



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 7 - SỐ 2
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.tonghoiyhoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BỘC LỘ TRÊN BỆNH NHÂN CÓ RĂNG VĨNH VIỄN MỌC NGẦM VÙNG PHÍA TRƯỚC

Nguyễn Phú Thăng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bộc lộ các răng vĩnh viễn mọc ngầm vùng phía trước của bệnh nhân nắn chỉnh răng. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 88 bệnh nhân với 102 răng ngầm được điều trị nắn chỉnh răng và phẫu thuật bộc lộ răng ngầm. Sử dụng thống kê toán học để phân tích số liệu thu thập được. **Kết quả:** Tỷ lệ răng ngầm được phẫu thuật bộc lộ và kéo chỉnh nha là 76,5%, phẫu thuật răng ngầm trước chỉnh nha là 18,6% và lấy bỏ trong chỉnh nha 4,9%. Thời điểm bộc lộ sau khi đủ khoảng chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%. Đây là thời điểm lý tưởng khi không cần phải loại bỏ nguyên nhân gây cản trở răng ngầm sớm cho vị trí răng ngầm ở giữa xương hàm hoặc về phía tiền đình. Nguyên nhân phải bộc lộ nhiều lần có thể do đứt dây thép kết nối, bong kết nối, răng ngầm mọc ra niêm mạc... Tỷ lệ phẫu thuật bộc lộ 1 lần chiếm 66,7% và phẫu thuật bộc lộ nhiều lần chiếm 33,3%. Với sự hỗ trợ của Xquang, bác sĩ có thể xác định khá chính xác vị trí, hướng mọc cũng như mối liên hệ với các cấu trúc lân cận, nhờ đó xác định đường vào dễ dàng hơn khi phẫu thuật răng ngầm. **Kết luận:** Răng ngầm là nguyên nhân gây lệch lạc khớp cắn, đặc biệt là các răng thừa vùng phía trước. Muốn điều trị các trường hợp răng mọc ngầm với kết quả tốt cả về chức năng và thẩm mỹ, cần có sự kết hợp chặt chẽ giữa bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ chỉnh nha.

Từ khóa: Răng ngầm, phẫu thuật bộc lộ.

SUMMARY

RESULT OF SURGICAL EXPOSURE IN ANTERIOR IMPACTED TEETH PATIENTS

Objective: This study is aimed at assessing the result of surgical exposure anterior impacted teeth patients. **Subject and method:** A sample of 88 patients with 102 anterior impacted teeth was selected and assessed by clinical examination and radiographs to show treatment plan. Descriptive statistics were used to analyze the data. **Result:** Pre-orthodontic surgical exposure rate is 18,6%, surgical removal rate is 4,9%. Surgical exposure timing after making enough room has highest rate (56,8%). This is the ideal time without early removal of obstacles for impacted teeth in central and buccal position. The reasons for multiple surgical exposure may be caused by breaking attached ligature, debonding attachment... Single exposure rate is 66,7% and double exposure is 33,3%. **Conclusion:** Impacted teeth are considered one of the most significant dental

anomalies which may cause malocclusion, especially the anterior ones. Correcting is a challenge that usually requires coordinated care from an orthodontists and oral surgery for such complex treatment planning.

Keywords: Impacted teeth, surgical exposure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên cung hàm, các răng vùng trước ngoài chức năng cắn đứt thức ăn còn là nơi lộ nhiều nhất về thẩm mỹ trong quá trình giao tiếp. Sự có mặt đầy đủ và đúng vị trí trên cung hàm của các răng này cũng như cấu trúc mô nha chu nâng đỡ đẹp hài hòa có vai trò rất quan trọng trong vấn đề thẩm mỹ. Về quá trình sinh lý bất thường của răng vĩnh viễn mọc ngầm thì nhóm răng vùng trước. Nhìn chung nhóm răng phía trước có nhu cầu chỉnh nha nhiều hơn vùng răng hàm [1].

Muốn điều trị các trường hợp răng mọc ngầm với kết quả tốt cả về chức năng và thẩm mỹ, cần có sự kết hợp chặt chẽ giữa bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ chỉnh nha. Nếu bác sĩ phẫu thuật lựa chọn kỹ thuật không phù hợp sẽ gây khó khăn cho bác sĩ chỉnh nha đưa răng ngầm về cung, cũng như ảnh hưởng tới kết quả cuối cùng. Ngược lại, bác sĩ chỉnh nha không biết được những thời điểm nào cần phải có sự hỗ trợ của phẫu thuật và tác dụng của từng loại kỹ thuật phẫu thuật hỗ trợ trên răng ngầm thì kết quả cuối cùng cũng rất hạn chế về thẩm mỹ và sức khỏe của mô nha chu quanh răng ngầm [2].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 74 bệnh nhân có răng mọc ngầm cần nắn chỉnh với 81 răng ngầm được phẫu thuật bộc lộ và kéo chỉnh nha và kết quả 76 răng ngầm được đưa về cung, loại trừ những bệnh nhân có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt nặng gây thiếu xương ổ răng mà cần phải có phẫu thuật ghép xương, bệnh nhân có các bệnh toàn thân hay mang thai mà không có chỉ định can thiệp phẫu thuật và bệnh nhân có tiền sử dị ứng với thuốc tê, thuốc mê và kháng sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở không đối chứng nhằm đánh giá hiệu quả can thiệp theo mô hình trước-sau.

2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Hỏi bệnh và khám lâm sàng những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn của nghiên cứu để thu thập thông tin hành chính và các nội dung phiếu nghiên cứu.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Thăng

Email: phuthangdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 8/6/2017

Ngày duyệt bài: 22/6/2017

Bước 2: Chụp phim Xquang thường quy và phim CT Scanner dựng hình 3D khi có chỉ định. Đánh giá các đặc điểm trên phim theo mẫu phiếu nghiên cứu.

Bước 3: Phân tích các đặc điểm trên lâm sàng và trên phim Xquang, đánh giá độ khó theo phân loại của Sara Pitt [3] để đưa ra hướng điều trị

phẫu thuật bộc lộ răng ngầm.

Bước 4: Nhập và xử lý số liệu

Bước 5: Tổng hợp số liệu và viết báo cáo.

2.4. Xử lý số liệu: Tất cả bệnh án nghiên cứu sau khi kiểm tra, các số liệu sẽ được mã hóa và nhập và phân tích theo phần mềm thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Hướng xử trí phẫu thuật răng ngầm theo vị trí

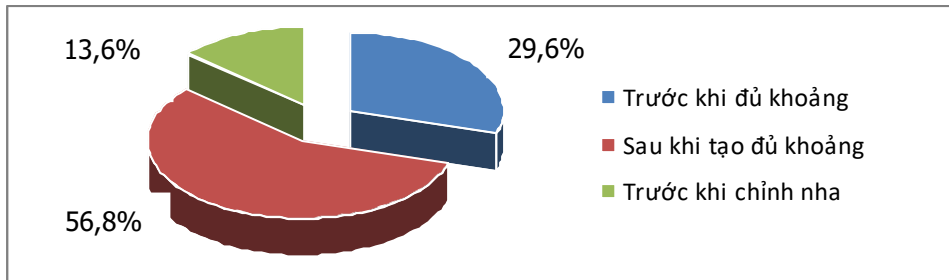
Bảng 3.1. Tỷ lệ hướng xử trí phẫu thuật răng ngầm theo vị trí

Loại phẫu thuật	Răng	Cửa giữa hàm trên		Nanh hàm trên		Các R còn lại		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Lấy bỏ	Trước chỉnh nha	5	11,6	12	22,6	2	33,3	19	18,6
	Trong chỉnh nha	2	4,7	3	5,7	0	0,0	5	4,9
Bộc lộ giữ lại		36	83,7	38	71,7	4	66,7	78	76,5
Tổng số		43	100,0	53	100,0	6	100,0	102	100,0
P		> 0,05							

Nhận xét: Trong 102 răng ngầm, số răng ngầm chúng tôi phải lấy bỏ là 24 răng chiếm 23,5% và giữ lại 78 răng với 76,5%. Trong số 24 răng ngầm được lấy bỏ thì đáng chú ý có 5 trường hợp lấy bỏ trong khi chỉnh nha mà nguyên nhân do 2 trường hợp chân răng ngầm dị dạng gấp góc 90 độ ngay vùng 1/3 chân răng về phía thân, 2 trường hợp do trục răng và vị trí chóp răng không thuận lợi và 1 trường hợp do lập kế hoạch điều trị ban đầu chưa tốt do vậy đến giai đoạn phẫu thuật tạo hình xương hàm thì

có chỉ định lấy bỏ. Như vậy, cần có sự hỗ trợ của phim CT khi có nghi ngờ chân răng dị dạng nặng, cần có tiên lượng đúng trước khi quyết định hướng xử trí răng ngầm hay cần có kế hoạch điều trị thật đầy đủ, chính xác sẽ tránh được tối đa thất bại trong việc giữ lại răng ngầm kéo chỉnh nha về cung. Tỷ lệ giữ lại và lấy bỏ răng ngầm giữa răng cửa giữa hàm trên và răng nanh hàm trên có sự khác nhau nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Thời điểm phẫu thuật bộc lộ



Biểu đồ 3.1. Thời điểm phẫu thuật bộc lộ răng ngầm

Nhận xét: Thời điểm bộc lộ sau khi đủ khoảng chiếm tỷ lệ cao nhất với 56,8%. Đây là thời điểm lý tưởng khi không cần phải loại bỏ nguyên nhân gây cản trở răng ngầm sớm cho vị trí răng ngầm ở giữa xương hàm hoặc về phía tiền đình. Do vậy, việc tạo đủ khoảng nên được thực hiện đầu tiên sau đó mới phẫu thuật bộc lộ để thúc đẩy việc răng ngầm tự mọc xuống vị trí thấp hơn và tạo điều kiện cho lựa chọn, tiến hành phẫu thuật bộc lộ cũng như việc kéo chỉnh nha trở nên dễ dàng hơn [5],[6],[7].

3.3. Môi liên quan giữa số lần bộc lộ với độ khó của răng ngầm

Bảng 3.2. Môi quan hệ giữa số lần bộc lộ với độ khó của răng ngầm

Độ khó	Phẫu thuật	Một lần		Nhiều lần		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%
Loại phức tạp		19	52,8	17	47,2	36	100,0
Loại đơn giản		35	77,8	10	22,2	45	100,0
Tổng số		54	66,7	27	33,3	81	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ phẫu thuật bọc lộ 1 lần chiếm 66,7% và phẫu thuật bọc lộ nhiều lần chiếm 33,3%. Răng ngầm loại đơn giản có tỷ lệ phẫu thuật một lần chiếm tới 77,8% so với nhiều lần là 22,2%. Trong khi răng ngầm loại phức tạp tỷ lệ phẫu thuật bọc lộ 1 lần và nhiều lần tương đối cân bằng. Sự khác biệt giữa độ khó của răng ngầm với số lần bọc lộ là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,018 < 0,05$.

3.4. Nguyên nhân bọc lộ nhiều lần

Bảng 3.3. Nguyên nhân bọc lộ nhiều lần

Nguyên nhân bọc lộ nhiều lần	N	% (trên 27 răng bọc lộ nhiều lần)	% (trên 52 răng kéo ngầm)
Đứt dây kéo ngầm	6	22,2	11,5
Bong kết nối với răng ngầm	2	7,4	3,9
Răng ngầm, khí cụ xu hướng mọc vào vùng niêm mạc miệng khi đang kéo	10	37,0	19,2
Thất bại mọc răng	9	33,4	17,3
Tổng số	27	100	51,9

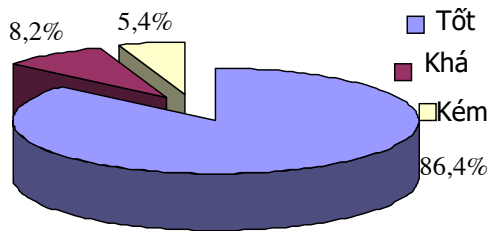
Nhận xét: Nguyên nhân răng ngầm và khí cụ gắn trên răng ngầm xu hướng mọc vào vùng niêm mạc miệng chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 37% trên tổng số răng bọc lộ nhiều lần và 19,2% trên tổng số răng kéo ngầm.

- Thất bại mọc răng đứng thứ 2 chiếm 33,4% trên tổng số răng bọc lộ nhiều lần và 17,3% trên tổng số răng kéo ngầm.

- Đứt dây kéo ngầm và bong kết nối với răng ngầm chiếm tỷ lệ tương ứng 22,2% và 7,4% trên tổng số răng bọc lộ nhiều lần hoặc 11,5% và 3,9% tính trên tổng số răng kéo ngầm.

- So với nghiên cứu và cách tính của Pearson và cộng sự (1997) [5] trên 70 răng kéo ngầm dưới niêm mạc cho kết quả tương ứng là 10%, 4,3% và 8,6%. Như vậy, nguyên nhân đứt dây kéo ngầm của chúng tôi cao hơn một chút mà nguyên nhân do chúng tôi sử dụng dây có kích thước nhỏ và xoắn lại quá nhiều nên dễ bị đứt hơn. Tỷ lệ bong kết nối giữa 2 nghiên cứu là tương đương mà nguyên nhân do việc kiểm soát dịch trong quá trình gắn khó khi tiến hành cùng thì với phẫu thuật. Nguyên nhân thất bại mọc răng của chúng tôi cao hơn hẳn 17,3% so với 8,6%. Điều này có thể được giải thích bởi tỷ lệ bọc lộ trước khi đủ khoảng khá cao tới 43,2% ảnh hưởng tới khả năng kiểm soát hướng kéo răng ngầm và đặc biệt việc trao đổi thông tin giữa bác sỹ phẫu thuật và bác sỹ chỉnh nha về vị trí thực tế răng ngầm trong khi bọc lộ còn chưa được thực hiện.

3.5. Phân loại kết quả ngay sau bọc lộ 1 tuần



Biểu đồ 3.2. Phân loại kết quả ngay sau phẫu thuật bọc lộ 1 tuần

Nhận xét: Kết quả sau phẫu thuật bọc lộ loại tốt có tỷ lệ cao nhất với 86,4%, loại khá chiếm 8,2% và loại kém chiếm 5,4%. Kết quả của chúng tôi ở biểu đồ 3.8 có loại tốt chiếm tỷ lệ chủ yếu với 86,4%, khá 8,2% và kém chỉ có 6 trường hợp chiếm tỷ lệ 5,4%. Trong số 6 trường hợp kém có tới 5 trường hợp do sử dụng phương pháp cắt lợi không đúng chỉ định ngay vị trí thân răng ngầm dưới vùng niêm mạc miệng và ngay dưới phanh môi dẫn đến mất lợi sưng hóa trên răng kéo ngầm cũng như sẹo co kéo sau phẫu thuật. Một trường hợp do sự phối hợp không tốt giữa phương pháp kéo chỉnh nha 2 dây với phương pháp phẫu thuật vạt tiền đình dẫn tới co kéo lành thương không đúng. Trong trường hợp này cần có sự phối hợp trước giữa bác sỹ chỉnh nha và phẫu thuật, nếu muốn sử dụng phương pháp kéo 2 dây thì phải sử dụng vạt di chuyển về phía cuống hoặc muốn sử dụng vạt tiền đình thì phải kéo ngầm dưới lợi.

3.6. Tỷ lệ kết quả phẫu thuật bọc lộ với độ khó răng ngầm

Bảng 3.4. Tỷ lệ kết quả phẫu thuật bọc lộ với độ khó răng ngầm

Kết quả	Độ khó		Loại đơn giản		Loại khó		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%	N	%
Tốt	52	94,5	43	78,2	95	86,4		
Không tốt	3	5,5	12	21,8	15	13,6		
Tổng số	55	100,0	55	100,0	110	100,0		
P	$< 0,05$							

Nhận xét: Ở các trường hợp răng ngầm đơn giản tỷ lệ kết quả phẫu thuật bộc lộ tốt chiếm tới 94,5%, không tốt chiếm 5,5% trong khi răng ngầm loại khó tỷ lệ tốt là 78,2% và không tốt chiếm 21,8%.

- Sự khác biệt giữa kết quả phẫu thuật bộc lộ và độ khó của răng ngầm là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,012 < 0,05$. Điều này cho thấy đối với răng ngầm loại phức tạp tỷ lệ kết quả phẫu thuật kém và khá cao hơn hẳn là răng ngầm thuộc loại đơn giản ($p < 0,05$). Như vậy, độ khó của răng ngầm liên quan tới kết quả phẫu thuật bộc lộ cần được quan tâm trong khi lập kế hoạch điều trị.

V. KẾT LUẬN

- Thời điểm bộc lộ: thực hiện trước chỉnh nha khi cần loại trừ nguyên nhân cản trở cơ học và khi răng nanh ngầm chưa đóng cuống ở phía khẩu cái. Các trường hợp còn lại thực hiện sau khi đủ khoảng cho răng ngầm.

- Nguyên nhân phẫu thuật bộc lộ nhiều lần do răng ngầm, khí cụ mọc vào vùng niêm mạc, do thất bại mọc răng, đứt dây kéo ngầm và bong kết nối.

- Kết quả sau phẫu thuật bộc lộ: loại tốt 86,4%, khá 8,2%, kém 5,4%. Kết quả kém do

phối hợp chưa tốt giữa bác sỹ phẫu thuật và bác sỹ chỉnh nha.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BoydR.** (1984), "Clinical assessment of injuries in orthodontic movement of impacted teeth II: Surgical recommendations", *Am J Orthod.* 86, pp.407-418.
2. **KokickV.G. , Mathews D.A.** (2001), "Impacted teeth: surgical and orthodontic considerations.", *Orthodontics and dentofacial orthopedics. Ann Arbor (Mich): Needham Press.*
3. **Sarah Pitt, Ahmad Hamdan, Peter Rock** (2005), "A treatment difficulty index for unerupted maxillary canines", *European Journal of Orthodontics.* Vol 28, pp.141- 144.
4. **MariselaM. Bedoya, Hyun Park Jae** (2009), "A Review of the Diagnosis and Management of Impacted Maxillary Canines", *J Am Dent Assoc.* Vol 140, pp.1485-1493.
5. **Michael H. Pearson, Stephen N.Robinson , Ray Reed** (1997), "Management of palatally impacted canines: the findings of a collaborative study", *European Journal of Orthodontics.* Vol 19, pp.511- 515.
6. **Olive RJ.** (2002), "Orthodontic treatment of palatally impacted maxillary canines", *Aust Orthod J.* 18, pp.64-70.
7. **Michael G. Newman, Henry H. Takei, Fermin A. Carranza** (2002), *Clinical periodontology, Periodontal Plastic and Esthetic Surgery* 9th ed.W.B.Saunders company, pp. 851-875.

ĐẶC ĐIỂM X QUANG PHỔI, KHÍ MÁU Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI CÓ LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁY DO ĐỘT QUI NÃO

Nguyễn Thế Anh*, Vũ Đức Định**

TÓM TẮT

Từ 2009-2015, tại khoa HSTC bệnh viện Hữu Nghị, chúng tôi đã tiến hành khảo sát đặc điểm XQ phổi và khí máu động mạch ở bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến thở máy do đột quỵ não. Kết quả cho thấy, Hình ảnh thâm nhiễm phổi mới chiếm 84%, hình ảnh phế quản hơi chiếm 62%, hình ảnh hang: 14%. Tổn thương phổi phải chiếm 66% các trường hợp VAP, trong đó tổn thương ở thùy dưới chiếm 38%, thùy giữa 22%, thùy trên chiếm 6%; Tổn thương phổi trái chiếm 34%, trong đó ở thùy dưới phổi trái chiếm 24% và tổn thương ở thùy trên 10%. Chỉ số o xy hóa máu thấp ($P/F < 240$) chiếm 78%. Khí máu động mạch ở thời điểm trước xuất hiện viêm phổi chỉ số oxy hóa máu (P/F) > 240 chiếm 97,2%.

Từ khóa: Đột quỵ não, viêm phổi, X quang phổi, khí máu.

*Bệnh viện Hữu Nghị

**Bệnh viện E Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Đức Định

Email: drvuducdinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/4/2017

Ngày phản biện khoa học: 18/5/2017

Ngày duyệt bài: 15/6/2017

SUMMARY

VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN CRITICALLY ILL STROKE PATIENTS: IMAGING PULMONARY INFECTION, BLOOD GAS CHARACTERISTICS

In the time of 2009-2015, at the ICU, Hư Nghi hospital, a study was carried on 50 VAP patients who were brain stroke ventilated with the aim of finding out features of chest X-ray images and blood gas. Results: Chest X – rays images showed that new pulmonary infiltrate images were seen in 84% cases, air space: 62% and cavitation of the pulmonary: 14%. The damage of right lung was 66% with 38% in lower lobe, 22% in the middle and 6% in the upper. The damage of the left lung was 34% with 24% in the lower and 10% in the upper. The P/F ratio of blood gas under 240 was 78% and the P/F (before VAP diagnosed) > 240 was 97%.

Key words: Brain stroke, pneumonia, chest X-ray, blood gas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi có liên quan đến thở máy (VAP, Ventilator-Associated Pneumonia) là một loại viêm

phổi bệnh viện, có tỷ lệ mắc cao gấp 3 đến 10 lần ở những bệnh nhân không thở máy [3],[5]. VAP được chẩn đoán theo bảng điểm viêm phổi trong đó có hai tiêu chuẩn dựa vào hình ảnh XQ phổi và khí máu động mạch [7]. Ở bệnh nhân đột quỵ não phải thở máy, tần suất xuất hiện VAP là 6,9% và tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày cao gấp 3 lần so với nhóm không VAP [5].

Tại khoa hồi sức bệnh viện Hữu Nghị có khoảng 5000 ngày điều trị bệnh nhân thở máy mỗi năm. Trong đó có một số lượng lớn bệnh nhân đột quỵ não. Những bệnh nhân này thường có tuổi cao, hôn mê với điểm Glasgow thấp, ho khạc kém do tổn thương nội sọ và kèm theo nhiều bệnh bệnh lý mạn tính phổi hợp nên dễ dàng bị VAP. Để góp phần chẩn đoán sớm và tìm biện pháp dự phòng thích hợp VAP, chúng tôi nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu đặc điểm XQ phổi, khí máu động mạch ở bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến thở máy do đột quỵ não*" với mục tiêu: "*Xác định đặc điểm XQ phổi, khí máu động mạch ở bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến thở máy do đột quỵ não*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quỵ não, phải đặt ống nội khí quản và thở máy tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- BN được chẩn đoán xác định đột quỵ não bằng chụp CT hoặc MRI.

- Được đặt ống NKQ thở máy > 48 giờ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có bằng chứng viêm phổi từ trước: Sốt, tăng bạch cầu, biến đổi tính chất đờm, X quang phổi có thâm nhiễm phổi từ trước khi thở máy hoặc ≤ 48 giờ thở máy.

- BN đã được thở máy từ các cơ sở y tế trước chuyển về viện.

- BN đang dùng hóa trị liệu gây giảm bạch cầu

- BN có tiền sử AIDS hoặc các bệnh lý có suy giảm miễn dịch.

- BN hoặc người nhà từ chối tham gia nghiên cứu.

Bảng 3.1. Phân bố theo thể lâm sàng đột quỵ não

Thể lâm sàng	Nhóm	VAP n(%)	Không VAP n(%)	Tổng n(%)	P
Nhồi máu não		21(42,0)	23(39,66)	44(40,74)	>0,05
Chảy máu não		29(58,0)	35(60,34)	64(59,26)	
Tổng		50(100)	58(100)	108(100)	

Nhận xét: Tỷ lệ chảy máu não là 59,26% chiếm tỉ lệ cao hơn nhồi máu não là 40,74%. Phân bố thể lâm sàng của đột quỵ não ở hai nhóm viêm phổi và không viêm phổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Đặc điểm X quang nhóm viêm phổi

2.1.3. Tiêu chuẩn đánh giá tổn thương phổi và khí máu động mạch

Theo bảng điểm chẩn đoán viêm phổi CPIS của Pugin J. năm 1999.

- Hình ảnh X quang phổi được chụp trước và sau khi bệnh nhân được đặt ống NKQ thở máy, sau khi thở máy 48 giờ, 96 giờ hoặc khi có gợi ý viêm phổi trên lâm sàng.

- Xét nghiệm khí máu trong thở máy được theo dõi thường qui, giá trị PaO₂/FiO₂ lấy vào nghiên cứu là giá trị vào các ngày thứ nhất và sau 48 giờ, 72 giờ, 96 giờ và ở thời điểm xuất hiện viêm phổi.

- X quang phổi:

+ Không có thâm nhiễm hoặc thâm nhiễm mới: 0 điểm

+ Thâm nhiễm rải rác hoặc lốm đốm: 1 điểm.

+ Thâm nhiễm vùng hoặc tiến triển: 2 điểm.

- Xét nghiệm khí máu động mạch: Tính chỉ số oxy hóa máu PaO₂/FiO₂ (P/F):

+ P/F > 240 và không có ARDS: 0 điểm.

+ P/F ≤ 240 hoặc có ARDS: 2 điểm

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

2.3. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung nhóm bệnh nhân vào nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới

- Tuổi trung bình của nhóm viêm phổi là 77,3±8,8 và nhóm không viêm phổi là 77,1±7,1, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Hầu hết BN thuộc đối tượng cao tuổi, có 2 BN dưới 60 tuổi. Bệnh nhân tuổi trên 70 gặp nhiều nhất, trong đó tuổi từ 71-80 gặp 41,67% và trên 80 tuổi là 37,04%.

- Bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ lớn trong nghiên cứu 87,96%, nữ 12,04%. Tỷ lệ VAP trong số những bệnh nhân nam là 45,26% thấp hơn tỷ lệ VAP trong số những bệnh nhân nữ 53,85%. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.1.2. Thể lâm sàng đột quỵ não

Bảng 3.2. Đặc điểm hình ảnh trên X quang ngực của bệnh nhân VAP

Hình ảnh tổn thương mới	n	%
<i>Thâm nhiễm phổi</i>		
- Có	42	84
- Không	8	16
<i>Phế quản hơi</i>		
- Có	31	62
- Không	19	38
<i>Hang</i>		
Có	7	14
Không	43	86

Nhận xét: Hình ảnh thâm nhiễm phổi mới xuất hiện hay gặp nhất ở những bệnh nhân VAP chiếm tỷ lệ 84%. Đứng thứ 2 là hình ảnh phế quản hơi chiếm 62%. Hình ảnh hang ít gặp chỉ xuất hiện 14% xuất hiện các trường hợp VAP.

Bảng 3.3. Đặc điểm hình ảnh vị trí tổn thương trên X quang

Hình ảnh tổn thương phổi	n	(%)
<i>Phổi phải</i>	33	66
Thùy trên	3	6
Thùy giữa	11	22
Thùy dưới	19	38
<i>Phổi trái</i>	17	34
Thùy trên	5	10
Thùy dưới	12	24
<i>Cả hai bên</i>	0	0

Nhận xét: Tổn thương phổi phải chiếm 66% các trường hợp VAP, trong đó tổn thương ở thùy dưới gặp nhiều nhất 38%, đứng thứ 2 thùy giữa 22%, thùy trên chỉ chiếm 6%. Tổn thương phổi trái chiếm 34%, trong đó ở thùy dưới phổi trái chiếm 24% và tổn thương ở thùy trên 10%. Không phát hiện tổn thương phổi ở cả hai bên.

Bảng 3.4. Đặc điểm khí máu động mạch trước và tại thời điểm VAP

Nhóm	P/F	VAP	Không VAP	Tổng	P
		n(%)	n(%)	n(%)	
<48 giờ (n=108)	P/F > 240	0(0)	105(97,20)	105(97,20)	>0,05
	P/F ≤ 240	0(0)	3(2,80)	3(2,80)	
≥48 giờ (n=108)	P/F > 240	11(22)	56(96,60)	67(62,03)	< 0,01
	P/F ≤ 240	39(78)	2(3,40)	41(37,97)	

Nhận xét: Khí máu động mạch ở thời điểm trước xuất hiện viêm phổi chỉ số oxy hóa máu (P/F)>240 chiếm 97,2%. Khí máu động mạch ở bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi có chỉ số oxy hóa máu thấp ≤ 240 chiếm 78%. Sự khác biệt về chỉ số oxy hóa máu giữa bệnh nhân viêm phổi và nhóm bệnh nhân không viêm phổi có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi và giới: Ở bảng 3.1 hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều là người cao tuổi. 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 viêm phổi $77,1 \pm 7,1$, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. 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 do đặc điểm về đối tượng vào điều trị tại hai bệnh viện này như nhau. Nhưng tuổi trung bình ở nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Hữu Thông năm 2014 và Phạm Thái Dũng năm 2013 [4].

Tỷ lệ mắc VAP ở nam 45,26% thấp hơn so với tỷ lệ mắc VAP ở nữ 53,85%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả. Điều đó phản ánh không có mối liên quan giữa giới tính và tỷ lệ mắc VAP.

4.2. Phân bố đối tượng viêm phổi theo thể lâm sàng của đột quy não: Qua nghiên cứu chúng tôi, ở bảng 3.3 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 quy chảy máu não và nhồi máu não khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo các tác giả nước ngoài nguy cơ viêm phổi ở bệnh nhân đột quy liên quan tới vị trí của tổn

thương não, và số lượng ổ tổn thương. Trong đó nhồi máu não ổ khuyết ở động mạch não giữa, nhồi máu não ổ bán cầu não là những tổn thương có nguy cơ VAP cao [5],[6]. Sự khác biệt này có thể do ở những bệnh nhân tuổi cao, thường có nhiều bệnh lý mạn tính phối hợp làm tăng nguy cơ mắc viêm phổi trong khi thở máy.

4.3. Tiêu chuẩn X quang phổi: Tiêu chuẩn X quang trong chẩn đoán viêm phổi có thể là một đám thâm nhiễm mới hoặc thâm nhiễm tiến triển, hình ảnh phế quản hơi, hình ảnh thâm nhiễm phế nang, mờ rãnh liên thùy, hình ảnh hang trên phim X quang ngực [6].

Sự xuất hiện của một đám thâm nhiễm mới ở phổi cũng thường gặp bệnh nhân hồi sức do bệnh nhân nằm lâu, thở máy và nhiều yếu tố khác. Khi dấu hiệu này xuất hiện cùng với một trong ba dấu hiệu là tăng tiết đờm mủ, sốt trên 38°C hoặc bạch cầu tăng $> 11.000/\text{ml}$ thì tiêu chuẩn này có giá trị gợi ý cho viêm phổi [6],[7]. Nếu kết quả chụp X quang ngực bình thường thì đây là dấu hiệu rất có ý nghĩa để loại trừ viêm phổi. Khi đám thâm nhiễm mới xuất hiện thì cần phân biệt giữa viêm phổi, phù phổi hoặc do tổn thương đung dập nhu mô phổi. Xẹp phổi cũng rất hay gặp ở bệnh nhân hồi sức, nhất là khoa hồi sức ngoại, khi xuất hiện hình ảnh thâm nhiễm vùng, mà mất đi sau điều trị vật lý liệu pháp thì hình ảnh thâm nhiễm do xẹp phổi có thể mất đi [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân sau khi đặt ống NKQ và thở máy đều được chụp X quang ngực để đánh giá hình ảnh tổn thương phổi và để loại trừ những bệnh nhân đã có viêm phổi từ trước. Tất cả bệnh nhân không thấy hình ảnh thâm nhiễm, không có bệnh nhân nào được ghi nhận có xẹp phổi. Như vậy hình ảnh bình thường của X quang ngực đã giúp loại trừ được những trường hợp bệnh nhân có viêm phổi trước khi đặt ống NKQ và thở máy. Ở những bệnh nhân có các dấu hiệu lâm sàng gợi ý viêm phổi chỉ định chụp X quang ngực đánh giá tổn thương phổi được nhiều tác giả khuyến cáo. Việc phân tích hình ảnh tổn thương được xem như là tiêu chuẩn trong chẩn đoán cũng như theo dõi quá trình điều trị viêm phổi [6], [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh tổn thương thâm nhiễm phổi mới xuất hiện là thường gặp nhất chiếm 84%. Tiếp theo là hình ảnh phế quản hơi chiếm 62%, hình ảnh viêm rãnh liên thùy ít gặp hơn chiếm 14%. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Walker C. năm 2013 đã kết luận hình ảnh thâm nhiễm và hình ảnh phế quản hơi hay gặp nhất ở những

bệnh nhân viêm phổi do vi khuẩn [6]. Những dấu hiệu này khi mới xuất hiện trên hình ảnh X quang ngực là dấu hiệu quan trọng để định hướng chẩn đoán VAP.

Theo bảng 3.3, hình ảnh tổn thương của phổi hay gặp nhất ở phổi phải chiếm 66%, phổi trái 34%, chúng tôi không gặp trường hợp tổn thương phổi cả hai bên. Tổn thương phổi gặp nhiều ở các thùy dưới phổi, điều này có liên quan đến viêm phổi hít là cơ chế quan trọng trong VAP. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá trên hình ảnh X quang ngực xuất hiện tổn thương mới và đối chiếu với cấy dịch phế quản thì chúng tôi phát hiện được 90% các trường hợp cấy dịch phế quản phát hiện được vi khuẩn. Dựa trên hình ảnh thâm nhiễm mới xuất hiện trên X quang phổi có thể theo dõi và tiên lượng được tiến triển của VAP.

4.4. Khí máu động mạch: Khí máu động mạch ở thời điểm trước xuất hiện viêm phổi chỉ số oxy hóa máu (P/F) > 240 chiếm 97,2%. Khí máu động mạch ở bệnh nhân được chẩn đoán viêm phổi có chỉ số oxy hóa máu thấp ≤ 240 chiếm 78%. Sự khác biệt về chỉ số oxy hóa máu giữa bệnh nhân viêm phổi và nhóm bệnh nhân không viêm phổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Như vậy sự xuất hiện của viêm phổi có ảnh hưởng quan trọng đến quá trình oxy hóa máu của bệnh nhân. Điều đó cũng làm ảnh hưởng đến mục tiêu đảm bảo cung cấp oxy đầy đủ cho tổ chức não đã bị tổn thương ở những bệnh nhân đột quỵ não. Kết quả nghiên cứu về chỉ số oxy hóa máu ở những bệnh nhân viêm phổi thở máy của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác. Tác giả Phạm Thái Dũng cũng thấy rằng chỉ số oxy hóa máu trung bình của những bệnh nhân xuất hiện viêm phổi thở máy là $208,15 \pm 16,28$ [1].

Theo dõi chỉ số oxy hóa máu ở bệnh nhân đột quỵ não có vai trò quan trọng đặc biệt khi xuất hiện VAP. Khả năng oxy hóa máu bị suy giảm sẽ làm giảm khả năng cung cấp oxy cho cơ thể, đối với những BN đột quỵ não thiếu oxy sẽ làm trầm trọng hơn tổn thương ở những vùng thiếu máu, giảm khả năng hồi phục và có nguy cơ lan rộng tổn thương. Theo dõi chỉ số oxy hóa máu giúp cho bác sỹ lâm sàng có thể điều chỉnh kịp thời mức độ oxy trong khí thở vào ở những BN xuất hiện VAP tránh làm nặng nề hơn tổn thương não của BN đột quỵ.

V. KẾT LUẬN

- Hình ảnh thâm nhiễm phổi mới chiếm 84%, hình ảnh phế quản hơi chiếm 62%, hình ảnh

hang: 14%. Tổn thương phổi phải chiếm 66% các trường hợp VAP, trong đó tổn thương ở thùy dưới chiếm 38%, thùy giữa 22%, thùy trên chiếm 6%; Tổn thương phổi trái chiếm 34%, trong đó ở thùy dưới phổi trái chiếm 24% và tổn thương ở thùy trên 10%.

- Chỉ số oxy hóa máu thấp (P/F < 240) chiếm 78% số bệnh nhân viêm phổi thở máy ở những bệnh nhân đột quỵ. Khí máu động mạch ở thời điểm trước xuất hiện viêm phổi chỉ số oxy hóa máu (P/F) >240 chiếm 97,2%.

- Cần tìm căn nguyên VAP bằng phương pháp cấy định lượng vi khuẩn dịch rửa phế quản qua nội soi phế quản ống mềm, làm kháng sinh đồ từ đó có liệu pháp kháng sinh thích hợp.

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.

TÌM HIỂU MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ GÂY XƠ HÓA MÀNG NHĨ

Phạm Thị Bích Đào*

TÓM TẮT

Đề tài tiến hành trên 69 bệnh nhân với 97 tai có tổn thương xơ hóa ở màng nhĩ nhằm tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ xơ hóa màng nhĩ. Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu mô tả từng ca. Kết quả: Tiền sử viêm tai giữa gặp 47/69 bệnh nhân (68,1%) với 56/97 tai (57,7%) và 28/56 tai sọ nhĩ (50%). Một số bệnh lý thường phối hợp ở những bệnh nhân bị xơ hóa màng nhĩ: Triệu chứng viêm mũi xoang 36/69 bệnh nhân (52,2%). Dị hình hốc mũi 28/69 bệnh nhân (40,6%). Bệnh lý trào ngược dạ dày – thực quản 39/69 bệnh nhân (56,5%). Viêm mũi xoang và/ hoặc biểu hiện họng thanh quản do trào ngược hay dị hình hốc mũi: 66/69 bệnh nhân (95,6%). Bệnh lý phối hợp: Gặp 7/69 bệnh nhân (10,1%): 3 bướu giáp, 2 Đái tháo đường typ II - Vữa xơ mạch, 1 suy thận mạn tính, 1 Lupus ban đỏ.

Từ khóa: Xơ nhĩ, yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp.

SUMMARY

RISK FACTORS OF TYMPANOSCLEROSIS

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoent@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 29/5/2017

Ngày duyệt bài: 20/6/2017

We evaluate risk factor of tympanosclerosis. The data of 69 patients who underwent surgery for tympanosclerosis were retrospectively analyzed with respects to the risk factors. 69 patients with tympanosclerosis involving 97 ears. Risk factors: otitis media 68.1%, rhinitis and rhinosinusitis 52.2%, reflux 56.5% and malformation 95.6%. Combined factor 10.1%.

Keywords: Tympanosclerosis, risk factor, combined disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên nhân của xơ hóa màng nhĩ thường gặp: các yếu tố tại chỗ như viêm tai giữa, phẫu thuật tai giữa, đặt ống thông khí, trích rạch màng nhĩ, chấn thương tai giữa gây chảy máu, tự miễn. Xơ hóa màng nhĩ (xơ nhĩ màng nhĩ, myringosclerosis) là quá trình xơ và vôi hoá màng nhĩ, được biểu hiện bởi những mảng trắng hay những hạt vôi hóa ở lớp sợi màng nhĩ [1],[2]. Hiện tượng này là kết quả của sự thoái hóa hyaline, canxi -phosphate hóa bất thường xảy ra chủ yếu ở lớp sợi và lớp dưới niêm mạc [3]. Và các yếu tố liên quan ở kề cận hay xa ảnh hưởng thông qua rối loạn chức năng vòi như những viêm nhiễm ở vùng mũi họng, viêm mũi xoang dị ứng hay mù mạn tính, biểu hiện bệnh lý mũi họng do trào ngược [4,5]. Đề tài thực hiện với mục tiêu tìm hiểu những nguyên nhân ở vùng

kế cận mũi xoang, ảnh hưởng của bệnh lý trào ngược, cũng như đánh giá những tổn thương chức năng của xơ hóa màng nhĩ đơn thuần hay có phối hợp với tổn thương chuỗi xương con ảnh hưởng sức nghe như thế nào [6,7].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 69 bệnh nhân với 97 tai có tổn thương xơ hóa ở màng nhĩ. Không phân biệt tuổi giới, nghề nghiệp, nơi cư trú, trình độ văn hóa.
- Địa điểm: Bệnh viện TMH Trung Ương.
- Thời gian: Từ tháng 09/2015 đến tháng 09/2016.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn lựa

- Màng nhĩ kín có tổn thương vôi, xơ hóa.
- Phần hành chính: đầy đủ theo bệnh án mẫu.
- Bệnh nhân được khám nội soi đánh giá tình trạng xơ hóa màng nhĩ, mũi xoang, vòm mũi

họng, họng - thanh quản.

- Có kết quả đo thính lực, nhĩ lượng.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ống tai ngoài bị viêm hoặc chít hẹp.
- Đã được phẫu thuật khoét chũm tiết căn.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp tiến cứu mô tả từng ca

2.2.2. Các chỉ số nghiên cứu

- *Đặc điểm chung, hình thái lâm sàng, thính lực và nhĩ lượng:* Ngoài ra đánh giá chỉ số triệu chứng trào ngược (Reflux System Index- RSI) nếu có. Mỗi triệu chứng được cho điểm từ 0 (không triệu chứng) đến 5 (mức độ rất nặng), và tổng điểm tối đa là 45. Reflux Finding Score (RSI) > 13 điểm được cho là bất thường và gợi ý Larynpharynx Reflex (LPR) (độ tin cậy 95%) [6].

Bảng 2.1: Bảng điểm chỉ số triệu chứng trào ngược (RSI)

Trong vòng 1 tháng gần đây, các triệu chứng sau ảnh hưởng tới bạn như thế nào? <i>Khoanh tròn vào câu trả lời thích hợp</i>	0: không có triệu chứng, 1: rất nhẹ, 2: nhẹ, 3: vừa, 4: nặng, 5: rất nặng					
1. Khàn tiếng hoặc có thay đổi về giọng nói	0	1	2	3	4	5
2. Đắng đắng	0	1	2	3	4	5
3. Nhiều dịch nhầy họng	0	1	2	3	4	5
4. Khó khăn khi nuốt thức ăn, dịch, thuốc	0	1	2	3	4	5
5. Ho sau khi ăn hoặc sau khi nằm	0	1	2	3	4	5
6. Cảm giác khó thở hoặc cơn tức thở	0	1	2	3	4	5
7. Ho khó chịu	0	1	2	3	4	5
8. Cảm giác có dị vật trong họng	0	1	2	3	4	5
9. Nóng rát ngực, ợ nóng, ợ chua	0	1	2	3	4	5

- *Hình ảnh nội soi màng nhĩ*

Phân loại tổn thương: thành 4 nhóm sau:

- Vôi hóa: chỉ có tổn thương vôi hóa, không có sẹo nhĩ.
- Xơ hóa: chỉ có tổn thương xơ hóa, không có sẹo nhĩ.
- Sẹo nhĩ: gồm tất cả các trường hợp có sẹo nhĩ (tiêu chuẩn xác định sẹo nhĩ là vùng màng nhĩ teo mỏng và có viền xơ bao quanh).
- Phổi hợp: tổn thương vôi và xơ hóa phổi hợp, không có sẹo nhĩ.

Vị trí tổn thương:

- *Triệu chứng thực thể mũi xoang:* Khe sàn mũi ứ đọng dịch trong, dịch mủ; niêm mạc nề đỏ, nhọt màu, polyp mũi. Dị hình mũi.

- *Đánh giá bằng Reflux Finding Score (RSI):*

Dựa trên số điểm tổng điểm từ 0 (không có bất thường) đến 26. Phổi hợp RSI > 13 điểm và RFS > 7 điểm đánh giá là có trào ngược cho kết quả tương đương với đo pH 24h.

Bảng 2.2: Bảng điểm trào ngược qua thăm khám (RFS)

Hình ảnh trên nội soi	Điểm số	
Tăng sinh tổ chức lympho đáy lưỡi	0: không	2: có
Dịch nhầy nhiều trong thanh quản	0: không	2: có
Sụn phễu nề đỏ	2: chỉ sụn phễu	4: lan tỏa
Phi đại mép sau (Liên phễu nề)	1: nhẹ; 2: vừa; 3: nặng; 4: rất nặng	
Phù nề dây thanh	1: nhẹ; 2: vừa; 3: nặng; 4: dạng polyp	
Phù nề thanh quản tỏa lan	1: nhẹ; 2: vừa; 3: nặng; 4: rất nặng	
Rãnh dây thanh giả	0: không; 2: có	
Xóa buồng thanh thất	2: 1 phần; 4: toàn bộ	

Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ. Dựa vào:

- Các yếu tố tiền sử bệnh liên quan đến nguyên nhân xơ hóa màng nhĩ.

- Kết quả thăm khám nội soi mũi xoang, họng - thanh quản.

2.2.3. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập, xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0. Các test thống kê được sử dụng để so sánh sự khác biệt giữa các nhóm:

- Xác định giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

- So sánh tỷ lệ bằng test χ^2 , fisher's test.

2.2.4. Đạo đức trong nghiên cứu: Các bệnh nhân đều được thông báo và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi quyền lợi trong điều trị và bí mật cá nhân của bệnh nhân đều được tôn trọng. Nghiên cứu chỉ nhằm xác định một số yếu tố liên quan đến bệnh lý xơ nhĩ để đưa ra cảnh báo.

III. KẾT QUẢ**3.1. Các yếu tố tại chỗ****Bảng 3.1: Các yếu tố tại chỗ liên quan trong tiền sử (N= 69)**

Yếu tố liên quan	n	%
Viêm tai giữa	47	68,1
Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa	7	10,1
Chấn thương màng nhĩ	4	5,8

Nhận xét: Viêm tai giữa gặp 68,1% và xuất hiện ở 56/97 tai (57,7%). Phẫu thuật chỉnh hình tai giữa trước đó gặp 10,1% với 8 tai, trong đó có 6 bệnh nhân được mổ sào bào - thượng nhĩ và nhĩ, 1 bệnh nhân được mổ chỉnh hình xương con. Chấn thương màng nhĩ gặp 5,8% với 4 tai. Trong 56 tai có tiền sử viêm tai giữa thấy: hình thái sẹo nhĩ 50%, hình thái xơ hóa chỉ gặp 3,6% ($p < 0,01$).

