,6%) được chỉ định can thiệp TAE trước mổ, có 2 TH (66,7%) thất bại do bệnh nhân có biểu hiện chảy máu tiếp diễn phải can

thiệp phẫu thuật, 1 TH còn lại TAE thành công nhưng BN sau đó được mổ do nguyên nhân khác (viêm phúc mạc mật).

Có 2 TH (3,7%) vỡ gan chấn thương được chỉ định ERCP trước mổ do rò mật, tuy nhiên, sau một thời gian theo dõi cả 2 TH đều có chỉ định phẫu thuật do có biểu hiện viêm phúc mạc mật.

Thời gian mổ: Thời gian mổ trung bình chung là 173 phút, ngắn nhất là 120 phút và dài nhất là 250 phút.

Đối với nhóm BN tử vong sau mổ, thời gian trung bình là 190 phút, ngắn nhất là 150 phút và dài nhất là 240 phút

Đối với nhóm BN còn sống sau mổ, thời gian mổ trung bình là 168 phút, ngắn nhất là 120 phút và dài nhất là 250 phút.

Lượng máu mất trong mổ: Chúng tôi đánh giá lượng máu mất phát hiện trong ổ bụng khi mổ và chia thành các mức 500, 1000, 1500 và trên 2000 ml.

Lượng máu mất	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)	χ^2
< 1000 ml	8(14,8%)	1 (1,9%)	p = 0.03
1000 – 2000 ml	22 (40,7%)	4 (7,4%)	
> 2000 ml	10 (18,5%)	9 (16,7%)	

Lượng máu mất trong ổ bụng và tử vong sau mổ chấn thương gan có liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,03$).

Chúng tôi ghi nhận đặc điểm tổn thương gan trong khi phẫu thuật bao gồm: vị trí tổn thương gan,

mức độ tổn thương gan, và tổn thương tạng đi kèm trong khoang bụng. Đa phần tổn thương gan chủ yếu ở gan (P) và ít khi tổn thương một HPT đơn độc.

Bảng 6: Liên quan giữa lượng máu mất và tử vong sau mổ

Mức độ tổn thương gan	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)	χ^2
Độ III	11 (20,4%)	2 (3,7%)	p = 0.04
Độ IV	27 (50%)	8 (14,8%)	
Độ V	2 (3,7%)	4 (7,4%)	

Tổn thương gan: Chúng tôi ghi nhận đặc điểm tổn thương gan trong khi phẫu thuật bao gồm: vị trí tổn thương gan, mức độ tổn thương gan, và tổn thương tạng đi kèm trong khoang bụng. Mức độ tổn thương gan có mối liên quan đến tử vong sau mổ, mức độ tổn thương càng lớn nguy cơ tử vong sau mổ càng cao ($p < 0,05$).

Bảng 7: Vị trí gan tổn thương

Vị trí tổn thương	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)
HPT 4	2	0
HPT 6	1	1
HPT 8	1	0
Thùy trái	4	1
Thùy phải	1	4
Gan phải	10	2
Hạ phần thùy sau	8	1
HPT 5, 6	1	0
HPT 7, 8	5	1
HPT 6, 7, 8	3	1
HPT 3, 4	2	0
HPT 4, 5	2	2
HPT 2, 3, 4, 5, 6	0	1

Đa phần tổn thương gan chủ yếu ở gan (P) và ít khi tổn thương một HPT đơn độc.

Đa phần trong các TH tử vong, ngoài tổn thương tại gan còn có tổn thương tạng khác trong ổ bụng (71,4%), ngược lại, những TH còn sống tổn thương tại gan là chủ yếu (70%). Đối với TH bệnh nhân còn sống sau mổ, có 40% TH không có tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng và đối với những TH tử vong, 35,7% các TH có tổn thương phối hợp ngoài ổ bụng đi kèm.

Phương pháp phẫu thuật: Chúng tôi ghi nhận 5 phương pháp can thiệp chính trong phẫu thuật chấn thương vỡ gan: khâu gan, cắt gan (không điển hình), nhét gạc đơn thuần, khâu gan + nhét gạc cầm máu và cắt gan + nhét gạc cầm máu.

Bảng 8: Phương pháp phẫu thuật chấn thương vỡ gan

Phương pháp	Còn sống	Tử vong	χ^2
Khâu gan	22	4	p = 0,97
Khâu gan + nhét gạc	8	3	
Cắt gan	7	4	
Cắt gan + nhét gạc	1	3	
Nhét gạc	2	0	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phương pháp phẫu thuật đối với bệnh nhân chấn thương vỡ gan ở hai nhóm còn sống và tử vong sau mổ ($p > 0,05$).

Thời gian nằm HP trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 10,5 ngày, dài nhất là 41 ngày và ngắn nhất là 0 ngày (BN tử vong sau mổ).

Bảng 9: Biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng sau mổ	n (%)	Xử trí	Kết quả
Chảy máu tái phát	1 (3,7%)	Mổ lại	Chảy máu TM gan phải được khâu lại bằng Prolene 5.0. Diễn tiến sau đó BN huyết áp không ổn định, biến chứng suy thận, suy hô hấp, tử vong vào ngày HP 7 do suy đa tạng
Rò mật	7 (13%)	- 4 TH được ERCP đặt stent giải áp	Thành công 5/7 TH, trong đó có 2 TH đã ERCP đặt stent nhưng có biểu hiện tụ mật

		- 3 TH theo dõi	dưới gan lượng nhiều, được chọc dân lưu.
Tụ mật	2 (3,7%)	Chọc dân lưu pigtail	Thành công cả 2 TH
Suy gan	9 (16,7%)	Điều trị nội khoa	Thành công 3/9 TH, 6 TH còn lại tình trạng suy gan không cải thiện, đi kèm với suy hô hấp và suy thận, BN tử vong sau đó
Viêm phổi	9 (16,7%)	Điều trị nội khoa	Thành công 6/9 TH, 3 TH còn lại viêm phổi bệnh viện, BN tử vong sau đó
Tràn dịch màng phổi	10 (18,5%)	- 5 TH được theo dõi - 5 TH được dẫn lưu màng phổi	- Thành công 7/10 TH, 3 TH được dân lưu có viêm hồi bệnh viện đi kèm, BN tử vong sau đó

Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 14/54 TH (25,9%) tử vong sau mổ chấn thương gan. Về nguyên nhân tử vong, có nhiều nguyên nhân:

- Choáng mất máu không hồi phục (vỡ gan, vỡ thận, vỡ lách...)
- Choáng nhiễm trùng (vỡ tạng rỗng, vỡ tụy)
- Viêm phổi bệnh viện
- Suy đa tạng (do choáng kéo dài, tổn thương phổi hợp)

Bảng 10: Liên quan giữa TG1 và tử vong sau mổ chấn thương gan

TG1	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)	χ^2
< 6 giờ	19 (35,2%)	10 (18,5%)	p = 0.24
6 – 12 giờ	10 (18,5%)	1 (1,8%)	
12 – 24 giờ	11 (20,4%)	3 (5,6%)	

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tử vong sau mổ chấn thương vỡ gan và thời gian từ khi chấn thương đến khi nhập viện ($p > 0,05$) mặc dù trong 6 giờ đầu sau chấn thương, tỉ lệ tử vong sau mổ cao nhất (34,5%).

Bảng 11: Liên quan giữa TG3 và tử vong sau mổ vỡ gan chấn thương

TG1	Còn sống (n = 40)	Tử vong (n = 14)	χ^2
< 6 giờ	7 (13,0%)	7 (13,0%)	p = 0.10
6 – 12 giờ	9 (16,7%)	3 (5,6%)	
12 – 24 giờ	11 (20,4%)	2 (3,7%)	
> 24 giờ	13 (24,1%)	2 (3,7%)	