3.2. Các yếu tố nguy cơ**Bảng 3.2: Bệnh lý mũi họng (N= 69)**

Bệnh lý mũi họng	n	%
Viêm mũi xoang	36	52,2
Dị hình hốc mũi	28	40,6
Bệnh trào ngược	39	56,5
Viêm mũi xoang và/ hoặc LPR	59	85,5
Viêm mũi xoang và/hoặc LPR hay dị hình hốc mũi	66	95,6

Nhận xét: Viêm mũi xoang gặp ở 52,2%, trong đó phối hợp viêm mũi xoang + dị hình hốc mũi gặp 17,4%. Dị hình hốc mũi gặp 40,6%. Biểu hiện trào ngược 56,5%. Viêm mũi xoang và/hoặc LPR gặp ở 85,5%; viêm mũi xoang và/ hoặc LPR hay dị hình hốc mũi gặp 95,6%. Viêm mũi xoang xuất tiết gặp 77,8%, viêm mũi xoang mũi gặp 22,2%. Viêm mũi xoang kiểu dị ứng có 69,4%.

Bảng 3.3: Viêm mũi xoang - LPR và hình thái tổn thương (N= 83)

Hình thái	Vôi hóa	Xơ hóa	Sẹo nhĩ	Phôi hợp	N
Viêm mũi xoang	10	8	6	3	27
LPR	5	7	15	4	31
Viêm mũi xoang + LPR	3	7	12	3	25
N	18	22	33	10	83

Nhận xét: Nhóm viêm mũi xoang hình thái vôi hóa gặp 10/27 tai (37%), $p > 0,05$. Trái lại, ở 2 nhóm LPR và viêm mũi xoang + LPR hình thái sẹo nhĩ là hay gặp nhất 48,4% và 12/25 tai (48,0%), $p < 0,05$.

3.3. Bệnh lý phôi hợp: Trong 69 bệnh nhân nghiên cứu, các bệnh lý toàn thân phôi hợp gặp ở 10,1% với 11 tai liên quan, gồm: 3 bướu giáp, 2 đái tháo đường type II - vữa xơ mạch, 1 suy thận mạn tính, 1 Lupus ban đỏ hệ thống.

IV. BÀN LUẬN

Trong 69 bệnh nhân nghiên cứu thấy tiền sử viêm tai giữa gặp ở 47 bệnh nhân (68,1%) và xuất hiện ở 56/97 tai (57,7%); trong đó bệnh

nhân 7 tuổi (chiếm 1,4%) tiền sử bị viêm tai ứ dịch đã được đặt ống thông khí, trích rạch màng nhĩ ở 2 tai trước đó. Ngày nay xơ hóa màng nhĩ hay xơ nhĩ nói chung được khẳng định không chỉ xảy ra ở bệnh nhân viêm tai giữa mạn mà còn xảy ra với viêm tai cấp, viêm tai thanh dịch cũng như bệnh nhân được đặt ống thông khí [5],[6]. Việc khai thác tiền sử viêm tai giữa có thể không đầy đủ, do háy mù tai từ nhỏ nhưng bản thân không biết hoặc người thân trong gia đình không còn nhớ hoặc nhiều tình trạng viêm tai cấp, viêm tai thanh dịch bị bỏ sót [7]. Hình thái sẹo nhĩ là hay gặp nhất với 28/56 tai (50%), hình thái xơ hóa chỉ gặp 2/56 tai (3,6%) $p < 0,01$. Trong 69

bệnh nhân nghiên cứu tiền sử đặt ống thông khí, trích rạch màng nhĩ chỉ gặp ở 1 bệnh nhân 7 tuổi bị viêm tai giữa ứ dịch, do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân cần kết quả đo thính lực bởi vậy chưa thể có nhiều bệnh nhân nhỏ tuổi trong mẫu nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân đặt ống thông khí nhận thấy tỷ lệ xơ hóa màng nhĩ là 23,6%. Tỷ lệ xơ hóa màng nhĩ ở bệnh nhân được đặt ống thông khí cao gấp 3 - 5 lần trường hợp không được đặt ống thông khí, đồng thời vị trí màng vô hóa không luôn luôn tương ứng với vùng chích rạch và khi thời gian đào thải ống thông khí càng lâu tỷ lệ xơ hóa màng nhĩ càng tăng (44,1% ở nhóm ≥ 12 tháng, 42,4% ở nhóm 6 - 12 tháng và 14,3% ở nhóm ≤ 6 tháng) nghiên cứu trên 195 tai [7]. Biểu hiện triệu chứng xơ hóa màng nhĩ trên bệnh nhân sau đặt ống thông khí hay gặp nhất sau 10 năm và tổn thương canxi hóa màng nhĩ còn có sự đóng góp của bệnh lý tai giữa cần có chỉ định đặt ống thông khí chặt chẽ. Việc sử dụng Adrenalin tại vị trí trích rạch trước khi đặt ống thông khí không gây ảnh hưởng tới sự phát triển xơ hóa màng nhĩ (theo dõi tới sau 1 năm), thấy có 10,1% có tiền sử phẫu thuật chỉnh hình tai giữa trước đó (6 bệnh nhân được mổ sào bào - thưng nhĩ và nhĩ bệnh nhân được mổ chỉnh hình xương con), với 8 tai được phẫu thuật trong đó gồm 1 tai có dạng nhĩ đồ cánh phải [4]. Nader Sakinghi nghiên cứu hồi cứu trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật vá nhĩ sử dụng màng sụn bình tai và cân cơ thái dương nhận thấy: tỷ lệ xơ hóa màng nhĩ nhóm sử dụng màng sụn bình tai là 40%, nhóm sử dụng cân cơ thái dương 86,7%, với $p < 0,01$; là do sự khác nhau về cấu trúc mạch máu trên 2 loại vật liệu này [2]. Triệu chứng viêm mũi xoang gặp 52,2%, dị hình hốc mũi gặp 40,6%, trong đó phổi hợp viêm mũi xoang + dị hình mũi gặp 17,4%. Trong 69 bệnh nhân nghiên cứu thấy triệu chứng trào ngược gặp ở 56,5%, trong đó phổi hợp viêm mũi xoang và LPR gặp 23,2%. Như vậy, viêm mũi xoang và/ hoặc LPR 85,5%; còn viêm mũi xoang và/ hoặc LPR hay dị hình hốc mũi gặp tới 95,6%. Nader Saki và cộng sự [3] sử dụng kỹ thuật PCR để xác định sự hiện diện vi khuẩn *Helicobacter pylori* ở mảnh sinh thiết niêm mạc tai giữa nhận thấy ở nhóm xơ nhĩ 84,2% dương tính với *H. pylori*, trong khi ở nhóm không xơ nhĩ có 45,4% dương tính với *H. Pylori* với $p < 0,01$. Nhiều nghiên cứu cũng đã chứng minh mối liên quan giữa rối loạn

chức năng vòi mạn tính và trào LPF[3],[4]. Dịch Pepsin dạ dày được chứng minh hiện diện ở tai giữa của bệnh nhân viêm tai giữa mạn tính [5]. Trong 83 tai nghiên cứu gặp trên 59 BN có dấu hiệu viêm mũi xoang và/hoặc trào ngược họng - thanh quản thì: ở 2 nhóm LPR và viêm mũi xoang + LPR hình thái sẹo nhĩ là hay gặp nhất tương ứng 15/31 tai (48,4%) và 12/25 tai (48,0%). Nhóm viêm mũi xoang, hình thái vô hóa gặp nhiều hơn với 37% $p > 0,05$. Bệnh lý phổi hợp gặp 10,1%, gồm 3 bướu giáp, 2 đái tháo đường type II kết hợp vữa xơ mạch, 1 suy thận mạn tính, 1 Lupus ban đỏ hệ thống. Sự lắng đọng canxi ở các mô (dưới da, màng ngoài tim...) gặp trong suy thận mạn tính được cho là tương tự quá trình hyalin hoá, canxi-phosphate hóa xảy ra chủ yếu ở lớp sợi của màng nhĩ gây nên xơ hóa màng nhĩ [5]. Liên quan vữa xơ động mạch, Koc và Uneri [6] nhận thấy xơ hóa màng nhĩ gặp 66,6%. Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh lý phổi hợp không nhiều và phân tán một số mặt bệnh nên chưa thể khẳng định được mối liên quan giữa các bệnh lý toàn thân với xơ hóa màng nhĩ.

V. KẾT LUẬN

Một số yếu tố nguy cơ: Tiền sử viêm tai giữa, bệnh lý mũi xoang, bệnh lý trào ngược. Bệnh lý phổi hợp: Bướu giáp, đái tháo đường typ II, vữa xơ mạch, suy thận mạn tính, lupus ban đỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anongsack Phokhasombath (2010)**. *Nghiên cứu hình thái lâm sàng của bệnh xơ nhĩ tai giữa qua nội soi và thăm dò chức năng nghe*, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nader Saki, Mojtaba Jahani, Alireza Samarbaf et al (2015)**. Correlation Between Tympanosclerosis and *Helicobacter pylori*. *Jundishapur Journal of Microbiology*, published online, 8(10), e16069.
3. **Saki N, Larjani F, Rahim F (2013)**. The association of *Helicobacter Pylori* infection with otitis media: a meta-analysis. *Arch des Sci*, 66(4), 452-470.
4. **He Z, O'Reilly RC, Mehta D (2008)**. Gastric pepsin in middle ear fluid of children with otitis media: clinical implications. *Curr Allergy Asthma Rep*, 8(6), 513-518.
5. **Saki N, Nikakhlagh S, Modaress D (2005)**. Incidence of oitis media with effusion in first grade students of ahwaz school. *Sic Med J*, 4(3), 211-215.
6. **Koc A, Uneri C (2002)**. Genetic predisposition for tympanosclerotic degeneration. *Eur Arch Otorhinolaryngol*, 259, 180-183.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TỔN KHUYẾT ĐẦU MŨI, CÁNH MŨI TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN TRÊN ĐỊA BÀN HÀ NỘI

Bùi Văn Cường*, Vũ Ngọc Lâm**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp, mô tả và phân tích các trường hợp có tổn khuyết đầu mũi, cánh mũi để rút ra đặc điểm lâm sàng các tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi tại một số Bệnh viện tại Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** 83 bệnh nhân có tổn khuyết đầu mũi- cánh mũi điều trị tại các bệnh viện TỰ QUỠ 108, Sain-pault, Việt Nam-Cu Ba từ 1/2010 đến 5/2015. Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ tương đương; nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là từ 18-30 tuổi với 36,14%; nguyên nhân chính dẫn đến tổn thương là nguyên nhân thứ phát với 68,68%; vị trí tổn thương nhiều nhất là cánh mũi với 63,86%; kích thước tổn thương chủ yếu trên 2cm² với tỉ lệ 65,06%; chiều dày tổn thương chủ yếu là khuyết sâu và khuyết xuyên tổ chức với tỉ lệ lần lượt là 36,14% và 42,17%. **Kết luận:** Tổn khuyết đầu mũi cánh mũi gặp ở mọi lứa tuổi tuy nhiên lứa tuổi thanh niên nhiều hơn, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của người bệnh, nhu cầu điều trị của nam và nữ như nhau. Tổn thương thứ phát chiếm tỉ lệ cao, tổn thương cánh mũi chiếm phần lớn. Kích thước và độ sâu của tổn khuyết đa phần đòi hỏi phải điều trị bằng phẫu thuật tạo hình.

Từ khóa: Tổn khuyết đầu mũi, cánh mũi

SUMMARY

THE CLINICAL CHARACTERISTIC OF NASAL TIP AND ALAR AT SOME HOSPITALS IN HANOI

Objective: Describe and sum up the clinical characteristics of lesions nasal tip and nasal alar at some hospitals in Hanoi from 2010 to 2015. **Patients and method:** A across-sectional retrospective study. **Results:** There was similar rate of suffer from nasal tip and alar deformities between male and female. The age group that had the highest proportion was the 18-30 years group with 36.14%. The main reason that led to lesions was secondary causes with 63.68%. The highest proportion of position lesion was nasal alar with 63.86%. The size lesions were mainly greater than 2cm² with 65.06%. The thickness of the lesions was mainly deep defects and multilayer defects with 36.14% and 42.17%. **Conclusion:** The nasal tip and alar deformities met in all age but young people has higher rate, male and female has the same proportion of suffering from the deformities and causing big interfere to their quality of lives. The secondary deformities was main lesions, concentrated in nasal

alar. The size and the depth of lesion mainly need to be treated by plastic and reconstructive surgery.

Keywords: Nasal tip, nasal alar deformities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi nằm ở tầng giữa mặt có vai trò quan trọng cả về chức năng và thẩm mỹ. Về chức năng, mũi là cửa ngõ của đường hô hấp trên có vai trò làm ấm, làm ẩm và lọc không khí trước khi đưa vào phổi. Về thẩm mỹ, mũi là bộ phận không thể thiếu để tạo đường nét hài hòa của khuôn mặt, khuyết hoặc biến dạng toàn bộ hay một phần của mũi gây ảnh hưởng trầm trọng đến tâm lý, sức khỏe của người bệnh [1],[2].

Tổn khuyết phần mềm mũi rất thường gặp vì nhiều nguyên nhân: tai nạn giao thông, tai nạn lao động, tai nạn sinh hoạt, sau phẫu thuật cắt bỏ khối u lành tính (u mạch máu, u sắc tố...), u ác tính (ung thư tế bào đáy, ung thư tế bào gai, ung thư hắc tố...), di chứng xạ trị hoặc do nguyên nhân bẩm sinh [3]. Trên lâm sàng tổn khuyết đầu mũi, cánh mũi có thể gặp với nhiều hình thái khác nhau như: khuyết một phần (da, sụn, niêm mạc), tổn thương phối hợp tổ chức cả da và sụn; tổn thương phối hợp cả da, sụn và niêm mạc hay khuyết toàn bộ tháp mũi. Tổn khuyết đầu mũi, cánh mũi là loại tổn thương hay gặp trong tổn khuyết vùng mũi gây ảnh hưởng trầm trọng về thẩm mỹ và có thể ảnh hưởng tới chức năng, gây ảnh hưởng nhiều đến tâm lý, giao tiếp và các quan hệ xã hội của bệnh nhân cũng như người thân trong gia đình. Việc đánh giá, phân loại tổn khuyết luôn được nhiều nhà phẫu thuật tạo hình quan tâm. Việc có được những thông tin tổng quan về tổn khuyết đầu mũi cánh mũi sẽ giúp cho các phẫu thuật viên định hướng cho chỉ định điều trị của từng trường hợp cụ thể. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tổng hợp, mô tả và phân tích các trường hợp có tổn khuyết đầu mũi, cánh mũi để rút ra đặc điểm lâm sàng các tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi tại một số Bệnh viện tại Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 83 bệnh nhân có tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi được điều trị tại bệnh viện Xanh Pôn, Bệnh viện Việt Nam Cu Ba và Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 1/2010 đến 5/2015.

*Bệnh viện Da Liễu TƯ

**Bệnh viện TỰ QUỠ 108

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Cường

Email: buicuong25583@gmail.com

Ngày nhận bài: 6/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 8/6/2017

Ngày duyệt bài: 20/6/2017

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu qua hồ sơ bệnh án.

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ 83 bệnh nhân có tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi tại 3 bệnh viện nêu trên trong thời gian 5 năm từ 1/2010 đến 5/2015.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập sẽ được làm sạch và nhập vào máy tính bằng phần mềm Epidata 3.1. Các phân tích sẽ được thực hiện bằng phần mềm stata 10.0. Cả thống kê mô tả và suy luận đều được thực

hiện với mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$ sẽ được sử dụng trong thống kê suy luận.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tuổi - giới và nguyên nhân tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi

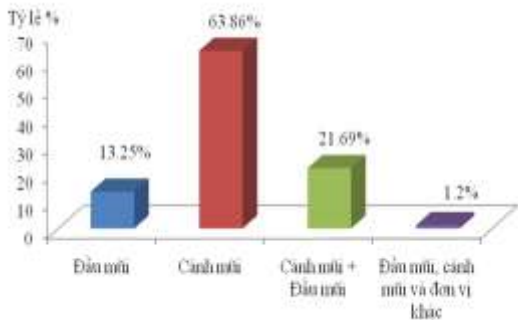
Nghiên cứu tiến hành trên 83 bệnh nhân, trong đó nam và nữ có tỷ lệ khá tương đồng nhau (50,6% so với 49,4%). Nhóm tuổi từ 18-30 chiếm tỉ lệ cao nhất với 36,14%, tiếp theo là nhóm dưới 18 tuổi với 24,1%. Nhóm tuổi trên 55 chiếm tỉ lệ thấp nhất với 16,87%.

Bảng 1. Phân bố đôi tượng theo từng nguyên nhân tổn thương

Nguyên nhân tổn thương		Tần số	Tỷ lệ %
Nguyên phát	Tai nạn giao thông	14	16,87
	Tai nạn lao động	2	2,41
	Tai nạn sinh hoạt	3	3,61
Thứ phát	Sau cắt u lành	20	24,10
	Sau cắt u ác	18	21,69
	Di chứng chấn thương	10	12,05
	Di chứng xạ trị	7	8,43
	Di chứng bỏng	2	2,41
Bẩm sinh		7	8,43
Tổng		83	100

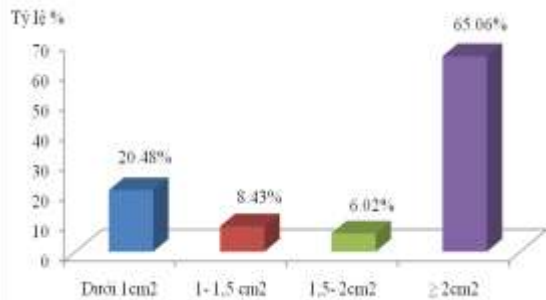
Nguyên nhân chủ yếu là sau cắt bỏ khối u lành tính và khối u ác tính với tỉ lệ lần lượt là 24,1% và 21,69%, tai nạn giao thông cũng chiếm tỉ lệ khá cao với gần 17%. Các nguyên nhân khác như bẩm sinh, tai nạn lao động, di chứng bỏng chiếm tỉ lệ thấp.

3.2. Đặc điểm lâm sàng các tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi



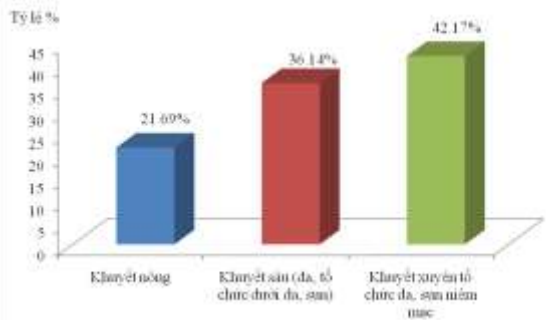
Biểu đồ 1. Phân bố vị trí tổn thương đầu mũi, cánh mũi

Trong số 83 bệnh nhân có tổn thương cánh mũi và đầu mũi thì vị trí tổn thương cánh mũi chiếm tỉ lệ cao nhất với 63,86%, tiếp theo là tổn thương kết hợp giữa cánh mũi và đầu mũi với 21,69%. Chỉ có 13,25% là tổn thương đầu mũi và thấp nhất là tổn thương đầu mũi, cánh mũi và đơn vị khác chiếm 1,2%.



Biểu đồ 2. Phân bố loại tổn thương theo kích thước

Theo diện tích của tổn khuyết, kích thước tổn thương $\geq 2\text{cm}^2$ gặp nhiều nhất với 54 bệnh nhân chiếm 65,06%, tiếp theo là dưới 1cm² với 17 bệnh nhân chiếm 20,48%. Kích thước tổn thương từ 1,5-2cm² chiếm tỉ lệ thấp nhất với 6,02%.



Biểu đồ 3. Phân bố theo chiều sâu của tổn thương

Theo chiều sâu của tổn thương, khuyết xuyên tổ chức (toàn bộ chiều dày) chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,17%, tiếp theo là khuyết sâu với 36,14%, chỉ có 21,69% là tổn thương khuyết nông.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm theo giới tính và tuổi:

Kết quả cho thấy có sự phân bố đều giữa nam và nữ về các tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi. Kết quả của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Konofaos và P.Alvarez S tại Mỹ năm 2014 nghiên cứu 419 bệnh nhân tổn thương khuyết tổ chức phần mềm mũi thì có 44,5% nam và 55,5% nữ [4]. Tuy nhiên, kết quả này có sự khác biệt một chút so với nghiên cứu của Bạch Minh Tiến với nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn (63,64%) [2]. Điều này có thể được giải thích do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên những bệnh nhân tổn thương khuyết đầu mũi và cánh mũi là những những tổn thương gây ảnh hưởng không chỉ thẩm mỹ mà cả chức năng nên nam cũng như nữ đều có nhu cầu điều trị như nhau. Còn nghiên cứu của Bạch Minh Tiến thì nghiên cứu trên toàn bộ mũi, ít ảnh hưởng đến chức năng mà chủ yếu là về vấn đề thẩm mỹ nên gặp ở nữ giới nhiều hơn nam. Phân loại theo nhóm tuổi tổn thương, kết quả cho thấy nhóm tuổi 18 đến 30 tuổi gặp nhiều nhất với 36,05%, kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Huệ Chi [5].

4.2. Về đặc điểm nguyên nhân tổn thương và liên quan với lứa tuổi: Kết quả nghiên cứu cho thấy nguyên nhân gặp nhiều nhất là sau cắt bỏ khối u lành tính (24,1%); tiếp đến là do sau cắt bỏ khối u ác tính (21,69%) và nguyên nhân chấn thương gây ra chiếm 16,87%. Như vậy, nguyên nhân hay gặp nhất đối với các tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi là nguyên nhân thứ phát. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Bạch Minh Tiến năm 2002 với tỷ lệ nguyên nhân thứ phát là 63,64% [2]. Về mối liên quan giữa các nguyên nhân tổn thương và các nhóm tuổi, chúng tôi thấy nguyên nhân thứ phát độ tuổi cao nhất và giảm dần xuống nguyên nhân nguyên phát và thấp nhất là nguyên nhân bẩm sinh, phần trăm giảm lần lượt là (68,68%, 22,89%, 8,43%). Kết quả này cũng tương đồng với Bạch Minh Tiến 2002 từ 63,64% giảm xuống 36,36% và cũng phù hợp với các độ tuổi mắc từng loại bệnh như ung thư tế bào đáy điều này cũng phù hợp với Wael El Shaer M.D năm 2010 tại Ai Cập gặp chủ yếu ở độ tuổi từ 44-72 tuổi [6].

4.3. Về đặc điểm vị trí của tổn thương:

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 83 đối

tượng nghiên cứu thì tổn thương cánh mũi có 53 bệnh nhân chiếm 63,86%, tiếp theo là kết hợp giữa đầu mũi và cánh mũi với 18 bệnh nhân chiếm 21,69%, chỉ có 11 bệnh nhân (13,25%) là có tổn thương đầu mũi đơn thuần. Do mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi khu trú ở vị trí đầu mũi và cánh mũi nên có sự khác biệt về kết quả so với tác giả AL-Bdour Mohammed năm 2011 nghiên cứu 36 trường hợp bị ung thư tế bào đáy ở mũi thì cánh mũi chiếm 36,1%, đầu mũi 25% [7]. So với nghiên cứu của Bạch Minh Tiến năm 2002 [2], nghiên cứu của chúng tôi vị trí tổn thương cánh mũi chiếm 63,86% cao hơn 41,67%, còn vị trí ở đầu mũi chúng tôi thấy kết quả thấp hơn 13,25% so với 27,08%, sự khác biệt có thể là do chúng tôi còn tách riêng vị trí tổn thương cả đầu mũi và cánh mũi chiếm 21,69%, mặt khác chúng tôi chỉ thực hiện nghiên cứu khu trú ở đầu mũi và cánh mũi nên có sự khác biệt về kết quả nghiên cứu so với tác giả trên. So với tác giả Nguyễn Huệ Chi năm 2004 tỷ lệ tổn thương cánh mũi chiếm 94,1% [5], kết quả nghiên cứu này cao hơn so với của chúng tôi. Điều này có thể do mục tiêu nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huệ Chi chỉ tập trung một kỹ thuật ghép phức hợp sụn vành tai để điều trị khuyết cánh mũi và trụ mũi nên kết quả khác chúng tôi.

4.4. Về kích thước tổn thương: Phần lớn các tổn thương đều có kích thước trên 2cm² chiếm 65,06%, điều này có thể giải thích là do các nguyên nhân gây tổn thương chủ yếu là bị tai nạn giao thông, di chứng của chấn thương, bởi vậy thì tổn thương thường khuyết rộng và sâu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bạch Minh Tiến năm 2002 [2] kích thước tổn thương về mũi $\geq 1,5\text{cm}^2$ chiếm trên 80% so với tổn thương mũi đây là tổn thương lớn nên vấn đề tạo hình cũng khó khăn.

4.5. Về đặc điểm độ sâu của tổn thương: Phần lớn các bệnh nhân là khuyết xuyên tổ chức (42,17%) và khuyết sâu (36,14%) điều này cũng phù hợp với nguyên nhân gây ra những tổn thương chủ yếu là sau cắt bỏ khối u lành tính và khối u ác tính, ngoài ra còn nguyên nhân chấn thương chiếm 22,89% gặp chủ yếu là khuyết sâu và khuyết xuyên tổ chức nên việc các tổn thương thường xuyên sâu vào các tổ chức mô dẫn đến mất nhiều tổ chức. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của Yogesh Bhatt năm 2006 tại Ấn Độ nghiên cứu tái cấu trúc khuyết phần mềm đầu mũi và cánh mũi của 44 trường hợp khuyết xuyên tổ chức chiếm 45,45%.

V. KẾT LUẬN

Tổn khuyết đầu mũi cánh mũi gặp ở mọi lứa tuổi tuy nhiên lứa tuổi thanh niên nhiều hơn, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của người bệnh, nhu cầu điều trị của nam và nữ như nhau. Tổn thương thứ phát chiếm tỉ lệ cao, tổn thương cánh mũi chiếm phần lớn. Kích thước và độ sâu của tổn khuyết đa phần đòi hỏi phải điều trị bằng phẫu thuật tạo hình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mang W (2011).** *Manual of aesthetic surgery*, Springer Science & Business Media.
2. **Bạch Minh Tiên (2002).** *Đánh giá kết quả sử dụng vật trần và vật rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi.* Luận văn thạc sỹ y học, Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. **Trần Thiết Sơn và Trần Lâm Hùng (2002).** "Một số kỹ thuật tạo hình ứng dụng trong ung thư đầu mặt cổ". *Thông tin Y Dược*. 11, 15-18.
4. **Konofaos P., Alvarez S., McKinnie J.E. and et all (2014).** "Nasal Reconstruction: A Simplified Approach Based on 419 Operated Cases". *Aesthetic plastic surgery*, 39(1), 91-99.
5. **Nguyễn Huệ Chi và Nguyễn Huy Thọ (2004),** *Đánh giá kết quả điều trị khuyết cánh mũi, trụ vách mũi bằng ghép tự do mảnh ghép phức hợp sụn vành tai.* Đại Học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Wael El Shaer M.D., Enab A., Sameh El Noamani M.D (2010).** "Aesthetic Reconstruction of Composite Alar Base Defects after Rodent Ulcer Excision". *Kasr El Aini Journal of Surgery*, 11(1), 29.
7. **Mohammed A.B., Maher A.K. (2011).** "Reconstruction of nasal skin defects following excision of basal cell carcinoma". *N Dermatol Online*. 2(3), 125-129.

MÔ TẢ TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC ARV TRONG ĐIỀU TRỊ HIV/AIDS CHO BỆNH NHÂN TẠI MỘT SỐ TRẠI GIAM MIỀN NÚI PHÍA BẮC

Lê Thị Hường*, Đoàn Thị Thủy Linh*

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm mô tả tác dụng phụ ở bệnh nhân HIV/AIDS được điều trị bằng thuốc kháng vi rút HIV trong trại giam miền núi phía Bắc Việt Nam. Phương pháp: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu. Nghiên cứu tiến hành hồi cứu 117 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân HIV/AIDS trong trại giam tại thời điểm tháng 5-6/2014. Số liệu được hồi cứu từ tháng 2/2012 đến tháng 5/2014. **Kết quả:** Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị phác đồ bậc 1, trong đó 61,5% số bệnh nhân điều trị phác đồ có AZT, 4,3% bệnh nhân điều trị phác đồ có D4T, và 65,7% bệnh nhân điều trị phác đồ có NVP. Các nhóm điều trị ARV có thời gian điều trị khác nhau thì có tác dụng phụ của thuốc khác nhau với $p > 0,05$. Nhóm 2 có tỷ lệ tác dụng phụ cao nhất 26/60 trường hợp chiếm 43,3%. Trung bình các nhóm có tác dụng phụ khi điều trị là 37,6%. Tác dụng phụ chủ yếu là nổi mẩn nhẹ chiếm 17,9%; phát ban do NVP là 8,5%; chóng mặt (6,0%); thiếu máu do AZT (6,0%); các biểu hiện tác dụng phụ chiếm tỷ lệ thấp từ 0,9% đến 3,4%. Các bệnh nhân có thời gian điều trị ARV từ 6-12 tháng có nhiều biểu hiện nhiễm trùng cơ hội hơn các bệnh nhân có thời gian điều trị ARV trên 24 tháng. Bệnh nhân điều trị phác đồ có AZT/NVP có nhiều tác dụng phụ hơn nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ không có AZT/NVP. Tác dụng phụ chóng mặt xuất hiện ở tuần đầu điều trị thuốc ARV, hầu hết các trường hợp xuất hiện sau 2 tuần điều trị;

biểu hiện thiếu máu do AZT, nhiễm độc gan do NVP xuất hiện sau 5 tuần uống thuốc. Các trường hợp bệnh nhân xuất hiện tác dụng phụ được xử trí tạm ngừng thuốc, điều trị triệu chứng tại bệnh xá, một số trường hợp phải chuyển viện điều trị (di ứng nặng, nhiễm độc gan do NVP). Hầu hết các trường hợp xuất hiện tác dụng phụ sau khi ngừng thuốc khi điều trị lại đều chuyển phác đồ điều trị. Bệnh nhân ở các giai đoạn lâm sàng 1, 2, 3, 4 khi điều trị ARV đều xuất hiện tác dụng phụ với tỷ lệ lần lượt là 29,4%, 39,5%, 39,0%, 33,3%. **Kết luận:** Phác đồ điều trị: Tất cả các bệnh nhân khi bắt đầu điều trị và đến thời điểm hiện tại đều dùng phác đồ bậc 1 với nhiều công thức khác nhau được sử dụng. Tác dụng phụ của các thuốc ARV là yếu tố làm cho bệnh nhân không đạt được kết quả điều trị.

Từ khóa: ARV, bệnh nhân HIV/AIDS trại giam, tác dụng phụ của thuốc ARV

SUMMARY

DESCRIBING ARV SIDE EFFECTS IN HIV/AIDS PATIENTS IN THE NORTHERN MOUNTAIN PRISONS VIETNAM

Objective: The study aimed to describe the side effects in HIV/AIDS patients treated with ARV in prisons, the northern mountain Vietnam. **Methods:** Retrospective cohort study. Study conducted 117 medical records of HIV/AIDS patients in prisons in 5-6/2014. Data were retrospectively from 2/2012 to 5/2014. **Results:** All patients were treated first-line regimen, 61.5% of patients treated with AZT regimen, 4.3% of patients treated with D4T regimen, and 65.7% of patients treated with NVP regimen. In ARV treatment groups, different duration of treatment has different drug side effects with $p > 0.05$. Group 2 had highest side effects with 26/60 case, accounted for 43.3%. Average groups had side effects when treated was

*Cục Phòng, chống HIV/AIDS

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hường

Email: lehuongvaac@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 5/6/2017

Ngày duyệt bài: 20/6/2017

37.6%. Main side effect was mild rash, accounted for 17.9%; NVP rash was 8.5%; dizziness (6.0%); anaemia caused by AZT (6.0%); manifestation side effects were low from 0.9% to 3.4%. The patients had ARV treatment from 6 to 12 months had more opportunistic infections than patients on ARV treatment over 24 months. Patients treated with AZT/NVP regimen had more side effects than patients treated without AZT/NVP regimen. Dizziness often appeared at first weeks of ARV treatment, most cases occurred after 2 weeks of treatment; anaemia expression by AZT, hepatotoxicity by NVP appeared after 5 weeks of medication. Patients with side effects were medication suspended; symptoms treated at the clinic, some cases were moved to other clinics (a severe allergic reaction, hepatotoxicity by NVP). Most cases appeared side effects after medication treatment discontinuation had to change regimen. Patients treated ARV in 1, 2, 3, 4 clinical stage appeared side effects with the rate of 29.4%, 39.5%, 39.0%, 33.3%, respectively.

Conclusion: Treatment regimen: All patients used first-line regimen for many different formulas are used, at the start of treatment and up to the present time. ARV side effects were main factors that made patients do not achieve treatment results.

Keywords: ARV, HIV/AIDS patients in prison, ARV side effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị ARV mang lại ý nghĩa lớn cho người nhiễm HIV: giúp ức chế sự lây lan của vi rút HIV và giảm đáng kể tỷ lệ bệnh tật và tử vong cho người nhiễm HIV.

Các trại giam thuộc Bộ Công an quản lý một số lượng lớn các phạm nhân có tiền sử hành vi nguy cơ cao trong lây nhiễm HIV như tiêm chích ma túy, mại dâm. Nhiều phạm nhân đã bị nhiễm HIV và chuyển sang giai đoạn AIDS. Tuy nhiên trong trại giam các phạm nhân bị nhiễm HIV rất khó khăn để tiếp cận dịch vụ điều trị ARV như

ngoài cộng đồng. Để có bằng chứng đưa ra các giải pháp điều trị hiệu quả tối ưu nhất cho bệnh nhân HIV/AIDS trong trại giam, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Mô tả tác dụng phụ của thuốc ARV trong điều trị HIV/AIDS cho bệnh nhân tại một số trại giam miền núi phía Bắc" với mục tiêu *xác định các tác dụng phụ của thuốc ARV ở bệnh nhân điều trị HIV/AIDS tại một số trại giam miền núi phía Bắc.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 117 bệnh nhân HIV/AIDS đang điều trị ARV tại trại giam và đang được uống thuốc ARV trong khuôn khổ dự án Quỹ Toàn cầu phòng, chống HIV/AIDS tài trợ. Các BN được chia thành 3 nhóm: Nhóm 1: $n_1 = 5$ BN được chuyển tiếp điều trị ARV từ ngoài cộng đồng vào trại giam; Nhóm 2: $n_2 = 60$ BN bắt đầu điều trị ARV từ tháng 12/2012; Nhóm 3: $n_3 = 52$ BN bắt đầu điều trị ARV từ tháng 12/2013.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu 117 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân HIV/AIDS trong trại giam tại thời điểm tháng 5-6/2014. Số liệu hồi cứu từ 2/2012 đến 5/2014 trên 3 nhóm bệnh nhân HIV/AIDS gồm: Nhóm 1: $n_1 = 5$ BN được chuyển tiếp điều trị ARV từ ngoài cộng đồng vào trại giam; Nhóm 2: $n_2 = 60$ BN bắt đầu điều trị ARV từ tháng 12/2012; Nhóm 3: $n_3 = 52$ BN bắt đầu điều trị ARV từ tháng 12/2013.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

1.1. Thông tin nhân khẩu học

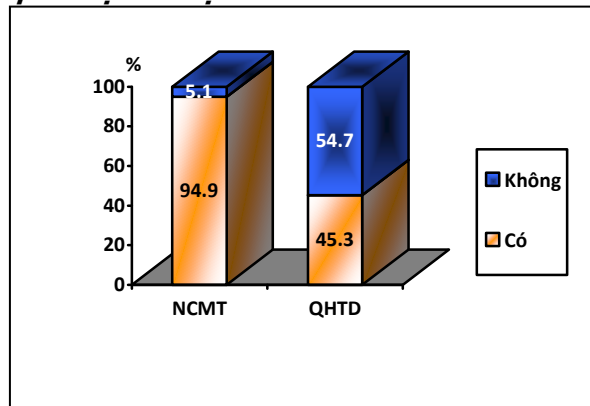
Bảng 1. Phân loại ĐTNC theo tuổi và trình độ học vấn

		Nhóm 1 n = 5	Nhóm 2 n = 60	Nhóm 3 n = 52	Tổng n = 117	Tỷ lệ %
Tuổi	16 – 25 tuổi	0	0	3	3	2,6
	26 – 35 tuổi	0	14	20	34	29,0
	36 – 45 tuổi	5	38	24	67	57,3
	46 – 55 tuổi	0	8	5	13	11,1
Học vấn	Mù chữ	0	1	3	4	3,4
	Tiểu học	0	17	15	24	27,4
	THCS	3	30	21	30	46,2
	THPT	1	11	13	18	21,4
	Trung cấp	1	0	0	1	0,9
	Đại học	0	1	0	1	0,9
Tình trạng hôn nhân	Độc thân	2	31	19	52	44,4
	Có gia đình	1	19	21	41	35,0
	Ly thân	0	1	1	2	1,7
	Ly dị	2	6	9	17	14,5
	Góa	0	3	2	5	4,3

Nghề nghiệp trước khi vào trại	Nông dân	0	7	11	18	15,4
	Công nhân	0	2	0	2	1,7
	Tự do	3	49	36	88	75,2
	Lái xe	2	2	5	9	7,7
Mức án	Dưới 3 năm	0	2	10	12	10,3
	Từ 3 - dưới 5 năm	0	1	13	14	12,0
	Từ 5 - dưới 10 năm	4	33	23	60	51,3
	Trên 10 năm	1	24	6	31	26,5
Thời gian ở trong trại	Dưới 3 năm	1	5	42	48	41,0
	Từ 3 đến 5 năm	2	26	8	36	30,8
	Trên 5 năm	2	29	2	33	28,2

Tổng số đối tượng nghiên cứu là 117: BN nam (91,5%), BN nữ (8,5%), nhóm tuổi 36-45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (57,3%). Trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm 46,2%; trình độ tiểu học là 27,4%; trình độ trung học cơ sở là 21,4%; tỷ lệ mù chữ là 3,4%; trình độ trung cấp và đại học bằng nhau là 0,9%. Tình trạng độc thân chiếm tỷ lệ 44,4%; có gia đình chiếm tỷ lệ 35,0%; tình trạng ly dị chiếm tỷ lệ 14,5%; góa là 4,3%; tình trạng ly thân chiếm tỷ lệ thấp là 1,7%. Nghề nghiệp trước khi vào trại của ĐTNC chủ yếu là nghề tự do (không có nghề nghiệp) chiếm 75,2%; nông dân chiếm 15,4%; làm nghề lái xe chiếm 7,7%; làm công nhân chiếm tỷ lệ thấp là 1,7%. Đa số ĐTNC có mức án từ 5 năm đến dưới 10 năm chiếm tỷ lệ 51,3%; mức án từ 3 đến dưới 5 năm là 12,0%; mức án dưới 3 năm là 10,3%; mức án trên 10 năm là 26,5%. Thời gian ở trong trại của ĐTNC đa số là dưới 3 năm chiếm tỷ lệ 41,0%; từ 3 đến 5 năm là 30,8%, trên 5 năm là 28,2%.

1.2. Tiền sử nghiện chích ma túy và quan hệ tình dục



Biểu đồ 1. Tiền sử NCMT và QHTD của ĐTNC
Trong nghiên cứu này ĐTNC chủ yếu có tiền sử NCMT chiếm 94,9%; tiền sử QHTD ngoài hôn nhân là 45,3%.

1.3. Tỷ lệ sử dụng phác đồ bậc 1

Bảng 2. Các phác đồ ARV bậc 1 điều trị cho ĐTNC khi bắt đầu điều trị

Phác đồ bậc 1	Nhóm 1 n = 5	Nhóm 2 n = 60	Nhóm 3 n = 52	Cộng n = 117	
				SL	%
AZT/3TC/EFV	0	5	0	5	4,3
AZT/3TC/NVP	3	43	21	67	57,2
D4T/3TC/ EFV	0	1	0	1	0,9
D4T/3TC/NVP	0	3	1	4	3,4
TDF/3TC/EFV	0	6	28	34	29,1
TDF/3TC/NVP	2	2	2	6	5,1

Tỷ lệ phác đồ bậc 1 có AZT chiếm tỷ lệ 61,5%, có D4T chiếm 4,3%, có NVP chiếm 65,7%.

1.4. Tác dụng phụ của thuốc

Bảng 3. Tác dụng phụ của thuốc ARV

Nhóm điều trị	Có tác dụng phụ		Không bị tác dụng		p
	SL	%	SL	%	
Nhóm 1 (n=5)	1	20,0	4	80,0	>0,05
Nhóm 2 (n=60)	26	43,3	34	56,7	
Nhóm 3 (n=52)	17	32,7	35	67,3	
Cộng:	44	37,6	73	62,4	

Các nhóm điều trị ARV có thời gian điều trị khác nhau thì có tác dụng phụ của thuốc khác nhau với $p > 0,05$. Nhóm 2 có tỷ lệ tác dụng phụ cao nhất 26/60 trường hợp chiếm 43,3%. Trung bình các nhóm có tác dụng phụ khi điều trị là 37,6%.

Bảng 4. Phân loại tác dụng phụ theo nhóm.

Biểu hiện tác dụng phụ	Nhóm 1 (n=5)		Nhóm 2 (n=60)		Nhóm 3 (n=52)		Cộng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Buồn nôn			2	3,3			2	1,7
Đau đầu			3	5,0	1	1,9	4	3,4
Mệt mỏi			2	3,3			2	1,7
Khó chịu ở bụng			1	1,7			1	0,9
Nổi mẩn nhẹ	1	20,0	10	16,7	10	19,2	21	17,9
Chóng mặt			3	5,0	4	7,7	7	6,0
Thiếu máu do AZT			7	11,7			7	6,0
Phát ban do NVP			9	15,0	1	1,9	10	8,5
Nhiễm độc gan do NVP			1	1,7			1	0,9
Bệnh lý thần kinh ngoại biên					1	1,9	1	0,9

Tác dụng phụ chủ yếu là nổi mẩn nhẹ chiếm 17,9%; phát ban do NVP là 8,5%; chóng mặt (6,0%); thiếu máu do AZT (6,0%); các biểu hiện tác dụng phụ chiếm tỷ lệ thấp từ 0,9% -3,4%. Nhóm 2 có nhiều biểu hiện nhiễm trùng cơ hội hơn nhóm 1 và 3.

Bảng 5. Phân loại tác dụng phụ theo phác đồ điều trị.

Biểu hiện tác dụng phụ	AZT/3TC /EFV(n=5)		AZT/3TC /NVP(n=67)		D4T/3TC /NVP(n=4)		D4T/3TC/E FV (n=1)		TDF/3TC /EFV(n=34)		TDF/3TC /NVP(n=6)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buồn nôn			2	3,0								
Đau đầu			3	4,8					1	2,9		
Mệt mỏi			2	3,0								
Khó chịu ở bụng											1	16,7
Nổi mẩn nhẹ			15	22,3	4	100			2	5,9		
Chóng mặt	1	20,0							6	17,7		
Thiếu máu AZT	2	40,0	5	7,5								
Phát ban do NVP			7	10,5	3	75,0						
Nhiễm độc gan do NVP			1	1,5								
Bệnh lý thần kinh ngoại biên									1	2,9		

Bệnh nhân điều trị phác đồ có AZT/NVP có nhiều tác dụng phụ hơn nhóm bệnh nhân điều trị phác đồ không có AZT/NVP.

Tác dụng phụ chóng mặt xuất hiện ở tuần đầu điều trị thuốc ARV, hầu hết các trường hợp xuất hiện sau 2 tuần điều trị; biểu hiện thiếu máu do AZT, nhiễm độc gan do NVP xuất hiện sau 5 tuần uống thuốc.

Các trường hợp bệnh nhân xuất hiện tác dụng phụ được xử trí tạm ngừng thuốc, điều trị triệu chứng tại bệnh xá, một số trường hợp phải chuyển viện điều trị (dị ứng nặng, nhiễm độc gan do NVP). Hầu hết các trường hợp xuất hiện tác dụng phụ sau khi ngừng thuốc khi điều trị lại đều chuyển phác đồ điều trị.

Bảng 6. Phân loại tác dụng phụ theo giai đoạn lâm sàng

Tác dụng phụ	Giai đoạn LS1		Giai đoạn LS2		Giai đoạn LS3		Giai đoạn LS4		Cộng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Có	5	29,4	15	39,5	23	39,0	1	33,3	44	37,6
Không	12	70,6	23	60,5	36	61,0	2	66,7	73	62,4
Cộng:	17	100	38	100	59	100	3	100	117	100

Bệnh nhân ở các giai đoạn lâm sàng 1, 2, 3, 4 khi điều trị ARV đều xuất hiện tác dụng phụ với tỷ lệ lần lượt là 29,4%, 39,5%, 39,0%, 33,3%.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Trong nghiên cứu có 117 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi từ 36 -

45 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (57,3%), tiếp đến là nhóm tuổi từ 26 - 35 tuổi chiếm tỷ lệ 29,0%. Kết quả này phù hợp các nghiên cứu về tỷ lệ nhiễm HIV ở Việt Nam, trong nghiên cứu của Nguyễn

Đức Hiền, tỷ lệ người nhiễm ở độ tuổi từ 20 đến 40 tuổi chiếm 81% [4]. Bệnh nhân nữ được điều trị ARV trong nghiên cứu này chiếm 8,5%, thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của Lê Minh Tuấn là 25%, của Nguyễn Hữu Chí là 28% [2], của Nguyễn Đức Hiền là 35% [4]. Đây là một đặc điểm khác biệt của bệnh nhân điều trị ARV trong trại giam so với bệnh nhân điều trị ở ngoài cộng đồng. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu chủ yếu có trình độ trung học phổ thông trở xuống, tỷ lệ học trung học cơ sở chiếm tỷ lệ cao nhất (46,2%), tiểu học (30,8%), trung học phổ thông là 21,4%, có 3,4% mù chữ. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Khổng Minh Quang, đối tượng nghiên cứu có trình độ cấp 2 và cấp 3 là 65% [6]. Đối tượng nghiên cứu không có nghề nghiệp trước khi vào trại (tự do) chiếm tỷ lệ cao nhất (75,2%). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Tạ Hồng Hạnh là 67,7% [3], của Lê Thị Thanh là 73,5% [7]. Đối tượng nghiên cứu có mức án từ 5 - 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (51,3%), từ 3 đến 5 năm là 12,0%, dưới 3 năm là 10,3% và trên 10 năm là 26,5%. Các đối tượng đã có thời gian ở trong trại giam dưới 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (41,0%), từ 3 đến 5 năm chiếm tỷ lệ 30,8%, 28,2% đã ở trong trại giam trên 5 năm. Đa số đối tượng nghiên cứu có tiền sử nghiện chích ma túy, chiếm đến 94,9%, đối tượng có tiền sử QHTD ngoài hôn nhân là 45,3%. Tỷ lệ có tiền sử nghiện chích ma túy cao hơn nghiên cứu của Trịnh Thị Minh Liên, Lê Đăng Hà và cộng sự trên 126 bệnh nhân HIV/AIDS tại Hà Nội năm 2003 (70,63%) [5].

Tất cả các bệnh nhân uống thuốc hàng ngày do cán bộ y tế trại giam trực tiếp phát thuốc cho các lần uống theo quy định. Do đó, việc tuân thủ điều trị là chặt chẽ, đặc điểm này khác với bệnh nhân ngoài cộng đồng.

2. Tác dụng phụ của thuốc ARV: Bệnh nhân điều trị ở các nhóm đều có tác dụng phụ khi dùng thuốc. Tác dụng phụ chủ yếu gặp ở bệnh nhân điều trị là biểu hiện nổi mẩn nhẹ, tỷ lệ trung bình ở các nhóm là 17,9%, phát ban do NVP chiếm 8,5%, chóng mặt, thiếu máu do AZT chiếm 6,0%. Tác dụng phụ không mong muốn như phản ứng dị ứng nổi mẩn nhẹ và phát ban gặp ở bệnh nhân điều trị phác đồ có NVP. Thời gian xuất hiện tác dụng phụ thường 2 tuần sau điều trị ARV, có 7 trường hợp xuất hiện thiếu máu do AZT và có 1 bệnh nhân bị nhiễm độc gan do NVP

sau 5 tuần điều trị. Các bệnh nhân có xuất hiện tác dụng phụ khi điều trị ARV được xử trí điều trị triệu chứng, nghỉ ngơi, có trên 63,6% số bệnh nhân phải ngừng thuốc và chuyển phác đồ điều trị có 28 trường hợp.

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phác đồ điều trị: Tất cả các bệnh nhân khi bắt đầu điều trị và đến thời điểm hiện tại đều dùng phác đồ bậc 1 với nhiều công thức khác nhau được sử dụng. Tác dụng phụ của các thuốc ARV là yếu tố làm cho bệnh nhân không đạt được kết quả điều trị. Cán bộ y tế cần theo dõi chặt chẽ các tác dụng phụ đối với bệnh nhân trong giai đoạn mới điều trị hoặc mới đổi thuốc để kịp thời xử trí tác dụng phụ của thuốc và thay thuốc phù hợp để đạt được hiệu quả điều trị tối ưu nhất cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế, Ban Quản lý Dự án Quỹ toàn cầu HIV/AIDS, Viện các bệnh Truyền nhiễm và nhiệt đới quốc gia (2009),** "Đánh giá tuân thủ điều trị và liên quan của tuân thủ điều trị với hiệu quả điều trị bằng thuốc kháng vi rút (ARV)". Các công trình nghiên cứu khoa học về HIV/AIDS giai đoạn 2006-2010, Báo cáo hội nghị khoa học Quốc gia lần thứ 4 về ARV tại Hà Nội ngày 1-2 tháng 12 năm 2010. Tr 388- 393.
- Nguyễn Hữu Chí và cộng sự (2007),** "Hiệu quả và dung nạp của phác đồ Stavudine, lamivudine và nevirapine ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS điều trị tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh".
- Tạ Hồng Hạnh (2005),** *Mô tả thực trạng chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS và một số yếu tố liên quan tại quận Đống Đa - Hà Nội* tháng 4 năm 2005, Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng. Tr 57-69.
- Nguyễn Đức Hiền, Nguyễn Tiên Lâm (2005),** "Đánh giá kết quả điều trị bằng thuốc ức chế vi rút trên bệnh nhân HIV/AIDS" tại Viện y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới, bệnh viện Bạch mai, nghiên cứu tác nghiệp.
- Trịnh Thị Minh Liên, Lê Đăng Hà và cộng sự (2003),** Nhân xét một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS ở Hà Nội, Tạp chí Y học thực hành, số 4 (421), Tr 89-91.
- Khổng Minh Quang (2010),** Đánh giá kết quả điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương, Luận văn thạc sĩ y học, Tr 36.
- Lê Thị Thanh, Nguyễn Thị Trà Mi (2005),** "Nghiên cứu 113 trường hợp bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS được quản lý trên địa bàn Quận Ngô Quyền, Hải Phòng", *Đặc san Hội nghị khoa học toàn ngành y tế Thành phố Hải Phòng năm 2005*, Công ty cổ phần Tin học và Công nghệ hàng hải, Tr 60-65.

NHẬN XÉT HÌNH THÁI XOANG HÀM TRÊN VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI CHÂN RĂNG HÀM LỚN, HÀM NHỎ HÀM TRÊN TRÊN PHIM CT CONEBEAM

Nguyễn Phú Thăng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm hình thái xoang hàm trên và mối liên quan với các răng hàm lớn, hàm nhỏ hàm trên trên phim Conebeam CT. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 50 phim Conebeam CT đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn. Sử dụng thống kê toán học để phân tích số liệu thu thập được. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/ nữ của mẫu nghiên cứu khá cân bằng (tỷ lệ 1/1). Khảo sát vòng nổi động mạch trước xoang, 66% không quan sát được. Trong nhóm quan sát được vòng nổi này có sự khác biệt theo giới với tỷ lệ nam/ nữ xấp xỉ 2/1. Trong số 100 xoang được khảo sát, nhóm xoang hàm trên không có vách chiếm tỉ lệ cao nhất với 60%, tiếp đến là xoang có 1vách ngăn chiếm 28%, số xoang có ≥ 3 vách chiếm ít nhất 3%. Khoảng cách từ chóp chân răng 4, 5, 6, 7 hàm trên đến đáy xoang hàm trên theo thứ tự giảm dần từ răng 4, 5 đến chân trong của răng 6,7 và cuối cùng đến các chân ngoài răng 6, 7. **Kết luận:** Xoang hàm trên là cấu trúc giải phẫu quan trọng có liên quan đến các thủ thuật răng hàm mặt. Nhờ sự hỗ trợ của phim Conebeam CT, các bác sỹ có thể nắm được một cách rõ ràng các cấu trúc giải phẫu của xoang hàm cũng như các tổ chức lân cận như mạch máu, thần kinh... để có thể tiến hành thủ thuật an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Xoang hàm trên, Conebeam CT.

SUMMARY

MAXILLARY SINUS ANATOMY AND THE RELATIONSHIP WITH THE MAXILLARY PREMOLARS AND MOLARS IN CBCT

Objective: This study is aimed at assessing the characteristics of maxillary sinus anatomy. **Subject and method:** A sample of 50 CBCTs was selected and assessed. Descriptive statistics were used to analyze the data. **Result:** The male/ female rate is recorded equally (1/1). Evaluation of posterior superior alveolar artery, 66% cannot be observed. In observed group, males/females rate is approximately 2:1. In group of 100 maxillary sinuses, 66% non septum sinuses, followed by one septum sinuses (28%). Assessment of the relationship between the maxillary premolars, molars and sinus floor using cone beam computed tomography, the longest distance is between premolar foramen and sinus floor and the smallest is between the buccal root of molars and sinus floor. **Conclusion:** Maxillary sinus is an important structure relating with oral surgery. By using

CBCT, doctors could determine accurately the sinus anatomy and the related structure: vessels, nerve... Thus, the pathway for surgical intervention may be assessed efficiently.

Keywords: Maxillary sinus, CBCT.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoang hàm trên có cấu tạo phức tạp và có liên quan rất chặt chẽ đến xương hàm trên và các răng hàm trên. Do vậy khi thực hiện các thủ thuật liên quan đến vùng này có thể xảy ra các tai biến như thủng màng xoang, thông xoang, chảy máu kéo dài... Mặt khác, ngày nay nhu cầu phục hồi răng mất bằng cấy ghép Implant càng tăng cao cùng với đó các thủ thuật nâng xoang, ghép xương cũng được thực hiện ngày càng nhiều hơn.

Phim Conebeam CT ra đời đã cho chúng ta một cái nhìn chi tiết, rõ ràng hơn về cấu trúc giải phẫu của xoang hàm trên và các thành phần liên quan như vị trí, kích thước vách xoang, động mạch ổ răng... Việc thấy và đo đạc chính xác được các cấu trúc giải phẫu trong cả 3 chiều không gian đã đem lại những thông tin quan trọng phục vụ cho chẩn đoán và điều trị [1],[2],[3]. Tuy vậy ở nước ta thì những công trình nghiên cứu này về vấn đề này vẫn chưa nhiều. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu sau: nhận xét hình thái xoang hàm trên và mối liên quan với các răng hàm lớn, hàm nhỏ hàm trên qua phim Conebeam CT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 50 phim Conebeam CT được lựa chọn theo tiêu chuẩn: Phim cân đối, các cấu trúc trên phim rõ ràng; Còn đầy đủ các răng 4,5,6,7 hàm trên 2 bên; đầy đủ các vùng giải phẫu, đầy đủ các lát cắt Coronal, cross-sectional, Axial, bệnh nhân trên 18 tuổi. Loại trừ các phim trên bệnh nhân đã phẫu thuật hay có các bệnh lý xoang hàm hay đang chỉnh nha.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang gồm các bước:

Bước 1: Thu thập phim CT Cone beam theo đúng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ: 50 phim.

Bước 2: Đo đạc và xem xét trên phần mềm các đặc điểm và chỉ số theo mẫu phiếu nghiên cứu.

Bước 3: Nhập và xử lý số liệu

Bước 4: Tổng hợp số liệu và viết báo cáo.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Thăng

Email: phuthangdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 8/6/2017

Ngày duyệt bài: 22/6/2017

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê theo chương trình STATA 11.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Sự phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

Bảng 3.1. Tỷ lệ phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới tính

Tuổi	Giới	Nam		Nữ		Tổng
		N	%	N	%	N
18-25		6	24%	4	16%	10
26-40		13	52%	14	56%	27
≥ 41		6	24%	7	28%	13
Tổng		25	100%	25	100%	50

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 50% (25/50) bằng với số lượng bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 25% (25/50). Không có sự khác biệt giữa hai giới tham gia nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân ở nhóm tuổi 26-40 chiếm tỷ lệ cao nhất (54%), bệnh nhân ở nhóm tuổi 18-25 chiếm tỷ lệ thấp nhất (20%). Sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Khảo sát về vòng nổi động mạch trước xoang (PSAA)

Bảng 3.2. Tỷ lệ quan sát thấy PSAA trên CBCT theo giới tính

Giới	PSAA	Có quan sát thấy		Không quan sát thấy		Tổng
		N	%	N	%	N
Nam		23	67,7%	27	40,9%	50
Nữ		11	32,3%	39	59,1%	50
Tổng		34	100%	66	100%	100

Nhận xét: Trong tổng 100 xoang hàm trên ở 50 bệnh nhân được khảo sát, số lượng vòng nổi động mạch xoang được phát hiện trên phim CT Cone beam chiếm tỷ lệ 34% (34/100) thấp hơn so với số lượng vòng nổi động mạch xoang không được phát hiện trên phim CT Cone beam chiếm tỷ lệ 66% (66/100). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Số lượng vòng nổi động mạch xoang được phát hiện trên phim CT Cone beam ở nam giới chiếm tỷ lệ 67,7% (23/34) cao hơn so với số lượng vòng nổi động mạch xoang được phát hiện trên phim CT Cone beam ở nữ giới chiếm tỷ lệ 32,3% (11/34). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

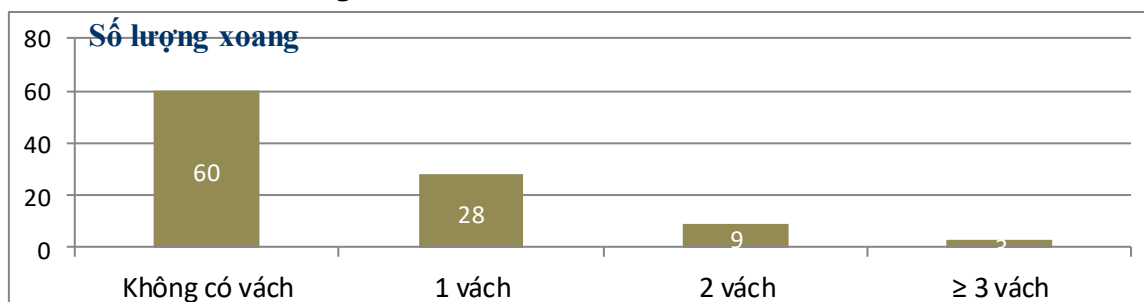
3.3. Khoảng cách trung bình từ bờ dưới PSAA đến đáy xoang

Bảng 3.3. Khoảng cách trung bình từ bờ dưới PSAA đến đáy xoang

Xoang	Khoảng cách từ bờ dưới PSAA đến đáy xoang			P
	R5	R6	R7	
Phải	10,56 ± 3,26 (n=12)	10,22 ± 2,67 (n=18)	10,02 ± 3,23 (n=12)	>0,05
Trái	9,82 ± 3,80 (n=12)	11,00 ± 4,99 (n=14)	11,38 ± 4,77 (n=13)	
Tổng	10,19 ± 3,53 (n=24)	10,56 ± 3,69 (n=32)	10,73 ± 4,03 (n=25)	

Nhận xét: Ở bên phải, khoảng cách trung bình bờ dưới vòng nổi động mạch xoang tới đáy xoang ở răng 6 là 10,22 ± 2,67mm (n=18) cao hơn so với khoảng cách từ bờ dưới vòng nổi động mạch xoang tới đáy xoang ở răng 7 là 10,02 ± 3,23mm (n=16), và thấp hơn so với khoảng cách bờ dưới vòng nổi động mạch xoang tới đáy xoang ở răng 5 là 10,56 ± 3,26 mm (n=12). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Ở bên trái, khoảng cách bờ dưới vòng nổi động mạch xoang tới đáy xoang lớn nhất ở vị trí răng 7 (11,38 ± 4,77mm ; n=13) sau đó đến răng 6 là 11,00 ± 4,99mm (n=14) và nhỏ nhất ở vị trí răng 5 là 9,82 ± 3,80mm (n=12). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4. Khảo sát vách xoang



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sự phân bố số lượng vách trong xoang

Nhận xét: Số lượng xoang hàm trên không có vách xoang chiếm tỉ lệ 60% (60/100) cao hơn số lượng xoang có 1vách ngăn chiếm tỉ lệ 28% (28/100) cao hơn số xoang có 2 vách ngăn 9% (9/100) và số xoang có ≥ 3 vách 3% (3/100). Sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.5. Khảo sát chiều dày xương từ chóp chân răng đến đáy xoang

Bảng 3.4. Khảo sát chiều dày xương từ chóp chân răng đến đáy xoang

Khoảng cách từ đáy xoang đến chóp chân răng	Xoang hàm trên		P
	Bên phải	Bên trái	
R4	6,70 ± 4,18 (n=30)	6,20 ± 3,34 (n=30)	> 0,05
R5	3,75 ± 3,11 (n=47)	3,93 ± 3,15 (n=47)	
R6 ngoài	2,61 ± 2,52 (n=50)	2,67 ± 2,92 (n=50)	
R6 trong	3,29 ± 3,14 (n=50)	3,24 ± 3,14 (n=50)	
R7 ngoài	2,20 ± 2,50 (n=50)	2,00 ± 2,55 (n=50)	
R7 trong	3,65 ± 3,40 (n=50)	3,24 ± 2,64 (n=50)	

Nhận xét: Khoảng cách từ chóp chân răng đến đáy xoang hàm trên ở 2 bên phải và trái tương đồng và không có sự khác biệt (p > 0,05).

- Ở bên phải, khoảng cách từ chóp R5 đến đáy xoang là 3,75 ± 3,11mm nhỏ hơn rất nhiều khoảng cách đó từ chóp R4 là 6,70 ± 4,18mm Nhưng khoảng cách từ chóp R5 đến đáy xoang lại lớn hơn khoảng cách đó ở R6 đo từ các chân ngoài (2,61 ± 2,52mm) và chân trong (3,29 ± 3,14mm) và từ các chân của R7 (2,20±2,50mm và 3,65 ± 3,40mm).

- Ở bên trái, khoảng cách này cũng có sự khác nhau giữa các răng, lớn nhất là R4 sau đó đến R5, R7 và R6 chân trong, nhỏ nhất là chân ngoài của R6 và R7.

- Có sự khác biệt về khoảng cách từ chóp răng đến đáy xoang giữa nhóm răng hàm nhỏ và răng hàm lớn (p <0,05) và giữa các chân trong và chân ngoài của nhóm răng hàm lớn (p <0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân nam là 50% ngang bằng so với tỷ lệ bệnh nhân nữ là 50% được lựa chọn 1 cách ngẫu nhiên. Tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ bằng nhau tỷ lệ này gần tương đồng với tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của Kim và cộng sự [4] đồng thời cũng cho thấy nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng ở nam và nữ ở độ tuổi 18-58 là tương đương nhau. Điều này là phù hợp vì ở độ tuổi này (trong tuổi lao động) nhu cầu giao tiếp nhiều cùng với sức khỏe toàn thân còn tốt nên chỉ định chụp CTGB để phục vụ nhu cầu cấy ghép răng khá rộng rãi nên tỉ lệ của 2 giới gần tương đương nhau.

Trong nghiên cứu của tôi, bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 18, có tuổi cao nhất là 58, tuổi trung bình của bệnh nhân là 35.

4.2. Khảo sát vòng nổi động mạch trước xoang (PSAA):

Trong tổng số 100 xoang hàm trên ở 50 bệnh nhân được khảo sát, số lượng

vòng nổi động mạch xoang được phát hiện trên phim CT Cone beam chiếm tỷ lệ 34% (34/100). Kết quả này cao hơn tỷ lệ vòng nổi động mạch xoang được phát hiện trên phim CT cone beam theo Nguyễn Việt Đa Đô (2013) [1], vòng nổi động mạch đi trong xương được phát hiện là 61,8% trên phim CT Cone Beam. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Güncü GN và các cộng sự [5] (64,5%). Trong suốt quá trình nâng xoang với thành trước xoang dày, sẽ làm tăng nguy cơ chảy máu. Cho nên, khi thành trước xoang dày, nguy cơ chảy máu sẽ được cân nhắc ngay cả khi không phát hiện mạch máu trong xương trên phim CT Cone beam.

Khoảng cách bờ dưới vòng nổi động mạch xoang tới đáy xoang ở răng 6 là 10,56 ± 3,69mm (n=32) thấp hơn so với khoảng cách bờ dưới vòng nổi động mạch xoang tới đáy xoang ở răng 7 là 10,73 ± 4,03mm (n=25), và cao hơn khoảng cách bờ dưới vòng nổi động mạch xoang tới đáy xoang ở răng 5 là 10,19 ± 3,53mm (n=24). Khoảng cách trung bình của mạch máu tới đáy xoang là trung bình 10,5mm. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Đa Đô (11mm) [1].

4.3. Khoảng cách từ đáy xoang đến chóp chân răng 4,5,6,7 hàm trên:

Chúng tôi thấy ở bên phải, khoảng cách từ chóp R5 đến đáy xoang là 3,75 ± 3,11mm nhỏ hơn rất nhiều khoảng cách đó từ chóp R4 là 6,70 ± 4,18mm. Nhưng khoảng cách từ chóp R5 đến đáy xoang lại lớn hơn khoảng cách đó từ các chân trong của R6 (3,29 ± 3,14mm), R7 (3,65 ± 3,40mm) và nhỏ nhất là các chân ngoài R6 (2,61 ± 2,52mm), R7 (2,20 ± 2,50mm). Sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê. Thứ tự này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Jung YH và Cho BH [6],[7].

V. KẾT LUẬN

5.1. Về đặc điểm hình thái xoang hàm trên (vòng nổi động mạch, vách ngăn xoang, thành

trước xoang)

- Tỷ lệ vòng nổi động mạch xoang được phát hiện trên phim CT Conebeam là 34%.

- Khoảng cách từ bờ dưới vòng nổi động mạch xoang đến đáy xoang ở răng 6 là $10,56 \pm 3,69\text{mm}$ (n=32).

- Tần suất của vách ngăn xoang hàm trên là 54%.

- Chiều dày thành trước xoang hàm tại vị trí 5mm từ đáy xoang ở bên trái là $1,86 \pm 0,57\text{mm}$ (n=50) và bên phải là $1,90 \pm 0,52\text{mm}$ (n=50).

5.2. Về liên quan của xoang hàm trên với chân răng 4,5,6,7 hàm trên

- Khoảng cách từ chóp chân răng 4,5,6,7 hàm trên đến đáy xoang hàm trên theo thứ tự giảm dần là răng 4,5 đến chân trong của răng 6,7 và cuối cùng đến các chân ngoài răng 6,7.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Việt Đa Đò, Nghiên cứu giải phẫu hình ảnh xoang hàm trên và cấu trúc liên quan ứng dụng trong cấy ghép implant trên phim Conebeam. Tạp chí Y học thực hành (873) – số 6(2013).
2. Đoàn Thanh Tùng, Phân tích độ dày màng xoang, chiều cao sống hàm vùng mất răng sau

hàm trên bằng Conebeam CT ứng dụng trong cấy ghép Implant có nâng xoang. Tạp chí Y học thực hành (876) - số 7 (2013).

3. **Đông Thanh Thiện**, Nhận xét hình thái ống răng dưới theo 3 chiều không gian và mối liên quan với các chân răng hàm dưới trên phim CT – Conebeam. Đại học Y Hà Nội- 2013.
4. **Kim MJ, Jung UW, Kim CS, Kim KD, Choi SH, Kim CK, Cho KS**. Maxillary sinus septa: prevalence, height, location, and morphology. A reformatted computed tomography scan analysis. J Periodontol. 2006
5. **Güncü, Güliz N., Yagmur D. Yildirim, Hom-Lay Wang, and Tolga F. Tözüm**. "Location of posterior superior alveolar artery and evaluation of maxillary sinus anatomy with computerized tomography: a clinical study." *Clinical oral implants research* 22, no. 10 (2011): 1164-1167...
6. **Jung YH, Cho BH**. Comparison of panoramic radiography and cone beam computed tomography for assessing the relationship between the maxillary sinus floor and maxillary molars. Korean J Oral Maxillofac Radiol. 2009;39:69–73.
7. **Jung YH, Cho BH**. Assessment of the relationship between the maxillary molars and adjacent structures using cone beam computed tomography. Imaging Sci Dent. 2012 Dec;42(4):219-24.

NGUY CƠ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TRONG 10 NĂM TỚI Ở ĐỒNG BÀO KHMER TỪ 25-64 TUỔI, TẠI TỈNH TRÀ VINH

Nguyễn Thanh Bình¹, Nguyễn Văn Tập¹, Trần Văn Hương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trà Vinh là tỉnh có tỷ lệ cao đồng bào Khmer sinh sống, với nhiều yếu tố nguy cơ bệnh đặc thù và hạn chế trong sự tiếp cận các dịch vụ y tế. Do đó, đánh giá nguy cơ bệnh mạch vành ở cộng đồng này là cần thiết nhằm tìm được các biện pháp can thiệp hợp lý trong công tác bảo vệ và nâng cao sức khỏe của đồng bào Khmer. **Mục tiêu:** Đánh giá nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới ở đồng bào Khmer từ 25-64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2015.

Phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang 1.200 người đồng bào Khmer từ 25 đến 64 tuổi, tại 30 xã trên toàn tỉnh Trà Vinh với phương pháp chọn mẫu cụm ngẫu nhiên theo kích cỡ dân số (PPS). **Kết quả:** Nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 tới theo thang điểm Framingham ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh: nguy cơ thấp là 79,7%; nguy cơ trung bình 16,3%, nguy cơ cao 4,0%. Nguy cơ bệnh tăng theo tuổi, ở nam cao hơn so với nữ. Nguy cơ bệnh động mạch vành trong

10 năm tới ở đồng bào Khmer tương quan với các yếu tố ở mức độ mạnh gồm tuổi ($r=0,66$), số thuốc mỗi ngày ($r=0,52$), chỉ số huyết áp tâm thu ($r=0,50$); mức độ trung bình gồm chỉ số huyết áp tâm trương ($r=0,42$), chỉ số cholesterol toàn phần ($r=0,38$), chỉ số LDL-c ($r=0,32$), chỉ số HDL-c vành ($r=-0,32$, $p<0,01$); mức độ yếu gồm chỉ số đường huyết ($r=0,17$), chỉ số Triglyceride ($r=0,25$). **Kết luận:** Nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 tới theo thang điểm Framingham ở đồng bào Khmer tỉnh Trà Vinh: nguy cơ thấp là 79,7%; nguy cơ trung bình 16,3%, nguy cơ cao 4,0%. Địa phương cần có biện pháp can thiệp nhằm giảm nguy cơ bệnh trong tương lai ở cộng đồng đồng bào Khmer.

Từ khóa: nguy cơ bệnh mạch vành, đồng bào dân tộc Khmer

SUMMARY

THE RISK OF CORONARY ARTERY DISEASE IN NEXT 10 YEARS IN KHMER ETHNIC MINORITY FROM 25-64 YEAR OLD, AT TRA VINH PROVINCE

Background: Tra Vinh is a province with high rates of Khmer ethnicity, with many specific risk factors and limited access to health services. Therefore, assessing the risk of coronary heart disease in this community is necessary in order to find appropriate interventions in protecting and improving the health of Khmer people. **Objective:** To assess the

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Thăng Long, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: bsbinh360@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.6.2017

Ngày duyệt bài: 27.6.2017

risk of coronary artery disease in the next 10 years in Khmer people aged 25-64 in Tra Vinh province in 2015. **Methodology:** A cross-sectional study of 1,200 Khmer people aged 25-64 in 30 communes in Tra Vinh province with a randomized population size (PPS) sampling method. **Results:** The risk of coronary artery disease in the next 10 years according to the Framingham Scale of Khmer people in Tra Vinh province was low: 79.7%; Average risk is 16.3%, high risk 4.0%. The risk increases with age, in men higher than in women. The risk of coronary artery disease in the next 10 years in Khmer people was correlated with age-related factors ($r = 0.66$), number of cigarettes per day ($r = 0.52$) Systolic ($r = 0.50$); The mean level of diastolic blood pressure ($r = 0.42$), total cholesterol ($r = 0.38$), LDL-c index ($r = 0.32$), HDL-c Rim ($r = -0.32$); The severity of blood glucose ($r = 0.17$), Triglyceride index ($r = 0.25$). **Conclusions:** The risk of coronary artery disease in the next 10 years according to the Framingham Scale of Khmer people in Tra Vinh province is low: 79.7%; Average risk is 16.3%, high risk 4.0%. The local authorities need to take measures to reduce the risk of disease in the future in the community of Khmer.

Key words: risk of coronary artery disease, Khmer ethnic group

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới ước tính tử vong do bệnh động mạch vành trên toàn cầu gia tăng từ 7,2 triệu người ở năm 2002 đến 11,1 triệu người vào năm 2020 [7]. Tại Việt Nam theo số liệu mới nhất của Tổ chức Y tế Thế giới được công bố tháng 5 năm 2014, bệnh tim mạch là nguyên nhân đứng thứ 2 trong 20 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Số ca tử vong do bệnh động mạch vành lên đến 36.533 ca có tỷ lệ tới 7,75% tổng số trường hợp tử vong. Những yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành được khẳng định là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, tuổi, giới và tiền sử gia đình.

Trà Vinh là tỉnh có tỷ lệ cao đồng bào dân tộc Khmer sinh sống, điều kiện kinh tế xã hội nhiều khó khăn, sự tiếp cận các dịch vụ y tế còn hạn chế. Việc đánh giá nguy cơ bệnh mạch vành ở cộng đồng này là cần thiết nhằm tìm được các biện pháp can thiệp hợp lý trong công tác bảo vệ và nâng cao sức khỏe ở cộng đồng này. Nghiên cứu được tiến hành với với mục tiêu: Đánh giá nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới ở đồng bào dân tộc Khmer từ 25-64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian nghiên cứu:

- *Đối tượng nghiên cứu:* Đồng bào dân tộc Khmer từ 25 đến 64 tuổi, thường trú hoặc tạm

trú từ 1 năm trở lên, ngoại trừ những người đang mang thai, di tật ở chân, gù vẹo cột sống.

- *Thời gian nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến hành từ tháng 7/2015 đến tháng 10/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- *Cỡ mẫu:*

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

n: cỡ mẫu tối thiểu cho mỗi nhóm

p = 0,55 với p là tỷ lệ nguy cơ thấp bệnh động mạch vành trong 10 năm bằng thang điểm Framingham cho người trưởng thành tại tỉnh Quảng Nam [1].

α : Mức ý nghĩa thống kê với độ tin cậy là 95% ($\alpha=0,05$). $\varepsilon = 0,04$: là sai số cho phép. Hệ số thiết kế DE = 2. Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu là n = 1.188 người dân, chọn n = 1.200 người.

Chọn mẫu: chọn mẫu 30 cụm theo kích cỡ dân số PPS

Danh sách dân số đồng bào dân tộc Khmer cộng dồn trên toàn tỉnh gồm 104 xã với tổng 187.096 người từ 25-64 tuổi. Nghiên cứu chọn mẫu cụm 30 xã với đơn vị cụm là 40 người mỗi xã; Lập danh sách đối tượng từ 25-64 tuổi tại mỗi xã được chọn và chia làm 4 nhóm tuổi: 25-34, 35-44, 45-54, 55-64. Thực hiện chọn ngẫu nhiên 5 nam và 5 nữ trong mỗi nhóm.

- *Thu thập dữ liệu:* Phỏng vấn bằng bộ câu hỏi cấu trúc, theo mẫu của Tổ chức Y tế Thế giới. Đo huyết áp bằng máy Microlife BP 3BM1-3. Định lượng cholesterol toàn phần, triglycerides huyết thanh, HDL - Cholesterol theo phương pháp đo điểm cuối (Enzymatic end point) bằng máy sinh hóa tự động AU 680.

- *Chỉ số nghiên cứu:* Mức độ nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm theo thang điểm Framingham: Dựa vào 5 yếu tố: tuổi, mức HDL-C, Cholesterol toàn phần, hút thuốc lá, trị số huyết áp tâm thu. Nguy cơ thấp: <10%. Nguy cơ trung bình: 10 - 20%. Nguy cơ cao: >20%.

2.3 Xử lý số liệu nghiên cứu: Nhập liệu bằng phần mềm Epi-Data, phân tích bằng phần mềm Stata_12. test χ^2 , hồi quy tương quan Spearman, giá trị p ngưỡng < 0,05.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu: Quyền lợi và thông tin cá nhân của đối tượng được bảo vệ theo đúng quy định của Hội đồng đạo đức của Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương và Sở Y tế Trà Vinh thông qua trước khi triển khai nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh: Nghiên cứu gồm 1200 đối tượng,

trong đó tỷ lệ học văn dưới tiểu học 57,8% và tỷ lệ nghề nông 77,7%, tỷ lệ có mức thu nhập gia đình từ 2.150.000-<4.300.000 là 42,3%.

Bảng 1. Đặc điểm một số chỉ số sức khỏe của đồng bào Khmer

Chỉ số	Trung bình ± Độ lệch chuẩn	Trung vị (tứ phân vị)
Tuổi	44,4 ± 11,3	44,5 (34,5;54,5)
Số điều thuốc hàng ngày	3,1 ± 6,1	0 (0;3)
Huyết áp tâm thu	127,3 ± 20,1	124 (114;137)
Huyết áp tâm trương	79,9 ± 12,1	78 (71;87)
Đường huyết	5,7 ± 1,2	5,5 (5;6,1)
Cholesterol toàn phần	5,0 ± 1,1	4,9 (4,3;5,6)
Triglyceride	1,9 ± 1,6	1,4 (0,9;2,3)
LDL-c	2,8 ± 0,9	2,7 (2,2;3,3)
HDL-c	1,3 ± 0,2	1,3 (1,2;1,44)

Tuổi trung bình của đồng bào Khmer là 44,4 tuổi. Trên 25% người dân hút từ 3 điều thuốc lá mỗi ngày. Trên 50% đồng bào Khmer có chỉ số huyết áp tâm thu là 128mmHg trở lên và chỉ số huyết áp tâm trương 78mmHg trở lên. Trung bình đường huyết là 5,7mmol/l. Hơn một nửa người dân có chỉ số Cholesterol toàn phần trên 4,9mmol/l, Triglyceride trên 1,4mmol/l, LDL-c trên 3,3mmol/l, HDL-c trên 1,3mmol/l.

3.2. Nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm tới ở đồng bào Khmer

Bảng 2. Nguy cơ bệnh mạch vành theo đặc điểm dân số xã hội

Yếu tố		Nguy cơ ĐMV						Tổng	p ^c
		Thấp		Trung bình		Cao			
<i>Chung</i>		957	79,7	196	16,3	47	4,0	1200	
Giới	Nữ	583	97,1	17	2,8	0	0	600	<0,05
	Nam	374	62,3	179	29,8	47	7,9	600	
Nhóm tuổi	25 – 34	299	99,7	1	0,3	0	0	300	<0,05
	35 – 44	279	93,0	18	6,0	3	1,0	300	
	45 – 54	220	73,3	67	22,3	13	4,4	300	
	55 – 64	159	53,0	110	36,7	31	10,3	300	
Học vấn	Biết đọc, viết	548	78,9	121	17,4	25	3,7	694	>0,05
	Tiểu học	248	78,9	51	16,2	15	4,9	314	
	THCS	110	82,1	19	14,2	5	3,7	134	
	THPT	35	83,3	5	11,9	2	4,8	42	
	Trên THPT	16	100	0	0	0	0	16	
Nghề nghiệp	CNVNN	35	85,4	3	7,3	3	7,3	41	>0,05
	Nông dân	735	78,9	160	17,2	37	3,9	932	
	Nghề khác*	187	82,4	33	14,5	7	3,1	227	
Thu nhập	< 2.150.000	317	79,7	69	17,3	12	3,0	423	>0,05
	2.150.000 - <4.300.000	407	80,1	78	15,4	23	4,5	508	
	4.300.000- < 6.450.000	123	78,9	28	17,9	5	3,2	156	
	6.450.000- < 8.600.000	42	84,0	8	16,0	0	0	50	
	≥8.600.000	51	80,9	7	11,1	5	8,0	63	

*Nghề khác gồm buôn bán, nội trợ, sinh viên, người nghỉ hưu, thất nghiệp (có thể và không thể làm việc). p^c Kiểm định Chi bình phương. Mức nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới ở nhóm có nguy cơ thấp 79,7%, 16,3% nguy cơ trung bình, 4,0% đối tượng có nguy cơ cao. Nam giới có nguy cơ cao với bệnh mạch vành là 7,9%, trong khi đó ở nữ là 0%.

Bảng 3. Nguy cơ bệnh mạch vành theo đặc điểm dân số xã hội

Yếu tố		Nguy cơ ĐMV						Tổng	p ^c
		Thấp		Trung bình		Cao			
<i>Chung</i>		957	79,7	196	16,3	47	4,0	1200	
Hút thuốc lá	Có	189	49,1	153	39,7	43	11,2	385	<0,01
	Không	768	94,2	43	5,3	4	0,5	815	
Tăng huyết áp	Có	246	61,2	113	28,1	43	10,7	402	<0,01

	Không	711	89,1	83	10,4	4	0,5	798	
Rối loạn đường huyết	Có	125	67,9	46	25,0	13	7,1	184	<0,01
	Không	817	81,6	150	15,0	34	3,4	1001	
Rối loạn lipid máu	Có	429	71,2	131	21,7	43	7,1	603	<0,01
	Không	528	88,4	65	10,9	4	0,7	597	

*Nghề khác gồm buôn bán, nội trợ, sinh viên, người nghỉ hưu, thất nghiệp (có thể và không thể làm việc). p^s Kiểm định Chi bình phương.

Mức nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới ở các nhóm nguy cơ có liên quan với các yếu tố như hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn đường huyết và rối loạn lipid máu.

Bảng 4. Tương quan giữa nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới với yếu tố nguy cơ

Chỉ số	r	p ^s
Tuổi	0,66	<0,01
Số điều thuốc hàng ngày	0,52	<0,01
Huyết áp tâm thu	0,50	<0,01
Huyết áp tâm trương	0,42	<0,01
Đường huyết	0,17	<0,01
Cholesterol toàn phần	0,38	<0,01
Triglyceride	0,25	<0,01
LDL-c	0,32	<0,01
HDL-c	-0,33	<0,01

p^s Kiểm định hệ số tương quan spearson

Mức độ mạnh. Nghiên cứu nghiên cứu cho biết có mối tương quan thuận mạnh giữa tuổi ($r=0,66$), số điều thuốc mỗi ngày ($r=0,52$), chỉ số huyết áp tâm thu ($r=0,50$) và mức độ nguy cơ mạch vành $p<0,01$.

Mức độ trung bình. Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan thuận trung bình giữa chỉ số huyết áp tâm trương $r=0,42$, chỉ số cholesterol toàn phần $r=0,38$, chỉ số LDL-c $r=0,32$ và mức độ nguy cơ mạch vành $p<0,01$. Chỉ số HDL-c có mối tương quan nghịch trung bình với mức độ nguy cơ mạch vành ($r=-0,32$, $p<0,01$).

Mức độ yếu. Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan thuận yếu giữa chỉ số đường huyết ($r=0,17$), chỉ số Triglyceride ($r=0,25$) và mức độ nguy cơ mạch vành $p<0,01$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm của đồng bào dân tộc Khmer: Đa số có trình độ học vấn dưới tiểu học với 57,8%; làm nghề nông 77,7%; mức thu nhập gia đình từ 2.150.000-<4.300.000 với 42,3%. Tuổi trung bình của đồng bào Khmer là 44,4 tuổi. Trên 25% người dân hút từ 3 điếu thuốc lá mỗi ngày. Trên 50% đồng bào Khmer có chỉ số huyết áp tâm thu là 128mmHg trở lên và chỉ số huyết áp tâm trương 78mmHg trở lên. Như vậy, kết quả dự báo nguy cơ tăng huyết áp cao ở đồng bào Khmer.

Kết quả cho thấy, hơn một nửa người dân có chỉ số Cholesterol toàn phần trên 4,9mmol/l,

Triglyceride trên 1,4mmol/l, LDL-c trên 3,3mmol/l, HDL-c trên 1,3mmol/l. Các chỉ số lipid máu nằm ở ngưỡng chấp nhận được.

4.2 Nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm tới ở đồng bào dân tộc Khmer

Nguy cơ bệnh ĐMV trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham, nguy cơ thấp 79,7%; nguy cơ trung bình là 16,3%, nguy cơ cao 4,0%.

Kết quả nguy cơ cao bệnh mạch vành trong nghiên cứu là 4% thấp hơn các nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Minh tại Thừa Thiên Huế là 13,26%, tại tỉnh Quảng Nam là 7,99%. Sự khác nhau do nghiên cứu trên đồng bào Khmer có độ tuổi được chọn từ 25-64 tuổi, đây là độ tuổi người trưởng thành khỏe mạnh so với nghiên cứu tại Thừa Thiên Huế là từ 20 trở lên 13,26% [2] và nghiên cứu tại Quảng Nam là từ 30-74 tuổi 7,99%[1].

Như vậy, đối với đồng bào Khmer trong nghiên cứu này tại Trà Vinh, nguy cơ thấp là 956 người, nguy cơ trung bình là 196 người, nguy cơ cao 48 người. So với 187.096 dân số đồng bào Khmer từ 25-64 tuổi tại tỉnh Trà Vinh năm 2015 thì có tới 7.484 đồng bào Khmer có nguy cơ cao với bệnh mạch vành trong năm 2025.

Tuổi: Bệnh động mạch vành phát triển âm thầm từ khi còn trẻ và phát triển chậm qua nhiều năm. Nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới thang điểm Framingham ở toàn bộ nhóm nghiên cứu tăng theo nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p<0,01$. Nhóm tuổi từ 55-64 tuổi có nguy cơ cao nhất là 10,3 % nguy cơ cao với bệnh mạch vành trong 10 năm nữa. Một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 13.769 người lớn từ 20-79 tuổi tại Hoa Kỳ năm 2004, kết quả cũng cho thấy tuổi càng cao thì nguy cơ mắc bệnh mạch vành trong 10 năm càng cao với $p<0,05$ [6]. Như vậy, tuổi là yếu tố nguy cơ có giá trị trong dự báo và tiên lượng bệnh động mạch vành ở đồng bào Khmer tại tỉnh Trà Vinh.

Giới tính: Nam giới có nguy cơ cao với bệnh mạch vành hơn so với nữ giới, nguy cơ cao bệnh mạch vành ở nam là 7,9%, trong khi đó ở nữ là

0%. Bên cạnh đó nguy cơ trung bình bệnh mạch vành ở nam có tới 29,8% và nữ giới là 2,8%. Điều này là phù hợp với nghiên cứu Framingham, nghiên cứu này theo dõi trong 10 năm trên 5.251 người da trắng cũng cho thấy các biến cố mạch vành ở nam 8,0% cao hơn ở nữ 2,8% [5].

Một số yếu tố nguy cơ có liên quan: Mức nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới ở các nhóm nguy cơ có liên quan với các yếu tố như hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn đường huyết và rối loạn lipid máu $p < 0,01$. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở đồng bào Khmer cao 50,2%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tập tại Huế, tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người từ 20 tuổi trở lên là 38,3% [4]. Bên cạnh đó, ở cộng đồng Khmer, tỷ lệ các yếu tố như tăng huyết áp 33,5%, rối loạn đường huyết 18,4%, tỷ lệ có hút thuốc lá trong vòng 12 tháng qua 32,0% biểu hiện cao hơn một số cộng đồng khác [4],[2]. Như vậy, kiểm soát các yếu tố nguy cơ trên từ việc thay đổi hành vi lối sống là biện pháp cần thiết nhằm giảm tỷ lệ bệnh động mạch vành trong tương lai.

Tương quan nguy cơ bệnh động mạch vành với một số yếu tố nguy cơ.

Mức độ mạnh. Nghiên cứu nghiên cứu cho biết có mối tương quan thuận mạnh giữa tuổi ($r=0,66$), số điều thuốc mỗi ngày ($r=0,52$), chỉ số huyết áp tâm thu ($r=0,50$) và mức độ nguy cơ mạch vành $p < 0,01$. Nguy cơ mắc bệnh động mạch vành trong 10 năm tương quan thuận mạnh với tuổi. Như vậy, có thể nói rằng tuổi càng tăng thì nguy cơ mắc bệnh động mạch vành trong 10 năm càng tăng ($r=0,66$; $p < 0,01$). Điều này trở nên quan trọng hơn khi tuổi thọ của dân số nước ta nói chung và riêng tỉnh Trà Vinh ngày càng tăng dần.

Mức độ trung bình. Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan thuận trung bình giữa chỉ số huyết áp tâm trương $r=0,42$, chỉ số cholesterol toàn phần $r=0,38$, chỉ số LDL-c $r=0,32$ và mức độ nguy cơ mạch vành $p < 0,01$. Chỉ số HDL-c có mối tương quan nghịch trung bình với mức độ nguy cơ mạch vành ($r=-0,32$, $p < 0,01$).

Mức độ yếu. Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan thuận yếu giữa chỉ số đường huyết ($r=0,17$), chỉ số Triglyceride ($r=0,25$) và mức độ nguy cơ mạch vành $p < 0,01$. Phân tích gộp kết quả 32 nghiên cứu đoàn hệ ở khu vực Châu Á Thái Bình Dương trên 3.793.229 người, nhận thấy sau khi loại trừ các yếu tố tuổi, giới tính thì những người mắc bệnh đái tháo đường có nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch cao hơn 80% so

với những người không bệnh. Ngoài ra, nghiên cứu sử dụng mô hình Cox cho thấy có mối tương quan thuận giữa Cholesterol và nguy cơ bệnh ĐMV, cứ tăng mỗi 1 mmol/L cholesterol toàn phần liên quan với tăng 35% nguy cơ tử vong do mạch vành, tăng 45% kết cục phối hợp nhồi máu cơ tim không tử vong hoặc tử vong do mạch vành.

V. KẾT LUẬN

Qua đánh giá nguy cơ bệnh động mạch vành 10 năm theo thang điểm Framingham ở đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh năm 2015, nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh là nguy cơ thấp 79,7%; nguy cơ trung bình 16,3%, nguy cơ cao 4,0%. Trong đó ở nam cao hơn so với nữ. Nguy cơ bệnh động mạch vành 10 năm tới tăng theo tuổi, tình trạng hút thuốc lá, chỉ số huyết áp, các chỉ số lipid máu và đường huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Thị Liên, Trần Lâm (2012)** Dự báo nguy cơ mắc bệnh mạch vành và mạch não trong 10 năm bằng thang điểm Framingham cho người trưởng thành tại tỉnh Quảng Nam, Đề tài khoa học cấp cơ sở.
- Huỳnh Văn Minh, Đoàn Phước Thuộc, Hoàng Anh Tiên, Phạm Văn Linh, Nguyễn Dung, Võ Văn Thắng, et al. (2007)** "Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến nguy cơ bệnh lý mạch vành trong 10 năm tới tại cộng đồng tỉnh Thừa Thiên Huế". *Hội nghị tim mạch Miền Trung mở rộng lần thứ 5*, tr 16-25.
- Trương Thanh Sơn, Nguyễn Văn Trí, Trương Quang Bình (2009)** "Nghiên cứu áp dụng thang điểm Framingham nhằm lượng định nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới tại bệnh viện đa khoa Bình Dương". *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 15 (số 2), 207-212.
- Nguyễn Văn Tập, Đoàn Phước Thuộc, Trần Văn Hưởng (2017)** "Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến rối loạn lipid máu ở người từ 20 tuổi trở lên tại thành phố Huế". *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 4 (453), tr.136-143.
- P. W. Wilson, R. B. D'Agostino, D. Levy, A. M. Belanger, H. Silbershatz, W. B. Kannel (1998)** "Prediction of coronary heart disease using risk factor categories". *Circulation*, 97 (18), 1837-47.
- E. S. Ford, W. H. Giles, A. H. Mokdad (2004)** "The distribution of 10-Year risk for coronary heart disease among US adults: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III". *J Am Coll Cardiol*, 43 (10), 1791-6.
- R. Lozano, M. Naghavi, K. Foreman, S. Lim, K. Shibuya, V. Aboyans, et al. (2012)** "Global and regional mortality from 235 causes of death for 20 age groups in 1990 and 2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010". *Lancet*, 380 (9859), 2095-128.