Chúng tôi nhận thấy thời gian từ lúc chấn thương đến lúc phẫu thuật giữa nhóm BN còn sống và tử vong sau mổ chấn thương vỡ gan không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Những BN chấn thương vỡ gan có kèm GCS < 13 điểm ở thời điểm nhập viện có nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gia tăng 4,6 lần ($p = 0,04$), tần số mạch ≥ 100 /ph ở thời điểm nhập viện có nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gia tăng 7,7 lần ($p = 0,006$). Những BN chấn thương vỡ gan có kèm huyết áp tâm thu < 90mmHg ở thời điểm nhập viện có nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gia tăng 4,7 lần ($p = 0,03$), tần số hô hấp > 20l/ph ở thời điểm nhập viện có nguy cơ tử vong sau mổ chấn thương gia tăng 4,2 lần. Vỡ gan có kèm tổn thương phổi hợp khi điểm số RTS < 7,8 điểm, nguy cơ tử vong gia tăng 6,5 lần ($p=0,011$), khi điểm số ISS ≥ 20 điểm, nguy cơ tử vong gia tăng 10,9 lần ($p = 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. B. V. Ninh (2001). Điều trị chấn thương và vết thương bụng. Điều trị ngoại khoa tiêu hóa, 31-52.

2. N. T. Quyết, D. T. Hiền và N. Q. Nghĩa (2007). Chấn thương gan - các yếu tố quyết định thái độ điều trị tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức. Tạp chí ngoại khoa, Tập 57 34-43.
3. F. Coccolini, F. Catena, E. E. Moore và cộng sự (2016). WSES classification and guidelines for liver trauma. World Journal of Emergency Surgery: WJES, 11, 50.
4. K. Doklešić, B. Stefanović, P. Gregorić và cộng sự (2015). Surgical management of AAST grades III-V hepatic trauma by Damage control surgery with perihepatic packing and Definitive hepatic repair—single centre experience. World Journal of Emergency Surgery : WJES, 10, 34.
5. C. H. Morales Uribe, C. A. Lopez, J. C. Cote và cộng sự (2014). Surgical treatment of blunt liver trauma, indications for surgery and results. Cir Esp, 92(1), 23-29.
6. N. N. An (2012). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị phẫu thuật tổn thương gan trong chấn thương bụng kín tại bệnh viện 175. Luận án chuyên khoa II,
7. T. T. Bách (2005). Phẫu thuật gan mật. Nhà xuất bản y học, 56-70.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 456 - THÁNG 7 - SỐ 1 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - JULY - 2017

- 1 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng viêm phổi có liên quan đến thở máy ở bệnh nhân đột quỵ não** 1
Ventilator-associated pneumonia in critically ill stroke patients: Clinical characteristics
Nguyễn Thế Anh, Vũ Đức Định
- 2 **Một số yếu tố liên quan đến thực trạng bệnh quanh răng ở người cao tuổi tỉnh Đắk Lắk** 4
Associated factors to periodontal disease in elderly living in Dak Lak province
Lê Nguyễn Bá Thụ, Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn, Trần Tuấn Anh
- 3 **Đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm sau mổ trồng nối bàn tay tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108** 7
Clinical characteristics and early result of hand replantation at 108 Hospital
Lê Văn Đoàn, Trần Huy Hùng
- 4 **So sánh thời gian điều chỉnh của máng nhai được thực hiện bằng hai phương pháp có và không có sử dụng cung mặt (nghiên cứu trên sinh viên)** 11
Comparison of adjustment time of occlusal splint fabricated by two methods with or without facebow (study on student)
Phan Thanh Phong, Huỳnh Kim Khang
- 5 **Yếu tố nguy cơ biến gây điếc đột ngột ở bệnh nhân viêm tai giữa cấp** 14
Risk of developing sudden sensorineural hearing loss in patients with acute otitis media
Phạm Thị Bích Đào
- 6 **Đánh giá hiệu quả can thiệp trong điều trị bệnh quanh răng của người cao tuổi tỉnh Đắk Lắk** 17
Intervention effects of periodontitis treatment for the elderly in Daklak province
Lê Nguyễn Bá Thụ, Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn, Trần Tuấn Anh
- 7 **Các kích thước cung răng và tương quan với mức độ biểu hiện răng cửa hình xẻng** 21
Dental arch sizes and correlation with shovel-shaped incisors
Huỳnh Kim Khang, Quách Hữu Thịnh
- 8 **Lâm sàng triệu chứng đau trong một số rối loạn liên quan đến stress** 24
Climate symposium symptoms in some factors related to stress
Nguyễn Văn Dũng và cộng sự
- 9 **Thực trạng tật khúc xạ và một số yếu tố liên quan của sinh viên tại đại học Trần Đại Nghĩa, Nguyễn Huệ và Ngô Quyền** 28
Refractive errors and some related factors among the students at Tran Dai Nghia University, Nguyen Hue University and Ngo Quyen University
Phí Vĩnh Bảo, Nguyễn Văn Tập, Đào Văn Dũng, Trần Văn Hưởng
- 10 **Đánh giá kết quả xa điều trị phẫu thuật gãy cột sống thắt lưng thấp bằng nẹp vít tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức** 32
Result of treatment for low lumbar burst fractures by pedicle screw fixation at Viet Duc Hospital
Phạm Văn Hữu, Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến

- 11 **Khảo sát tương quan giữa các yếu tố liên quan lối sống với BMI ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát** 35
Association between lifestyle patterns and body mass index in a sample of health checkup examinees

Huỳnh Kim Phụng
- 12 **Tác dụng của viên luotai trong hỗ trợ điều trị nhồi máu não sau giai đoạn cấp**
The support effect of luotai soft capsule in treating cerebral infarction after the acute period

Nguyễn Thanh Thủy, Nguyễn Phương Đông, Đặng Kim Thanh
- 13 **Thực trạng tai nạn thương tích của trẻ em dưới 5 tuổi tại 4 xã huyện Thanh Liêm tỉnh Hà Nam năm 2015** 40
Accidental injury situation of children under 5 years old in 4 communes in Thanh Liem district, Ha Nam Province in 2015

Vũ Minh Hải, Nguyễn Thanh Phúc
- 14 **Hoạt độ enzym transaminase ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV tại bốn tỉnh biên giới Việt - Trung**
Plasma transaminase activity in HIV/HCV coinfection in four border provinces between Vietnam and China

Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Thị Hoa, Trần Bảo Ngọc, Nguyễn Thị Tố Uyên
- 15 **Đánh giá hiệu quả nuôi dưỡng sớm qua đường ruột ở bệnh nhân sau phẫu thuật cắt dạ dày**
Assess the effective of feeding the gut early after stomach surgery

Trương Thị Thu, Nguyễn Thanh Chò, Hoàng Mạnh An
- 16 **Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp an thần do bệnh nhân tự điều khiển bằng propofol trong hút thai dưới 12 tuần**
Research the patient controlled sedation methode with propofol for abortion under 12 weeks of gestation

Hoàng Ngọc Vinh, Nguyễn Đức Lam
- 17 **Thực trạng tiếp cận dịch vụ y tế trước sinh và một số yếu tố ảnh hưởng của bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại hai huyện Lục Yên và Trạm Tấu tỉnh Yên Bái năm 2016**
The reality of antenatal health services and influencing factors of mothers who had the children under one year of age in Luc Yen and Tram Tau district, Yen Bai Province 2016

Nguyễn Trà My, Ngô Văn Toàn, Nhữ Thành Hưng
- 18 **Thực trạng bảo hiểm y tế chi trả cho 10 bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn năm 2013 – 2015 - 2017**
Assessment of health insurance status for 10 inpatient diseases in Vinh Phuc provincial Hospital in the period of 2013-2015-2017

Phùng Đắc Thành, Tạ Văn Khoái
- 19 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng hội chứng cai các chất dạng amphetamine**
Research characteristics of curriculum conference amphetamine type

Nguyễn Văn Dũng
- 20 **Kết quả phẫu thuật lồng sau điều trị trượt đốt sống thắt lưng có sự hỗ trợ của robot định vị sau 3 năm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức**
Results of transforaminal lumbar interbody fusion in spondylolisthesis treatment with renaissance robot after 3 years at Viet Duc Hospital

Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến

- 21 **Tương quan nồng độ acid uric máu và các yếu tố chuyển hoá khác ở người kiểm tra sức khoẻ tổng quát**
Correlation between serum uric acid and metabolic factors in a sample of health check-up examinees

Huỳnh Kim Phụng

- 22 **Kết quả sớm phẫu thuật partington-rochelle trong điều trị sỏi tụy**
Result of partington-rochelle procedure on treatment pancreatic stone

Phan Minh Trí, Đồng Ngọc Quang

- 23 **Tình trạng cân nặng, chiều cao của sản phụ và trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016**
Situation of weight, height maternal and infant at general Hospital of Agricultural in 2016