NĂNG LỰC CUNG CẤP DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE BAN ĐẦU CỦA TRẠM Y TẾ XÃ TẠI TÂY NGUYÊN

Hà Văn Thúy*

TÓM TẮT

Nghiên cứu sử dụng phương pháp thu thập và phân tích số liệu thứ cấp năm 2014 và 2015 của tất cả 62 trung tâm y tế (TTYT) huyện thuộc 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2016. Nghiên cứu nhằm đánh giá năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của các trạm y tế (TYT) xã thuộc các tỉnh Tây Nguyên, đồng thời đề xuất một số khuyến nghị để nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho người dân Tây Nguyên. Kết quả cho thấy, chỉ có 52,5% xã đạt ≥ 90 điểm tiêu chí quốc gia về y tế xã năm 2014. Năm 2015, tỷ lệ này đã có xu hướng tăng (từ 52,5% lên 61,9%). Đắk Lắk là tỉnh có tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế rất cao (82,2% năm 2014 và 91,4% năm 2015), trong khi các tỉnh Kon Tum, Đắk Nông, Gia Lai chỉ có khoảng trên 1/5 số xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế. Tỷ lệ TYT có bác sỹ tại Tây Nguyên khá cao và có xu hướng tăng theo thời gian (81,0% năm 2014 và 85,1% năm 2015), cao nhất là ở tỉnh Đắk Lắk (99,5%). Tỷ lệ TYT có bác sỹ nữ tại Tây Nguyên khá thấp (43,3% năm 2014 và 37,8% năm 2015), đặc biệt Đắk Nông. Cơ cấu giới khá cân bằng trong đội ngũ bác sỹ tại các TYT thuộc tỉnh Đắk Lắk. Có tới trên 96% TYT xã tại khu vực Tây Nguyên có nữ hộ sinh/y sĩ sản nhi, trong đó thấp nhất ở tỉnh Kon Tum (trên 82%). Chỉ có khoảng hơn 60% TYT ở khu vực Tây Nguyên đạt chuẩn cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản năm 2014 và 2015, trong đó, thấp nhất ở tỉnh Gia Lai.

SUMMARY

CAPACITY IN PROVISION OF PRIMARY HEALTH CARE SERVICES AT COMMUNE HEALTH CENTERS IN THE CENTRAL HIGHLANDS

A study applied collecting and analyzing secondary data in 2014 and 2015 of all 62 district health centers in 5 provinces in the Central Highlands from February to June 2016. The study aimed to assess the status of primary health care delivery of Commune health centers in the Central Highlands provinces; simultaneously make recommendations for improving the capacity to provide primary health care for ethnic minority people in the Central Highlands. The results showed that only 52.5% of communes achieved ≥ 90 points of the national quality benchmarks in 2014. This rate tended to increase in 2015 (from 52.5% to 61.9%). This percentage was very high in Dak Lak

(82.2% in 2014 and 91.4% in 2015), meanwhile about 1/5 of commune health centers in Kon Tum, Dak Nong, Gia Lai achieved the national quality benchmarks. The proportion of commune health centers with doctors in the Central Highlands was significantly high and tended to increase (81.0% in 2014 and 85.1% in 2015), especially in the provinces of Dak Lak (99.5%). The rate of commune health centers with female doctors in the Central Highlands was quite low (43.3% in 2014 and 37.8% in 2015), especially Dak Nong. There was a balance in gender structure among doctors in the commune health centers in Dak Lak province. Up to 96% of commune health centers in the Central Highlands with midwives/obstetricians, the lowest in Kon Tum province (over 82%). Only over 60% of commune health centers met the essential obstetric care standards in 2014 and 2015, the lowest in Gia Lai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu tại trạm y tế xã là một phần rất quan trọng của chiến lược phát triển đất nước, là yếu tố cơ bản để nâng cao chất lượng cuộc sống của con người, của từng gia đình và toàn xã hội. Đặc biệt, đối với các xã vùng sâu, vùng xa, TYT xã càng đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cho đồng bào dân tộc thiểu số. Tây Nguyên vẫn được coi là vùng nghèo và khó khăn của cả nước, mặc dù các chỉ số sức khỏe cơ bản của nhân dân đã từng bước được cải thiện, song vẫn chưa đáp ứng được yêu cầu như: Tuổi thọ trung bình hiện thấp nhất so với các vùng cả nước; tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ em, tỉ suất tử vong trẻ em cao nhất, gấp 3-4 lần vùng đồng bằng, đô thị và gấp 2 lần mức trung bình toàn quốc. Trong những năm gần đây, năng lực cung cấp dịch vụ tại các TYT xã ở vùng sâu, vùng xa Tây Nguyên đã được cải thiện đáng kể. Tuy nhiên, hiện chưa có một nghiên cứu nào đánh giá về năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của TYT xã tại các tỉnh Tây Nguyên. Xuất phát từ bối cảnh này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu **Năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của trạm y tế xã tại Tây Nguyên**. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm: 1) Đánh giá năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của TYT xã thuộc các tỉnh Tây Nguyên, 2) Đề xuất một số khuyến nghị để nâng cao năng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu cho đồng bào các dân tộc Tây Nguyên.

*Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu áp dụng phương pháp thu thập số liệu thứ cấp năm 2014 và 2015 của tất cả các TTYT huyện thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên gồm: Gia Lai, Kon Tum, Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng, từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2016. 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 tại 62 TTYT huyện.

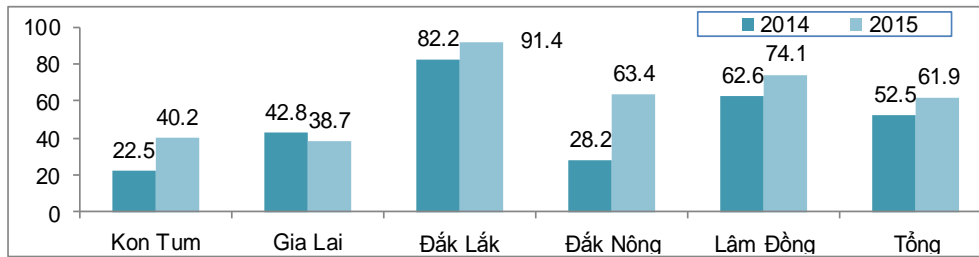
Số liệu thu thập được nhập vào máy tính với chương trình Epi Data 3.1. Số liệu được phân tích bằng chương trình SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tình hình thực hiện các tiêu chí quốc gia về y tế xã: Quyết định số 3447/QĐ-BYT của Bộ Y tế (BYT) ngày 22/9/2011 ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã giai đoạn 2011-2020. Theo quy định của bộ tiêu chí, một xã đạt

tiêu chí quốc gia về y tế xã cần đạt từ 90/100 điểm trở lên, không có tiêu chí nào đạt dưới 50% số điểm của từng tiêu chí và không có tiểu mục nào bị điểm liệt. Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 7/11/2014, BYT ban hành bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã đến 2020, thay cho Quyết định số 3447/QĐ-BYT ngày 22/9/2011. Theo Quyết định 4667/QĐ-BYT ngày 7/11/2014, từ năm 2015, một xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã cần đạt ≥ 80 điểm/100 điểm, không có tiêu chí nào đạt dưới 50% số điểm của từng tiêu chí và không có tiểu mục nào bị điểm liệt.

Chỉ số thực hiện các tiêu chí quốc gia về y tế xã năm 2014 được tính là xã đạt từ 90/100 điểm trở lên theo Quyết định số 3447/QĐ-BYT ngày 22/9/2011 và từ năm 2015 tiêu chí này được tính là đạt ≥ 80 điểm/100 điểm theo Quyết định số 4667/QĐ-BYT ngày 7/11/2014.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã năm 2014 và 2015

Theo số liệu báo cáo của 62 TTYT huyện, tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế xã năm 2014 tại Tây Nguyên khá thấp (52,5%). Năm 2015, tỷ lệ này đã có xu hướng tăng (từ 52,5% lên 61,9%). Đắk Lắk là tỉnh có tỷ lệ xã đạt điểm tiêu chí quốc gia về y tế rất cao (82,2% năm 2014 và 91,4% năm 2015), trong khi các tỉnh Kon Tum, Đắk Nông, Gia Lai chỉ có khoảng trên 1/5 số xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế.

Tại tỉnh Đắk Lắk, phần lớn các huyện có trên 70% số xã đạt ≥ 90 điểm tiêu chí quốc gia về y tế xã, thậm chí có 10/15 huyện đạt rất cao (80,0%-100,0%), đó là Krông Buk, Buôn Đôn, Krông Ana, Lắk, Cư Kuin, EaHleo, Krông Năng, Krông Păk, Ea Sup và thị xã Buôn Hồ.

Tại tỉnh Gia Lai, 4/17 huyện có tỷ lệ cao các xã đạt ≥ 90 điểm tiêu chí quốc gia về y tế xã (80,0%-100,0%), bao gồm thành phố Pleiku, thị xã An Khê, huyện K'Bang, Chư Păh. Trái lại còn khá nhiều huyện có tỷ lệ rất thấp xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế, đó là thị xã Ayun Pa, huyện Chư Prông, Chư Sê, Ia Pa, Krông Pa và Phú Thiện (0,0%-10,0%).

Tại tỉnh Kon Tum, trừ huyện Đắk Glei có trên 50,0% số xã đạt ≥ 90 điểm tiêu chí quốc gia về y

tế xã, các huyện còn lại có tỷ lệ rất thấp các xã đạt tiêu chí này (9,1%-37,5%). Đặc biệt có 2 huyện là Tu Mơ Rông và Ngọc Hồi không có xã nào đạt tiêu chí này.

Tại tỉnh Đắk Nông, trừ thị xã Gia Nghĩa có 75,0% số xã đạt ≥ 90 điểm tiêu chí quốc gia về y tế xã, các huyện còn lại có tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia rất thấp (<37,5%), thậm chí có 2 huyện không có xã nào đạt tiêu chí quốc gia, đó là Đắk Glong và Tuy Đức.

Tại tỉnh Lâm Đồng, các huyện Cát Tiên, Di Linh, Đam Rông, thành phố Bảo Lộc và Lạc Dương có tỷ lệ xã đạt ≥ 90 điểm tiêu chí quốc gia về y tế xã thấp (26,3%-54,5%). 4/12 huyện có tỷ lệ cao các xã đạt tiêu chí quốc gia là Thành phố Đà Lạt, huyện Đơn Dương và Đạ Huoai, huyện Đạ Tẻh (80,0%-100,0%).

Lý do chính khiến Tây Nguyên có tỷ lệ xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế thấp là do nhiều xã không đạt các tiêu chí về độ bao phủ thẻ bảo hiểm y tế ($\geq 75\%$ mới được coi là đạt), tỷ lệ sinh con thứ 3 cao, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ dưới 5 tuổi cao, tỷ lệ tiêm chủng thấp, tỷ lệ đẻ tại nhà ở những xã dân tộc thiểu số còn cao.

3.2. Tình hình nhân lực y tế tại TYT: Quyết định số 2992/QĐ-BYT ngày 17/7/2015 của Bộ Y tế ban hành về việc phê duyệt Kế hoạch

phát triển nhân lực trong hệ thống khám bệnh, chữa bệnh giai đoạn 2015-2020. Trong đó đưa ra chỉ tiêu 90% TYT có bác sỹ vào năm 2020.

Bảng 1. Tỷ lệ % TYT có bác sỹ năm 2014 và 2015

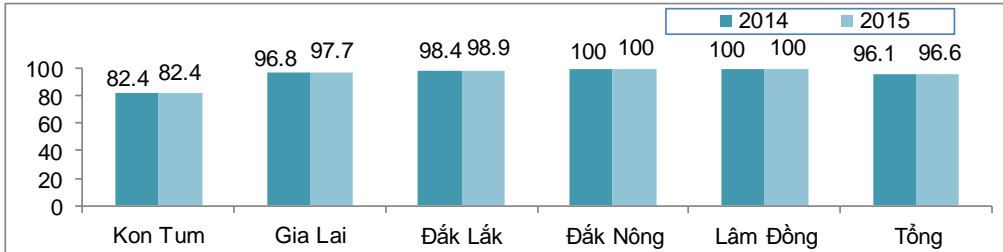
Thông tin	Kon Tum		Gia Lai		Đắk Lắk		Đắk Nông		Lâm Đồng		Chung	
	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015	2014	2015
Có bác sỹ	89,2	96,1	61,7	67,1	99,5	99,5	71,8	83,1	85,7	87,8	81,0	85,1
Có bác sỹ nữ	38,5	40,2	42,3	29,7	46,7	47,0	37,3	32,4	45,2	39,5	43,3	37,8
Có bác sỹ là người dân tộc thiểu số	78,0	81,6	37,2	43,6	52,2	51,6	27,5	37,3	54,0	55,8	50,9	54,0

Tỷ lệ TYT có bác sỹ tại Tây Nguyên khá cao và có xu hướng tăng theo thời gian (81,0% năm 2014 và 85,1% năm 2015), cao nhất là ở tỉnh Đắk Lắk (99,5%). Có 2 lý do khiến tỷ lệ TYT có bác sỹ tại Tây Nguyên cao: (1) Tây Nguyên có số lượng lớn bác sỹ cử tuyển được cử đi đào tạo và trở về làm việc tại các TYT; (2) cách tính được quy định bởi Quyết định 4667/QĐ-BYT ngày 7/11/2014 BYT ban hành kèm theo bộ tiêu chí quốc gia về y tế xã giai đoạn đến 2020 quy định, TYT được coi là có bác sỹ nếu bác sỹ làm việc tại trạm ít nhất 2 buổi 1 tuần, theo quy định này Tây nguyên có độ bao phủ bác sỹ tại TYT cao hơn so với mức bình quân cả nước năm 2013 (78,0%). Số liệu từ Niên giám thống kê y tế năm 2013 cũng cho thấy độ bao phủ bác sỹ tại TYT ở Tây Nguyên khá cao (75,7%), chỉ sau đồng bằng

sông Hồng (82,5%), ngang bằng với đồng bằng sông Cửu Long và cao hơn các vùng còn lại trên cả nước (<70,0%). Cách tính chỉ số này cũng có những điểm khác nhau giữa các tỉnh. Tại tỉnh Đắk Lắk, TYT được coi là có bác sỹ khi bác sỹ thuộc biên chế của trạm, làm việc tất cả các ngày trong tuần. Tại Lâm Đồng, TYT được coi là có bác sỹ khi bác sỹ thuộc biên chế hoặc là lao động hợp đồng của trạm.

Về cơ cấu giới, nhìn chung, tỷ lệ TYT có bác sỹ nữ tại Tây Nguyên khá thấp (43,3% năm 2014 và 37,8% năm 2015), đặc biệt Đắk Nông. Cơ cấu giới khá cân bằng trong đội ngũ bác sỹ tại các TYT thuộc tỉnh Đắk Lắk.

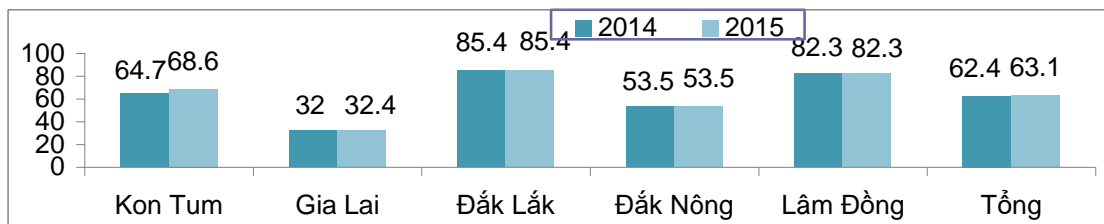
Tỷ lệ bác sỹ là người dân tộc thiểu số ở Tây Nguyên đạt trên 50% và có xu hướng tăng (từ 50,9% năm 2014 lên 54% năm 2015).



Biểu đồ 2. Tỷ lệ % TYT có nữ hộ sinh/y sĩ sản nhi năm 2014 và 2015

Có tới trên 96% TYT xã tại khu vực Tây Nguyên có nữ hộ sinh/y sĩ sản nhi, trong đó thấp nhất ở tỉnh Kon Tum (trên 82%), cao nhất ở Đắk Lắk và Lâm Đồng (100%). Nữ hộ sinh đóng vai trò rất quan trọng trong hệ thống chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh, đặc biệt ở các xã miền núi, vùng sâu, vùng xa. Họ là lực lượng chính trong những người đỡ đẻ có kỹ năng, thành thạo về chuyên môn và là chìa khóa then chốt cho việc giảm tình trạng tử vong mẹ và trẻ sơ sinh, góp phần giúp Việt Nam đạt được các mục tiêu Thiên niên kỷ. Chính vì vậy, việc bổ sung và đào tạo nữ hộ sinh cho tỉnh Kon Tum là hết sức cần thiết.

3.3. Năng lực cung cấp một số dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại TYT



Biểu đồ 3. Tỷ lệ % TYT đạt chuẩn cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản năm 2014 và 2015

Theo quy định của Bộ Y tế, một gói dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại tuyến xã được gọi là đầy đủ khi mỗi trạm y tế phải cung cấp các loại dịch vụ gồm: đỡ đẻ đường dưới; tiêm/truyền kháng sinh; tiêm/truyền thuốc gây co tử cung; tiêm/truyền thuốc chống co giật trong tiền sản giật và sản giật; bóc rau nhân tạo và kiểm soát tử cung; nạo/hút buồng tử cung trong trường hợp sót nhau thai. Cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản là một nhiệm vụ chuyên môn của TYT xã, nhưng hiện nay chỉ có khoảng hơn 60% TYT ở khu vực Tây Nguyên đạt tiêu chuẩn, trong đó, thấp nhất ở tỉnh Gia Lai. Về nguyên tắc, các trạm y tế xã thuộc khu vực khó khăn về địa lý càng cần phải cung cấp dịch vụ cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản tại chỗ, nhưng nghiên cứu cho thấy, chỉ 32% số xã thuộc Gia Lai đạt tiêu chuẩn cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản.

IV. KẾT LUẬN

Chỉ có 52,5% xã đạt ≥ 90 điểm tiêu chí quốc gia về y tế xã năm 2014. Năm 2015, tỷ lệ này đã có xu hướng tăng (từ 52,5% lên 61,9%). Đắk Lắk là tỉnh có tỷ lệ xã đạt điểm tiêu chí quốc gia về y tế rất cao (82,2% năm 2014 và 91,4% năm 2015), trong khi các tỉnh Kon Tum, Đắk Nông, Gia Lai chỉ có khoảng trên 1/5 số xã đạt tiêu chí quốc gia về y tế. Lý do chính là nhiều xã không đạt các tiêu chí về độ bao phủ thẻ bảo hiểm y tế, tỷ lệ sinh con thứ 3 cao, tỷ lệ suy dinh dưỡng trẻ dưới 5 tuổi cao, tỷ lệ tiêm chủng thấp, tỷ lệ đẻ tại nhà cao.

Tỷ lệ TYT có bác sỹ tại Tây Nguyên khá cao và có xu hướng tăng theo thời gian (81,0% năm 2014 và 85,1% năm 2015), cao nhất là ở tỉnh Đắk Lắk (99,5%). Tỷ lệ TYT có bác sỹ nữ tại Tây Nguyên khá thấp (43,3% năm 2014 và 37,8% năm 2015), đặc biệt Đắk Nông. Cơ cấu giới khá

cân bằng trong đội ngũ bác sỹ tại các TYT thuộc tỉnh Đắk Lắk.

Có tới trên 96% TYT xã tại khu vực Tây Nguyên có nữ hộ sinh/y sĩ sản nhi, trong đó thấp nhất ở tỉnh Kon Tum (trên 82%).

Chỉ có khoảng hơn 60% TYT ở khu vực Tây Nguyên đạt chuẩn cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản năm 2014 và 2015, trong đó, thấp nhất ở tỉnh Gia Lai.

KHUYẾN NGHỊ

Năng lực cấp cứu sản khoa thiết yếu cơ bản của các TYT xã còn thấp, cần đầu tư cho các TYT xã, chú trọng hoạt động đào tạo ngắn hạn, phát triển các kỹ năng chuyên môn cho cán bộ y tế qua hình thức đào tạo luân phiên, cầm tay chỉ việc. Cải thiện cơ sở vật chất của TYT, nhất là TYT tại các xã nghèo, huyện nghèo.

Việc đầu tư cho các TYT xã tại Tây Nguyên cần phải thực hiện quyết liệt, tập trung nguồn lực từ ngân sách nhà nước, từ các chương trình, dự án. Bổ sung và đào tạo nữ hộ sinh cho tỉnh Kon Tum.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, 2010.** Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2010 - Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011 - 2015.
2. **Bộ Y tế, 2015.** Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015 - Tăng cường y tế cơ sở, hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân.
3. **Bộ Y tế, 2011.** Quyết định số 3447/QĐ-BYT của Bộ Y tế ngày 22/9/2011 về ban hành Bộ tiêu chí Quốc gia về y tế xã 2011-2020
4. **BYT 2014,** Báo cáo thực hiện chương trình MTQG
5. **Cục Quản lý KCB, 2014.** Tài liệu đào tạo quản lý đào tạo liên tục tại bệnh viện.
6. **Cục Quản lý KCB,** Báo cáo tổng kết công tác KCB toàn quốc năm 2014.
7. **Cục Quản lý KCB.** Báo cáo kiểm tra bệnh viện các năm 2010 - 2014.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG DỰ PHÒNG TỤT HUYẾT ÁP CỦA RHEOSORBILACT TRUYỀN TRƯỚC KHỞI MÊ Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Thị Bích Phượng*, Nguyễn Hữu Tú**, Nguyễn Đức Lam**

TÓM TẮT

*Đại học y dược Thái Bình

**Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bích Phượng

Email: drphuongytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.6.2017

Mục tiêu: đánh giá tác dụng dự phòng tụt huyết áp của Rhesorbilact 3ml/kg/30 phút so với Ringerlactat 7ml/kg/30 phút truyền trước 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 Rhesor (35 bệnh nhân) được truyền tĩnh mạch

Ngày duyệt bài: 22.6.2017

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. **Kết quả:** Thời điểm tụt huyết áp nhiều nhất ở cả hai nhóm là trước khi đặt nội khí quản, tỷ lệ tụt huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở nhóm Rheosorbilact là 29,6% và 25,6% so với 29,4% và 24,4% ở nhóm Ringer lactat; tỷ lệ bệnh nhân phải sử dụng ephedrine nâng huyết áp cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm (37,4% so với 37,9% với $p > 0,05$). **Kết luận:** Tác dụng dự phòng tụt huyết áp động mạch giai đoạn khởi mê ở người cao tuổi của phương pháp truyền tĩnh mạch dung dịch Rheosorbilact liều 3 ml/kg tương đương với phương pháp truyền tĩnh mạch 7 ml/kg dung dịch Ringer lactat.

Từ khóa: Rheosorbilact, dự phòng tụt huyết áp, khởi mê, người cao tuổi.

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF ARTERIAL HYPOTENSION PREVENTIVE EFFECT OF RHEOSORBILACT INFUSION BEFORE ANESTHESIA INDUCTION IN ELDERLY PATIENTS

Objective: to evaluate the arterial hypotension prevention effectiveness between Rheosorbilact 3 ml/kg/30 min versus Ringerlactat 7ml/kg/30 min before anesthesia induction with TCI propofol in elderly patients. **Subjects and methods:** A randomized controlled trial of 65 patients over 60 years of age who were divided into two groups: Rheosor group (35 patients) with intravenous infusion of Rheosorbilact 3 ml/kg and Ringer group (30 patients) with intravenous infusion of Ringer lactate 7ml/kg. Both groups were infused intravenously 30 minutes before anesthesia induction with propofol TCI. Patients were monitored about respiratory and circulatory parameters, invasive blood pressure and BIS level. **Results:** The most hypotension time in both groups were before intubation in which systolic and diastolic hypotension in Rheosorbilact group was 29.6% and 25.6%, respectively, in comparison with 29.4% and 24.4% in Ringerlactat group. The percentage of patients who were needed ephedrine to improve blood pressure was also not different between two groups (37.4% versus 37.9%, $P > 0.05$). **Conclusion:** The effect of arterial hypotension prevention before anesthesia induction by Rheosorbilact 3 ml/kg infusion was equivalent to Ringerlactat 7mf/kg infused intravenously.

Keywords: Rheosorbilact, prevention hypotension, induction anesthesia, eldly patient.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những tiến bộ của y học đã giúp tuổi thọ con người trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng ngày càng tăng cao. Theo ước tính, số người cao tuổi (> 60 tuổi) ở nước ta sẽ là 18,3% vào năm 2030. Tỷ lệ người cao tuổi càng tăng sẽ kèm tăng số lượng các ca phẫu thuật, thủ thuật ở người cao tuổi. Gây mê cho bệnh nhân cao

tuổi gặp nhiều khó khăn do nhóm đối tượng bệnh nhân này hay có các bệnh lý phối 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. Đã có nhiều nghiên cứu chứng minh Rheosorbilact có vai trò tốt trong cải thiện huyết động ở bệnh nhân sốc nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá khả năng dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê ở người cao tuổi. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá tác dụng dự phòng tụt huyết áp của Rheosorbilact 3ml/kg/30 phút so với Ringerlactat 7ml/kg/30 phút truyền trước khi khởi mê bằng propofol TCI ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- 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.

- 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, EtCO₂, 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. Trong mỗi bệnh nhân được truyền dịch duy trì bằng Ringer lactate tốc độ 5ml/kg/giờ.

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). Tất cả các bệnh nhân đều được xét nghiệm đường máu, điện giải đồ máu, khí máu động mạch trước khi truyền dịch và sau khi truyền dịch 30 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±7,7 (60-87)	26,5±4,8 (60 - 90)	> 0,05
Giới:	Nam	11 (36,7%)	> 0,05
	Nữ	19 (63,3%)	> 0,05
Cân nặng (kg)	49,6 ± 9,4	52,6 ± 9,8	> 0,05
Chỉ số BMI	19,8 ± 2,9	25,4 ± 2,4	> 0,05
ASA:	Độ I	8 (26,7%)	> 0,05
	Độ II	22 (73,3%)	> 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. Lượng thuốc sử dụng trong gây mê

Thuốc sử dụng	Nhóm Rheosor (n = 35)	Nhóm Ringer (n = 30)	p
Propofol (mg), $\bar{x} \pm SD$ (Min - Max)	87,8 ± 22,3 (38 - 130)	92 ± 21,9 (50 - 123)	> 0,05
Fentanyl (mcg) $\bar{x} \pm SD$ (Min - Max)	105,7 ± 13,1 (100 - 150)	108,3 ± 14,4 (100 - 150)	> 0,05
Tracurium (mg) $\bar{x} \pm SD$ (Min - Max)	38,9 ± 6,3 (30 - 50)	41,7 ± 7,1 (30 - 50)	> 0,05
Tỷ lệ sử dụng ephedrin khi khởi mê (%)	13 (37,4%)	11 (37,9%)	> 0,05

Bảng 3. Thay đổi huyết áp tại các thời điểm nghiên cứu

Thời điểm	Huyết áp tâm thu (mmHg)			Huyết áp tâm trương (mmHg)		
	Nhóm Rheosor (n = 35)	Nhóm Ringer (n = 30)	p	Nhóm Rheosor (n = 35)	Nhóm Ringer (n = 30)	p
Trước truyền dịch (T0)	131,6±13,4	132±12,2	> 0,05	76,1± 9,6	76,3±9,6	> 0,05
Sau truyền dịch (T1)	128,7±13,7	130,1±14,6	> 0,05	74,1±9,9	75,7±10,3	> 0,05
Sau khi gây mê (T2)	99±11,8*	99,1±10,2*	> 0,05	63,4±10,2*	63,7±9,9*	> 0,05
Ngay trước đặt nội khí quản (T3)	92,6±11,6*	92,7±11,4*	> 0,05	56,6±9,9*	57,7±12,4*	> 0,05
Ngay sau đặt nội khí quản (T4)	129,8±19,6	126,3±16,7	> 0,05	77,2±11,8	76,1±9,9	> 0,05
Sau đặt nội khí quản 5 phút (T5)	116,6±10,4*	115,2±10,6*	> 0,05	70,1±8,9*	71,8±6,8*	> 0,05

*p < 0,05 so với T0)

IV. BÀN LUẬN

Kết quả bảng 1 cho thấy có sự tương đồng về các đặc điểm chung của các bệnh nhân ở hai

nhóm nghiên cứu, do đó, sẽ không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Lượng thuốc sử dụng trong khởi mê cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm (bảng 2).

Phác đồ gây mê được sử dụng để khởi mê trong nghiên cứu của chúng tôi là propofol TCI với nồng độ trong não (Ce là 2 mcg/ml), tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi độ mê BIS. Đây là phương pháp gây mê hiện đại, độ mê được lượng giá khách quan nên có độ tin cậy cao.

Tỷ lệ bệnh nhân bị tụt huyết áp phải sử dụng ephedrine để nâng huyết áp khi khởi mê là 37,4% ở nhóm Rheosor và 37,9% ở nhóm Ringer, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nghiên cứu.

Theo bảng 3, ở nhóm Rheosor, cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương đều giảm khi khởi mê, huyết áp động mạch giảm thấp nhất ở thời điểm trước khi đặt ống nội khí quản, cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương đều giảm một cách có ý nghĩa thống kê so với mức huyết áp nền của bệnh nhân (huyết áp tâm thu giảm 29,6%; huyết áp tâm trương giảm 25,6%). Tụt huyết áp khi khởi mê là do tác dụng của thuốc mê propofol, thuốc gây giãn cả động mạch và tĩnh mạch do ức chế cơ tim và ức chế đáp ứng co mạch. Ở người bình thường, khi khởi mê bằng propofol gây giảm huyết áp động mạch khoảng 20 – 30% nhưng ở người cao tuổi, tỷ lệ tụt huyết áp cao hơn nhiều (39% bệnh nhân có huyết áp động mạch giảm hơn 40 mmHg so với huyết áp nền), vì vậy, dự phòng tụt huyết áp ở người cao tuổi khi khởi mê là rất quan trọng [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm truyền tĩnh mạch dung dịch Rheosorbilact 3 ml/kg/30 phút trước khi khởi mê có tỷ lệ tụt huyết áp động mạch không khác biệt so với nhóm được truyền 7 ml/kg dung dịch Ringerlactat 30 phút trước khi khởi mê (huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương giảm thấp nhất là 29,6% và 25,6% ở nhóm Rheosor so với 29,4% và 24,4% ở nhóm Ringer). Tuy nhiên, theo Glumcher, nghiên cứu trên các bệnh nhân sốc chấn thương, truyền dung dịch Rheosorbilact làm chỉ số tim tăng 30% ở phút thứ 25 và tăng cao có ý nghĩa thống kê so với nhóm được truyền NaCl 0,9%. Có thể trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thể tích Rheosorbilact thấp và truyền với tốc độ chậm nên tác dụng trên huyết động không rõ ràng như trong nghiên cứu của Glumcher [3].

Một nghiên cứu khác của S.V. Tatsynk trên 50 bệnh nhân sau mổ cấp cứu được truyền tĩnh mạch dung dịch Rheosorbilact 200 ml/ngày trong 3 ngày, tác giả thấy: huyết áp của bệnh nhân ổn định hơn nhóm bệnh nhân được truyền Ringer [4]. N.E. Povstyanoy sử dụng 200 ml dung dịch Rheosorbilact truyền tĩnh mạch tốc độ 60 – 80

giọt/phút cho các bệnh nhân bỏng nặng, tác giả thấy có sự cải thiện huyết động và giữ huyết áp ổn định hơn so với truyền các dung dịch tinh thể khác [5].

Dung dịch Rheosorbilact có hàm lượng natri cao gấp 6 lần so với dung dịch Ringer lactate, ngoài ra trong thành phần còn có 60 g/l Sorbitol, vì vậy, dung dịch này có áp lực thẩm thấu cao gấp 3 lần áp lực thẩm thấu của huyết tương, do đó, Rheosorbilact có tác dụng kéo nước từ gian bào vào trong lòng mạch gây tăng thể tích tuần hoàn, cải thiện tình trạng thiếu khối lượng tuần hoàn do nhịn ăn uống trước mổ. Ở người cao tuổi, truyền dung dịch Rheosorbilact cho phép hạn chế truyền thể tích lớn dung dịch tinh thể dễ gây quá tải tuần hoàn, phù phổi cấp... Theo nghiên cứu của Glumcher F.S, tác dụng tối đa của Rheosorbilact trên huyết động sau 25 phút và có thể duy trì hiệu quả huyết động trong vòng 60 phút. Khuyến cáo của nhà sản xuất, liều sử dụng cho bệnh nhân chu phẫu là 3 – 6 ml/kg, vì đây là loại dịch truyền mới được sử dụng ở Việt Nam và đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân cao tuổi, nên chúng tôi chỉ sử dụng liều 3 ml/kg truyền tĩnh mạch 30 phút trước khởi mê [2]. Cần có thêm nhiều nghiên cứu với các liều sử dụng Rheosorbilact khác nhau để tìm ra liều tối ưu dự phòng tụt huyết áp khi khởi mê ở người cao tuổi.

V. KẾT LUẬN

Tác dụng dự phòng tụt huyết áp động mạch giai đoạn khởi mê ở người cao tuổi của phương pháp truyền tĩnh mạch dung dịch Rheosorbilact liều 3ml/kg tương đương với phương pháp truyền tĩnh mạch 7ml/kg dung dịch Ringer lactate: tỷ lệ tụt huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương ở nhóm Rheosorbilact là 29,6% và 25,6% so với 29,4% và 24,4% ở nhóm Ringer lactat; tỷ lệ bệnh nhân phải sử dụng ephedrine nâng huyết áp cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm (37,4% so với 37,9% với $p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quốc Kính (2013). *Gây mê hồi sức cho phẫu thuật ở người cao tuổi*. Gây mê hồi sức cho phẫu thuật nội soi, NXB giáo dục Việt Nam, 246 – 258.
2. Dược Thư Quốc Gia. Tr 698.
3. Glumcher F.S, Chernyshov V.I (2009). *Application of Rheosorbilact in the therapy of traumatic shock*. Lik Sprava ;(1-2):33-43. Ukrainian.
4. N.E.Povstyanoy, KG.Kozinets (1999). Clinical testing of the drug product rheosorbilact. *Report on the clinical studies*.

5. **SV.Tatsyuk, KG.Kozinets (1999).** Clinical testing of the drug product rheosorbilact. *Report on the clinical studies.*

KHẢO SÁT TƯƠNG QUAN GIỮA SỐ LƯỢNG BẠCH CẦU VÀ GIỚI TÍNH, TUỔI, CHỈ SỐ KHỐI CƠ THỂ, LỐI SỐNG Ở NGƯỜI KIỂM TRA SỨC KHOẺ TỔNG QUÁT

Huỳnh Kim Phượng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Số lượng bạch cầu (BC) tham khảo thì rất rộng, vì thế khảo sát những yếu tố ảnh hưởng số lượng BC thì quan trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tương quan giữa số lượng bạch cầu với giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), lối sống. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 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 người khỏe mạnh đã qua kiểm tra sức khỏe tổng quát và đồng ý tham gia nghiên cứu. Các biến số cần khảo sát: giới tính, tuổi, BMI, thói quen uống bia rượu, hút thuốc lá, tập thể dục. **Kết quả:** Nam chiếm đa số 56,5% (227 TH) so với nữ 43,5% (175 TH). Tuổi trung bình 42,59 (14-87). Thói quen không tập thể dục cao hơn tập thể dục (52,49% so với 47,51%). Thói quen không uống bia rượu cao hơn uống bia rượu (60,9% so với 39,1%); số lon bia trung bình 7,623 lon/tuần. Thói quen hút thuốc lá thấp hơn so với không hút thuốc lá (15,2% so với 84,8%). Mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa số lượng BC lympho và giới tính ($p=0,019$), BC lympho tăng ở nam hơn nữ; giữa số lượng BC eosinophil và mức độ tập thể dục (hệ số tương quan 2,62; $p=0,035$). **Kết luận:** Tương quan có ý nghĩa thống kê giữa số lượng BC lympho với giới tính, BC eosinophil và mức độ tập thể dục.

Từ khóa: số lượng bạch cầu, chỉ số khối cơ thể, lối sống.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN LYMPHOCYTE AND GENDER, AGE, BMI, LIFESTYLE PATTERNS IN A SAMPLE OF HEALTH CHECKUP EXAMINEES

Background: the reference range of lymphocyte count is wide, so that accessing factors effect on lymphocyte count is very necessary. **Objective:** Accessing the correlation between lymphocyte count and gender, age, body mass index (BMI), physical exercise, alcoholic consumption, smoking. **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, physical activity, alcoholic consumption, smoking. **Results:** Male>femal (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 number of beer can is 7,623 cans/week. No smoking is more than smoking (84.8% vs 15.2%). The statistically significant correlation between lympho count and gender, lympho count of male is higher than one of female ($p=0,019$), and between eosinophil count and physical exercise level (significant coefficient=2.62, $p=0.035$). **Conclusion:** Statistically significant correlation between lympho count and gender, between eosinophil count and physical exercise level.

Keywords: Lymphocyte count, body mass index (BMI), life style.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số lượng BC đã được sử dụng như một dấu ấn để chẩn đoán và đánh giá mức độ của nhiễm trùng, bệnh lý máu và những bệnh lý khác. Chỉ số bình thường của bạch cầu rất rộng khoảng từ 3.500/ η L đến 9.500/ η L. Những nghiên cứu gần đây đã gợi ý những người có chỉ số BC cao hơn bình thường có tần suất và tỷ lệ mắc các bệnh liên quan lối sống như đái tháo đường, rối loạn lipid máu hoặc tăng huyết áp cao hơn. Số lượng BC bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố bao gồm: hút thuốc lá, chỉ số khối cơ thể và uống bia rượu^(2,3,4,5,6,7). Ngoài ra, một số nghiên cứu ghi nhận số lượng BC khác nhau theo giới tính⁽¹⁾.

Nghiên cứu này nhằm đánh giá những yếu tố ảnh hưởng đến số lượng BC ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát tương quan giữa số lượng bạch cầu với giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), lối sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền 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 khỏe mạnh 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

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phượng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.6.2017

Ngày duyệt bài: 20.6.2017

12%) #55ml rượu mùi (ethanol 30%) #42ml rượu mạnh (ethanol 40%) #33ml rượu đế (ethanol 50%). Hút thuốc lá: không (không hút hoặc ngưng hơn 1 năm) hoặc có, nếu có tính số điều thuốc hút trong/ngày. Tập thể dục với 5 nhóm: không tập thể dục, tập 2 – 3 buổi/tháng, tập 1-2 buổi/tuần, tập 3-4 buổi/tuần, tập \geq 5 buổi/tuần (mỗi buổi \geq 30 phút).

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)

- *BMI*: BMI trung bình 23,33

Bảng 1. Đặc điểm chung giữa nam và nữ

	Nữ (TB/ĐLC)	Nam (TB/ĐLC)
Tuổi của bệnh nhân	42,37 (1,09)	42,76 (0,78)
Chỉ số BMI	22,03 (0,22)	24,34 (0,25)
Số điều thuốc/ngày	0,02 (0,02)	2,96 (0,41)
Số lon bia/tuần	0 (0)	5,31 (0,51)
Bạch cầu G/L	7,02 (0,12)	7,23 (0,13)

Nhận xét: Trung bình và độ lệch chuẩn của số điều thuốc và số lon được ghi nhận có kết quả rất thấp ở nữ.

Bảng 2. Số lượng bạch cầu

	Tối thiểu	Tối đa	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Bạch cầu G/L	3,60	16,10	7,1395	1,82031
Neutrophil	1,20	12,30	4,0293	1,48593
Lympho	,89	4,73	2,3242	,64453
Mono	,10	1,31	,5053	,16977
eosinophil	,00	2,51	,2564	,27794
Basophil	,00	,54	,0311	,04115

Nhận xét: Số lượng BC trung bình các loại nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 3. Thói quen tập thể dục

Giá trị	Số trường hợp		Tỷ lệ %	Tỷ lệ cộng dồn
	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	
Total	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 4. Thói quen uống rượu bia

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

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

Bảng 5. 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 6. Thói quen hút thuốc lá

Giá trị	Số trường hợp		Tỷ lệ %	Tỷ lệ cộng dồn
	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 lá 84,8%, có hút thuốc lá chiếm 15,2%.

3.2 Tương quan giữa số lượng bạch cầu và tuổi, BMI, lối sống**Bảng 7.** Tương quan giữa công thức BC và giới tính

	Nữ	Nam	Hệ số thống kê p
Bạch cầu G/L	7,02 (1,63)	7,23 (1,96)	0,384
Neutrophil	4,02 (1,4)	4,04 (1,55)	0,983266
Lympho	2,23 (0,6)	2,39 (0,67)	0,019058
Mono	0,5 (0,18)	0,51 (0,16)	0,335303
eosinophil	0,25 (0,24)	0,26 (0,3)	0,817767
Basophil	0,03 (0,03)	0,03 (0,05)	0,545776

Nhận xét: Không ghi nhận tương quan giữa số lượng BC, BC neutronphil, BC mono, BC eosinophil và BC basophil với giới tính. Chỉ ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê ($p=0,019$) giữa BC lympho và giới tính.

Bảng 8. Tương quan giữa công thức bạch cầu và tuổi

	Tuổi của bệnh nhân	
Bạch cầu G/L	Tương quan Pearson	-,034
	P thống kê (2 đuôi)	,499
	Số ca	402
log_Neutrophil	Tương quan Pearson	-,010
	P thống kê (2 đuôi)	,839
	Số ca	402
log_Lympho	Tương quan Pearson	-,062
	P thống kê (2 đuôi)	,219
	Số ca	401
log_Mono	Tương quan Pearson	-,006
	P thống kê (2 đuôi)	,897
	Số ca	401
log_eosinophil	Tương quan Pearson	-,019
	P thống kê (2 đuôi)	,710
	Số ca	399
log_Basophil	Tương quan Pearson	-,044
	P thống kê (2 đuôi)	,475
	Số ca	264
basophile /lympho	Tương quan Pearson	-,140
	P thống kê (2 đuôi)	,765
	Số ca	7
Tuổi của bệnh nhân	Tương quan Pearson	1
	P thống kê (2 đuôi)	
	Số ca	402

** . Tương quan có giá trị ở mức 0.01 level (test 2-đuôi)
* . Tương quan có giá trị ở mức 0.05 level (test 2-đuôi)

Nhận xét: Không ghi nhận mối tương quan giữa số lượng BC và tuổi

Bảng 9. Tương quan số lượng BC và chỉ số BMI

	Chỉ số BMI	
Bạch cầu G/L	Tương quan Pearson	,010
	P thống kê (2-đuôi)	,846
	Số ca	398
log_Neutrophil	Tương quan Pearson	,016
	P thống kê (2-đuôi)	,757
	Số ca	398
log_Lympho	Tương quan Pearson	,019
	P thống kê (2-đuôi)	,702
	Số ca	397
log_Mono	Tương quan Pearson	,035
	P thống kê (2-đuôi)	,491
	Số ca	397

log_eosinophil	Tương quan Pearson	,074
	P thống kê (2-đuôi)	,142
	Số ca	395
log_Basophil	Tương quan Pearson	,100
	P thống kê (2-đuôi)	,107
	Số ca	263
Chỉ số BMI	Tương quan Pearson	1
	P thống kê (2-đuôi)	
	Số ca	398
**. Tương quan có giá trị ở mức 0.01 level (2-đuôi).		
*. Tương quan có giá trị ở mức 0.05 level (2-đuôi).		

Nhận xét: Không ghi nhận mối tương quan giữa số lượng BC và chỉ số BMI.

Bảng 10. Tương quan số lượng BC và thói quen tập thể dục

		F	Hệ số thống kê p
Bạch cầu G/L	Nhóm tập thể dục	,455	,769
log_Neutrophil	Nhóm tập thể dục	,375	,827
log_Lympho	Nhóm tập thể dục	,364	,834
log_Mono	Nhóm tập thể dục	,680	,606
log_eosinophil	Nhóm tập thể dục	2,620	,035
log_Basophil	Nhóm tập thể dục	,396	,811

Nhận xét: Không ghi nhận mối tương quan giữa số lượng BC, BC neutrophil, BC lympho, BC mono, BC basophil và thói quen tập thể dục. Mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa BC eosinophil và thói quen tập thể dục với $p=0,035$.

Bảng 11. Tương quan giữa công thức BC và thói quen uống rượu

	Không	Có	Hệ số thống kê p
Bạch cầu G/L	7,1 (1,67)	7,19 (2,04)	0,900454
Neutrophil	4,04 (1,42)	4,01 (1,59)	0,759221
Lympho	2,28 (0,61)	2,39 (0,69)	0,184494
Mono	0,51 (0,17)	0,5 (0,17)	0,962726
eosinophil	0,25 (0,24)	0,26 (0,33)	0,593898
Basophil	0,03 (0,03)	0,04 (0,05)	0,932597

Nhận xét: Không ghi nhận mối tương quan giữa số lượng BC và thói quen uống bia rượu

Bảng 12. Tương quan giữa số lượng bạch cầu và hút thuốc lá ở nam giới

Bạch cầu G/L	Không hút	Hút 1-9 điếu/ngày	Hút từ 10 điếu trở lên
Số trường hợp	165	17	43
Trung bình (ĐLC)	7,32 (0,27)	7,15 (0,55)	7,02 (0,39)
P thống kê so với nhóm không hút		0,739818	0,399255

Nhận xét: Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa số lượng BC giữa các nhóm không hút thuốc lá, hút 1-9 điếu/ngày, hút ≥ 10 điếu/ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 402 người đã qua kiểm tra sức khoẻ tổng quát bao gồm xét nghiệm sinh hoá, huyết học, vi sinh, siêu âm tuyến giáp, bụng, vú, chụp x quang và máu được lấy làm xét nghiệm thực hiện vào buổi sáng khoảng 7h đến 9h sáng. 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 khoẻ đa phần thuộc tuổi lao động và 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. Chỉ số BMI nằm

trong giới hạn của dư cân và không có sự khác biệt giữa nam và nữ (24,34 so với 22,03), số điếu thuốc lá trung bình 0,02 điếu/ngày ở nữ so với 2,96 điếu/ngày ở nam, số lon bia trung bình/tuần=0 ở nữ so với 5,31 lon/tuần ở nam; kết quả này phù hợp với văn hoá người Việt Nam (bảng 1).

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 (bảng 3).

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 (bảng 4, bảng 5).

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 (bảng 6).

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. Số lượng bạch cầu trung bình nằm trong giới hạn bình thường (bảng 2)

4.2 Tương quan giữa số lượng bạch cầu với giới tính, tuổi, BMI và lối sống: Trong NC chúng tôi chỉ ghi nhận mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê giữa số lượng BC lympho và giới tính, số lượng BC lympho ở nam cao hơn ở nữ với giá trị $p=0,019$. Những loại BC còn lại không ghi nhận mỗi tương quan với giới tính.

Theo Barbara J. Bain và Cs(1) ghi nhận số BC neutrophil cao ở nữ hơn ở nam và tăng vào buổi trưa hơn buổi sáng. Sự khác biệt số lượng BC neutrophil giữa nam và nữ được giải thích do estrogen và progesterone là yếu tố quan trọng điều hoà số lượng BC neutrophil. Trong nghiên

cứ chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt tương tự, mà chỉ ghi nhận số lượng BC lymphocyte cao ở nam hơn ở nữ, sự khác biệt này có thể giải thích do ở nam giới hút thuốc lá nhiều hơn đáng kể so với nữ giới, vì vậy chúng tôi đặt giả thuyết hút thuốc lá có liên quan đến tình trạng viêm do đó gây tăng BC lympho.

Trong NC của chúng tôi không ghi nhận mỗi tương quan giữa số lượng BC và BMI. Theo tác giả A-Ra Cho(3) ghi nhận hút thuốc lá và BMI ảnh hưởng trên số lượng BC, người hút thuốc lá có béo phì thì gấp 2,36 lần ở nam và 2,35 lần ở nữ có số lượng BC tăng cao hơn so với người không hút thuốc lá và không béo phì. Theo Nakanishi N. và Cs(6) ghi nhận tăng số lượng BC có mỗi liên quan đáp ứng miễn dịch như béo phì, hút thuốc lá; và tăng số lượng BC có mỗi liên quan đáp ứng miễn dịch với uống bia rượu, giờ làm việc.

Trong nghiên cứu chúng tôi, không ghi nhận mỗi tương quan giữa số lượng BC, BC neutrophil, BC lympho, BC mono, BC basophil và thói quen tập thể dục. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận mỗi tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa BC eosinophil và thói quen tập thể dục với $p=0,035$, khi số lần tập thể dục tăng thì số lượng BC eosinophil cũng tăng. Bạch cầu eosinophil có khả năng thực bào và hoá ứng động rất yếu nên không quan trọng trong nhiễm trùng thông thường. Ở những người nhiễm ký sinh trùng (KST) hoặc dị ứng thì số lượng bạch cầu eosinophil tăng cao. Vì vậy, kết quả này khiến chúng ta suy nghĩ tần suất tập thể dục càng tăng có liên quan sự tăng tiết những hormone gây tăng BC eosinophil, cần những nghiên cứu thêm để giải thích điều này.

Theo tác giả Nakanishi và Cs (7) ghi nhận số lượng BC liên quan nghịch với uống bia rượu ở cả hai nhóm hút thuốc lá và không hút thuốc lá. Theo Hugh Parry và Cs (7) có sự gia tăng số lượng BC do hút thuốc lá kéo dài 5 năm sau khi ngưng thuốc lá, cũng như ghi nhận số lượng BC gia tăng ở những người uống bia rượu ở mức trung bình hơn là người uống hằng ngày.

Lý do giải thích sự gia tăng BC máu ngoại biên liên quan hút thuốc lá thì chưa rõ ràng, có thể được giải thích do hiện tượng di chuyển của tế bào, với những tế bào di chuyển từ cơ quan lympho ra máu ngoại biên, hoặc bởi vì hút thuốc lá làm giảm khả năng BC dính vào tế bào nội mô của mao mạch gây nên tăng số lượng BC.

Cơ chế mỗi liên quan giữa uống bia rượu và số lượng BC có thể do cồn gây sự phóng thích hormone làm thay đổi sự dính của BC vào tế bào nội mô của mao mạch.

V. KẾT LUẬN

Mối tương quan có ý nghĩa giữa số lượng BC lympho và giới tính, giữa số lượng BC eosinophil và nhóm tập thể dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bain BJ., England JM. (1975)**, "Normal haematological values: sex difference in neutrophil count". *Br Med J*, 1, pp. 306-309.
2. **Bridges AB., Hill A. and Belch JF. (1993)**, "Cigarette smoking increases white blood cell aggregation in whole blood", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86, pp.139-140
3. **Cho A-Ra, Won-Jun Choi, Shin-Hye Kim, Jae-Yong Shim, Yong-Jae Lee (2017)**, "Joint effect of cigarette smoking and body mass index on white blood cell count in Korean adults". *Korean Journal of family medicine*, 38, pp.75-80.
4. **Higuchi Takakazu, Omata Fumio**, Tsuchihashi Kenji, Higashioka Kazuhiko, Koyamada Ryosuke and Okada Sadamu (2016), "Current cigarette smoking is a reversible cause of elevated white blood cell count: Cross-sectional and longitudinal studies". *Preventive Medicine Reports*, 4, pp.417-422.
5. **Ishizaki Nobukazu, Ishizaka Yuko**, Nagai Ryoza, Koike Kazuhiko, Hashimoto Hideki and Yamakado Minoru (2007), "Relationship between smoking, white blood cell count and metabolic syndrome in Japanese women". *Diabetes Research and Clinical Practice*, 78(1), pp.72-76.
6. **Nakanishi N, Suzuki K, Tatara K (2003)**, "Association between lifestyle and white blood cell count: a study for Japanese male office workers". *Occup Med (Lond)*, 53, pp.135-137.
7. **Nakanishi N, Yoshida H, Okamoto M**, Matsuo Y, Suzuki K and Tatara K., (2003), "Association of alcohol consumption with white blood cell count: a study of Japanese male office workers", *Journal Intern. Med.* 253(3), pp.367-374.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG DỊ VẬT HỮU CƠ PHẾ QUẢN

Đậu Xuân Cảnh*

TÓM TẮT

Mở đầu: Ở Việt Nam, dị vật hữu cơ phế quản thường gặp và có liên quan đến tập quán ăn uống. Ngoài tình trạng khó thở, ngạt thở nguy hiểm ảnh hưởng đến tính mạng, dị vật hữu cơ phế quản còn có thể gây tình trạng viêm mà rất dễ nhầm với viêm đường hô hấp làm cho việc chẩn đoán và điều trị gặp nhiều khó khăn. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng dị vật hữu cơ phế quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả từng trường hợp bệnh. Nghiên cứu 54 bệnh nhân được chẩn đoán là mắc dị vật hữu cơ đường thở tại khoa khám bệnh, bệnh viện Tuệ Tĩnh-Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam. **Kết quả:** Dị vật hữu cơ phế quản gặp chủ yếu ở trẻ em từ 1 đến 3 tuổi (83,3%) và hay gặp ở trẻ trai hơn với 70,4%. Bản chất dị vật hữu cơ thường gặp nhất là hạt thực vật, gặp nhiều nhất là hạt lạc (53,7%). Hầu hết bệnh nhân đều có hội chứng xâm nhập rõ rệt với 96,3%; 62,9% thấy ho; 55,6% có khó thở. Hình ảnh X-quang chủ yếu không có tổn thương với 67,4%.

Từ khóa: Dị vật hữu cơ, phế quản

SUMMARY

THE STUDY ON CLINICAL AND PARA CLINICAL OF ORGANIC MATTER ON THE BRONCHI

Background: In Vietnam, organic matter on the bronchi is common and is related to eating habits.

**Học viện Y học cổ truyền Việt Nam*

Chịu trách nhiệm chính: Đậu Xuân Cảnh

Email: xuan canhvh@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.6.2017

Ngày duyệt bài: 19.6.2017

Besides dyspnea, to suffocate, it is easily confused with respiratory infections, making diagnosis and treatment more difficult. **Objective:** Describe the clinical and paraclinical of organic matter on the bronchi. **Methods:** The study analyzed each patient. Study on 54 patients who have organic matters at Tue Tinh Hospital - Vietnam University of Traditional Medicine. **Results:** Organic matter occurs mainly in children 1 to 3 years of age (83.3%) and is more common in boys (70.4%). The most common organic matter is plant seeds, the most common being peanut (53.7%). Most of the patients had a definite intrusional syndrome with 96.3%; 62.9% found cough; 55.6% had difficulty breathing. Most of X-ray images were not injured with 67.4%.

Key words: Organic matter, bronchia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị vật hữu cơ phế quản để chỉ các trường hợp dị vật có bản chất hữu cơ (là các hợp chất có liên kết cacbon - hydro) rơi vào và mắc lại tại phế quản (phế quản gốc hoặc phế quản phân thùy). Các loại dị vật hữu cơ phế quản bao gồm: xương, vỏ tôm, cá, là các loại hạt: na, lạc, hồng xiêm, hạt dưa. Đây là một cấp cứu tai mũi họng thường gặp ở trẻ em, đòi hỏi phải xử trí kịp thời, nếu không có thể đưa đến tử vong.

Ở Việt Nam, dị vật hữu cơ phế quản thường gặp và có liên quan đến tập quán ăn uống. Ngoài tình trạng khó thở, ngạt thở nguy hiểm ảnh hưởng đến tính mạng, dị vật hữu cơ phế quản còn có thể gây tình trạng viêm mà rất dễ nhầm với viêm đường hô hấp làm cho việc chẩn đoán và điều trị gặp nhiều khó khăn.

Trong những năm gần đây mạng lưới chuyên khoa Tai Mũi Họng đã được phát triển, việc tuyên truyền giáo dục ý thức chăm sóc sức khỏe ban đầu của người dân được nâng cao. Đặc biệt với những tiến bộ về kỹ thuật, trang thiết bị về nội soi như: ống soi mềm, về gây mê hồi sức cho phép ứng dụng nội soi rộng rãi, an toàn. Cùng với đó là sự xuất hiện nhiều loại kháng sinh có hiệu quả cao đã góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng do dị vật đường thở gây ra nhất là dị vật hữu cơ phế quản. Tuy nhiên những nghiên cứu về nguyên nhân mắc, phân loại và đặc điểm dị vật hữu cơ phế quản cho người bệnh vẫn còn hạn chế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân mắc dị vật hữu cơ phế quản gặp tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh từ tháng 10/2011 đến tháng 10/2016.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám bệnh và phòng nội soi bệnh viện Tuệ Tĩnh, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả từng trường hợp.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 54 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

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. Đặc điểm tuổi, giới bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số BN	Tỷ lệ %
Nam	38	70,4
Nữ	16	29,6
Tổng	54	100,0

Nhận xét: Trong 54 bệnh nhân tham gia

Bảng 4. Hội chứng xâm nhập

Hội chứng xâm nhập	Nam (n=38)		Nữ (n=16)		Tổng (n=54)		p
	Số NB	Tỷ lệ %	Số NB	Tỷ lệ %	Số NB	Tỷ lệ %	
Rõ	36	94,7	16	100,0	52	96,3	>0,05
Thoảng qua	2	5,3	0	0,00	2	3,7	>0,05
Tổng	38	100,0	16	100,0	54	100,0	

Nhận xét: Hầu hết người bệnh có hội chứng xâm nhập là rõ chiếm 96,3%. Tỷ lệ các loại hội chứng xâm nhập ở nam và nữ là tương đương.

Bảng 5. Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ %
Tỉnh táo	52	96,3
Mệt mỏi	2	3,7
Kích thích	25	46,3

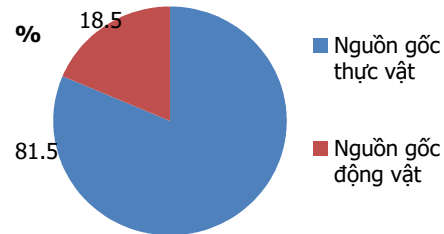
ngiên cứu thì có tới 70,4% (38 bệnh nhân) là nam giới cao hơn 2 lần tỷ lệ bệnh nhân là nữ giới (16 bệnh nhân chiếm 29,6%).

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Lứa tuổi	Số BN	Tỷ lệ %
1 – 3 tuổi	45	83,3
4 – 6 tuổi	1	1,9
> 6 tuổi	8	14,8
Tổng	54	100,0

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân ở độ tuổi từ 1-3 tuổi chiếm đến 83,3% (45/54 bệnh nhân), tiếp đó là ở độ tuổi trên 6 tuổi chiếm 14,8% (8/54 bệnh nhân). Tỷ lệ bệnh nhân 4-6 tuổi là ít nhất chiếm 1,9%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dị vật hữu cơ phế quản.



Biểu 1. Phân loại theo bản chất dị vật hữu cơ

Nhận xét: Có 44 bệnh nhân chiếm 81,5% bệnh nhân bị dị vật hữu cơ có nguồn gốc thực vật. Tỷ lệ dị vật hữu cơ có nguồn gốc động vật trong số bệnh nhân nghiên cứu chỉ chiếm 18,5% (10 bệnh nhân).

Bảng 3. Vị trí dị vật

Vị trí	Tổng (n=54)	
	Số BN	Tỷ lệ %
Phế quản gốc phải	30	55,6
Phế quản gốc trái	20	37,0
Cả hai vị trí	4	7,4

Nhận xét: 55,6% bệnh nhân có vị trí mắc dị vật đường thở ở vị trí phế quản gốc phải, vị trí cả 2 bên là thấp nhất với 7,4%.

Lờ đờ	6	11,1
Sốt	4	7,4

Nhận xét: Bệnh nhân đến viện thường trong tình trạng tỉnh táo (52/54 bệnh nhân chiếm 96,3%), có 46,3% bệnh nhân bị kích thích. Các triệu chứng khác chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 6. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số BN (54)	Tỷ lệ %
Ho	34	62,9
Khó thở	30	55,6
Đau ngực	2	3,7

Nhận xét: Người bệnh thường đến viện với triệu chứng cơ năng là ho (62,9%). Khó thở chiếm 55,6%. Triệu chứng ít gặp nhất là đau ngực với 3,7%.

Bảng 7. Hình ảnh X-quang lồng ngực (n=34)

Hình ảnh X-quang lồng ngực	BN	Tỷ lệ %
Dị vật cản quang	1	2,9
Viêm phế quản	4	11,8
Xẹp phổi	3	8,8
Khí phế thũng	3	8,8
Không có dấu hiệu gì	23	67,4

Nhận xét: Trong tổng số 34 người bệnh được chụp X-Quang có 67,4% không thấy dấu hiệu gì bất thường, chỉ có 2,9% nhìn thấy dị vật cản quang.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi, giới bệnh nhân

Đặc điểm tuổi: 54 bệnh nhân tham gia thì nam giới chiếm đến 70,4% và độ tuổi bệnh nhân hay gặp nhất là từ 1-3 tuổi (83,3%). Các em bé nhỏ thường có thói quen, phản xạ là đưa bất cứ thứ gì mà chúng cầm nắm được cho vào miệng, do mọc răng gây ngứa răng cũng có phần đi tìm hiểu thế giới xung quanh mình. Tỷ lệ về giới tính như trên cũng tương tự 2 nghiên cứu của Lương Sĩ Căn [3], Lê Xuân Cảnh [2], đây có thể do bé trai hiếu động, nghịch ngợm hơn bé gái nên dễ đưa vào miệng những vật dụng lạ.

Đặc điểm giới: Phần lớn bệnh nhân ở độ tuổi từ 1-3 tuổi chiếm đến 83,3% (45/54 bệnh nhân), tỷ lệ bệnh nhân 4-6 tuổi là ít nhất chiếm 1,9%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trước như Herth [7] năm 2012 với 80% ở độ tuổi từ 1-3 tuổi và Phan Công Ánh [1] với tỷ lệ 59%. Lý do chủ yếu là ở độ tuổi này trẻ rất hiếu động luôn muốn tìm vật dụng lạ để cho vào miệng, đây cũng là lứa tuổi đã được cho ăn các loại quả, hạt có nguy cơ cao. Bên cạnh đó, phản xạ họng – thanh quản ở lứa tuổi này chưa được hoàn chỉnh và thuận thực lắm, cùng với việc thiếu chú ý chăm sóc của gia đình, có phần chủ quan khi cho trẻ ăn, trẻ chơi và kiến thức về bệnh này còn chưa có.

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của dị vật hữu cơ phế quản

Đặc điểm của dị vật hữu cơ phế quản: Có đến 81,5% dị vật có nguồn gốc là từ thực vật.

Đây là loại dị vật hay gặp và chiếm tỷ lệ cao trong các nghiên cứu trước đây. Với nghiên cứu của Banks W [6] năm 1997 và Piquet năm 1980 thì tỷ lệ này là 73%.

Về vị trí của dị vật thì theo một số tác giả trước thì thường nằm chủ yếu ở phế quản với 70% theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Hải năm 1999 [4] trong đó vị trí hay gặp nhất là ở bên phế quản gốc phải hơn là bên trái. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự như vậy khi có 55,6% dị vật nằm ở phế quản bên phải và 7,4% là nằm ở cả 2 bên phế quản. Điều này cũng có thể giải thích trên lâm sàng. Phế quản phải có khẩu độ to hơn và chếch hơn phế quản trái, do đó dị vật dễ rơi vào phế quản bên này hơn.

Hội chứng xâm nhập: 96,3% bệnh nhân có hội chứng xâm nhập rõ ràng và ở nam và nữ là tương đương nhau. Đây là hội chứng quan trọng để chẩn đoán dị vật đường thở, nên khi bệnh nhân có hội chứng xâm nhập thì cần nghĩ ngay đến có dị vật.

Triệu chứng cơ năng thì có 62,9% xuất hiện ho; 55,6% bệnh nhân có khó thở và 3,7% bệnh nhân đau ngực. Tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Nga năm 2004 [5].

Triệu chứng cận lâm sàng: Cận lâm sàng rất cần thiết để đưa ra chẩn đoán xác định về bệnh. Đối với dị vật phế quản cũng không nằm ngoại lệ đó mà còn quan trọng hơn nhiều vì trên lâm sàng các triệu chứng có thể nhầm lẫn với các bệnh lý khác của đường hô hấp. Trong 34 bệnh nhân được chụp X-Quang lồng ngực thì có 67,4% không thấy dấu hiệu gì bất thường, chỉ có 2,9% xác định được dị vật cản quang còn lại là các bệnh lý khác như là viêm phế quản (11,8%), xẹp phổi (8,8%) hay khí phế thũng (8,8%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Quỳnh Nga [5] khi có 44,7% không có biểu hiện tổn thương trên phim X-quang.

V. KẾT LUẬN

Dị vật hữu cơ phế quản gặp chủ yếu ở trẻ em từ 1 đến 3 tuổi (83,3%) và hay gặp ở trẻ trai hơn với 70,4%. Bản chất dị vật hữu cơ thường gặp nhất là hạt thực vật, gặp nhiều nhất là hạt lạc (53,7%).

Hầu hết bệnh nhân đều có hội chứng xâm nhập rõ rệt với 96,3%; 62,9% thấy ho; 55,6% có khó thở. Triệu chứng cơ năng có rì rào phế nang giảm và ran rít là chủ yếu với 61,1% và 57,4%. Hình ảnh X-quang chủ yếu không có tổn thương với 67,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Công Ánh (1995), Dị vật thanh khí phế quản, Cấp cứu TMH và phẫu thuật cổ mặt nhi thành phố Hồ Chí Minh.
2. Lê Xuân Cảnh (1990), "Dị vật Tai - Mũi - Họng", Nội san Tai - Mũi - Họng. 1, tr. 69 - 87.
3. Lương Sỹ Cân và Nguyễn Văn Đức (1964), "145 trường hợp dị vật đường thở gặp trong 6 năm 1958 - 1963 tại khoa Tai mũi họng bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Y học Việt Nam. 3.
4. Nguyễn Thị Hồng Hải và Ngô Ngọc Liên (1999), "Dị vật đường thở bị bỏ qua - một bệnh lý

còn ít được quan tâm", Nội san Tai mũi họng. 2, tr. 25-30.

5. Nguyễn Thị Quỳnh Nga (2004), Nghiên cứu hình thái lâm sàng và kết quả điều trị dị vật đường thở của bệnh nhân mắc dị vật đường thở tại Viện Tai Mũi Họng Trung ương từ năm 1998 đến năm 2003, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Banks W. và Postic W. (1997), "Elusive unsuspected foreign bodies in the tracheobronchial tree.", Clin pediatr. 16, tr. 31-35.
7. Herth FJ (2012), "Bronchial foreign bodies", HNO. 60(9), tr. p.788 - 791.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT CỘT THAY ĐỔI MODIC BẰNG LIỆU PHÁP TIÊM CORTICOID NGOÀI MÀNG CỨNG

Nguyễn Văn Chương*, Tạ Hồng Nhung*

Key words: Lumbar disc herniation; Modic changes; epidural steroid injections; low back pain.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của liệu pháp tiêm corticoid ngoài màng cứng trong điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (TVĐĐ CSTL) có thay đổi Modic (MC). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng trên 102 bệnh nhân TVĐĐ CSTL, chia thành 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu (53 bệnh nhân có MC), nhóm chứng (49 bệnh nhân không có MC) cùng được điều trị chung một phác đồ tiêm corticoid ngoài màng cứng CSTL. **Kết luận:** Phác đồ tiêm corticoid ngoài màng cứng CSTL ít có hiệu quả đối với các bệnh nhân TVĐĐ CSTL có MC, đặc biệt là MC type 1.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng; Thay đổi Modic; Tiêm ngoài màng cứng; đau thắt lưng.

SUMMARY

STUDY OF THE TREATMENT EFFECTS IN PATIENTS WITH LUMBAR DISC HERNIATION BY EPIDURAL STEROID INJECTION THERAPY

Objective: to evaluate the efficacy of epidural steroid injection therapy in the treatment of patients with lumbar disc herniation those have Modic changes.

Subjects and Methods: a prospective, cross-sectional desription study with control. 102 patients with lumbar disc herniation divided into two groups: Study group (53 patients with MC), control group (49 patients without MC) are co-treated by an epidural corticoid injection therapy. **Conclusion:** epidural steroid injection therapy is less effective in patients with lumbar disc herniation those have MC, especially MC type I.

*Bệnh viện quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Hồng Nhung

Email: tahongnhung411@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay đổi Modic hay còn gọi là thoái hoá bề mặt thân sống (endplate) là một sự thoái hóa mô tập trung vào các xương ở cột sống và tủy xương sát đĩa đệm bị thoái hóa hoặc thoát vị thường gặp và thấy rõ nhất trên phim cộng hưởng từ (CHT). Thay đổi Modic (MC) được Michael Modic mô tả lần đầu vào năm 1988 bao gồm 3 type. MC được thấy thường có liên quan đến gãy xương cột sống, thoát vị đĩa đệm, thoái hóa đĩa đệm nặng, thoát vị Schmorl... Thay đổi Modic đặc biệt là Modic type 1 có liên quan chặt chẽ với đau cột sống thắt lưng và đau thắt lưng hông. Những bệnh nhân có MC thường đau nhiều hơn những bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa thông thường. Việc chẩn đoán hiện nay thường bị bỏ qua hoặc chẩn đoán nhầm do chưa có nhiều hiểu biết về bệnh dẫn đến việc điều trị chưa toàn diện. Trên thế giới gần đây đang nghiên cứu rất nhiều về việc điều trị những bệnh nhân đau thắt lưng có MC, các phương pháp điều trị đặc hiệu có hiệu quả đã được nêu ra như dùng kháng sinh, tiêm steroids nội đĩa đệm, hay thuốc nhóm Biophosphonates đường tĩnh mạch cũng có tác dụng với những bệnh nhân này. Đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào tại Việt Nam về vấn đề này, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có thay đổi Modic bằng liệu pháp tiêm corticoid ngoài màng cứng" nhằm mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị của liệu pháp tiêm corticoid ngoài màng cứng ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng có thay đổi Modic.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 102 bệnh nhân tuổi từ 20 trở lên được chẩn đoán xác định TVĐĐ CSTL điều trị nội trú tại khoa Nội thần kinh- Bệnh viện 103 từ 05/2016 đến 03/2017. Bệnh nhân được chia thành hai nhóm:

- Nhóm nghiên cứu: 53 bệnh nhân bị TVĐĐ CSTL có kèm theo MC ở CSTL.
- Nhóm chứng: 49 bệnh nhân TVĐĐ CSTL không có thay đổi Modic.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Lâm sàng: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán TVĐĐ CSTL của m.Sapotar (1970).
- Cận lâm sàng: Cộng hưởng từ CSTL 1.5T xác định có hình ảnh TVĐĐ.

*Tiêu chuẩn loại trừ: TVĐĐ CSTL kèm theo các bệnh lý khác: viêm đa dây thần kinh, u tủy, viêm tủy, lao, viêm nhiễm vùng cột sống thắt lưng không phải MC, ung thư cột sống,... Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang có đối chứng.

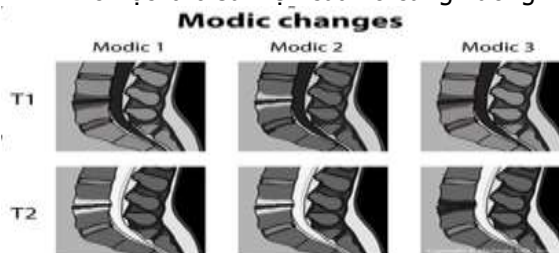
**Phương pháp thu thập số liệu:* Tất cả BN được hỏi bệnh, khám bệnh và làm xét nghiệm cận lâm sàng dựa theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

**Nội dung nghiên cứu:*

- Lâm sàng: Tính điểm lâm sàng trước và sau điều trị theo Bảng điểm lâm sàng của Bệnh viện 103 chia ra các mức độ: Nhẹ (1-6 điểm), Vừa (7-12 điểm), Nặng (13-18 điểm), Rất nặng (19-25 điểm).
- Cận lâm sàng: Thay đổi Modic là sự biến đổi tín hiệu tập trung ở bề mặt thân đốt sống và tủy

xương sít đĩa đệm, dựa vào bất thường tín hiệu trên ảnh CHT chia ra làm 3 type:

- + Modic type 1: giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W. MC type 1 đại diện cho phù tủy xương và viêm.
- + Modic type 2: tăng tín hiệu trên T1W và đồng hoặc tăng tín hiệu trên T2W. MC type 2 là biểu hiện của thoái hóa mỡ.
- + Modic type 3: giảm tín hiệu trên cả T1W và T2W. Mô học là biểu hiện của xơ cứng xương.



Hình 1. Các loại thay đổi Modic trên ảnh CHT

- Xác định mức độ chèn ép ống sống trên ảnh cộng hưởng từ theo MSU chia làm 11 độ: 1A, 1B, 1C, 1AB, 1BC, 2A, 2B, 2AB, 3A, 3B, 3AB để xác định mức độ thoát vị ra sau và theo Nguyễn Văn Chương với 4 mức độ từ nhẹ đến nặng: độ 1 đến độ 4 ưu thể xác định mức độ thoát vị lệch bên [1,2].

+ Đánh giá kết quả sau điều trị dựa vào: Tiêu chuẩn MacNab và theo thang điểm lâm sàng của Bộ môn Nội Thần kinh – HVQY với các mức độ: rất tốt, tốt, vừa, kém.

**Xử lý số liệu:* Số liệu được thống kê và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới

Giới và tuổi		Nhóm chứng		Nhóm NC		Tổng		p
		n	%	n	%	n	%	
Giới tính	Nam	24	49,0	25	48,0	49	48,0	>0,05
	Nữ	25	51,0	28	52,0	53	52,0	
Nhóm tuổi	30 -39	6	12,2	6	11,3	12	11,8	
	40 – 49	7	14,3	7	13,2	14	13,7	
	50 – 59	25	51,0	29	54,7	54	52,9	
	60 - 69	11	22,4	11	20,8	22	21,6	
Tổng		49	100,0	53	100,0	102	100,0	

Các loại NC chỉ gặp ở nhóm tuổi từ 30 trở lên và gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 50-59 chiếm 54,7% số bệnh nhân có MC. Không có sự khác biệt về phân bố nhóm tuổi ở hai nhóm nghiên cứu với p > 0,05.

Bảng 2. Phân bố theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	Nhóm chứng		Nhóm NC		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
< 1 năm	26	53,1	25	51,8	51	50,0	P ₂₃ >0,05
1 – 3 năm	7	14,2	9	15,7	16	15,7	
3 – 5 năm	4	13,3	5	12,0	9	8,8	
≥ 5 năm	12	19,5	14	26,3	26	25,5	
Tổng	49	100,0	53	100,0	102	100,0	

Các bệnh nhân có MC có thời gian mắc bệnh dưới 1 năm chiếm chủ yếu (51,8%). Không có sự khác biệt về phân bố thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.2. Mức độ nặng lâm sàng

Bảng 3. Độ nặng lâm sàng theo thang điểm Bộ môn – khoa Nội thần kinh

Mức độ nặng lâm sàng	Nhóm chứng		Nhóm NC		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Vừa	29	59,2	29	54,7	58	56,9	>0,05
Nặng	20	40,8	24	45,3	44	43,1	
Tổng	48	100,0	45	100,0	102	100,0	

Tất cả các bệnh nhân nghiên cứu ở hai nhóm đều có điểm lâm sàng ở mức độ vừa đến nặng. Không có sự khác biệt về mức độ nặng lâm sàng giữa hai nhóm nghiên cứu ($p > 0,05$).

3.3. Mức độ chèn ép ống sống trên phim cộng hưởng từ

Bảng 4. Độ chèn ép ống sống trên phim cộng hưởng từ

Mức độ chèn ép ống sống	Nhóm chứng		Nhóm NC		Tổng		p		
	SL	%	SL	%	SL	%			
Theo N.V. Chương	Độ 1	2	4,1	1	1,9	3	2,9	>0,05	
	Độ 2	5	10,2	4	7,5	9	8,8		
	Độ 3	7	14,3	7	13,2	14	13,7		
	Độ 4	35	71,4	41	77,4	76	74,5		
Theo MSU	Độ I	IA	0	0,0	0	0,0	0	0,0	>0,05
		IB	1	2,0	2	3,8	3	2,9	
		IC	4	8,2	3	5,7	7	6,9	
		IAB	5	10,2	14	26,4	19	18,6	
	Độ II	IIA	2	4,1	2	3,8	4	3,9	
		IIB	2	4,1	1	1,9	3	2,9	
		IIAB	25	51,0	19	35,8	44	43,1	
	Độ III	IIIA	2	4,1	2	3,8	4	3,9	
		IIIB	1	2,0	1	1,9	2	2,0	
		IIIAB	3	6,1	4	7,5	7	6,9	
Tổng	49	100,0	53	100,0	102	100,0			

Thay đổi Modic gặp nhiều nhất ở bệnh nhân thoát vị độ 4 theo Nguyễn Văn Chương (77,4%) và độ IIAB theo MSU (35,8%). Phân bố độ chèn ép ống sống ở hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 5. Điểm VAS trước và sau điều trị

Chỉ tiêu	Nhóm chứng (1)	Nhóm NC			p
		MC type 1 (2)	MC type 2 (3)	Tổng (4)	
Điểm VAS trước điều trị	5,64 ± 1,30	6,21 ± 1,37	5,51 ± 1,29	5,70 ± 1,34	P > 0,05
Điểm VAS sau điều trị	1,84 ± 1,26	3,14 ± 1,29	2,03 ± 0,90	2,32 ± 1,12	p₁₋₂ < 0,01 p₁₋₃ > 0,05 p₁₋₄ < 0,05
Điểm VAS thuyên giảm	3,83 ± 0,91	3,07 ± 0,83	3,46 ± 0,94	3,36 ± 0,92	p₁₋₂ < 0,01 p₁₋₃ > 0,05 p₁₋₄ < 0,05

Điểm VAS trước điều trị ở nhóm có MC type 1 cao hơn nhóm có MC type 2 và nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa. Điểm VAS thuyên giảm ở nhóm MC type 1 (3,07 ± 0,83) thấp hơn so với nhóm chứng (3,83 ± 0,91)

có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$), trong khi đó điểm VAS thuyên giảm ở nhóm MC type 2 (3,46 ± 0,94) cũng thấp hơn so với nhóm chứng nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Sự thuyên giảm điểm lâm sàng

Chỉ tiêu	Nhóm chứng(1)	Nhóm bệnh			p
		MC type 1 (2)	MC type 2 (3)	Tổng(4)	
Điểm LS trước điều trị	11,55 ± 2,75	11,64 ± 2,56	11,69 ± 2,99	11,68 ± 2,86	p > 0,05
Điểm LS sau điều trị	4,86 ± 2,65	6,29 ± 2,46	5,44 ± 2,58	5,66 ± 2,56	p > 0,05

Điểm thuyên giảm	6,69 ± 1,70	5,36 ± 1,39	6,26 ± 1,79	6,02 ± 1,73	p ₁₋₂ < 0,01 p ₁₋₃ > 0,05 p ₁₋₄ < 0,05
Hệ số thuyên giảm	0,60 ± 0,16	0,48 ± 0,14	0,55 ± 0,15	0,53 ± 0,15	p ₁₋₂ < 0,01 p ₁₋₃ > 0,05 p ₁₋₄ < 0,05

Điểm lâm sàng trước và sau điều trị ở nhóm NC đều cao hơn nhóm chứng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Điểm thuyên giảm và hệ số thuyên giảm ở nhóm NC thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Điểm lâm sàng trước điều trị ở nhóm có MC type 1 (11,64 ± 2,56) và type 2 (11,69 ± 2,99) đều cao hơn nhóm chứng (11,55 ± 2,75) nhưng

sự khác biệt này không có ý nghĩa. Ở nhóm MC type 1, điểm thuyên giảm (5,36 ± 1,39) và hệ số thuyên giảm (0,48 ± 0,14) thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (p < 0,01). Trong khi điểm thuyên giảm và hệ số thuyên giảm ở nhóm MC type 2 cũng thấp hơn nhóm chứng nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Kết quả điều trị theo Macnab và theo thang điểm của bộ môn NTK

Kết quả điều trị	Macnab				Bộ môn NTK				p
	Nhóm chứng (1)		Nhóm NC (2)		Nhóm chứng (3)		Nhóm NC (4)		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Rất tốt	4	8,2	2	3,8	4	8,2	2	3,8	p ₁₂ < 0,01 p ₃₄ < 0,01
Tốt	21	42,9	10	18,9	20	40,8	9	17,0	
Vừa	20	40,8	26	49,1	20	40,8	24	45,3	
Kém	4	8,2	15	28,3	5	10,2	18	34,0	
Tổng	49	100,0	53	100,0	49	100,0	53	100,0	

Kết quả điều trị theo Macnab và theo bộ môn NTK, nhóm chứng đạt kết quả chủ yếu tốt và vừa, trong khi nhóm nghiên cứu chủ yếu đạt kết quả vừa và kém. Sự khác biệt về kết quả điều trị giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu của chúng tôi thấy thay đổi Modic gặp ở nhóm tuổi từ 30 trở lên, và gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 50-59. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Karchevsky và CS, MC khá hiếm gặp ở tuổi trẻ và tỉ lệ mắc tăng lên theo tuổi, gặp tới 20% ở tuổi 60 [3]. Những thay đổi Modic là dấu hiệu báo động của quá trình thoái hóa liên quan đến tuổi tác làm ảnh hưởng đến cột sống thắt lưng. Tỷ lệ MC ở Nữ/Nam trong nghiên cứu của chúng tôi là 1.12/1. Trong một thống kê kết quả của 157 nghiên cứu về MC thì có 45 nghiên cứu cũng báo cáo rằng không có sự khác biệt về tỷ lệ MC giữa các giới tính khác nhau [6].

Thay đổi Modic type 1 và type 2 đều gặp nhiều nhất ở bệnh nhân TVĐĐ mắc bệnh dưới 1 năm chiếm 51,8%. Đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào cho thấy mối liên quan giữa các thay đổi Modic với thời gian mắc bệnh. Nhưng xét về bệnh học, MC type 1 được cho là biểu hiện của viêm và phù nề xung quanh đĩa đệm bị nhiễm khuẩn, thường gặp trong giai đoạn cấp tính của bệnh hoặc đợt cấp của đau thắt lưng mạn tính. Chúng ta đều biết rằng thoát vị đĩa đệm CSTL thường hay tái phát. MC type 1 cũng vậy. Sau điều trị đặc hiệu như tiêm Steroid nội đĩa đệm,

MC type 1 cũng không thoái triển và thường tiến triển thành MC type 2. Khi thoát vị đĩa đệm tái phát, MC type 2 có thể lại chuyển đổi thành MC type 1. Như vậy tức là MC type 1 và 2 đều có thể gặp ở BN đau thắt lưng mạn tính, cũng đồng nghĩa với việc thời gian mắc bệnh không thực sự có mối liên quan với các loại MC [4], [5].

4.2. Về mức độ nặng lâm sàng: Nghiên cứu của chúng tôi thấy các bệnh nhân có MC đều có điểm lâm sàng ở mức độ vừa đến nặng, không gặp mức độ nhẹ. Các nghiên cứu trên thế giới đều cho thấy mối có mối quan hệ chặt chẽ giữa những thay đổi Modic với đau thắt lưng, đặc biệt là MC type I. Những người có MC thường có cường độ đau thắt lưng nhiều hơn người không có MC. Đau tăng về đêm, khi căng thẳng về thể chất và khi vận động [5],[6]. Trên 80% những người có MC bị đau thắt lưng liên tục cả ngày lẫn đêm làm ảnh hưởng đến giấc ngủ, vận động và sinh hoạt hàng ngày [7].

4.3. Về mức độ chèn ép ống sống trên phim cộng hưởng từ: Kết quả nghiên cứu cho thấy các bệnh nhân có chèn ép ống sống độ 4 theo Nguyễn Văn Chương và độ 2AB theo MSU chiếm chủ yếu. Đây đều là các mức độ chèn ép ống sống trung bình đến nặng. Chưa có nghiên cứu nào chỉ ra mối liên quan giữa thay đổi Modic với mức độ thoát vị đĩa đệm. Tuy nhiên, người ta

thấy rằng MC thường có liên quan đến gãy xương cột sống, thoát vị đĩa đệm, thoái hóa đĩa đệm nặng, thoát vị Schmorl,...[7]. Về mặt cơ chế bệnh sinh, thoát vị đĩa đệm càng nặng, tần mạch cũng phát triển mạnh xung quanh phần đĩa đệm bị lồi ra, thông qua mô này các vi khuẩn yếm khí có độc lực thấp có thể xâm nhập vào đĩa đệm và gây nên quá trình viêm xung quanh đĩa đệm bị nhiễm khuẩn cho hình ảnh thay đổi Modic trên phim CHT.

4.4. Về kết quả điều trị: Kết quả của phác đồ điều trị thoát vị đĩa đệm thông thường có tiêm corticoid ngoài màng cứng đem lại hiệu quả chủ yếu là tốt và vừa với nhóm chứng, nhưng chỉ cho hiệu quả chủ yếu là vừa và kém đối với nhóm BN có MC, đặc biệt là MC type 1 ở cả hai thang điểm đánh giá. Điểm VAS thuyên giảm, điểm thuyên giảm và hệ số thuyên giảm đều thấp ở nhóm NC. Đặc biệt là ở nhóm MC type 1, phương pháp tiêm corticoid ngoài màng cứng chưa đạt mục tiêu điều trị (HSTG < 0,5).

Điều này được giải thích bởi thay đổi MC, đặc biệt MC type 1 là biểu hiện của viêm hoạt động ở bản mặt thân đốt sống chứ không chỉ là viêm phần gốc rễ thần kinh trong khoang ngoài màng cứng như những thoát vị đĩa đệm thông thường.

V. KẾT LUẬN

- Điểm VAS thuyên giảm, điểm thuyên giảm và hệ số thuyên giảm ở nhóm NC (đặc biệt nhóm

MC type 1) thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

- Ở nhóm bệnh nhân có MC type 1, phương pháp tiêm corticoid ngoài màng cứng chưa đạt mục tiêu điều trị (HSTG < 0,5).

- Kết quả điều trị theo Macnab và theo bộ môn NTK, nhóm chứng đạt kết quả chủ yếu tốt và vừa, trong khi nhóm NC chủ yếu đạt kết quả vừa và kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Chương.** Đề xuất cách phân chia mức độ chèn ép thần kinh trên phim chụp cộng hưởng từ ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống. Tạp chí y dược học quân sự số 3 – 2015.
2. **Lawrence Walter Mysliwiec Jacek Cholewicki and Greg P. Eis. MSU** Classification for herniated lumbar discs on MRI: toward developing objective criteria for surgical selection", Eur Spine J 2010, 19(7), pp.1087–109
3. **Karchevsky M et al,** "Reactive endplate marrow changes: a systematic morphologic and epidemiologic evaluation". Skeletal Radiol 2005;34:125–29.
4. **Bendix T et al.** Lumbar modic changes – a comparison between findings at low and high field magnetic resonance imaging. Spine 2012, 37, pp.1756–1762.
5. **Modic MT et al.** Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging. Radiology 1988;166:193–99.
6. **Manniche C. Vertebral endplate (modic) changes and the treatment of back pain using antibiotic.** Eur Spine 2014, 11, pp.585–590.
7. **H.B. Albert et al. Modic changes,** possible causes and relation to low back pain, Med Hypotheses 2008, pp.361–368.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN THỨC ĐẨY SỬ DỤNG CHẤT DẠNG AMPHETAMINE TRÊN BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: 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. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu một số yếu tố liên quan thúc đẩy sử dụng chất dạng Amphetamine. **Phương pháp nghiên cứu:** Gồm 33 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiện các chất dạng amphetamine theo ICD-10 thời gian từ 3/2013 đến 10/2013, điều trị nội trú tại Viện sức khỏe

Tâm thần Bệnh viện Bạch mai. Số liệu thu thập được phân tích, xử lý theo phương pháp thống kê toán học SPSS 16.0: **Kết quả:** - Trình độ học vấn chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là phổ thông trung học chiếm tỉ lệ 51,5% và phần lớn là thất nghiệp chiếm tỉ lệ 54,5%. Chưa lập gia đình (69,7%); li thân/ li hôn (12,1%). Chủ yếu sống thành thị (78,8%). Tiền sử sử dụng các chất gây nghiện khác: Heroin (39,4%); Rượu, bia (60,6%); Thuốc lá (60,6); Cần sa (30,3%); Ecstasy (21,2%). Thời gian nghiện đa số là 1 – 3 năm, chiếm tỉ lệ 60,6%. Tần suất sử dụng chất dạng Amphetamine phần lớn là gián đoạn (2 – 3 ngày/ lần) chiếm tỉ lệ 69,7%. **Kết luận:** Sự lạm dụng chất gây nghiện thường bắt đầu ở lứa tuổi trẻ, lứa tuổi học sinh. Đây là độ tuổi dễ bị dụ dỗ, lôi kéo vào các tệ nạn xã hội. Và đây cũng là lứa tuổi chưa có sự chín chắn về nhân cách dễ bị kích bác bởi đối tượng bạn xấu, hay tò mò về những thứ mới lạ.

Từ khóa: ICD – 10

*Viện sức khỏe tâm thần

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng

Email: drdungbm@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 8.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.6.2017

Ngày duyệt bài: 16.6.2017

SUMMARY

STUDYING A NUMBER OF RELATED FACTORS USING AMPHETAMINE INFECTION IN INDIVIDUAL TREATMENT PLANTS IN MENTAL HEALTH INSTITUTE

Problem: Trends in the use and abuse of amphetamines and amphetamines in Vietnam are becoming more and more widespread and widespread. The audience in adolescents is growing. Study **Objective:** To study some factors related to the promotion of amphetamine use: **Method:** 33 patients met the criteria for amphetamine addiction according to ICD-10 from 3/2013. Until 10/2013, inpatient treatment at the Institute of Mental Health Hospital. Data collected were analyzed and processed according to the mathematical statistics of SPSS 16.0: **Results:** The primary educational level of the study subjects was 51.5%. Unemployment is 54.5%. Unmarried (69.7%); Divorced/divorced (12.1%). Mainly urban (78.8%). History of other drug use: Heroin (39.4%); Alcohol, beer (60.6%); Tobacco (60.6); Cannabis (30.3%); Ecstasy (21.2%). The duration of drug addiction is 1-3 years, accounting for 60.6%. Frequency of amphetamine use is mostly interrupted (2 - 3 days/time) accounting for 69.7%. **Conclusion:** Substance abuse often begins at a young age or student age. This is the age easily tempted, dragged into the social evils. And this is also the age of the lack of maturity of personality is oppressed by the object of bad friends, or curious about the novelty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Amphetamine và các chất dạng Amphetamine thuộc nhóm kích thích hệ thần kinh trung ương, được 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 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. Tới năm 2001, 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. Nghiện Ma túy liên quan tới tội phạm, tệ nạn xã hội, gây rối loạn tâm thần, hành vi, làm suy sụp nghiêm trọng về sức khỏe, kinh tế, xã hội, an ninh quốc phòng.