Hà Hữu Tùng, Nguyễn Duy Khiêm

- 24 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mô bệnh học ung thư tuyến giáp giai đoạn sớm tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội**
The clinical, subclinical features and histopathology of the early-stage thyroid cancer at Hanoi Medical University Hospital

Nguyễn Xuân Hậu, Trần Thị Hậu, Lê Thị Hằng

- 25 **Kết quả điều trị ngắn hạn của phương pháp laser nội mạch trong điều trị suy tĩnh mạch hiển lớn mạn tính**
Short-term results of endovenous laser therapy in the treatment of chronic great saphenous vein insufficiency

Bùi Văn Dũng, Nguyễn Minh Đức, Đặng Thị Việt Hà, Nguyễn Trung Anh, Vũ Thị Thanh Huyền, Phạm Thắng

- 26 **Công tác chăm sóc, phòng chống rối loạn dinh dưỡng lipid và các bệnh mạn tính không lây tại huyện tương dương tỉnh Nghệ An năm 2014**
Care, prevention of lipid disorders and chronic non-contagious diseases in tương duong district, Nghe An in 2014

Lương Văn Phùng, Vũ Minh Hải

- 27 **Tác dụng hỗ trợ phục hồi chức năng vận động bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp của laser trên huyệt**
The effects of laser acupuncture in recovering of motor function in patients with cerebral infarction after acute phase

Đặng Kim Thanh, Nguyễn Thị Ngọc Linh

- 28 **Nồng độ một số thành phần lipid huyết tương ở bệnh nhân đồng nhiễm HIV/HCV tại bốn tỉnh biên giới Việt Trung**
Plasma lipid profile in HIV/HEPATITIS c virus coinfection patients in four border provinces of Vietnam and China

Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Thị Hoa

Hạc Văn Vinh, Trần Bảo Ngọc

- 29 **Tình trạng dinh dưỡng và khẩu phần của người 50-70 tuổi tại quận Long Biên, Hà Nội**
Nutrition status and dietary intake of persons aged 50- 70 years in Long Bien District, Hanoi in 2013

Vũ Thị Thu Hiền, Lê Danh Tuyên, Hà Anh Đức

- 30 **Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân trước phẫu thuật cắt dạ dày tại Bệnh viện 103**
Nutritional status of patients before stomach surgery in 103 Hospital medical military
Trương Thị Thu, Nguyễn Thanh Chò, Hoàng Mạnh An

- 31 **Tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường type 2 trên bệnh nhân điều trị ngoại trú**
Current status of using drug in treatment of type ii diabet outdoor patients
Đậu Xuân Cảnh
- 32 **Nghiên cứu các tác dụng không mong muốn của rheosorbilact truyền trước khởi mê để dự phòng tụt huyết áp ở bệnh nhân cao tuổi**
Research of the side effect of rheosorbilact infusion before anesthesia induction in elderly patients for prevention the arterial hypotension
Nguyễn Đức Lam, Nguyễn Thị Bích Phượng, Nguyễn Hữu Tú
- 33 **Tình trạng thiếu máu của thai phụ tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016**
Anemia of pregnant women at the general Hospital of Agriculture 2016
Hà Hữu Tùng, Nguyễn Văn Nguyên
- 34 **Hiệu quả điều trị lang ben bằng uống fluconazole 300mg/tuần kết hợp tắm gội ketoconazole 2%**
Fluconazole with ketoconazole 2% shampoo versus itraconazole in treatment of pityriasis versicolor
Trần Cẩm Vân, Nguyễn Minh Thu, Nguyễn Hữu Sáu
- 35 **Đặc điểm mô bệnh học và hóa mô miễn dịch trên bệnh nhân ung thư tế bào hắc tố da**
Histopathological and immunohistochemical characteristics in melanoma patients
Phạm Đình Hòa , Bùi Thanh Sơn, Phạm Thị Lan
- 36 **Hiệu quả bổ sung thực phẩm từ trước và trong khi có thai đến tình trạng dinh dưỡng sắt của phụ nữ tại huyện Cẩm Khê tỉnh Phú Thọ**
Effect of food supplementation prior to and during pregnancy on nutritional iron status for women in cam khe District, Phu Tho Province
Nguyễn Thị Diệp Anh, Phạm Thiện Ngọc, Lê Bạch Mai, Từ Ngữ, Janet King, Henri Diren
- 37 **Nhận xét một số yếu tố liên quan đến tái phát bệnh tâm thần phân liệt ở người bệnh giai đoạn trên 45 tuổi**
A number of factories relating to reproductive diseases of molecular diseases in people aged against 45 years
Nguyễn Văn Dũng
- 38 **Kết quả ban đầu phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ trên bệnh nhân thoát vị đĩa đệm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức**
Primarily result of artificial cervical disc replacement surgery in disc herniation patients at Viet Duc Hospital
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến
- 39 **Đánh giá kết quả xét nghiệm nội soi dạ dày, tế bào áp và mô bệnh học trong chẩn đoán ung thư dạ dày**
Evaluating the results of gastrointestinal endoscopy, cytological smear and histopathological examination in the diagnosis of gastric cancer
Bùi Tiến Dũng, Phạm Cẩm Phương, Lê Quang Hải
- 40 **Nghiên cứu độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của bột acid amin thủy phân từ da cá tra, cá basa trên động vật thực nghiệm**
Study on the acute and subchronic toxicity of amino acid powder from hydrolyzed from skin of pangsiidea, pangasius on experimental animals
Lê Thị Hồng Hạnh, Đỗ Minh Trung, Nguyễn Thanh Xuân, Mai Thị Minh Ngọc, Lê Thị Huyền Trang, Phạm Thị Tâm