Ở Việt Nam, đã có một số những nghiên cứu về rối Amphetamine, nhưng chưa có nghiên cứu

nào các yếu tố liên quan đến sử dụng chất dạng Amphetamine. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan thúc đẩy sử dụng chất dạng Amphetamine trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần" với mục tiêu: *Nhận xét một số yếu tố liên quan đến sử dụng chất dạng Amphetamine.*

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 Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tuổi ≤ 24	11	33,3%
25 – 34	18	54,5%
Tuổi ≥ 35	4	12,2%
X ± SD	27,36 ± 6,19	

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm tuổi 25 – 34 chiếm tỉ lệ cao nhất: 54,5%. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 27,36 ± 6,19.

Bảng 3.2 Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Học vấn	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tiểu học	1	3%
Trung học cơ sở	6	18,2%
Phổ thông trung học	17	51,5%
Cao đẳng, đại học	9	27,3%
Tổng số bệnh nhân	33	100%

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn phổ thông trung học có tỉ lệ cao nhất là 51,5%. Nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn Tiểu học chiếm tỉ lệ thấp nhất là 3%

Bảng 3.3 Nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu

Nghề nghiệp	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Học sinh, sinh viên	5	15,2%
Kinh doanh	4	12,1%
Lái xe	2	6,1%
Lao động tự do	4	12,1%
Thất Nghiệp	18	54,5%
Tổng số bệnh nhân	33	100%

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân thất nghiệp chiếm tỉ lệ là 54,5%. Nhóm bệnh nhân là học sinh, sinh viên chiếm tỉ lệ là 15,2%.

Bảng 3.4. Tình trạng hôn nhân và nơi sống của đối tượng nghiên cứu

Tình trạng hôn nhân Nơi ở	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Độc thân	23	69,7%
Lập gia đình	6	18,2%
Li thân / Li hôn	4	12,1%
Thành Thị	26	78,8%
Nông thôn	7	21,2%

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân chưa lập gia đình chiếm tỉ lệ cao nhất là 69,7%. Nhóm bệnh nhân sống ở nông thôn chiếm tỉ lệ thấp nhất 21,2%.

Bảng 3.5 Tiền sử sử dụng chất gây nghiện khác

Tiền sử sử dụng chất gây nghiện khác	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Heroin	13	39,4%
Rượu, bia	20	60,6%
Thuốc lá	20	60,6%
Cần sa	10	30,3%
Ketamin	5	15,2%

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có tiền sử sử dụng rượu bia, thuốc lá có tỉ lệ cao nhất là 60,6%. Nhóm bệnh nhân có tiền sử sử dụng Ketamin chiếm tỉ lệ thấp nhất là 15,2%.

Bảng 3.6. Tuổi sử dụng chất dạng Amphetamine lần đầu

Tuổi sử dụng chất dạng Amphetamine lần đầu	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Tuổi ≤ 15	1	3%
16 – 18	6	18,2%
19 – 24	10	30,3%
Tuổi ≥ 25	16	48,5%
X ± SD	24,7 ± 6,39	

Nhận xét: Lứa tuổi sử dụng lần đầu thuộc nhóm ≤ 24 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 51,5%. Tuổi trung bình sử dụng lần đầu là 24,7 ± 6,39.

Bảng 3.7. Thời gian sử dụng chất dạng Amphetamine

Thời gian sử dụng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
≤ 1 năm	7	21,2%
1- 3 năm	20	60,6%
≥ 3 năm	6	18,2%
X ± SD (năm)	2,7 ± 1,85	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiện 1-3 năm chiếm tỉ lệ cao nhất 60,6%. Số năm trung bình nghiện của đối tượng nghiên cứu là 2,7±1,85.

Bảng 3.8 Hoàn cảnh sử dụng chất dạng Amphetamine

Hoàn cảnh sử dụng Địa điểm sử dụng	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %
Một mình	12	36,4%
Cùng bạn bè	21	63,6%
Nhà riêng	14	42,4%
Quán Bar/ vũ trường	10	30,3%
Nhà nghỉ	9	27,3%

Nhận xét: nhóm bệnh nhân sử dụng chất dạng Amphetamine cùng bạn bè chiếm tỉ lệ cao nhất là 63,6%. Bệnh nhân sử dụng ở nhà nghỉ có tỉ lệ thấp nhất là 27,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu:

Trong bảng 1, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là 25 - 34 chiếm tỉ lệ 54,5%. Nhóm tuổi dưới 24 chiếm tỉ lệ 33,3%, nhóm tuổi trên 35 chiếm tỉ lệ 12,2%. Tuổi thấp nhất trong nghiên cứu là 17, tuổi cao nhất trong nghiên cứu là 41, Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 27,36 ± 6,19. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu khác. Một nghiên cứu gần đây của Suxia Li, có tuổi trung bình là: 29,7 ± 6,88. Lứa tuổi nghiện các chất dạng Amphetamine trong nghiên cứu của chúng tôi đồng nhất là thuộc lứa tuổi chủ lực chính trong lao động sản xuất. Do đây là giai đoạn chưa ổn định về kinh tế, chịu nhiều căng thẳng, áp lực, trách nhiệm trong cuộc sống, phải đối mặt với nhiều khó khăn. Đặc biệt nhóm tuổi dưới 24 tuổi (33,3%) báo hiệu nguy cơ trẻ hóa trong các đối tượng sử dụng chất dạng Amphetamin.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, người nghiện chất dạng Amphetamine chủ yếu là nam giới, chiếm tỉ lệ 94%; trong khi đó nữ giới chỉ có 2 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 6%. Theo McGergor và cộng sự, nghiên cứu thực hiện tại Thái lan, cho thấy tỉ lệ nghiện chất dạng Amphetamine chủ yếu là nam giới, chiếm 95%.

4.2. Trình độ học vấn: bảng 2. Chúng tôi nhận thấy trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu chủ yếu là mức phổ thông trung học, chiếm tỉ lệ 51,5%. Nhóm đối tượng nghiên cứu có mức học vấn cao đẳng hay đại học chiếm tỉ lệ 27,3%. Nhóm đối tượng có mức học vấn trung học cơ sở chiếm tỉ lệ 18,2%. Nhóm đối tượng có mức học vấn tiểu học chiếm tỉ lệ 3%. Không có đối tượng nào là mù chữ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các nghiên cứu khác. Các đối tượng trong nghiên cứu chủ yếu có trình độ học vấn thấp, nên có ít hiểu biết về chất gây nghiện hoặc hiểu biết sai lệch. Cần có phương thức truyền thông, giáo dục để người dân hiểu biết đúng đắn về các chất ma túy mới này.

4.3. Nghề nghiệp: Bảng 3. Các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là nhóm thất nghiệp, chiếm tỉ lệ 54,5%. Đối tượng là học sinh sinh viên chiếm tỉ lệ 15,2%. Nhóm đối tượng lao động tự do có 4 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 12,1%; đối tượng là lái xe chiếm tỉ lệ 6,1%; đối tượng làm kinh doanh chiếm tỉ lệ 12,1%. Trong nghiên cứu của Shoptaw, tỉ lệ nhóm thất

nghiệp chiếm 19,4%, nhóm sinh viên chiếm tỉ lệ 5,6%, nhóm có nghề nghiệp chiếm 75% (trong đó 50% là nhóm có làm việc toàn thời gian, 25% là nhóm làm việc bán thời gian). Nhóm kinh doanh và học sinh, sinh viên là nhóm lao động trí óc, khi phỏng vấn có nhiều người trong số họ tìm đến chất dạng Amphetamine để tăng cường sự tập trung trong học tập và làm việc, sau đó họ chuyển sang lạm dụng và nghiện. Không nghề nghiệp phần lớn là do họ luôn dành thời gian cho việc tìm kiếm và sử dụng chất nên chểnh mảng, không tập trung vào công việc và học tập, không tuân thủ giờ giấc nội quy dẫn tới việc mất việc hoặc phải bỏ học. Một số khác sống dựa dẫm vào người thân, sử dụng tiền bạc của gia đình cho tiêu thụ ma túy. Đây là những đối tượng làm rối loạn trật tự an ninh và an toàn xã hội.

4.4. Tình trạng hôn nhân: bảng 4. Phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là chưa lập gia đình, chiếm tỉ lệ 69,7%. Nhóm đối tượng đã lập gia đình chiếm tỉ lệ 18,2%. Nhóm đối tượng li thân hoặc li hôn chiếm tỉ lệ 12,1%. Tỉ lệ li thân hay li hôn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu của các nước phương Tây. Điều này có thể do lối sống của người phương Tây trong hôn nhân là khác với người Á Đông nói chung và của Việt nam nói riêng. Ở Việt nam, khi chồng hay vợ sử dụng các chất ma túy thì rất ít li thân hay li hôn vì con cái, vì tập quán, đạo đức xã hội... Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đối tượng chưa lập gia đình, sống cùng người thân, phần lớn là thất nghiệp hoặc có công việc không ổn định, có lối sống buông thả, không có gánh nặng trách nhiệm gì trong cuộc sống, dựa dẫm nhiều vào người thân, dễ sa đà vào Ma túy. Đồng thời việc sử dụng chất dạng Amphetamine làm họ không còn ham muốn hay giảm cơ hội lập gia đình.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là sống ở thành phố lớn chiếm tỉ lệ 78,8%. Đối tượng sống ở nông thôn chiếm tỉ lệ 21,2%. Do cuộc sống ở thành phố, với kinh tế cao, có nhiều dịch vụ giải trí, có nhiều nhà hàng khách sạn, nhà nghỉ, vũ trường hơn nông thôn, nên dễ du nhập và tiếp cận với các chất gây nghiện. Mặt khác, chúng tôi cũng nhận thấy có một tỉ lệ đáng kể các đối tượng sống ở nông thôn nghiện các chất dạng Amphetamine, có lẽ do công nghiệp hóa, mức sống ở các vùng nông thôn ngày càng được nâng cao. Sự xâm nhập và lan tràn của các chất dạng Amphetamine là đáng báo động

4.5. Tiền sử sử dụng chất gây nghiện khác. Bảng 5, chúng tôi nhận thấy các đối tượng có tiền sử lạm dụng rượu bia, thuốc lá chiếm tỉ lệ

là 60,6%. Đối tượng có tiền sử lạm dụng cần sa chiếm tỉ lệ 30,3%. Đối tượng có tiền sử lạm dụng Ketamine chiếm tỉ lệ 15,2%. Đối tượng có tiền sử nghiện Heroin chiếm tỉ lệ 39,4%. Đồng thời, chúng tôi cũng nhận thấy rằng: nhóm đối tượng không có tiền sử sử dụng chất gây nghiện nào khác chiếm tỉ lệ 21,2%. Nhóm đối tượng có tiền sử sử dụng 1 và 2 loại chất gây nghiện khác chiếm tỉ lệ tương ứng 18,2% và 24,2%. Nhóm đối tượng có tiền sử sử dụng 3 và 4 loại chất gây nghiện khác chiếm tỉ lệ tương ứng 21,2% và 3%. Nhóm đối tượng có tiền sử sử dụng 5 loại chất gây nghiện khác chiếm tỉ lệ 12,1%. Theo Cantwell và cộng sự, đối tượng trong nghiên cứu có tiền sử lạm dụng nhiều chất, lạm dụng benzodiazepine chiếm tỉ lệ 32%, lạm dụng cần sa chiếm tỉ lệ 27%, lạm dụng rượu chiếm tỉ lệ 21%, lạm dụng Opiate chiếm tỉ lệ 15%.

4.6. Tuổi lần đầu sử dụng chất dạng Amphetamine: bảng 6. nhóm bệnh nhân nghiện chất dạng Amphetamine khoảng 1 năm chiếm tỉ lệ 21,2%; nhóm bệnh nhân nghiện 1- 3 năm chiếm tỉ lệ 60,6%; nhóm bệnh nhân nghiện trên 3 năm chiếm tỉ lệ 18,2%, trong đó số năm nghiện lâu nhất là 8 năm. Số năm trung bình nghiện là $2,7 \pm 1,85$. độ tuổi lần đầu tiên sử dụng chất dạng Amphetamine của nhóm bệnh nhân trên 25 tuổi chiếm tỉ lệ 48,5%; nhóm bệnh nhân 19 – 24 tuổi chiếm tỉ lệ 30,3%; nhóm bệnh nhân 16 – 18 tuổi chiếm tỉ lệ 18,2%; nhóm bệnh nhân dưới 15 tuổi có 1 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 3%. Tuổi trung bình là $24,7 \pm 6,39$. Nghiên cứu của chúng tôi, có kết quả khác so với các nghiên cứu khác.

4.7. Tần suất sử dụng chất dạng Amphetamine: bảng 7. Nhóm bệnh nhân sử dụng chất dạng Amphetamine với tần suất 3 ngày/lần chiếm tỉ lệ cao nhất 45,5%. Nhóm bệnh nhân sử dụng với tần suất 2 ngày/lần ngày chiếm tỉ lệ 24,2%. Nhóm bệnh nhân sử dụng hàng ngày chiếm tỉ lệ 30,3%. Nhóm bệnh nhân sử dụng hàng ngày chủ yếu thuộc nhóm thất nghiệp, do gia đình có điều kiện kinh tế khá, bệnh nhân sống dựa dẫm gia đình, có nhiều thời gian rảnh rỗi tìm kiếm chất ma túy để sử dụng. Có lẽ một trong các lý do nhiều bệnh nhân không sử dụng thường xuyên là: Các chất dạng Amphetamine không phải lúc nào cũng có thể tìm được, giá thành cao, một phần cũng vì hội chứng cai chất dạng Amphetamine không rầm rộ về mặt cơ thể và có thể xuất hiện muộn vài ngày sau ngừng thuốc. Do vậy mà bệnh nhân có thể chịu đựng được tình trạng thiếu thuốc vài ngày mà không cần dùng thường xuyên.

4.8. Hoàn cảnh và địa điểm sử dụng chất dạng Amphetamine: Bảng 8. Phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi, cung cấp thông tin rằng họ thường sử dụng chất dạng Amphetamine cùng bạn bè chiếm tỉ lệ 63,6%, nhóm thường sử dụng một mình chiếm tỉ lệ 36,4%. Địa điểm sử dụng chất dạng Amphetamine thường xuyên ở nhà riêng chiếm tỉ lệ cao nhất 42,4%; sử dụng thường xuyên ở các quán Bar hay vũ trường chiếm tỉ lệ 30,3%; sử dụng thường xuyên ở nhà nghỉ chiếm tỉ lệ 27,3%. Không có bệnh nhân nào sử dụng ở cơ quan, nơi làm việc. Những bệnh nhân sử dụng chất dạng Amphetamine có xu hướng tụ tập, sử dụng cùng nhau, do giá thành của các chất dạng Amphetamine là cao hơn các chất gây nghiện khác như rượu, thuốc lá, Heroin. Việc sử dụng ở vũ trường/quán bar có tác dụng kích thích bệnh nhân nhảy múa không mệt mỏi, có cảm giác dễ gần với mọi người xung quanh.

V. KẾT LUẬN

Trình độ học vấn chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là phổ thông trung học chiếm tỉ lệ 51,5% và phần lớn là thất nghiệp chiếm tỉ lệ 54,5%. Chưa lập gia đình (69,7%); li thân/ li hôn (12,1%). Chủ yếu sống thành thị (78,8%). Tiền sử sử dụng các chất gây nghiện khác: Heroin (39,4%); Rượu, bia (60,6%); Thuốc lá (60,6); Cần sa (30,3%); Ecstasy (21,2%). Thời gian nghiện đa số là 1 – 3 năm, chiếm tỉ lệ 60,6%. Tần suất sử dụng chất dạng Amphetamine phần lớn là gián đoạn (2 – 3 ngày/ lần) chiếm tỉ lệ 69,7%.

Sự lạm dụng chất gây nghiện thường bắt đầu ở lứa tuổi trẻ, lứa tuổi học sinh. Đây là độ tuổi dễ bị dụ dỗ, lôi kéo vào các tệ nạn xã hội. Và đây cũng là lứa tuổi chưa có sự chín chắn về nhân cách dễ bị kích bác bởi đối tượng bạn xấu, hay tò mò về những thứ mới lạ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dyer K. R., Cruickshank C. C. (2005), "Depression and other psychological health problems among methamphetamine dependent patients in treatment: Implications for assessment and treatment outcome", *Australian Psychologist*. 40(2). 96-108.
2. Li S. X., Yan S. Y., Bao Y. P., et al (2013), "Depression and alterations in hypothalamic-pituitary-adrenal and hypothalamic-pituitary-thyroid axis function in male abstinent methamphetamine abusers", *Hum Psychopharmacol*. 28(5). 477-483.
3. Newton T. F., Kalechstein A. D., Duran S., et al (2004), "Methamphetamine abstinence syndrome: preliminary findings", *Am J Addict*. 13(3). 248-255.
4. McGregor C., Srisurapanont M., Jittiwutikarn J., et al (2005), "The nature, time course and severity of methamphetamine withdrawal", *Addiction*. 100(9). 1320-1329.
5. 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.
6. Nakama H., Chang L., Cloak C., et al (2008), "Association between psychiatric symptoms and craving in methamphetamine users", *Am J Addict*. 17(5). 441-446.
7. Vũ Thị Thu Nga, Lê Minh Giang, Bùi Minh Hào, và cộng sự (2011), "Thực trạng sử dụng ma túy tổng hợp ở một số nhóm nguy cơ cao tại Hà Nội, Đà Nẵng và Thành phố Hồ Chí Minh", *Tạp chí Y tế Công cộng*. 21(21). 44-49.

THỰC TRẠNG HIỂU BIẾT VỀ BÁC SĨ GIA ĐÌNH VÀ VIỆC SỬ DỤNG DỊCH VỤ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2017

Hà Hữu Tùng*, Vũ Thanh Bình*

TÓM TẮT

Để tìm hiểu về kiến thức, sự hiểu biết về mô hình bác sĩ gia đình, nhu cầu chăm sóc sức khỏe ban đầu của người dân. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được triển khai tại phòng khám đa khoa với 400 đối tượng là bệnh nhân đến khám bệnh trong 3 tháng đầu năm 2017. Kết quả cho thấy: 87,5% là những người có trình độ từ cao đẳng trở xuống; chỉ có 24,7% là có thu

nhập trên mức trung bình; 58,8% các đối tượng chưa biết về bác sĩ gia đình; Trên 50% số bệnh nhân muốn được khám bệnh, tư vấn sức khỏe và lập hồ sơ theo dõi sức khỏe tại nhà; Chỉ có 17,5% là đến khám tại trạm y tế, số còn lại khám tại các bệnh viện và phòng khám tư nhân. Qua đó đưa ra một số khuyến nghị cho các cấp, các ngành có những tư liệu làm căn cứ xây dựng chính sách hợp lý hơn.

Từ khóa: bác sĩ gia đình, dịch vụ y tế

SUMMARY

THE SITUATION OF KNOWLEDGE ABOUT FAMILY PHYSICIANS AND THE USE OF MEDICAL SERVICES FOR PATIENTS VISITING THE GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE 2017

**Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp*
 Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Tùng
 Email: tungbvnn@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài: 8.4.2017
 Ngày phản biện khoa học: 6.6.2017
 Ngày duyệt bài: 20.6.2017

To find out about knowledge, understanding about family physicians, needs for primary care of people. A cross-sectional descriptive study was conducted at a multidisciplinary clinic with 400 patients who visited the clinic in the first three months of 2017. The results show that 87.5% of those graduated from colleges and universities; Only 24.7% had above average income; 58.8% of the subjects did not know about GP; More than 50% of patients want to have health check-up, health consultation and home health records; Only 17.5% visited the clinic, while the rest visited private hospitals and clinics. Thereby provide some recommendations for all levels and sectors to have more material as basis for more rational policy formulation.

Keywords: family physicians; health service

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tình trạng quá tải ở các bệnh viện tuyến tỉnh và tuyến trung ương là vấn đề nan giải, ngành y tế đã có nhiều đề án, chương trình và giải pháp cho vấn đề quá tải bệnh viện đã được nghiên cứu và triển khai. Một trong các giải pháp đó là triển khai thí điểm mô hình bác sĩ gia đình (BSGD) ở một số tỉnh thành phố với nguyên lý hoạt động: "Chăm sóc sức khỏe liên tục, toàn diện, lồng ghép, phối hợp, dự phòng, hướng tới gia đình và cộng đồng. BSGD xây dựng và duy trì mối quan hệ tin cậy và lâu dài với cá nhân, hộ gia đình và cộng đồng" [3]. Chuyên ngành Y học gia đình là một thành phần trong chăm sóc sức khỏe ban đầu, do bác sĩ đa khoa tổng quát đảm nhiệm, với nguyên lý hoạt động trên sẽ giúp nâng cao vấn đề chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân, giúp giảm tình trạng quá tải ở tuyến trên một cách hiệu quả và bền vững.

Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp (BVĐKNN) đã triển khai phòng khám BSGĐ nhiều năm nay, tuy nhiên số lượng bệnh nhân khám tại phòng khám này còn thấp so với tỷ lệ khám bệnh trung bình tại khoa Khám bệnh hàng năm. Để tìm hiểu sự hiểu biết của người bệnh về BSGĐ và nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh (KCB) người bệnh đến khám tại BVĐKNN. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "thực trạng hiểu biết về bác sĩ gia đình và việc sử dụng dịch vụ của người bệnh đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2017"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và những phụ huynh có trẻ em dưới 18 tuổi đến khám tại khoa khám bệnh BVĐKNN, từ ngày 01/1/2017 đến ngày 31/3/2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang

Công thức tính cỡ mẫu:

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

Mẫu cần nghiên cứu là $n = 384$ người (làm tròn 400 người bệnh)

2.3. Chọn mẫu: Chọn mẫu xác suất - mẫu hệ thống. Số bệnh nhân khám tại khoa khám bệnh bệnh viện ĐKNN cơ sở 1 năm 2016, 3 tháng đầu năm 2016 là 27392 lượt khám. Giả định năm 2017 số lượng khám tại cơ sở 1 cũng tương đương. Gọi N: là quần thể bệnh nhân khám từ 1/1/2017 đến 31/3/2017 => N = 27392

-Xác định khoảng cách cỡ mẫu: $k = N/n = 27392/400 = 68,32$. Lấy $k = 68$

-BVĐKNN triển khai đăng ký và lấy phiếu khám qua phần mềm máy tính.

✓ Chọn $i = 1$ là người đầu tiên khám là mẫu ngẫu nhiên đơn số 1.

✓ Người số 2 là: $i + k = 1 + 68 = 69$ là bệnh nhân thứ 69 là mẫu thứ 2.

✓ Người số 3 là: $i + 2k = 1 + 2 \times 68 = 137$ là mẫu thứ 3...

✓ Lấy số liệu tiếp tục từng ngày (trừ ngày nghỉ) đến khi chọn đủ số lượng cần chọn là 400 người.

-Những đối tượng không phỏng vấn được thì đối tượng có số thứ tự kế tiếp sẽ thay thế đối tượng loại trừ và đưa vào danh sách nghiên cứu rồi tiếp tục chọn mẫu theo công thức trên.

Mẫu loại trừ

- Những bệnh nhân hay người nhà của bệnh nhân dưới 18 tuổi từ chối tham gia phỏng vấn

- Những bệnh nhân và người nhà không có khả năng tự trả lời phỏng vấn

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Toàn bộ số liệu thu thập được từ đối tượng nghiên cứu được nhập vào máy tính với phần mềm Epidata 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu

Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ %
Không biết chữ	3	0,8
Tiểu học	13	3,2
Trung học cơ sở	69	17,2
Trung học phổ thông	159	39,8
Trung cấp, cao đẳng	106	26,5
Đại học, sau đại học	50	12,5
Tổng số	400	100

Nhận xét: Tỷ lệ cao nhất về trình độ học vấn của người bệnh là trung học phổ thông (cấp 3) chiếm 39,8%, sau đó là trung cấp - cao đẳng chiếm 36,5%.

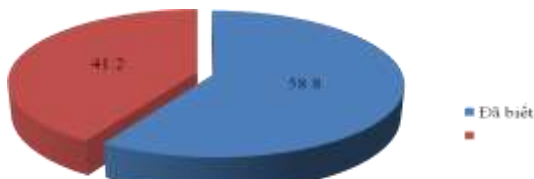
Bảng 3.2. Xếp loại kinh tế gia đình của đối tượng nghiên cứu

Điều kiện kinh tế	Số lượng	Tỷ lệ %
Nghèo	21	5,2
Cận nghèo	23	5,8
Trung bình	257	64,2
Khá	98	24,5
Giàu	1	0,2
Tổng số	400	100

Nhận xét: Tỷ lệ hộ trung bình chiếm 64,2%, hộ khá chiếm 24,5%. Hộ giàu và nghèo chiếm tỷ lệ ít.

3.2. Sự hiểu biết của người bệnh về bác sĩ gia đình.

Bảng 3.3. Tỷ lệ người bệnh đã nghe nói về BSGĐ



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người bệnh đã nghe nói về BSGĐ

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh chưa biết là 58,8% cao hơn tỷ lệ đã biết 41,2% ($p < 0,05$)

Bảng 3.4. Nhu cầu mong muốn đáp ứng về CSSK của người bệnh

Nhu cầu CSSK	N=400	Tỷ lệ %
Khám chữa bệnh tại nhà	203	50,8
Có thêm phòng khám dịch vụ	107	26,8
Được tư vấn nhiều hơn	243	60,8
Được theo dõi và điều trị liên tục	241	60,2
Được chăm sóc cả khi không bị ốm	155	38,8
Được quản lý sức khỏe cho cả gia đình	218	54,5
Khác, ghi rõ	2	0,5

Nhận xét: nhu cầu KCB và CSSK của người bệnh là rất nhiều. Chiếm tỷ lệ cao là "được KCB tại nhà, được tư vấn nhiều hơn và được theo dõi và điều trị liên tục, được quản lý sức khỏe cho cả gia đình" chiếm tỷ lệ lần lượt là: 50,8% ;60,8% ; 60,25; 54,5%.

Bảng 3.5. Cơ sở KCB ban đầu của đối tượng nghiên cứu

Nơi đăng ký KCB ban đầu	Số lượng	Tỷ lệ %
Trạm y tế xã	70	17,5
Bệnh viện huyện	127	31,8
Bệnh viện tỉnh, Ngành	149	37,2
Bệnh viện tuyến trung ương	18	4,5
Phòng khám tư nhân	29	7,2
Khác, ghi rõ	7	1,8

Nhận xét: nơi đăng ký KCB ban đầu của người bệnh chủ yếu là BV ngành chiếm 37,2%, sau đó là BV huyện: 31,8%, tuyến xã 17,5%.

Bảng 3.6. Thói quen KCB của đối tượng nghiên cứu

Thói quen KCB	N=400	Tỷ lệ %
Không điều trị gì	143	35,8
Tự mua thuốc	137	34,2
Khám tại tuyến y tế cơ sở	61	15,2
Khám tư nhân	49	12,2
Khám bệnh viện Tỉnh, Ngành	66	16,5
Khám tuyến TW	24	6,0

Nhận xét: thói quen KCB của người bệnh chủ yếu là không điều trị gì và tự mua thuốc chiếm lần lượt là 35,8%; 34,2%. Còn lại KCB ở các tuyến sản sản như nhau.

IV. BÀN LUẬN

- Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu (bệnh nhân đến khám tại BVĐKNN chủ yếu là sống tại các huyện ngoại thành Hà Nội, với trình độ văn hóa không cao: chủ yếu là dưới cấp học trình độ cao đẳng (đại học và sau đại học chỉ chiếm có 12,5%). Kèm theo đó tại đây đời sống kinh tế gia đình cũng hạn chế, với mức sống trung bình là chính (số hộ giàu chỉ chiếm có 0,2%). Chính vì vậy mà họ ít quan tâm đến xã hội, đến những loại hình cung cấp dịch vụ mới như loại hình khám, quản lý sức khỏe theo mô hình của phòng khám BSGĐ (tại Việt Nam mô hình thí điểm về BSGĐ mới triển khai từ năm 2013-2014) [2]. Liên quan đến việc các hộ gia đình có học vấn thấp có tỷ lệ sử dụng khám tại phòng khám BSGĐ qua nghiên cứu của chúng tôi cũng phản ánh đúng (74,4% không biết về BSGĐ) như nghiên cứu của tác giả khác [6].

- Một trong những thói quen trong lối sống của nhân dân ta là hay tin và làm theo những lời khuyên của những người đồng cảnh ngộ, trong nghiên cứu này cũng cho thấy tỷ lệ người bị bệnh không đi khám mà tự mua thuốc tại các nhà thuốc địa phương hoặc là xin thuốc của những người thân quen; Một tỷ lệ người bệnh không cần điều trị chiếm 34,2% giống với nghiên cứu khác là 42,6%. Đặc điểm này có thể do điều kiện kinh tế gia đình khó khăn quá mà không có tiền đi khám bệnh hoặc nhờ vào lực lượng thần bí nào đó, như có một nghiên cứu chỉ ra là có tới 2/3 số người bệnh phải vay mượn hoặc bán tài sản để chi trả tiền viện phí [6].

- Có một nghịch lý là: tuy điều kiện khó khăn về trình độ và hiểu biết, về kinh tế có thu nhập thấp, nhưng phần lớn người dân lại muốn được khám và điều trị tại nhà (50,8%), muốn được tư

vấn sức khỏe tại gia đình chiếm 60,8%, tương tự như kết quả nghiên cứu khác chiếm tỷ lệ là 73,1%[6][4]. Người bệnh cũng muốn được quản lý sức khỏe tại gia đình chiếm 54,5%, với nghiên cứu khác là 42,4%[4].

- Mặc dù có nhiều điều kiện khó khăn nhưng nhu cầu khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế/trạm y tế là rất thấp (15,2%), cũng như kết quả nghiên cứu khác là người dân không muốn đến khám tại trạm y tế chiếm 87,7%. Số còn lại họ đến khám tại các tuyến bệnh viện kể cả tuyến trung ương và các cơ sở y tế tư nhân.

Qua kết quả nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng việc sử dụng các loại hình dịch vụ y tế của người dân còn bất cập do nhiều nguyên nhân, trong đó là có sự chông chéo về chức năng, phân tuyến không rõ ràng, chất lượng cung cấp dịch vụ không đồng đều, đặc biệt là chất lượng khám chữa bệnh tại tuyến y tế cơ sở. Bên cạnh đó là công tác giáo dục, truyền thông cũng còn hạn chế nên chưa thay đổi nhận thức của người dân về vấn đề quản lý bảo vệ và nâng cao sức khỏe của chính mình.

V. KẾT LUẬN

- Trình độ văn hóa và hiểu biết chung về công tác khám chữa bệnh còn thấp, đặc biệt là thiếu thông tin về dịch vụ theo mô hình BSGĐ.

- Tuy mức kinh tế gia đình thấp nhưng nhu cầu được chăm sóc sức khỏe là rất cao, đặc biệt là được khám chữa bệnh và quản lý sức khỏe tại nhà.

- Người dân hiện chưa sử dụng dịch vụ khám

chữa bệnh theo mô hình BSGĐ là do thiếu thông tin về mô hình này.

- Hiện nay người dân sử dụng dịch vụ khám bệnh ban đầu tại các tuyến bệnh viện và phòng khám tư nhân, rất ít khám tại trạm y tế do còn thiếu niềm tin về chất lượng cung cấp dịch vụ.

KHUYẾN NGHỊ

- Xã hội cần thông tin tuyên truyền nhiều hơn nữa về mô hình BSGĐ.

- Phòng khám BSGĐ không nên gộp chung với trạm y tế địa phương, với chức năng lẫn lộn (bác sĩ vừa khám và làm công tác của y học dự phòng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2015)**, Báo cáo tổng kết công tác y tế năm 2014, Nhiệm vụ và giải pháp trọng tâm năm 2015, giai đoạn 2016 – 2020, Hà Nội.
2. **Bộ Y Tế (2014)**, Thông tư số 16/2014/TT-BYT ngày 22/5/2014, Hướng dẫn thí điểm về bác sĩ gia đình và phòng khám bác sĩ gia đình.
3. **Bệnh viện Đa Khoa Nông Nghiệp (2016)**, Báo cáo số liệu chuyên môn năm 2015.
4. **Nguyễn Phương Hoa, Nguyễn Thị Tuyết Nhung (2012)**, *Y Học Gia Đình*, Nhà xuất bản Y học, HN.
5. **Viện Chiến lược và chính sách y tế HSPI (2009)**, Báo cáo đánh giá tình trạng quá tải bệnh viện ở các tuyến, Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Tuyết Nhung (2011)**, *Mô tả thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế và xác định nhu cầu của cộng đồng trong việc triển khai dịch vụ bác sĩ gia đình tại Hà Nội năm 2011*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y HN.
7. **World Health Organization. World Health Report 2008: primary health care (now more than ever)**. Available at: www.who.int/whr/2008/en/.

THỰC TRẠNG CHI TRẢ KHÁM CHỮA BỆNH CỦA BỆNH NHI ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TỈNH HẢI DƯƠNG NĂM 2016 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Nguyễn Thị Phương Hằng*, Vũ Minh Hải**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng chi trả khám chữa bệnh cho bệnh nhi tại bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2016 và một số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang qua điều tra dịch tễ học. **Kết quả:** Số tiền gia đình bệnh nhi đã trả (chi phí trực tiếp cho y

tế) cho lần khám chữa bệnh từ 0-1triệu chiếm tỷ lệ nhiều nhất, thành thị cao hơn nông thôn (92,3% và 86,8%). Mức chi trả thấp nhất ở thành thị là từ 2-3 triệu (0,7%), ở nông thôn là từ 3 triệu trở lên (0,4%). Chi phí chi tiêu trung bình ngoài thanh toán bệnh viện là 1.697.294 đồng. Có 2 yếu tố liên quan tới sự chi trả của gia đình bệnh nhi đó là giữa thành thị với nông thôn (OR: 3, 95% CI (2,0-4,7)) và giữa nhập viện đúng tuyến và vượt tuyến (OR: 2,8, 95% CI(1,8-4,3)).

Kết luận: Chi phí chi trả trực tiếp cho y tế từ 0-1 triệu chiếm tỷ lệ nhiều nhất, ở thành thị cao hơn nông thôn (92,3% và 86,8%). Chi phí chi tiêu trung bình ngoài viện là 1.697.294 đồng. Có 2 yếu tố liên quan tới sự chi trả là địa bàn và hình thức nhập viện.

*Bệnh viện Nhi Hải Dương

**Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hải

Email: vuminhhai777@gmail.com

Ngày nhận bài: 27.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 30.5.2017

Ngày duyệt bài: 6.6.2017

SUMMARY**REAL SITUATION OF PAYMENT FOR MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT FOR CHILD INPATIENTS IN HAI DUONG PEDIATRIC HOSPITAL IN 2016 AND SOME RELATING FACTORS**

Objective: Describing real state of payment for health care service for child patients in Hai Duong in 2016 and some related factors. **Methods:** Cross-sectional study in epidemiology. **Results:** The money a family had to pay (directly for medicine) from 0 to 1 million dong per one time to cure accounted for the most part. Urban families paid higher than rural ones (92.3% and 86.8%). Lowest payment in urban areas was from 2-3 million (0.7%), in rural areas was from 3 million and over (0.4%). The average expenditure excluding hospital expense was 1,697,294 dong. Two factors relating to the payment was the difference between urban and rural areas (OR: 3, 95% CI (2.0 to 4.7)), and right route and beyond route admission (OR: 2.8, 95% CI (1.8 to 4.3)). **Conclusion:** Direct payment for health care service from 0-1 million had highest proportion, higher payment in urban than in rural areas (92.3% and 86.8%). The average expenditure excluding hospital expense was 1,697,294 VND. Two factors relating to the payment were the location and admission form.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhu cầu chăm sóc sức khỏe và bảo vệ sức khỏe của nhân dân ngày càng được nâng cao, người bệnh ai cũng mong muốn có được dịch vụ chăm sóc sức khỏe tốt nhất trong khả năng chi trả của mình. Tại nhiều nước ở châu Á, chi cho y tế tăng nhanh hơn so với tốc độ tăng trưởng kinh tế. Việt Nam là một nước thuộc nhóm có thu nhập thấp của thế giới, nguồn lực của nhà nước dành cho chi tiêu công nói chung và cho ngành y tế nói riêng còn nhiều hạn hẹp. Trong khi đó tỷ lệ chi phí cho y tế của các hộ gia đình tăng từ 94 USD/đầu người năm 2011 lên 142 USD/đầu người năm 2014 [1]. Chi phí của các hộ gia đình cho y tế tăng không chỉ từ việc tăng sử dụng các dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế tư nhân mà còn từ các khoản viện phí và chi phí thuốc từ các cơ sở y tế công. Thực tế cho thấy, bên cạnh việc chi phí BHYT nhận được, bệnh nhân nói chung, gia đình của bệnh nhi nói riêng khi tiến hành khám chữa bệnh cũng phải

chi trả cho các chi phí khác có liên quan tới việc khám chữa bệnh của con em mình. Trong một số trường hợp, số tiền này là không nhỏ. Đây là một thực tại ở hầu hết các bệnh viện trong đó có bệnh viện Nhi Hải Dương. Những chi phí này có thể hạn chế được nếu như người bệnh và bệnh viện có các giải pháp lựa chọn và cung cấp dịch vụ phù hợp.

Trong bối cảnh trên, việc trả lời câu hỏi: thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhi hiện nay ra sao, việc chi trả cho khám chữa bệnh của các đối tượng này như thế nào và góp phần đưa ra cơ sở dữ liệu cho các nhà quản lý và hoạch định chính sách có cơ sở khoa học trong việc đề ra các giải pháp phù hợp hơn để giúp các bệnh nhi tiếp cận tốt hơn dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Chính vì thế, chúng tôi tiến hành xác định việc chi trả khám chữa bệnh của bệnh nhân nhi điều trị nội trú tại bệnh viện Nhi Hải Dương năm 2016 và một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn nghiên cứu: Các khoa lâm sàng của bệnh viện Nhi Hải Dương

2. Đối tượng nghiên cứu: Bố/mẹ hoặc người chăm sóc bệnh nhi vừa kết thúc đợt điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi Hải Dương.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp dịch tễ học mô tả cắt ngang

3.2. Cỡ mẫu: chọn 400 đối tượng để phỏng vấn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhi điều trị nội trú

Bảng 2.1 Khoảng cách từ nhà của đối tượng tới bệnh viện

Khoảng cách tới bệnh viện	X ± SD	
Từ thành thị	11,7	10,34
Từ nông thôn	21,6	13,91

Khoảng cách trung bình tới bệnh viện Nhi từ thành thị là 11,7±10,34km; gần hơn so với khoảng cách trung bình từ nông thôn tới bệnh viện Nhi là 21,6 ± 13,91km.

Bảng 2.2. Tỷ lệ được cán bộ y tế truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ của bố/mẹ hoặc người chăm sóc bệnh nhi

Cán bộ y tế truyền thông	Thành thị (n=142)		Nông thôn (n=258)		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	108	78,8	205	85,8	313	83,2
Không	29	21,2	34	14,2	63	16,8
Tổng	137	100	239	100	376	100

Đa số các đối tượng đều được cán bộ y tế truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ, trong đó tại khu vực nông thôn là 85.8% cao hơn so với khu vực thành thị là 78.8%.

Bảng 2.3. Tỷ lệ biết quyền lợi bệnh nhi khi sử dụng BHYT của bố/mẹ hoặc người chăm sóc bệnh nhi

Quyền lợi bệnh nhi khi sử dụng BHYT	Thành thị (n=142)		Nông thôn (n=258)		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Biết	135	95,1	243	94,2	378	94,5
Không biết	7	4,9	15	5,8	22	5,5
Tổng	142	100	258	100	400	100

Kết quả cho thấy tại cả 2 khu vực nông thôn và thành thị thì tỷ lệ đối tượng biết quyền lợi bệnh nhi khi sử dụng BHYT là rất cao với 94,2% và 95,1%.

3.1 Việc chi trả khám chữa bệnh cho bệnh nhi và một số yếu tố liên quan

Bảng 2.4 Tổng số tiền đã trả trực tiếp cho lần KCB này (chi phí trực tiếp cho y tế)

Số tiền chi trả	Thành thị (n=142)		Nông thôn (n=258)		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Từ 0- 1 triệu	131	92,3	224	86,8	355	88,7
Từ 1- 2 triệu	7	4,9	30	11,6	37	9,3
Từ 2- 3 triệu	1	0,7	3	1,2	4	1,0
3 triệu trở lên	3	2,1	1	0,4	4	1,0
Tổng	142	100	258	100	400	100

Kết quả cho thấy tổng số tiền gia đình bệnh nhi đã trả trực tiếp cho lần KCB từ khoảng từ 0-1 triệu chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tại khu vực thành thị là 92,3%, tại khu vực nông thôn là 86,8%. Số tiền chi trả từ 2-3 triệu tại thành thị là thấp nhất với 0,7%, còn thấp nhất ở nông thôn là mức chi trả từ 3 triệu trở lên với chỉ 0,4%.

Bảng 2.5 Tổng số tiền trung bình chi trả ngoài thanh toán của bệnh viện

Đơn vị tính: đồng

Nội dung chi trả	Thành thị (n=142)	Nông thôn (n=258)	Tổng
Ăn uống	655.370	682.519	672.881
Đi lại	276.092	345.194	320.663
Mua đồ dùng	164.330	229.070	206.087
Nghỉ làm	417.958	541.531	497.663
Tổng(*)	1.513.750	1.798.314	1.697.294
So sánh		(*)p>0,05	

Số liệu cho thấy tổng số tiền trung bình chi tiêu trong ngoài thanh toán của bệnh viện mà gia đình bệnh nhi phải trả trung bình là 1.697.294 đồng, trong đó vùng nông thôn có chi phí cao hơn so với thành thị (1.798.314 đồng so với 1.513.750 đồng), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 2.6 Mô hình một số yếu tố liên quan tới sự chi trả khám chữa bệnh tại bệnh viện cho bệnh nhi

Biến độc lập	Số điều tra	Có khả năng chi trả		OR CI95%	p
		SL	%		
Địa bàn					
Thành thị	142	74	52,1	3,0 (2,0-4,7)	<0,05
Nông Thôn	258	68	26,4		
Trình độ học vấn					
Dưới THPT	18	6	33,3	0,9 (0,3-2,5)	>0,05
THPT trở lên	382	136	35,6		
Nghề Nghiệp					
CNVC	106	44	41,5	1,4 (0,9-2,2)	>0,05
Khác	294	98	33,3		
Mối liên quan giữa mức thu nhập trung bình của đối tượng và khả năng chi trả					
≤700.000 đồng	4	1	33,3	0,9 (0,1-10,1)	>0,05
>700.000 đồng	393	141	35,5		
Hình thức nhập viện					
Đúng tuyến	123	64	52,0	2,8 (1,8-4,3)	<0,05
Chuyển/ vượt tuyến	277	78	28,2		

Nhận xét: có 2 yếu tố có ý nghĩa thống kê về khả năng chi trả, đó là địa bàn có sự khác biệt về khả năng chi trả giữa thành thị và nông thôn, và hình thức nhập viện có sự khác biệt giữa đúng tuyến và chuyển/vượt tuyến (p<0,05)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của bệnh nhi điều trị nội trú:

Việc tiếp cận các cơ sở y tế của người dân thường được đánh giá bằng khoảng cách đến cơ sở y tế, khả năng chi trả khi đến các cơ sở y tế, thái độ phục vụ của nhân viên y tế và chất lượng dịch vụ KCB. Trong đó khoảng cách từ nơi ở đến các cơ sở khám chữa bệnh có ảnh hưởng đến cơ hội tiếp cận với dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe của người bệnh. Nếu người bệnh sinh sống ở vùng nông thôn thì sẽ có vị trí địa lý xa, nên việc đi lại thường khó khăn và việc đi từ nơi ở đến cơ sở khám chữa bệnh cũng xa hơn so với người bệnh sống tại khu vực thành thị. Do đó, khoảng cách giữa nơi ở và cơ sở khám chữa bệnh xa cũng là rào cản lớn đối với việc tiếp cận dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe của người nghèo. Kết quả nghiên cứu cho thấy khoảng cách trung bình từ nhà đến bệnh viện từ thành thị là $11,7 \pm 10,34$ km, từ khu vực nông thôn là $21,6 \pm 13,9$ km, với địa bàn là tỉnh đồng bằng, đường đi lại thuận tiện, các phương tiện giao thông sẵn có dễ dàng cho người dân lựa chọn. Tuy nhiên, với phương tiện sử dụng khác nhau nên thời gian đến với cơ sở y tế cũng khác nhau, nếu phương tiện thô sơ hơn thì thời gian đến cơ sở y tế lâu hơn và điều đó cũng đồng nghĩa với khả năng tiếp cận sẽ thấp hơn. Tại bệnh viện Nhi Hải Dương, đa số người dân đến với bệnh viện sử dụng phương tiện vận chuyển là xe máy, một số ở xa thì sử dụng xe taxi hoặc xe khách cũng hoàn toàn phù hợp với điều kiện thực tiễn tại địa phương.

Tiếp cận thông tin chăm sóc sức khỏe là một yếu tố quan trọng trong việc chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe của người dân, khi người dân được tiếp cận đầy đủ thông tin về chăm sóc sức khỏe thì họ sẽ có kiến thức để thực hành phòng và chống bệnh tốt hơn, bảo vệ sức khỏe cho mình và cho mọi người. Giảm nguy cơ mắc bệnh cũng là giảm chi phí cho KCB, giảm gánh nặng cho kinh tế của gia đình. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số đối tượng nghiên cứu được truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ chiếm 94%; trong đó ở thành thị là 96,5% cao hơn ở nông thôn là 92,6%. Việc được cán bộ y tế trực tiếp truyền thông về phòng chống bệnh cho trẻ giúp cho bà mẹ có kiến thức đúng trong việc chăm sóc thai nghén, sinh đẻ cũng như nuôi con.

Tại cả 2 khu vực nông thôn và thành thị thì tỷ lệ đối tượng biết quyền lợi bệnh nhi khi sử dụng BHYT ở mức cao với 94,2% và 95,1% theo thứ tự. Qua đó, có thể thấy công tác tuyên truyền,

giải thích của ngành y tế và các bên liên quan về bảo hiểm y tế đã được thực hiện khá tốt. Việc biết cả quyền lợi và trách nhiệm của người bệnh khi tham gia bảo hiểm y tế giúp cho bệnh nhi và người nhà bệnh nhi thực hiện tốt các thủ tục có liên quan, đáp ứng tốt hơn cho việc nâng cao chất lượng khám chữa bệnh và góp phần giảm thiểu chi phí phát sinh trong quá trình điều trị.

4.2. Việc chi trả khám chữa bệnh cho bệnh nhi:

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tổng số tiền gia đình bệnh nhi đã trả trực tiếp cho lần KCB từ khoảng từ 0- 1 triệu chiếm tỷ lệ nhiều nhất, tại khu vực thành thị là 92,3%, tại khu vực nông thôn là 86,8%. Số tiền chi trả từ 2-3 triệu tại thành thị là thấp nhất với 0,7%, còn thấp nhất ở nông thôn là mức chi trả từ 3 triệu trở lên với chỉ 0,4%. Theo kết quả tập hợp trong nghiên cứu, tổng số tiền trung bình chi tiêu trong thanh toán của bệnh viện mà gia đình bệnh nhi phải trả trung bình là 428.692 đồng, trong đó vùng nông thôn có chi phí cao hơn so với thành thị (510.752 đồng so với 279.597 đồng), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lý giải điều này là, do đối tượng từ khu vực nông thôn đến khám và nhập viện điều trị tại bệnh viện Nhi có tỷ lệ vượt tuyến nhiều hơn nên phần trăm BHYT không thanh toán sẽ cao hơn, hơn nữa khi đối tượng không khám chữa bệnh tại nơi đăng ký ban đầu mà phải vượt tuyến thì thường sẽ là các bệnh nặng hơn do đó chỉ định làm các xét nghiệm cũng nhiều hơn để phục vụ cho chẩn đoán và điều trị bệnh làm gia tăng chi phí xét nghiệm thủ thuật, vật tư tiêu hao nhiều hơn. Các lý do trên làm cho tổng số tiền chi tiêu trong thanh toán của bệnh viện mà gia đình bệnh nhi phải trả ở vùng nông thôn sẽ có xu hướng cao hơn so với thành thị.

Chi phí ngoài y tế của đối tượng nghiên cứu được tính cho các mục chi gồm: ăn uống, đi lại, mua đồ dùng phục vụ tại bệnh viện, chi phí gián tiếp do người chăm sóc phải nghỉ làm. Những chi phí mà đối tượng nghiên cứu phải trả cho một lần KCB ở đây không hoàn toàn chỉ là chi phí cho điều trị, thuốc thang mà bao gồm cả chi phí ăn ở, đi lại, mua đồ dùng, người nhà trông nom và những chi phí không chính thức khác... những chi phí này cũng chiếm một tỷ lệ lớn. Lý do là khoảng cách từ nhà đến bệnh viện xa hơn, chi phí cho đi lại tốn kém hơn. Việc nhà xa dẫn tới việc ở lại viện nhiều hơn nên chi phí ăn uống, mua đồ dùng cũng tốn kém hơn.

4.3. Một số yếu tố liên quan: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 2 yếu tố có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khả năng

chi trả, đó là địa bàn có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn (26,4% và 52,1%); và hình thức nhập viện sự khác nhau giữa đúng tuyến và chuyển/vượt tuyến (52,0% và 28,2%). Điều này có thể do đối tượng nghiên cứu chủ yếu sinh sống tại nông thôn chiếm 64,5%; tỷ lệ sinh sống tại thành thị ít hơn với 35,5%. Việc trẻ em nông thôn nhập viện nhiều hơn trẻ em thành thị có thể do tại bệnh viện Nhi Hải Dương, đối tượng bệnh nhân chính hầu hết là trẻ em trong tỉnh và các tỉnh bạn lân cận. Đây là một thực tế hết sức bình thường vì đầu tiên sẽ thuận theo vị trí địa lý và tâm lý gia đình bệnh nhân, bệnh viện nào gần thì đến. Về hình thức nhập viện đúng tuyến và chuyển tuyến. Hầu hết các trẻ em trong các phường đều được đăng ký khám chữa bệnh ban đầu ở bệnh viện Nhi Hải Dương, một số phường đăng ký ở bệnh viện đa khoa thành phố hoặc các cơ sở khám chữa bệnh khác như: bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, bệnh viện đa khoa Hòa Bình, bệnh viện Đại học kỹ thuật y Hải Dương... tùy theo cơ quan Bảo hiểm xã hội tỉnh phân đầu thẻ. Cho nên số lượng trẻ nhập viện đúng tuyến là khá cao. Tuy nhiên vẫn có tỷ lệ trẻ nhập viện theo hình thức vượt tuyến (cơ quan Bảo hiểm thanh toán 60%, gia đình chi trả 40%) với lý do không xin được giấy chuyển viện từ các cơ sở đã

đăng ký khám chữa bệnh ban đầu, hoặc nhà gần với bệnh viện Nhi hơn hoặc tin tưởng vào bệnh viện Nhi hơn.

V KẾT LUẬN

- Tổng số tiền gia đình bệnh nhi đã trả trực tiếp cho lần khám chữa bệnh từ khoảng từ 0-1 triệu chiếm tỷ lệ nhiều nhất, số tiền chi trả từ 2-3 triệu chiếm tỷ lệ thấp hơn.

- Số tiền trung bình chi tiêu trong ngoài thanh toán của bệnh viện mà gia đình bệnh nhi phải trả trung bình là 1.697.294 đồng, trong đó vùng nông thôn có chi phí cao hơn so với thành thị (1.798.314 đồng so với 1.513.750 đồng), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

- Có 2 yếu tố có ý nghĩa thống kê về khả năng chi trả, đó là địa bàn có sự khác biệt về khả năng chi trả giữa thành thị và nông thôn, và hình thức nhập viện có sự khác biệt giữa đúng tuyến và chuyển/ vượt tuyến ($p < 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Bank (2016), *Health expenditure per capita*
2. Hoàng Văn Minh, Nguyễn Thị Mai An (2013), "Phân tích chi phí điều trị một số bệnh thường gặp tại bệnh viện huyện Thanh Oai- Hà Nội, 2009", *Tạp chí Y học thực hành*, số 7 (876), tr. 147-150.

SỰ THAY ĐỔI KHỚP CĂN SAU ĐIỀU TRỊ SAI KHỚP CĂN LOẠI II LÙI XƯƠNG HÀM DƯỚI CÓ SỬ DỤNG KHÍ CỤ FORSUS

Đặng Thị Vỹ¹, Nguyễn Thị Thu Phương², Trịnh Đình Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi khớp cắn sau điều trị sai khớp cắn loại II lùi xương hàm dưới bằng chỉnh nha cố định kết hợp với khí cụ forsus bằng chỉ số PAR. **Phương pháp:** 44 mẫu thạch cao của 22 bệnh nhân (tuổi trung bình 13,8) sai khớp cắn loại II lùi xương hàm dưới đã được phân tích dựa vào chỉ số PAR nhằm đánh giá sự thay đổi sau điều trị so với trước điều trị và mức độ khớp cắn được cải thiện. Số liệu được phân tích bằng kiểm định ghép cặp T test. **Kết quả:** Chỉ số PAR giảm 25,59 điểm, với mức cải thiện khớp cắn là 80,10% so với trước điều trị. Sau điều trị, khớp cắn tốt (cải thiện nhiều) đạt 86,36%, khớp cắn trung bình (có cải thiện) là 13,64%, không có trường hợp

nào khớp cắn không cải thiện. **Kết luận:** Điều trị chỉnh nha kết hợp với khí cụ forsus các trường hợp sai khớp cắn loại II lùi xương hàm dưới tạo ra sự cải thiện rất lớn về khớp cắn.

Từ khóa: Sai khớp cắn loại II Angle lùi xương hàm dưới, khí cụ chức năng forsus, chỉ số PAR, kết quả điều trị.

SUMMARY

OCCCLUSION CHANGES IN MANDIBULAR RETROGNATHIA CLASS II TREATED WITH FIXED APPLIANCE IN COMBINATION WITH FORSUS

Objective: The purpose of this study was to evaluate the changes of the occlusion produced by mandibular retrognathia class II treatment with fixed appliance in combination with forsus by using the PAR index. **Methods:** 44 dental casts of 22 patients (mean age, 13.8 years) with class II division 1 malocclusion were measured using the PAR index to evaluate the difference between initial and final PAR indexes and the percentage of occlusal improvement obtained with therapy. Statistical comparisons were carried out by repeated measure ANOVA with T-test. **Results:** a mean

¹Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

²Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Vỹ

Email: vytdang@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.6.2017

Ngày duyệt bài: 14.6.2017

PAR score change of 25.59. The overall improvement by PAR score was 80,10%. After treatment, 86,36% of the cases fell in the greatly improved category, 13,64% cases were improved, and 0% of cases showed worse or no improvement **Conclusions:** Treatment of Class II division 1 malocclusions with forsus associated with fixed appliances showed great improvement in occlusion.

Key words: Class II malocclusion caused by mandibular retrusion, Forsus, PAR index, treatment outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn loại II có lùi xương hàm dưới là loại sai khớp cắn hay gặp trên lâm sàng gây ảnh hưởng lớn đến chức năng ăn nhai và thẩm mỹ khuôn mặt. Việc điều trị chúng với khí cụ chức năng được cho là mang lại sự hài hòa cho khuôn mặt nhờ việc tác động và kích thích sự phát triển của xương hàm dưới trên những bệnh nhân đang trong thời kỳ tăng trưởng [1]. Có rất nhiều loại khí cụ chức năng khác nhau, trong đó khí cụ chức năng cố định Forsus do Bill Vogt phát minh năm 2001 [2] được đánh giá có nhiều ưu điểm gọn nhẹ, vệ sinh, dễ chịu khi đeo, đặc biệt là kết hợp được với khí cụ gắn chặt nên rút ngắn thời gian điều trị. Hiệu quả của khí cụ Forsus trên xương hàm và răng đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới khẳng định góp phần vào cải thiện tình trạng khớp cắn cũng như thẩm mỹ khuôn mặt của bệnh nhân sau điều trị [3].

Mục tiêu của nghiên cứu là đánh giá sự thay đổi khớp cắn sau điều trị sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới có sử dụng khí cụ chức năng cố định forsus bằng chỉ số PAR.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 22 bệnh nhân

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Chỉ số PAR trước điều trị

Các thành phần của chỉ số PAR	Trung bình (điểm)	Độ lệch	GTLN	GTNN
Độ khớp khênh các răng trước trên	4,02	2,66	0,0	13
Độ khớp khênh các răng trước dưới	2,28	2,09	0,0	11
Độ cắn phủ	3,68	1,41	2,0	6,0
Độ cắn chìa	20,2	5,40	12	24
Đường giữa	1,13	1,62	0,0	4,0
Khớp cắn vùng răng sau phải	0,56	0,64	0,0	3,0
Khớp cắn vùng răng sau trái	0,48	0,76	0,0	4,0
Tổng	32,35	14,58	14	65

Nhận xét: Độ cắn chìa có chỉ số cao nhất 20,2 điểm và có biên độ dao động lớn nhất. Chỉ số PAR trước điều trị 32,35 ± 14,58 điểm, dao động từ 14 đến 65 điểm.

Bảng 3.2: Phân tích hồi quy tuyến tính nếu coi PAR trước điều trị như biến phụ thuộc

Biến	Hệ số tương quan (r)	P
Độ khớp khênh các răng trước	0,54	0,025
Độ cắn phủ	0,32	0,125
Độ cắn chìa	0,86	0,000
Đường giữa	0,24	0,213

sai khớp cắn loại II lùi xương hàm dưới, đang trong giai đoạn tăng trưởng (CS3-CS4), độ cắn chìa ≥ 6mm, góc ANB > 3.6^o, Góc SNB < 78^o, chỉ số Wits >2.1mm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Can thiệp lâm sàng không đối chứng, đánh giá hiệu quả can thiệp trước sau.

2.3. Các bước tiến hành:

- Ghi nhận các đặc điểm trên mẫu thạch cao trước điều trị theo các tham số thành phần của khớp cắn, tổng hợp lại ta được chỉ số PAR trước điều trị.

Khớp cắn được phân loại như sau: Khớp cắn bình thường khi PAR ≤ 10 điểm; lệch lạc khớp cắn nhẹ khi 10 < PAR ≤ 20 điểm; lệch lạc khớp cắn trung bình khi 20 < PAR ≤ 30 điểm; lệch lạc khớp cắn nặng khi PAR > 30 điểm.

- Tiến hành điều trị bệnh nhân với hệ thống mắc cài MBT kết hợp với khí cụ forsus.

- Ghi nhận các đặc điểm trên mẫu thạch cao sau điều trị theo chỉ số PAR.

Đánh giá kết quả điều trị theo chỉ số PAR:

- Mức độ thay đổi = PAR trước điều trị - PAR sau điều trị

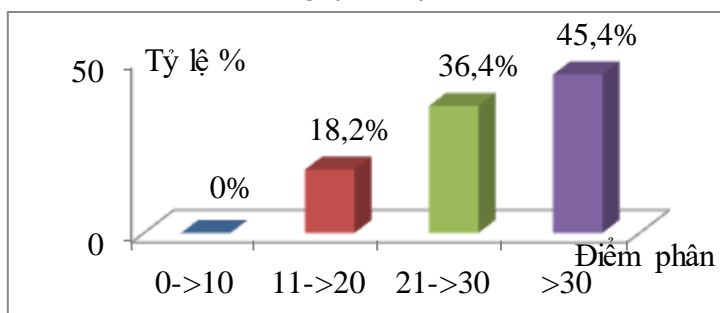
- Phần trăm cải thiện: Phản ánh sự thay đổi sau điều trị so với mức độ trầm trọng của lệch lạc khớp cắn trước điều trị; % cải thiện = (PAR trước điều trị - PAR sau điều trị) X100 %/PAR trước điều trị

Phân loại kết quả điều trị như sau:

- + Kém: Phần trăm cải thiện < 40%
- + Trung bình: 40 ≤ % cải thiện < 70%
- + Tốt: Phần trăm cải thiện ≥ 70%.

Khớp cắn vùng răng sau	0,45	0,001
------------------------	------	-------

Nhận xét: Chỉ số PAR trước điều trị tương quan tuyến tính chặt chẽ với độ cắn chìa.



Biểu đồ 3.1: Phân loại mức độ lệch lạc khớp cắn theo PAR trước điều trị

Nhận xét: Tỷ lệ lệch lạc khớp cắn nặng là cao nhất, chiếm 45,4%.

Bảng 3.3: Sự thay đổi các thành phần chỉ số PAR trước và sau điều trị

Biến	Trước ĐT	Sau ĐT	Thay đổi	P	% cải thiện
	TB±SD	TB±SD	TB±SD		TB±SD
Độ khấp khểnh răng trước trên	4,02±2,66	0,85±1,61	3,17±2,17	0,000	77,85±28,09
Độ khấp khểnh răng trước dưới	2,28±2,09	0,92±1,32	1,36±1,80	0,000	58,64±31,98
Độ cắn phủ	3,68±1,41	1,24±1,38	2,44±1,68	0,048	66,30±30,66
Độ cắn chìa	20,2±5,40	2,62±3,45	17,18±5,67	0,000	84,09±15,70
Đường giữa	1,13±1,62	0,60±1,43	0,53±1,60	0,133	45,90±41,98
Khớp cắn răng sau phải	0,56±0,64	0,32±0,75	0,24±0,66	0,008	41,85±20,85
Khớp cắn răng sau trái	0,48±0,76	0,21±0,78	0,27±0,75	0,007	55,25±32,89
Tổng	32,35±14,58	6,76±10,72	25,59±14,33		80,10±14,46

Nhận xét: Độ khấp khểnh các răng trước, độ cắn chìa giảm sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$), độ cắn phủ, khớp cắn phía sau thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, phần trăm cải thiện nhiều nhất là độ cắn chìa (84,09%).

Bảng 3.4: Phân loại kết quả điều trị theo chỉ số PAR

Kết quả điều trị	N	%
Khớp cắn cải thiện nhiều (tốt)	19	86,36
Khớp cắn có cải thiện (trung bình)	3	13,64
Khớp cắn không có cải thiện (kém)	0	0
Tổng	22	100

Nhận xét: 86,36% bệnh nhân sau điều trị có khớp cắn tốt; 13,64% bệnh nhân có khớp cắn trung bình, không có bệnh nhân nào không có cải thiện khớp cắn.

IV. BÀN LUẬN

Khí cụ forsus khi kết hợp với khí cụ gắn chặt trong điều trị các trường hợp sai khớp cắn loại II do lùi xương hàm dưới tác động lên cả xương hàm và lên răng-xương ổ răng, trong đó tác động lên răng-xương ổ răng là mạnh mẽ hơn. Những tác động này làm thay đổi tương quan các răng trước và răng sau, dẫn đến sự cải thiện rõ rệt khớp cắn sau điều trị.

Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các trường hợp sai khớp cắn loại II có lùi xương hàm dưới, độ cắn chìa $\geq 6\text{mm}$ nên độ cắn chìa có chỉ số PAR trước điều trị là lớn nhất (Bảng 3.1). Theo bảng chỉ số PAR của hội đồng chỉnh nha của Anh, hệ số của độ cắn chìa là 6, là do trong điều trị chỉnh nha, việc điều chỉnh độ cắn chìa là khó nhất [4]. Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều có độ cắn chìa lớn nên mức độ khó theo chỉ số PAR rất lớn (Biểu đồ 3.1). Theo bảng phân loại độ khó, đa số các trường hợp can thiệp của chúng tôi là mức độ lệch lạc khớp cắn nặng (45,4), đây cũng là thử thách lớn trong việc điều trị để đạt kết quả tốt. Sự tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa chỉ số PAR trước điều trị với độ cắn chìa (Bảng 3.2) được giải thích là do các trường hợp sai khớp cắn loại II lùi xương hàm dưới thường có đặc trưng là sự bất cân xứng lớn giữa xương hàm trên và xương hàm dưới, đồng thời nó được coi là tiêu chí quan trọng trong việc chỉ định điều trị bằng khí cụ chức năng với những bệnh nhân đang tăng trưởng. Do đó, việc điều trị để đạt được khớp cắn tốt khó khăn hơn

rất nhiều so với các lệch lạc khớp cắn khác do độ cắn chìa lớn, mà đây là kiểu lệch lạc khó điều trị nhất, cần phải thay đổi cả tương quan xương hàm và tương quan răng đồng thời cùng lúc phía trước và phía sau.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số PAR của khớp cắn thay đổi rất lớn sau điều trị, từ 32,35 điểm trung bình trước điều trị (mức độ lệch lạc rất nặng) xuống còn 6,76 điểm trung bình sau điều trị (khớp cắn bình thường), % PAR giảm tới 80,10% (bảng 3.4). Trong các loại lệch lạc thì độ cắn chìa có % cải thiện sau điều trị lớn nhất (84,09%), sau đó đến độ khớp khểnh răng trước, độ cắn phủ (66,30%). Điều này được giải thích là do dưới tác dụng của khí cụ chức năng sẽ kích thích xương hàm dưới phát triển ra trước, đồng thời làm di xa các răng trên, di gần các răng dưới theo nghiên cứu của tác giả Giorgio C., Lisa A., [5] giúp cho điều chỉnh độ cắn chìa. Hơn nữa Forsus còn có tác dụng làm mở khớp cắn khi điều trị. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả Manoela, José, Guilherme [6]. Theo đó phần trăm cải thiện khớp cắn sau điều trị là 81,87%. Tổng hợp kết quả phân tích khớp cắn trên mẫu theo chỉ số PAR, khớp cắn tốt (cải thiện nhiều) của chúng tôi là 86,36%, khớp cắn có cải thiện là 13,64%, không có trường hợp nào là khớp cắn không cải thiện. Kết quả này của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Franchi và Alvetro năm 2011, tỷ lệ khớp cắn tốt khi điều trị kết hợp khí cụ gắn chặt với khí cụ forsus là 87% [7]. Như vậy tất cả các bệnh nhân đều có thay đổi tích cực sau điều trị, góp phần vào việc cải thiện chức năng của bộ máy nhai và thẩm mỹ khuôn mặt.

V. KẾT LUẬN

Điều trị kết hợp khí cụ forsus với khí cụ gắn chặt cho các bệnh nhân sai khớp cắn loại II lùi

xương hàm dưới đem lại những thay đổi rất lớn về mặt khớp cắn, góp phần vào việc cải thiện chức năng của bộ máy nhai cũng như thẩm mỹ của khuôn mặt. Trong đó, thay đổi mạnh mẽ nhất là độ cắn chìa, cắn phủ là những lệch lạc khó điều trị nhất và cũng ảnh hưởng nhiều nhất đến khuôn mặt, nhất là khi nhìn nghiêng. Tất cả các bệnh nhân đều có cải thiện về mặt khớp cắn, tỷ lệ đạt khớp cắn tốt là 86,36% là kết quả rất khả quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Proffit W.P, Fields H.W, Moray L. J (1998). Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: Estimates from the NHANES III survey. *The International Journal of Adult Orthodontics & Orthognathic Surgery*. 13, 97-106.
2. Heinig N, Göz G (2001). Clinical application and effects of the Forsus spring. A study of a new Herbst hybrid. *Journal of Orofacial Orthopedics*. 62, 436-50.
3. Franchi L, Alvetro L, Giuntini V et al (2001). Effectiveness of comprehensive fixed appliance treatment used with the ForsusTM Fatigue Resistant Device in Class II patients. *The Angle Orthodontist*. 81, 678-683.
4. Pangrazio-Kulbersh V, Kaczynski R, Shunock M (1999). Early treatment outcome assessed by the Peer Assessment Rating index. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 115, 544-50.
5. Giorgio C, Lisa A, Efcio D et al (2014). Active treatment effects of the Forsus fatigue resistant device during comprehensive class II correction in growing patients. *The Korean Journal of Orthodontics*. 44, 136-142.
6. Manoela F.F, José F.C, Guilherme J (2013). Stability of Class II treatment with the Bionator followed by fixed appliances. *J. Appl. Oral Sci*. 21, 6.
7. Franchi L, Alvetro L, Giuntini V et al (2011). Effectiveness of comprehensive fixed appliance treatment used with the Forsus Fatigue Resistant Device in Class II patients. *Angle Orthodontist*. 81, 678-83.

KẾT QUẢ HIỆN HÌNH SINH THIẾT HẠCH CỬA BẰNG XANH METHYLEN TRONG BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Nguyễn Xuân Hậu*, Lê Văn Quảng*, Dương Chí Thành*

TÓM TẮT¹⁷

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: hxn86@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.6.2017

Ngày duyệt bài: 14.6.2017

Mục tiêu. Nhận xét kết quả hiện hình sinh thiết hạch cửa bằng xanh methylen trong bệnh ung thư tuyến giáp. **Phương pháp nghiên cứu.** 122 BN được chẩn đoán ung thư tuyến giáp giai đoạn chưa phát hiện hạch trên lâm sàng được điều trị tại khoa ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ bệnh viện đại học Y Hà Nội, phương pháp mô tả tiến cứu. **Kết quả.** Tuổi trung bình 42,39 tuổi; tỷ lệ nữ/nam: 5,78/1. Hạch cửa hiện hình ở 100% trường hợp; số hạch cửa trung bình là 4,0 hạch; trong đó hạch cửa nhóm VI chiếm

86,86%. Tỷ lệ di căn hạch cửa trên sinh thiết tức thì là 43,4%, trên thường quy là 46,7%. 100% trường hợp sinh thiết tức thì dương tính thì dương tính trên thường quy. Có 4 trường hợp sinh thiết tức thì âm tính nhưng kết quả thường quy là dương tính, chiếm 3,2%. U có kích thước càng lớn và phá vỡ vỏ thì khả năng di căn hạch cửa càng cao với $p < 0,05$. **Kết luận.** Sinh thiết hạch cửa trong ung thư tuyến giáp là khả thi, an toàn, giúp xác định được những BN có lợi ích từ vét hạch cổ dự phòng chọn lọc.

Từ khóa. Ung thư tuyến giáp, sinh thiết hạch cửa, xanh methylen.

SUMMARY

SENTINEL LYMPH NODE DETECTION BY METHYLENE BLUE IN THYROID CANCER PATIENTS

Objectives: To evaluate sentinel lymph node (SLN) detection by methylene blue in thyroid cancer patients. **Methods:** 122 thyroid cancer patients without clinical evidence of lymph node metastasis (cN0) were operated at Hanoi medical University Hospital, the prospective descriptive study. **Results:** Average age was 42.39, female/male ratio was 5.78/1. Sentinel lymph node was detected in all cases (100%), average number of sentinel lymph node was 4.0, in which 86.67% lymph node belonged to central compartment area. Metastasis rate of sentinel lymph node in frozen section was 43.4%, in definitive pathology was 46.7%. All positive cases in frozen section were also positive in definitive pathology. There were 4 cases (3.2%) with negative result in frozen section but positive in definitive pathology. Tumors with advanced stage (large or extrathyroid extension) were significantly associated with sentine lymph node metastasis ($p < 0.05$). **Conclusion:** Sentinel lymphadenectomy in thyroid cancer is feasible, safe, and can identify patients who may get benefit from central neck lymph node dissection.

Keywords: Thyroid cancer, sentinel lymph node, methylene blue.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong điều trị ung thư tuyến giáp, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất có tính chất quyết định đến kết quả điều trị. Kiểm soát di căn hạch cổ tiềm ẩn trong UTTG còn đang tranh cãi. Với các nguy cơ hạ Ca, tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, kéo dài thời gian phẫu thuật khi vét hạch cổ, việc vét hạch cổ dự phòng thường quy không được chấp nhận trong kiểm soát di căn hạch tiềm ẩn [1]. Tuy nhiên, một số tác giả khác cho rằng tỷ lệ biến chứng thấp và những lợi ích của vét hạch cổ mang lại nhiều hơn các nguy cơ [2]. Để phát hiện các hạch di căn tiềm ẩn, các nghiên cứu về việc sử dụng các chất chỉ thị màu trong phát hiện các hạch cửa đã được tiến hành và cho thấy lợi ích của sinh thiết hạch cửa. Hạch cửa được định nghĩa là hạch bạch huyết đầu tiên trong khu vực hạch vùng tiếp nhận bạch huyết từ khối u nguyên phát. SLNB trong ung thư tuyến giáp cho phép đánh

giá tình trạng di căn hạch tiềm ẩn và do đó xác định được những bệnh nhân cần thiết thực hiện nạo vét hạch cổ dự phòng. Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành sinh thiết hạch cửa trên 122 trường hợp ung thư tuyến giáp. Kết quả cho thấy rằng kĩ thuật này có thể tiến hành được một cách an toàn, và bổ sung thêm dữ liệu ủng hộ quan điểm nạo vét hạch cổ dự phòng đối với ung thư tuyến giáp có di căn hạch tiềm ẩn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 122 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp và được phẫu thuật tại khoa Ung bướu- Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2015 đến tháng 12/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng. Kết quả mô bệnh học sau mổ khẳng định ung thư biểu mô tuyến giáp.

- Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng T1,2,3,4; N0; M0 theo phân loại AJCC 2010.

- Được tiêm chất chỉ thị màu. Có giải phẫu bệnh tức thì và thường quy hạch cửa.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không đáp ứng tiêu chuẩn trên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả 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. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.1.1. Tuổi và giới: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 42.39 ± 11.32 , tỷ lệ Nữ/Nam: 5.78/1.

3.1.2. Khám lâm sàng

Bảng 1: 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%.

3.1.3. Đặc điểm trên siêu âm: Trên siêu âm, 1 u chiếm 82%; u thùy phải chiếm 54.1%, u kích thước < 1 cm chiếm 49.2%, TIRADS IV trên siêu âm chiếm 73.8%.

3.1.4. Chọc hút tế bào: Phần lớn tế bào chẩn đoán ung thư tuyến giáp chiếm 58.2%.

3.2. Kết quả kĩ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa

Bảng 2: Kết quả kĩ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa

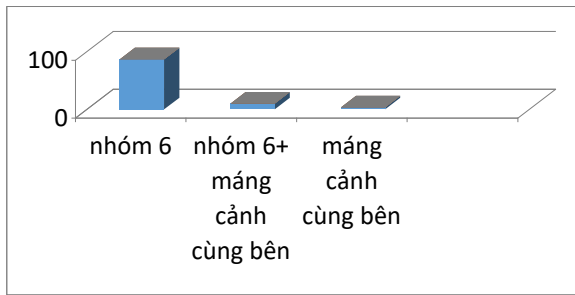
Số bệnh nhân SLB	122
Số BN phát hiện được hạch cửa	122/122 (100%)
Số lượng hạch cửa phát hiện trung bình	4,0 (1 – 12)

Hạch cửa hiện hình trong 100% trường hợp, số lượng hạch cửa trung bình phát hiện là 4,0 hạch, ít nhất là 1 hạch, nhiều nhất 12 hạch.

Bảng 3: Kết quả xét nghiệm hạch cửa

Kỹ thuật	Kết quả	
	Dương tính	Âm tính
Tức thì	53(43,4%)	69(56,6%)
Thường quy	57(46,7%)	65(53,3)

Tỷ lệ đi căn hạch cửa trên sinh thiết tức thì là 43,4%, trên thường quy là 46,7%. 100% trường hợp sinh thiết tức thì dương tính thì dương tính trên thường quy. Có 4 trường hợp sinh thiết tức thì âm tính nhưng kết quả thường quy là dương tính (3,2%).



Biểu đồ 1: các nhóm phát hiện hạch cửa

Hạch cửa phát hiện ở nhóm 6 chiếm chủ yếu 86.86%, nhóm 6 và máng cảnh cùng bên 9.84%, máng cảnh cùng bên 3.3%.

Bảng 4: Mối liên quan đi căn hạch cửa với mức độ xâm lấn khối u

	Đi căn hạch cửa	Không đi căn hạch cửa
Giai đoạn T1, T2	34	39
Giai đoạn T3, T4	19	30

U có kích thước càng lớn và phá vỡ vỏ thì khả năng đi căn hạch cửa càng cao với $p < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong ung thư tuyến giáp, tình trạng di căn hạch làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ tại vùng. Nạo vét hạch cổ có thể làm giảm nguy cơ tái phát, nhưng song song với điều đó nó cũng có thể gây ra các biến chứng nặng nề hơn cho cuộc phẫu thuật. Việc cân bằng giữa lợi ích về việc giảm nguy cơ tái phát và tăng biến chứng phẫu thuật khi vét hạch cổ tạo nên một cuộc tranh cãi

và gây ra rất nhiều khó khăn đối với các PTV khi đưa ra các quyết định. Sinh thiết hạch cửa là một lựa chọn thích hợp có thể giúp chúng ta đưa ra quyết định chính xác hơn[3],[4]. Ưu điểm chính của kỹ thuật sinh thiết hạch cửa là xác định bệnh nhân ung thư tuyến giáp có hạch âm tính để có thể tránh được việc vét hạch dự phòng không cần thiết [5]. Nó cho phép các phẫu thuật viên có thể thay đổi cách thức phẫu thuật không cần vét hạch cổ chọn lọc giúp tránh tỷ lệ biến chứng do vét hạch cổ gây ra. Một ưu điểm khác của sinh thiết hạch cửa là tại thời điểm phẫu thuật ban đầu, nó có thể giúp xác định bệnh nhân có khả năng tái phát tại vùng cổ trung tâm. Kỹ thuật sinh thiết hạch cửa cũng cho phép phát hiện sớm di căn hạch, từ đó có thể đưa ra liệu điều trị iod phóng xạ được chính xác [5],[6].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ phát hiện hạch cửa là 100%, với tỉ lệ phát hiện hạch cửa trung bình là 4 hạch. Các nghiên cứu trước đây về sinh thiết hạch cửa trong ung thư tuyến giáp cũng cho thấy tỉ lệ phát hiện hạch cửa trong ung thư tuyến giáp tương đối cao, khoảng xấp xỉ 90%. Trong nghiên cứu gần đây của Cunningham (2010) trên 211 BN cho thấy tỉ lệ phát hiện hạch cửa là 91%, nghiên cứu của Ikeda (2011) trên 12 BN cho thấy tỉ lệ phát hiện hạch cửa lên tới 100%[7]. Qua thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả trước đó cho thấy sinh thiết hạch cửa là khả thi, an toàn và có thể xác định bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ vét hạch cổ chọn lọc.

Mặc dù hầu như tất cả hạch cửa trong ung thư tuyến giáp là ở nhóm 6, nhưng vẫn có một tỉ lệ nhỏ phát hiện hạch cửa ở nhóm cảnh [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi hạch cửa ở nhóm 6 chiếm tới 86.86 %. Điều này cũng là hợp lý vì nhóm 6 là nhóm thu nhận bạch huyết đầu tiên của tuyến giáp.

Trong ung thư tuyến giáp, tình trạng di căn hạch có liên quan chặt chẽ với kích thước và đặc điểm xâm lấn của khối u. Cunningham khi phân tích trên 211 bệnh nhân ung thư tuyến giáp được sinh thiết hạch cửa cho thấy kích thước u càng lớn, u xâm lấn vỏ bao tuyến giáp sẽ làm tăng nguy cơ di căn hạch cửa[6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra rằng, u càng ở giai đoạn muộn thì tỉ lệ di căn hạch cửa càng cao và ngược lại, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Về các biến chứng trong quá trình thực hiện, trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN (1.67%) chảy máu trong 24h sau mổ, nguyên nhân chảy máu được xác định từ cơ trước giáp. Tỉ lệ này

theo Palestini et al là 1%[7]. Nghiên cứu của chúng tôi có 16.4% bị hạ canxi máu tạm thời và hồi phục trong vòng 1 tháng sau mổ. Nguyên nhân có thể là do tình trạng viêm phù nề tuyến cận giáp sau mổ. Chúng tôi không gặp trường hợp nào hạ canxi máu vĩnh viễn, tỉ lệ này theo các nghiên cứu chiếm khoảng 0.9 – 7.1%, không có khác biệt so với trường hợp cắt tuyến giáp toàn bộ đơn thuần. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tổn thương thần kinh thanh quản quặt ngược, tỉ lệ này được báo cáo là khoảng 1% [7], không có trường hợp nào xảy ra phản ứng với thuốc nhuộm màu xanh methylene trong quá trình SLNB. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được vét hạch cổ dự phòng, tuy nhiên tỉ lệ các biến chứng của chúng tôi trong quá trình thực hiện tương đối thấp, không có sự khác biệt nhiều so với trường hợp cắt tuyến giáp toàn bộ đơn thuần, do đó kĩ thuật đảm bảo an toàn, khả thi, có thể áp dụng một cách rộng rãi.

Mặc dù có nhiều nghiên cứu về SLNB trong ung thư tuyến giáp, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào sau khi sinh thiết hạch cửa thực hiện vét hạch cổ dự phòng chọn lọc cho tất cả các bệnh nhân để từ đó có tiêu chuẩn chính xác để so sánh và đánh giá mối liên quan giữa di căn hạch cửa và di căn hạch cổ. Chúng tôi đã thực hiện thành công kĩ thuật với độ an toàn cao. Từ đó cung cấp thêm bằng chứng có giá trị cho các phẫu thuật viên trong việc ra quyết định khi phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, kĩ thuật SLNB trong ung thư tuyến giáp là khả thi, an toàn. Kĩ thuật này sẽ giúp phẫu thuật viên xác định được bệnh nhân ung thư tuyến giáp có hạch âm tính để có thể tránh được việc vét hạch dự phòng không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WT et al Shen (2012)**, "Central neck lymph nodedissection for papillary thyroid cancer: The reliability of surgeon judgment in predicting which patients will benefit", *Surgery*. 148, tr. 398-403.
2. **Roh JL, Park CI**. Sentinel lymph node biopsy as guidance for central neck dissection in patients with papillary thyroid carcinoma. *Cancer*. 2008; 113 : 1527–31.
3. **Clayman GL, Shellenberger TD**, Ginsberg LE, Edeiken BS, ElNaggar AK, Sellin RV, et al. Approach and safety of comprehensive central compartment dissection in patients with recurrent papillary thyroid carcinoma. *Head Neck*. 2009;31:1152–63.
4. **Davidson HC, Park BJ, Johnson JT**. Papillary thyroid cancer: controversies in the management of neck metastasis. *Laryngoscope*. 2008;118:2161–5
5. **JL and Koch Roh, WM (2010)**, "Role of sentinel lymph node biopsy in thyroid cancer", *Expert Rev Anticancer Ther*. 10(9), tr. 1429-1437.
6. **Gologan Anand, Rochon L**, Tamilia, How, Hier, Black, Hakami Richardson, Marzouki, Trifiro, Tabah, Payne, (2009), *The Role of Sentinel Lymph Node Biopsy in Differentiated Thyroid Carcinoma*, Arch Otolaryngol Head Neck Surg, Vol. 135, 1199-1204.
7. **Takami et al (2003)**, "Detection of sentinel lymph nodes in patients with papillary thyroid cancer", *Asian J Surg*. 26(3), tr. 145-8.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TỬ VONG BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Thu Phương¹, Trần Minh Điển², Phạm Hồng Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tử vong và một số yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật trẻ sơ sinh mắc thoát vị hoành bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhân sơ sinh mắc thoát vị hoành bẩm sinh, được phẫu thuật bằng nội soi và lồng ngực hoặc phẫu thuật mở đưa các tạng xuống lồng ngực qua đường dưới sườn cùng bên. Các biến nghiên cứu là yếu tố nguy cơ gồm các nhóm biến

trước, trong và sau phẫu thuật. Kết cục nghiên cứu là tình trạng sống ra viện và chết trong giai đoạn hồi sức. Phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố nguy cơ bằng phần mềm STATA 12.0. **Kết quả:** Nghiên cứu có 128 bệnh nhân TVHBS được phẫu thuật, tỷ lệ tử vong là 25,0% (32/128). Các yếu tố nguy cơ tử vong có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) trong phân tích đơn biến là: có chẩn đoán thoát vị hoành trước sinh, suy hô hấp sau đẻ phải đặt ống nội khí quản, PaCO₂ khi vào viện > 60mmHg, pH máu < 7.2, tăng áp lực động mạch phổi mức độ trung bình-nặng, phương pháp phẫu thuật mổ mở, viêm phổi liên quan thở máy. Sau phân tích đa biến, các yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong là suy hô hấp sau đẻ phải đặt ống nội khí quản (OR: 9,0; 95% CI: 1,8 – 45,3); thành phần khối thoát vị có gan (OR: 3,8; 95% CI: 1,3-11,7); viêm phổi liên quan thở máy (OR: 9,1; 95% CI: 3,0-17,0). **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật

¹Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Phương

Email: bsphuong.1971@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 2.6.2017

thoát vị hoành bẩm sinh ở trẻ sơ sinh là 25,0%. Các yếu tố nguy cơ độc lập cho tiên lượng tử vong gồm có suy hô hấp sau đẻ phải đặt ống nội khí quản ngay sau đẻ; thành phần khối thoát vị có gan và viêm phổi liên quan thở máy.

Từ khóa: thoát vị hoành bẩm sinh trẻ sơ sinh, tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật, yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật.

SUMMARY

RISK FACTORS OF NEONATAL CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA AFTER SURGERY

Objective: Determine mortality rate and risk factors for postoperative of neonatal with congenital diaphragmatic hernia (CDH) in Vietnam National Children's Hospital. **Subjects and Methods:** Patients suffering from neonatal congenital diaphragmatic hernia, endoscopic thoracic surgery and open surgery. The research variables are risk factors include variable groups before, during and after surgery. Outcomes are alive and die in hospitalization period. Univariate analysis and multivariate risk factors using STATA 12.0. **Results:** The study had 128 patients CDH surgery, mortality rate was 25.0% (32/128). The risk factors for mortality with statistical significance ($p < 0.05$) in the univariate analysis were: antenatal CDH diagnosed, intubation due to postpartum respiratory distress, admission $\text{PaCO}_2 > 60\text{mmHg}$, blood $\text{pH} < 7.2$, moderate-severe level of pulmonary hypertension, open surgery method, component of hernia with liver, ventilator-associated pneumonia. After multivariate analysis, the independent risk factors affecting mortality are tracheal intubation due to postpartum respiratory distress (OR: 9.0; 95% CI: 1.8-45.3); component of hernia with liver (OR: 3.8; 95% CI: 1.3-11.7); ventilator associated pneumonia (OR: 9.1; 95% CI: 3.0-17.0). **Conclusions:** Mortality after surgery for congenital diaphragmatic hernia in neonate is 25.0%. The independent risk factor for mortality prognosis include intubation due to postpartum respiratory distress; component of hernia with liver; and ventilator-associated pneumonia.

Keywords: congenital diaphragmatic hernia infants, the mortality rate, the risk factors after surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị hoành bẩm sinh (TVHBS) là sự di chuyển của một số tạng trong ổ bụng lên khoang lồng ngực qua lỗ khuyết của cơ hoành, gây tình trạng chèn ép phổi ảnh hưởng đến sự phát triển của phổi dẫn đến thiếu sản phổi, nguyên nhân do cơ hoành phát triển không hoàn chỉnh từ thời kỳ bào thai [1,2,3]. Tỷ lệ mắc TVHBS 1/2000 – 1/5000 trẻ sinh sống [1,2,7]. Chiến lược điều trị ngay sau sinh cần được tuân thủ gồm: kiểm soát thông khí nhân tạo với phương thức “thông khí nhẹ nhàng” tránh chấn thương phổi, kiểm soát tăng áp lực động mạch phổi kéo dài, và phẫu thuật có trì hoãn chờ ổn định hô hấp, tuần hoàn [1,2,3]. Phương thức phẫu thuật hiện nay thực

hiện theo phẫu thuật kinh điển theo đường rạch da dưới bờ sườn bên thoát vị, đưa các tạng xuống ổ bụng, khâu hai mép cơ hoành, có miếng vá hoặc không, đóng bụng theo các lớp giải phẫu. Phương pháp phẫu thuật nội soi lồng ngực được thực hiện trong thời gian gần đây, giảm bớt các chấn thương liên quan đến phẫu thuật, giảm tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật [5]. Hiện nay, tỷ lệ tử vong TVHBS còn cao, từ 20 - 60% tùy thuộc từng trung tâm và quốc gia nghiên cứu [6,7]. Tại Việt Nam xác định tỷ lệ này và xác định yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật hiện chưa có con số thống kê cụ thể. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *xác định tỷ lệ tử vong và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật thoát vị hoành bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sơ sinh mắc thoát vị hoành bẩm sinh nằm điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương, thời gian từ 01/01/2012 đến 30/06/2015. Các bệnh nhân đều đủ tiêu chuẩn phẫu thuật và được phẫu thuật đưa các tạng xuống ổ bụng theo phương pháp nội soi lồng ngực hoặc phẫu thuật mở ổ bụng kinh điển. Tiêu chuẩn chẩn đoán TVHBS gồm: Lâm sàng (suy hô hấp, lồng ngực bên thoát vị vòng hơn, thông khí giảm, nghe tim phía đối diện, bụng lõm); X quang lồng ngực (hình ảnh bóng hơi các quai ruột trong lồng ngực, tim bị đẩy sang bên đối diện).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu phân tích tìm hiểu các yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật. Các biến nghiên cứu được lấy khi bệnh nhân nhập viện, trong quá trình phẫu thuật và hồi sức sau phẫu thuật. Biến kết cục là tình trạng sống ra viện và chết trong giai đoạn điều trị hồi sức sau phẫu thuật. Các biến nghiên cứu được lấy gồm: Đặc điểm bệnh nhân khi vào viện: Tuổi, giới, cân nặng, suy hô hấp sau đẻ, thoát vị hoành phải/ trái, huyết áp trung bình khi vào viện, mức độ tăng áp lực động mạch phổi, có dị tật tim phổi hợp, chỉ số khí máu, lactate máu. Biến nghiên cứu trong phẫu thuật: Phương pháp phẫu thuật: nội soi/mở, thành phần khối thoát vị là gan, dạ dày, có màng bọc, cần sử dụng miếng vá nhân tạo. Biến nghiên cứu trong giai đoạn hồi sức sau phẫu thuật: viêm phổi thở máy, nhiễm khuẩn huyết.

Nhập và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê trên phần mềm STATA 12.0

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi có 128

bệnh nhân được phẫu thuật, trong đó có 93 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi lồng ngực, 35 bệnh nhân được phẫu thuật kinh điển đường rạch dưới sườn bên thoát vị.

Số trẻ sống, khỏi ra viện là 96/128, chiếm 75,0%. Số trẻ tử vong sau phẫu thuật là 32/128, chiếm 25,0%. Sau đây là một số yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật thoát vị hoành bẩm sinh:

Bảng 1. So sánh các yếu tố dịch tễ của bệnh nhân nghiên cứu

Yếu tố (n,%)	Sống	Tử vong	p	OR	95% CI
Cân nặng < 2500 gram	11 (64,7)	6 (35,3)	>0,05	1,7	0,6 - 5,2
Chẩn đoán TVH trước sinh	13 (56,5)	10 (43,5)	<0,05	2,9	1,1 - 7,4
Giới nam	57 (77,0)	17 (23,0)	>0,05	0,8	0,3 - 1,7
Tuổi thai < 37 tuần	14 (70,0)	6 (30,0)	>0,05	1,3	0,5 - 3,8

Nhận xét: Các BN có chẩn đoán TVH trước sinh có nguy cơ tử vong ở nhóm BN chỉ định PT với $p < 0,05$.

Bảng 2. So sánh các yếu tố lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Yếu tố	Sống(n,%)	Tử vong(n,%)	p	OR	95% CI
SHH đặt NKQ ngay sau đẻ	44 (60,3)	29 (39,7)	<0,001	11,0	3,1 - 38,6
TVH phải	10 (62,5)	6 (37,5)	>0,05	1,9	0,6 - 5,8
HATB khi vào viện < 40mmHg	25 (67,6)	12 (32,4)	>0,05	1,7	0,7 - 4,0

Nhận xét: Bệnh nhi SHH phải đặt NKQ ngay sau đẻ có nguy cơ tử vong ở nhóm BN chỉ định PT (OR: 11; 95% CI: 3.1 - 38,6).