- 41 **Nghiên cứu độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của viên nang y10 trên động vật thực nghiệm**
Acute and subchronic toxicity of y10 capsules in experimental animals
**Lê Minh Hoàng, Nguyễn Hoàng Ngân,
 Phạm Xuân Phong, Nguyễn Duy Bắc**
- 42 **Tương quan giữa mức độ kiểm soát glucose máu với test monofilament trên bệnh nhân đái tháo đường type 2**
Relationship between the blood glucose hba1c control and test monofilament in diabetic type 2 patients
Phan Hồng Long, Nguyễn Thị Bình
- 43 **Hiệu quả của sữa đậu nành bổ sung arabinoxylan tách chiết từ cám gạo với sức khỏe người trưởng thành**
Effect of soy milk fortified arabinoxylan to health status of adults
**Vũ Thị Thu Hiền, Nguyễn Thị Vân Anh,
 Lê Danh Tuyên, Hà Anh Đức**
- 44 **Đánh giá kết quả bước đầu tạo hình mũi cấu trúc có sử dụng mảnh ghép kéo dài sụn vách ngăn bằng vật liệu high density porous polyethylene (HDPPE)**
Assesment of the use of high density porous polyethylene (HDPPE) on the formation of the septal extension graft in reconstructive rhinoplasty
Phạm Hiếu Liêm, Lê Hành
- 45 **Nghiên cứu thực trạng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em tại tây nguyên**
Study on the situation of utilization of mother and child health care services in the central highlands
Hà Văn Thúy
- 46 **Mối liên quan giữa vòng bụng và xơ mỡ động mạch cảnh ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát**
Correlation between waist circumference and arteriosclerosis in health check-up examinees
Huỳnh Kim Phụng
- 47 **Khảo sát kiến thức về bệnh tay chân miệng của thân nhân bệnh nhi tại bệnh viện quận bình thành**
Knowledge on hand, foot and mouth disease among caregivers of children patients at binh thanh district hospital, ho chi minh city
Hán Thị Bình, Nguyễn Thị Tuyết Mai, Nguyễn Văn Tập
- 48 **Một số kết quả kinh doanh theo các kênh phân phối của công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên dược phẩm bali giai đoạn 2013 – 2015**
The results of trade activities following distribution channels of bali pharmaceutical one-member limited liability company in the period 2013 - 2015
**Nguyễn Thị Song Hà, Nguyễn Nhật Hải,
 Vũ Thị Nhật Minh, Nguyễn Đức Văn**
- 49 **Kết quả điều trị phẫu thuật vỡ gan chấn thương**
Reesults of treatment for hepatic trauma
Phan Minh Trí, Nguyễn Ngọc Diệp