Bảng 3. Liên quan giữa một số chỉ số xét nghiệm

Yếu tố	Sống(n,%)	Tử vong(n,%)	p	OR	95% CI
Lactat > 2mmol/l	41 (75,9)	13 (24,1)	>0,05	0,9	0,4 - 2,0
Lactat sau 12h > 2mmol/l	37 (74,0)	13 (26,0)	>0,05	1,1	0,5 - 2,5
PaO ₂ < 50mmHg	9 (56,3)	7 (43,7)	>0,05	2,5	0,9 - 7,5
PaO ₂ sau 12h < 50mmHg	7 (70,0)	3 (30,0)	>0,05	1,3	0,3 - 5,3
PCO ₂ > 60mmHg	15 (53,6)	13 (46,4)	<0,05	3,6	1,5 - 8,7
PCO ₂ sau 12h > 60mmHg	13 (59,1)	9 (40,9)	>0,05	2,5	0,9 - 6,9
pH < 7,2	7 (41,2)	10 (58,8)	<0,05	5,6	1,9 - 16,3
pH sau 12h < 7,2	6 (46,2)	7 (53,8)	<0,05	4,2	1,3 - 14,1

Nhận xét: Các yếu tố xét nghiệm là nguy cơ tử vong ở nhóm PT có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) gồm: pH khi vào viện < 7,2; pH 12h sau vào viện < 7,2; PCO₂ khi vào viện > 60mmHg.

Bảng 4. Một số yếu tố khác liên quan đến nguy cơ tử vong nhóm nghiên cứu

Yếu tố	Sống(n,%)	Tử vong(n,%)	p	OR	95% CI
TVH phải	10 (62,5)	6 (37,5)	>0,05	1,9	0,6 - 5,8
Tăng ALĐMP trung bình - nặng	34 (55,7)	27 (44,3)	<0,001	11,3	3,6 - 35,1
Có dị tật tim	32 (65,3)	17 (34,7)	>0,05	2,2	1,0 - 5,0
Thoát vị gan	13 (48,2)	14 (51,8)	<0,01	4,6	1,8 - 11,5
Thoát vị dạ dày	43 (65,2)	23 (34,8)	<0,05	2,8	1,2 - 6,7
Thoát vị cơ màng bọc	25 (26,6)	7 (21,9)	>0,05	1,3	0,5 - 3,3
Sử dụng miếng vá nhân tạo	39 (41,5)	16 (50,0)	>0,05	1,4	0,6 - 3,2
Phương pháp PT: mổ mở	17 (17,9)	17 (53,1)	<0,001	5,2	2,2 - 12,4
Viêm phổi thở máy	26 (27,1)	26 (82,3)	<0,001	11,7	4,3 - 31,6
Nhiễm khuẩn huyết	5 (5,2)	6 (18,7)	<0,05	4,2	1,2 - 14,9

Nhận xét: Một số yếu tố có liên quan đến tử vong nhóm TVHBS có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) qua phân tích đơn biến là: Tăng ALĐMP trung bình và nặng; Có dị tật tim; Thoát vị gan; Thoát vị dạ dày; Phương pháp PT: mổ mở; Viêm phổi thở máy; Nhiễm khuẩn huyết.

Bảng 5. Các yếu tố nguy cơ tử vong nhóm nghiên cứu qua phân tích đa biến.

Yếu tố	p	OR	95% CI
SHH đặt NKQ ngay sau đẻ	<0,05	9,0	1,8-45,3
Thoát vị gan	<0,05	3,8	1,3-11,7
Viêm phổi do thở máy	<0,001	9,1	3,0-17,0

Nhận xét: Các yếu tố nguy cơ tử vong qua phân tích đa biến nhóm TVHBS được chỉ định PT có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) gồm: SHH đặt NKQ ngay sau đẻ (OR: 9,0; 95% CI: 1,8 - 45,3); Thoát vị gan (OR: 3,8; 95% CI: 1,3-11,7); Viêm phổi thở máy (OR: 9,1; 95% CI: 3,0-17,0).

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị hoành bẩm sinh là một dị tật bẩm sinh nặng đe dọa tính mạng trẻ, đây là một

thách thức lớn cho các nhà hồi sức sơ sinh và ngoại nhi. Các nghiên cứu tử vong bệnh lý TVHBS ở trẻ sơ sinh gồm 3 loại: loại thứ nhất liên quan đến đình chỉ thai sau khi có chẩn đoán trước sinh và thai chết lưu; loại thứ hai liên quan đến tử vong sau sinh chưa kịp đến các trung tâm có khả năng phẫu thuật và không thể phẫu thuật được; loại thứ ba là bệnh nhân đã được hồi sức, đủ tiêu chuẩn phẫu thuật, nhưng tử vong sau phẫu thuật [2]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không lấy nhóm trẻ thứ nhất và thứ hai, do vậy tỷ lệ tử vong chung của bệnh TVHBS có thể còn cao hơn. Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật TVHBS của nghiên cứu là 75,0%. Tỷ lệ này còn thấp hơn nhiều tác giả trên thế giới, Wynn và cộng sự nghiên cứu 220 trẻ sơ sinh TVHBS giai đoạn 2005-2010 tại Mỹ cho thấy tỷ lệ này là 76,4%, các nghiên cứu mới gần đây cho thấy tỷ lệ sống sau phẫu thuật có thể lên tới 90%[3]. Sự cải thiện rõ rệt này nhờ vào chiến lược kiểm soát chẩn đoán trước và sau sinh, chiến lược thở máy thông khí nhẹ nhàng, chấp nhận PaCO₂ trong giới hạn, thở máy HFO, hít khí NO, ECMO, các can thiệp ngoại khoa giảm bớt xâm lấn như phẫu thuật nội soi lồng ngực [1,2].

Yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật: Nghiên cứu đa trung tâm dựa trên số liệu 3062 trẻ mắc TVHBS sinh ra sống trong thời gian 1994-2005, mục tiêu xác định các yếu tố liên quan đến tử vong của trẻ mắc TVHBS. Các phân tích đơn biến có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) bao gồm: đẻ ngoài bệnh viện có khả năng phẫu thuật, cân nặng thấp dưới 2kg, có chẩn đoán trước sinh, tim bẩm sinh phức tạp, bất thường nhiễm sắc thể, điểm Apgar thấp, thoát vị hoành phải, bất sản cơ hoành, phải sử dụng miếng vá nhân tạo. Một số phân tích đơn biến của chúng tôi khá phù hợp với nghiên cứu này như: có chẩn đoán TVH trước sinh, điểm Apgar thấp phải đặt ống NKQ ngay sau đẻ. Các nghiên cứu khác cho thấy tình trạng suy hô hấp tăng CO₂, toan máu pH dưới 7.2, tăng áp lực động mạch phổi mức độ trung bình và nặng, thành phần khối thoát vị có gan, dạ dày, viêm phổi thở máy sau mổ cũng là những yếu tố nguy cơ tử vong sau phẫu thuật [7], tương tự như nghiên cứu của chúng tôi qua phân tích đơn biến.

Qua phân tích đa biến các yếu tố có ý nghĩa thống kê tiên lượng độc lập gồm: SHH đặt NKQ ngay sau đẻ (OR: 9,0; 95% CI: 1,8 – 45,3); Thoát vị gan (OR: 3,8; 95% CI: 1,3-11,7); Viêm phổi thở máy (OR: 9,1; 95% CI: 3,0-17,0).

Điểm Apgar thấp là dấu hiệu sớm đánh giá sự không thích nghi của trẻ và đòi hỏi phải hồi sức

tim phổi, phải đặt ống NKQ ngay sau đẻ. Do vậy, một số tác giả sử dụng điểm số Apgar là yếu tố trong tiên lượng bệnh TVHBS. Các biểu hiện của điểm số Apgar thấp, đòi hỏi phải đặt ống NKQ ngay sau đẻ nguyên nhân chính là do vấn đề thiếu sản phổi và tăng áp lực động mạch phổi ở nhóm bệnh này [1,2,4]. Xử trí suy hô hấp sớm, các chiến lược trong thở máy thông lệ và máy HFO, xử trí sớm các ảnh hưởng của tăng áp lực động mạch phổi như kiểm soát huyết động, sử dụng thuốc giãn mạch phổi lựa chọn, màng trao đổi oxy ngoài cơ thể là các giải pháp nhằm hạn chế tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh này.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy thành phần khối thoát vị có gan là yếu tố nguy cơ độc lập cho tiên lượng tử vong các bệnh nhân sau phẫu thuật TVHBS. Nghiên cứu đa trung tâm ở Nhật bản của Y. Kitano trên 109 trẻ em có chẩn đoán trước sinh TVHBS với mục tiêu đánh giá vị trí dạ dày như là một yếu tố tiên lượng trong TVHBS bên trái, giai đoạn 2002-2007. Kết quả phân tích đa biến cho thấy vị trí gan trong lồng ngực (OR: 6,5; 95% CI: 1,97-23,82) là yếu tố tiên lượng tử vong mạnh nhất sau đó mới đến dạ dày trong lồng ngực (OR: 2,5). Tác giả này cho biết tỷ lệ bệnh nhân TVHBS ra viện ở 3 nhóm liên quan đến vị trí gan và dạ dày khác biệt có ý nghĩa thống kê: nhóm 1 gan ở ổ bụng, tỷ lệ ra viện 87,0%; nhóm 2 gan ở trên lồng ngực và vị trí dạ dày mức độ 0-2, tỷ lệ ra viện 47,4%; nhóm 3 gan ở trên lồng ngực và vị trí dạ dày mức độ 3, tỷ lệ ra viện 9,5%. Phân loại này sẽ có giá trị cho kế hoạch điều trị chu sinh trẻ mắc TVHBS.

Bệnh nhân sau phẫu thuật TVHBS mắc viêm phổi thở máy thì tỷ lệ tử vong cao hơn 9,1 lần so với không mắc viêm phổi thở máy (95%CI: 3,0-27,0). Thở máy kéo dài trước và sau phẫu thuật là vấn đề trầm trọng làm hạn chế tỷ lệ cứu sống bệnh nhân, không phải chỉ của riêng bệnh lý TVHBS. Nghiên cứu của Lê Kiến Ngãi và cộng sự năm 2009 tại 3 khoa hồi sức của Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỷ lệ mới mắc viêm phổi thở máy là 26,7% và tỷ lệ tử vong liên quan đến viêm phổi thở máy tới 47,6%. Điều này cho thấy kiểm soát nhiễm khuẩn tại bệnh viện là vấn đề rất quan trọng. Việc hồi sức trước mổ, phẫu thuật thành công, nhưng điều trị kéo dài hồi sức là cho nhiễm khuẩn bệnh viện tăng là và thất bại điều trị do nguyên nhân nhiễm khuẩn bệnh viện là vấn đề đáng tiếc. Cần phải có chiến lược dự phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn chung trong hệ thống và từng loại bệnh cụ thể nhằm hạn chế các vấn đề nêu trên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 128 trẻ sơ sinh mắc thoát vị hoành bẩm sinh được phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật là 25,0%. Các yếu tố nguy cơ độc lập cho tiên lượng tử vong là: suy hô hấp phải đặt ống nội khí quản sau đẻ; thành phần khối thoát vị có gan; và viêm phổi thở máy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lally KP. (2005).** Congenital diaphragmatic hernia. In: *Principles and Practice of Pediatric Surgery*. vol. 4. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 898-908.
2. **Logan JW, Rice HE, Goldberg RN, et al (2007).** Congenital diaphragmatic hernia: a systematic review and summary of best-evidence practice strategies. *Journal of perinatology: official journal of the California Perinatal Association*, 27(9):535-549.
3. **Kotecha S, Barbato A, Bush A (2012).** Congenital diaphragmatic hernia. *The European respiratory journal*, 39(4): 820-829.
4. **Wynn J, Krishnan U, Aspelund G, et al (2013).** Outcomes of congenital diaphragmatic hernia in the modern era of management. *The Journal of pediatrics*, 163(1): 114-119 e111.
5. **Mielniczuk M, Kusza K, Brzezinski P, et al (2012).** Current management of congenital diaphragmatic hernia. *Anesthesiology intensive therapy*, 44(4): 232-237.
6. **Hye Won Park, Byong Sop Lee, Gina Lim, et al (2013).** A simplified formula using early blood gas analysis can predict survival outcomes and the requirements for extracorporeal membrane oxygenation in congenital diaphragmatic hernia. *Journal of Korean medical science*, 28(6): 924-928.
7. **Salas AA, Bhat R, Dabrowska K, et al (2014).** The value of Pa (CO₂) in relation to outcome in congenital diaphragmatic hernia. *American journal of perinatology*, 31(11): 939-946.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM, MỐI LIÊN QUAN, TƯƠNG QUAN GIỮA MỘT SỐ CHỈ SỐ LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BASEDOW

Cao Trường Sinh*, Nguyễn Thị Hương*

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả đặc điểm, mối liên quan, tương quan giữa một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân Basedow. **Đối tượng và phương pháp:** 51 bệnh nhân Basedow; 9 nam, 42 nữ tuổi trung bình $40,9 \pm 14,8$; gồm 34 bệnh nhân mới phát hiện bệnh, 17 bệnh nhân đang điều trị ngoại trú. Tất cả bệnh nhân đều được thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm T₃, FT₄, TSH, điện tâm đồ, siêu âm tuyến giáp. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân Basedow nữ: nam $\approx 5:1$, triệu chứng thường gặp: Gầy sút cân (92,2%), nhịp tim > 90 lần/phút (72,5%), run tay (86,3%), bướu giáp to (80,4%), hồi hộp đánh trống ngực (80,4%), lồi mắt (33,3%), tăng nồng độ hormon T₃ (84,3%), tăng FT₄ (82,4%), giảm TSH (88,2%), điện tâm đồ nhịp nhanh xoang (56,9%), dày thất trái (27,5%), rung nhĩ (9,8%), siêu âm tuyến giáp tăng sinh mạch (92,2%), nồng độ T₃, FT₄, CHCS tăng theo mức độ nhiễm độc giáp với $p < 0,05$, có sự tương quan chặt giữa nhịp tim và T₃, FT₄ và TSH với $r = 0,687$; $0,712$ và $-0,70$. **Kết luận:** Bệnh nhân Basedow có các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng điển hình. Nồng độ T₃, FT₄, CHCS tăng theo mức độ nhiễm độc giáp, nhịp tim tương quan chặt với T₃, FT₄ và TSH.

SUMMARY

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.6.2017

Ngày duyệt bài: 21.6.2017

STUDY THE CHARACTERISTICS, RELATIONSHIPS, CORRELATIONS BETWEEN SOME CLINICAL AND SUBCLINICAL IN THE BASEDOW PATIENT

Aim: Study the characteristics, relationships, correlations between some clinical and subclinical in the Basedow patient. **Object and methods:** 51 patients Basedow, 9 males and 42 females averaged ages $40,9 \pm 14,8$; including 34 newly diagnosed patients and 17 outpatients. All patients are examined and undergo basic laboratory tests. Describe the results obtained and identify relationships and correlations by the software SPSS 20.0. **Results:** The proportion of patients with female: male $\approx 5 : 1$, common symptoms: weight loss (92,2%), heart rate > 90 times/min (72,5%), trembling hands (86,3%), goiter (80,4%), palpitations (80,4%), ophthalmopathy (33,3%). Increased T₃ (84,3%), increased FT₄ (82,4%), reduced TSH (88,2%), sinus tachycardia (56,9%), left ventricular hypertrophy (27,5%), atrial fibrillation (9,8%), T₃, FT₄ and basic transformation increased follow toxemia levels ($p < 0,05$), correlation between heart rate and T₃, FT₄, TSH with $r = 0,687$; $0,712$ and $-0,7$. **Conclusion:** Basedow patients have typical clinical and subclinical symptoms. Concentrations of T₃, FT₄, CHCS increase with levels of thyroid toxicity, heart rate correlated closely with T₃, FT₄, and TSH.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Basedow là một bệnh nội tiết thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới [1], [2]. Ở Việt Nam theo thống kê của Lê Huy Liệu bệnh Basedow chiếm 45,8% các bệnh nội tiết điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai. Biểu hiện lâm sàng bệnh

Basedow phong phú, đa dạng có nhiều trường hợp bệnh diễn biến từ từ khó nhận biết. Tỷ lệ Basedow chưa được chẩn đoán hiện là 1,72% [3]. Tình trạng nhiễm độc giáp càng kéo dài càng tăng nguy cơ tử vong và biến chứng đặc biệt bệnh tim mạch [1],[4]. Tuy nhiên sự hiểu biết về bệnh và tầm ảnh hưởng của Basedow của người dân còn hạn chế nên người bệnh thường tới khám và điều trị muộn. Để góp phần tìm hiểu về bệnh, phát hiện các dấu hiệu bất thường và đề phòng các biến chứng cũng như nâng cao hiệu quả điều trị chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục đích: *Mô tả đặc điểm, mối liên quan, tương quan giữa một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân Basedow.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Giới		Nữ (1)		Nam (2)		Tổng		P (1-2)
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
< 20	3	5,9	2	3,9	5	9,8		>0,05	
21 – 40	13	25,5	4	7,8	17	33,3		<0,05	
41 – 60	23	45,1	2	3,9	25	49,0		<0,05	
>60	3	5,9	1	2,0	4	7,9		>0,05	
Tổng	42	82,4	9	17,6	51	100		<0,01	
Tuổi TB			40,9 ± 14,8						

Tỷ lệ mắc bệnh Basedow ở nữ giới cao hơn với tỷ lệ nữ: nam ≈ 5:1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuổi trung bình 40,9 ± 14,8.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân Basedow

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng thường gặp

Đặc điểm	n	%
Nhịp tim > 90 lần/phút	37	72,5
Gầy sút cân	47	92,2
Run tay	44	86,3
Bướu giáp lan tỏa	41	80,4
Tiếng thổi bướu giáp	23	45,1
Lồi mắt	17	33,3
Cơ mi trên	25	49,0
Ra nhiều mồ hôi	27	52,9
Rối loạn tiêu hóa	22	43,1
Hồi hộp đánh trống ngực	41	80,4
Lo lắng, khó ngủ	28	54,9

Triệu chứng lâm sàng hay gặp: gầy sút cân, run tay, hồi hộp đánh trống ngực, bướu giáp lan tỏa, nhịp tim nhanh, lồi mắt (33,3%).

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	n	%
CHCS tăng	44	86,3

3.3. Mối liên quan, tương quan giữa một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.6. Sự thay đổi T₃, FT₄, CHCS theo mức độ nhiễm độc giáp

Chỉ số	NDG	Nhẹ ($\bar{X} \pm SD$)	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Nặng ($\bar{X} \pm SD$)	P
--------	-----	-----------------------------	------------------------------------	------------------------------	---

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 51 bệnh nhân được chẩn đoán Basedow đến khám mới và vào điều trị nội trú trong tuần đầu, tại bệnh viện Nội tiết Nghệ An, gồm 43 nữ, 9 nam, tuổi trung bình 40,9 ± 14,8

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích. Tất cả bệnh nhân đều được thăm khám phát hiện các triệu chứng lâm sàng và làm xét nghiệm định lượng nồng độ hormon T₃, FT₄, TSH máu, nồng độ cholesterol máu, điện tâm đồ, siêu âm tuyến giáp. Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

T ₃ tăng	43	84,3
FT ₄ tăng	42	82,4
TSH giảm	45	88,2
Cholesterol máu giảm	34	66,7

Bệnh nhân Basedow có giảm nồng độ TSH, tăng nồng độ T₃, FT₄ và tăng CHCS.

Bảng 3.4. Đặc điểm trên điện tâm đồ

Dấu hiệu	n	(%)
Nhịp nhanh xoang	29	56,9
Rung nhĩ	5	9,8
Ngoại tâm thu	3	5,9
Đày thất trái	14	27,5

Dấu hiệu hay gặp nhất trên điện tâm đồ ở bệnh nhân Basedow là nhịp nhanh xoang.

Bảng 3.5. Đặc điểm trên siêu âm tuyến giáp

Đặc điểm	n	(%)
Lan tỏa	41	80,4
Nhân giáp	4	7,8
Tăng sinh mạch	47	92,2
Kích thước lớn (V > 10 cm ³)	45	88,2

T₃(nmol/l)	4,12 ± 3,43	6,07 ± 3,12	8,35 ± 2,83	< 0,05
FT₄(pmol/l)	28,47 ± 21,24	45,60 ± 24,63	74,21 ± 26,87	< 0,05
CHCS (%)	16,0 ± 10,7	42,0 ± 14,0	71,5 ± 11,5	< 0,05

T₃, FT₄, CHCS tăng theo mức độ nhiễm độc giáp với p < 0,05.

Bảng 3.7. Môi tương quan giữa nhịp tim và T₃, FT₄, TSH

Cặp tương quan	n	r	Phương trình hồi quy	p
Nhịp tim – T ₃	51	0,687	y = 4,34x + 74,8	< 0.05
Nhịp tim – FT ₄	51	0,712	y = 0,517x + 76,2	< 0.05
Nhịp tim – TSH	51	-0,70	y = 110,6 – 112,2x	<0.05

Nhịp tim tăng theo mức tăng nồng độ T₃, FT₄ theo phương trình y = 4,34x + 74,8 và y = 0,517x + 76,2 với r = 0,687 và 0,712. Nhịp tim tăng lên theo mức giảm nồng độ TSH theo phương trình y = 110,6 – 112,2x với r = -0,7.

Bảng 3.8. Môi tương quan giữa huyết áp tâm thu và T₃, FT₄, TSH

Cặp tương quan	n	r	p
HATT – T ₃	51	0,067	>0.05
HATT – FT ₄	51	0,073	> 0.05
HATT – TSH	51	-0,119	>0.05

Không có mối tương quan giữa huyết áp tâm thu và T₃, FT₄, TSH.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung ở bệnh nhân

Basedow: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy: Trong tổng số 51 bệnh nhân Basedow gặp 42 nữ là 82,4%, ở nam là 17,6% với tỉ lệ nữ: nam ≈ 5 : 1. Độ tuổi mắc bệnh Basedow trung bình là 40,9 ± 14,8, bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng độ tuổi hay gặp nhất là 40 – 60 tuổi. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu phù hợp với bệnh cảnh Basedow kinh điển. Nghiên cứu của Lê Đức Hạnh trên 426 bệnh nhân Basedow tại Bệnh viện 108 cho thấy tỉ lệ nữ: nam là 5 : 1 [5]. Nghiên cứu của Nafissatou Diagne tỉ lệ nữ: nam là 7,3 và tuổi trung bình là 34,6 tuổi [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân Basedow: Về đặc điểm lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi thể hiện ở bảng 3.2. Triệu chứng gầy sút cân là 47 người chiếm tỉ lệ 92,2% trong đó tỉ lệ gầy sút 10 – 20% TLCT chiếm tỉ lệ cao nhất 54,9%. Đây là triệu chứng quan trọng nếu không được phát hiện và điều trị dễ dẫn đến suy kiệt. Triệu chứng run tay thường gặp ở bệnh nhân Basedow trong nghiên cứu của chúng tôi run tay chiếm (86,3%). Hồi hộp đánh trống ngực là triệu chứng cơ năng tim mạch thường gặp ở bệnh nhân Basedow (80,4%). Đa số bệnh nhân Basedow có nhịp tim nhanh, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm nhịp tim > 90 lần/phút chiếm tỉ lệ cao nhất 72,5%. Điều này phù hợp với những nghiên cứu trước đây.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10 bệnh nhân (19,6%) không sờ thấy tuyến giáp trong đó

có 6 bệnh nhân đã sử dụng thuốc điều trị. Đa số bệnh nhân có tuyến giáp to (80,4%) trong đó bướu giáp độ 1 chiếm tỉ lệ cao nhất 41,3%, bướu giáp độ 2 chiếm 39,1%. Nghiên cứu của Nafissatou Diagne số bệnh nhân có bướu giáp là 78,7%[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng cơ năng thường gặp là cộm mắt 45,1%, chói mắt 39,2%, lồi mắt chiếm 33,3%. Nghiên cứu của Lê Đức Hạnh nghiên cứu trên 426 bệnh nhân Basedow tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 tỉ lệ bệnh nhân mắc bệnh mắt Basedow là 45,5% [5].

Một số triệu chứng khác nhận thấy trong nghiên cứu của chúng tôi như: Lo lắng khó ngủ (54,9%) và ra mồ hôi nhiều (52,9%) thường gặp nhất. Triệu chứng sợ nóng 39,2% trường hợp, rối loạn tiêu hóa 43,1%. Một số triệu chứng cận lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân Basedow trong nghiên cứu của chúng tôi là: Trong 51 bệnh nhân, đa số có nồng độ TSH giảm 88,2%, số trường hợp có nồng độ T₃ cao hơn bình thường chiếm 84,3%. nồng độ FT₄ cao hơn giá trị bình thường chiếm tỉ lệ cao nhất 82,4%, nồng độ cholesterol thấp chiếm 66,7%. Nghiên cứu của Nafissatou Diagne tất cả bệnh nhân Basedow được nghiên cứu có nồng độ TSH giảm [6].

Mặc dù điện tâm đồ không phản ánh được mức độ suy tim cường giáp nhưng là một dấu hiệu quan trọng để đánh giá tình trạng nhịp tim, sự dẫn truyền dòng điện tim, trục tim... Trong bảng 3.4 chúng tôi thấy nhịp nhanh xoang (60,8%), dày thất trái (27,5%), rung nhĩ (9,8%) và ngoại tâm thu (5,9%).

Về vấn đề này, nghiên cứu của Đỗ Thị Tính cho thấy dấu hiệu nhịp nhanh xoang có 71,2%, rung nhĩ 28,8%, dày thất trái chiếm 65,4% [7].

Trên siêu âm tuyến giáp Tuyến giáp ở bệnh nhân Basedow chủ yếu có hiện tượng tăng sinh mạch (92,2%), tăng thể tích tuyến giáp (88,2%) và trong đó có 80,4% bệnh nhân có bướu giáp lan tỏa.

3.4. Môi liên quan, tương quan giữa một số chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng

Nồng độ hormon tuyến giáp T₃, FT₄, CHCS tăng lên theo mức độ nhiễm độc giáp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Thành trên 126 bệnh nhân Basedow tại Bệnh viện Nội tiết trung ương cho thấy: các chỉ số T₃, FT₄, CHCS tăng lên theo mức độ nhiễm độc giáp. Có sự tương quan thuận mức độ chặt giữa nhịp tim và nồng độ T₃, FT₄ ($r = 0,687$ và $0,712$), điều này chứng minh nhịp tim nhanh ở bệnh nhân Basedow là do ảnh hưởng trực tiếp của nồng độ hormon tuyến giáp trong huyết thanh.

Phương trình tương quan $y = 4,34x + 74,8$ và $y = 0,517x + 76,2$. Qua phương trình tương quan này có thể giúp thầy thuốc sơ bộ đánh giá được nồng độ T₃, FT₄ dựa vào nhịp tim của bệnh nhân. Có sự tương quan nghịch mức độ chặt chẽ giữa nhịp tim và nồng độ TSH với $r = - 0,7$. Phương trình tương quan $y = - 112,1x + 110,6$, qua phương trình có thể giúp thầy thuốc sơ bộ đánh giá được nồng độ TSH dựa vào nhịp tim của người bệnh, giúp cho việc tiên lượng và đánh giá hiệu quả điều trị khi chưa có kết quả cận lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân Basedow có các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng điển hình. Nồng độ T₃, FT₄, CHCS tăng theo mức độ nhiễm độc giáp, nhịp tim tương quan chặt với T₃, FT₄ và TSH. Cần triển khai các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về bệnh Basedow cho người dân để người bệnh đến khám phát hiện và điều trị sớm nhằm hạn chế tối đa các biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Kháng(2002), *Bệnh học nội tập 2*, Nxb quân đội nhân dân, tr. 455 – 480.
2. Sherita H. Golden, Karen A. Robinson(2009), *Prevalence and Incidence of Endocrine and Metabolic Disorders in the United States: A Comprehensive Review*, J Clin Endocrinol Metab, June 2009, 94(6):1853–1878.
3. Ane Garmendia Madariaga, Silvia Santos Palacios, Francico Guillen Grima(2014), *The incidence and prevalence of thyroid dysfunction in Europe. A meta – analysis*, J Clin Endocrinol Metab, 99(3), 923 – 931.
4. Giesecke P, Rosenqvist V(2017), *Increased Cardiovascular Mortality and Morbidity in Patients treated for toxic nodular goiter compared to Graves' Disease and Nontoxic Goiter*,NCBI, 10.1089.
5. Lê Đức Hạnh (2013), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng liên quan bệnh lý tuyến giáp và bệnh mắt Basedow*, Tạp chí y học thực hành, 857(1), 69 – 71.
6. Nafissatou Diagne, Atoumane Faye(2016), *Epidemiological, clinical, therapeutic and evolutive aspects of Basedow – Graves disease in the Department of Internal Medicine at CHU Aristide Le Dantec*, The Pan African Medical Journal 25: 6.7868.
7. Đỗ Thị Tính (2010), " *Nghiên cứu biến đổi chức năng tim ở bệnh nhân Basedow*" Đại học Y Hải Phòng.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC VỀ AN TOÀN THỰC PHẨM CỦA NGƯỜI CHẾ BIẾN CHÍNH TẠI CÁC QUÁN ĂN Ở THỊ XÃ CAI LẬY, TIỀN GIANG NĂM 2017

Trương Văn Bé Tư¹, Tạ Văn Trâm², Trần Thị Đức Hạnh³

TÓM TẮT²⁰

Đặt vấn đề: Ngành Y tế đã có nhiều nỗ lực trong việc triển khai các hoạt động nhằm đảm bảo an toàn

thực phẩm, song trong thời gian qua ngộ độc thực phẩm vẫn còn khá phổ biến, ngày càng diễn biến phức tạp và khó kiểm soát. **Mục tiêu:** Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính tại các quán ăn, thị xã Cai Lậy, Tiền Giang năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, có phân tích (phương pháp nghiên cứu định lượng). **Kết quả:** Vai trò người chế biến; tiếp cận nguồn thông tin; giấy phép về an toàn thực phẩm có mối liên quan với kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính. Tất cả các mối liên quan này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Yếu tố về trình độ chuyên môn chúng tôi không có đủ chứng cứ để khẳng định có hoặc không có mối liên quan với kiến

¹Trung tâm Y tế Cai Lậy

²Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

³Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Trâm

Email: tavantram@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính.
Kết luận: Kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính tại các quán ăn giữ vai trò quan trọng trong việc ngăn ngừa ngộ độc thực phẩm.

Từ khóa: Kiến thức, an toàn thực phẩm, thị xã Cai Lậy.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO KNOWLEDGE ON FOOD SAFETY OF MAJOR PROCESSORS IN RESTAURANTS, CAI LAY TOWN, TIEN GIANG IN 2017

Background: The health sector has made great efforts in implementing activities to ensure food safety. However, in the past time food poisoning is still quite common, complex and difficult to control.

Objective: Identify a number of factors related to knowledge of food safety of major processors in restaurants, Cai Lay Town, Tien Giang Province in 2017. **Method:** Cross-sectional study, with analytical (quantitative methods). **Results:** The role of the processor; Access to information resources; The food safety certificate is related to the knowledge of food safety of the major processor. We do not have enough evidence to confirm whether or not there is a link to the processor's knowledge of safe etiquette. **Conclusion:** Knowledge of food safety by major processors at restaurant play an important role in preventing food poisoning.

Keywords: Knowledge, food safety, Cai Lay town.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù ngành Y tế đã có nhiều nỗ lực trong việc triển khai các hoạt động nhằm đảm bảo an toàn thực phẩm, song trong thời gian qua ngộ độc thực phẩm vẫn còn khá phổ biến, ngày càng diễn biến phức tạp và khó kiểm soát. Kết quả giám sát liên tục trong 05 năm (2010 – 2014) toàn quốc đã ghi nhận 859 vụ ngộ độc thực phẩm với 27.522 người mắc, 21.951 người đi viện và 184 người chết. Trung bình có 171 vụ/năm với 5.504 người mắc/năm và 36 người chết do ngộ độc thực phẩm/năm⁽²⁾. Tại Tiền Giang theo thống kê báo cáo của Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Tiền Giang từ năm 2010 – 2015 đã xảy ra 44 vụ ngộ độc thực phẩm với 2.717 người mắc, 05 người chết, nguyên nhân chính của các vụ ngộ độc thực phẩm do vi sinh vật chiếm đa số 43,18%, do độc tố tự nhiên chiếm 18,18% chủ yếu là sò biển và cóc; số vụ chưa rõ nguyên nhân chiếm 38,63%⁽¹⁾. Trên thực tế số vụ ngộ độc thực phẩm có thể còn nhiều hơn so với số báo cáo. Thị xã Cai Lậy là trung tâm kinh tế, chính trị xã hội quan trọng

của khu vực phía tây tỉnh Tiền Giang. Theo thống kê báo cáo của khoa An toàn vệ sinh thực phẩm thuộc Trung tâm Y tế thị xã Cai Lậy hiện có khoảng 342 cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống: Trong đó quán ăn 110, giải khát 33, thức ăn đường phố 181; bếp ăn tập thể 18; số cơ sở được cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện an toàn thực phẩm tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống 23/27 đạt tỷ lệ 85,18%, các cơ sở còn lại chỉ thực hiện cam kết đảm bảo an toàn thực phẩm với cơ quan quản lý nhà nước. Chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính tại các quán ăn, thị xã Cai Lậy, Tiền Giang năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Quán ăn hay gọi là cửa hàng ăn, tiệm ăn: là cơ sở tổ chức chế biến, cung cấp thức ăn, thức uống, để ăn uống ngay tại chỗ và có địa điểm cố định (có hoặc không có giấy chứng nhận đăng ký kinh doanh), trên địa bàn thị xã Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang, từ tháng 12 năm 2016 đến tháng 5 năm 2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các quán ăn trên địa bàn thị xã Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang tại thời điểm nghiên cứu; Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Người chế biến (NCB) chính là người tham gia chế biến phần lớn thức ăn được bày bán tại quán ăn.

- Người chế biến tại các quán ăn thị xã Cai Lậy, tỉnh Tiền Giang năm 2017.

- Quán ăn có từ 02 người chế biến trở lên thì rút thăm chọn ngẫu nhiên NCB.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các cơ sở kinh doanh giải khát, nhà hàng, BATT, thức ăn đường phố, căn tin; Chủ cơ sở không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, có phân tích (phương pháp nghiên cứu định lượng).

Phân tích và xử lý số liệu: Phần mềm Epidata 3.1, phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính tại các quán ăn.

Bảng 1. Mối liên quan giữa vai trò của người chế biến với kiến thức chung về an toàn thực phẩm

Vai trò của người chế biến	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Người làm công	6(40,0%)	9(60,0%)	15(100%)	OR = 3,644

Chủ cơ sở	15(15,5%)	82(84,5%)	97(100%)	p= 0,035
Tổng	21(18,8%)	91(81,2%)	112(100%)	

Bảng 2. Mối liên quan giữa nhóm tuổi với kiến thức chung về ATTP

Nhóm tuổi	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Dưới 35 tuổi	6(23,1%)	20(76,9%)	26(100%)	$\chi^2 = 0,927$ p= 0,629
Từ 35-49 tuổi	11(19,6%)	45(80,4%)	56(100%)	
Từ 50 tuổi trở lên	4(13,3%)	26(86,7%)	30(100%)	

Bảng 3. Mối liên quan giữa giới tính với kiến thức chung về ATTP

Giới tính	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Nam	2(6,7%)	28(93,3%)	30(100%)	$\chi^2 = 2,918$ OR = 0,237 p= 0,88
Nữ	19(23,2%)	63(76,8%)	82(100%)	
Tổng	21(18,8%)	91(81,2%)	112(100%)	

Bảng 4: Mối liên quan giữa nhóm trình độ học vấn với kiến thức về ATTP

Nhóm trình độ học vấn	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Dưới THPT	17(23,6%)	55(76,4%)	72(100%)	$\chi^2 = 2,297$ OR = 2,782 p= 0,130
THPT trở lên	4(10,0%)	36(90,0%)	40(100%)	
Tổng	21(18,8%)	91(81,2%)	112(100%)	

Bảng 5: Mối liên quan giữa nhóm thời gian làm nghề với kiến thức về ATTP

Nhóm thời gian làm nghề	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Dưới 5 năm	9(23,1%)	30(76,9%)	39(100%)	$\chi^2 = 0,364$ OR = 1,525 p= 0,546
Từ 5 năm trở lên	12(16,4%)	61(83,6%)	73(100%)	
Tổng	21(18,8%)	91(81,2%)	112(100%)	

Bảng 6. Mối liên quan giữa nhóm trình độ chuyên môn với kiến thức chung về ATTP

Nhóm trình độ chuyên môn	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Không có đào tạo	21(19,3%)	88(80,7%)	109(100%)	
Có đào tạo	0	3(100%)	3(100%)	
Tổng	21(18,8%)	91(81,2%)	112(100%)	

Bảng 7. Mối liên quan giữa tham gia tập huấn hoặc xác nhận kiến thức ATTP với kiến thức chung về ATTP

Tham gia tập huấn hoặc xác nhận kiến thức ATTP	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Không tham gia	12(26,1%)	34(73,9%)	46(100%)	p= 0,157 $\chi^2 = 2,758$ OR = 2,235
Có tham gia	9(13,6%)	57(86,4%)	66(100%)	
Tổng	21(18,8%)	91(81,2%)	112(100%)	

Bảng 8: Mối liên quan giữa tiếp cận nguồn thông tin với kiến thức chung về ATTP

Tiếp cận nguồn thông tin	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Không tiếp cận	4(57,1%)	3(42,9%)	7(100%)	p= 0,023 OR = 6,902
Có tiếp cận	17(16,2%)	88(83,8%)	105(100%)	
Tổng	21(18,8%)	91(81,2%)	112(100%)	

Bảng 9 Mối liên quan giữa giấy phép ATTP với kiến thức chung về ATTP

Giấy phép ATTP	Kiến thức chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		

Không có	15(27,3%)	40(72,7%)	55(100%)	p= 0,043 $\chi^2 = 4,112$ OR = 3,188
Có giấy phép	6(10,5%)	51(89,5%)	57(100%)	
Tổng	21(18,8%)	91(81,2%)	112(100%)	

Bảng 10. Mối liên quan giữa kiến thức chung với thực hành chung về ATTP

Kiến thức chung về ATTP	Thực hành chung về an toàn thực phẩm		Tổng	χ^2 , OR, P, 95%KTC
	Không đạt	Đạt		
Không đạt	18(85,7%)	3(14,3%)	21(100%)	p= 0,394 OR = 2,029
Đạt	68(74,7%)	23(25,3%)	91(100%)	
Tổng	86(76,8%)	26(23,2%)	112(100%)	

IV. BÀN LUẬN

Vai trò của người chế biến: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy rằng. Những NCB chính là chủ cơ sở thì có kiến thức chung đạt về ATTP 84,5% và người làm công là 60,0%. Những NCB chính là người làm công thì nguy cơ có kiến thức không đạt về ATTP cao gấp 3,644 lần so với NCB chính là chủ cơ sở (OR=3,644), 95%KTC (1,131-11,748). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,035<0,05$). Điều này có thể được hiểu là, bởi NCB chính là chủ cơ sở thì trước khi ra chế biến kinh doanh đã tìm hiểu thật kỹ về chế biến thực phẩm thì mới dám đầu tư kinh doanh, chế biến thực phẩm để kinh doanh có hiệu quả.

Tiếp cận nguồn thông tin: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy rằng việc NCB chính được tiếp cận nguồn thông tin thì có kiến thức chung đạt về ATTP là 83,8% và không được tiếp cận là 42,9%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p=0,023<0,05$). Những NCB chính không được tiếp cận nguồn thông tin thì có nguy cơ có kiến thức chung không đạt về ATTP cao gấp 6,902 lần so với NCB chính có tiếp cận nguồn thông tin (OR=6,902), 95% KTC (1,415-33,658). Do đó đòi hỏi các cơ quan về thông tin, truyền thông các cơ quan quản lý nhà nước về ATTP phải tăng cường công tác tuyên truyền về ATTP hơn nữa để NCB có kiến thức tốt về ATTP để chế biến ra sản phẩm đảm bảo an toàn. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Lương tại các cửa hàng ăn uống và nhà hàng ăn uống của phường Việt Hưng, quận Long Biên, Hà Nội năm 2015 và của Phạm Thị Lan Anh về NCB chính của các cửa hàng ăn tại khu du lịch chùa Hương mùa Lễ hội năm 2014 ($p<0,001$)⁽⁴⁾.

Giấy phép về ATTP: Theo Luật ATTP, sản xuất, kinh doanh thực phẩm là hoạt động có điều kiện⁽⁶⁾. Theo đó trước khi cơ sở hoạt động phải có giấy phép về ATTP thì mới hoạt động. Qua kết quả nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng cơ sở có giấy phép về ATTP thì có kiến thức chung về ATTP đạt 89,5% và không có giấy phép là 72,7%. Sự khác biệt này có ý nghĩa

thống kê ($p= 0,043 < 0,05$). Những NCB chính làm việc tại cơ sở không có giấy phép về ATTP thì có nguy cơ có kiến thức chung về ATTP không đạt cao gấp 4,112 lần so với làm việc tại cơ sở có giấy phép về ATTP (OR=4,112), 95% KTC (1,134-8,958).

Bên cạnh các yếu tố có liên quan với kiến thức về ATTP của NCB chính. Theo kết quả nghiên cứu, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa các yếu tố như Nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thời gian làm nghề và trình độ chuyên môn, tham gia tập huấn kiến thức hoặc xác nhận kiến thức về ATTP với kiến thức chung về ATTP của NCB chính:

Tuổi: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, những người trong nhóm tuổi từ 50 tuổi trở lên có kiến thức đạt cao hơn những người trong nhóm tuổi dưới 35 tuổi và từ 35-49 tuổi (86,7% so với 80,4% và 76,9%). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,629>0,05$). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Lương tại các cửa hàng ăn uống và nhà hàng ăn uống của phường Việt Hưng, quận Long Biên, Hà Nội năm 2015⁽⁴⁾.

Giới tính: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ Nam giới có kiến thức về ATTP đạt cao hơn Nữ giới (93,3% so với 68,8%). Tuy nhiên, sự khác biệt này vẫn không có ý nghĩa thống kê ($p=0,88>0,05$). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Lương tại các cửa hàng ăn uống và nhà hàng ăn uống của phường Việt Hưng, quận Long Biên, Hà Nội năm 2015⁽⁴⁾. Như vậy cả nam và nữ đều có thể có kiến thức chung về ATTP là như nhau.

Trình độ học vấn: Theo kết quả nghiên cứu cho thấy, những NCB chính có trình độ học vấn từ THPT trở lên có kiến thức đạt về ATTP (90,0%) cao hơn những người có trình độ dưới THPT (76,4%). Tuy nhiên chúng tôi vẫn không tìm thấy được sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,13>0,05$). Kết quả này không phù hợp với kết quả của Phạm Thị Lan Anh về NCB chính của các cửa hàng ăn tại khu du lịch chùa Hương mùa Lễ hội năm 2014 và của Lê Thị Thanh Lương tại các cửa hàng ăn uống và nhà hàng ăn

uống của phường Việt Hưng, quận Long Biên, Hà Nội năm 2015⁽⁴⁾. Có thể hiểu như sau những người có trình độ dưới THPT vẫn có kiến thức chung về ATTP như những người có trình độ từ THPT trở lên do kiến thức về ATTP là các vấn đề xã hội, thông thường, dễ tiếp cận.

Thời gian làm nghề: Theo kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Lương tại các cửa hàng ăn uống và nhà hàng ăn uống của phường Việt Hưng, quận Long Biên, Hà Nội năm 2015 thì có mối liên quan giữa thời gian làm nghề với kiến thức chung về ATTP của NCB ($p < 0,001$)⁽⁴⁾. Tuy nhiên trong kết quả nghiên cứu này chúng tôi không tìm thấy có mối liên quan, mặc dù những NCB chính có thời gian làm nghề từ 5 năm trở lên có kiến thức đạt chung về ATTP 83,6% cao hơn NCB có thời gian làm nghề dưới 5 năm 76,9%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,546 > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Tấn Khoa về kiến thức, thực hành về VSATTP của người trực tiếp chế biến tại các cửa hàng ăn trên địa bàn huyện Hồng Ngự tỉnh Đồng Tháp năm 2015⁽⁶⁾.

Tham gia tập huấn kiến thức hoặc xác nhận kiến thức về ATTP: Những người có tham gia tập huấn hoặc xác nhận kiến thức về ATTP thì có kiến thức đạt về ATTP là 86,4% và không tham gia gia tập huấn kiến thức 73,9%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,157 > 0,05$).

Trình độ chuyên môn: Theo kết quả nghiên cứu này chúng tôi không thể khẳng định là có hoặc không có liên quan với kiến thức chung về ATTP của NCB chính vì khi khảo sát trong 112 NCB chính thì chỉ có 03 NCB chính có trình độ chuyên môn về chế biến thực phẩm. Nên chúng tôi không có đủ bằng chứng để kết luận có hoặc không có liên quan.

V. KẾT LUẬN

Vai trò người chế biến; tiếp cận nguồn thông tin; giấy phép về ATTP có mối liên quan với kiến thức về ATTP của người chế biến chính. Tất cả các mối liên quan này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Yếu tố về trình độ chuyên môn chúng tôi không có đủ chứng cứ để khẳng định có hoặc không có mối liên quan với kiến thức về ATTP của NCB chính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chi cục An toàn vệ sinh thực phẩm Tiền Giang (2016)**, "Tình hình ngộ độc thực phẩm tại các bếp ăn tập thể trên địa bàn tỉnh Tiền Giang giai đoạn 2010 - 2015", *Đảm bảo an toàn thực phẩm bếp ăn tập thể trên địa bàn tỉnh Tiền Giang*, Tiền Giang, tr. 4 - 5.
2. **Cục An toàn thực phẩm (2015)**, "Báo cáo công tác bảo đảm an toàn thực phẩm tại bếp ăn tập thể tại khu công nghiệp và khu chế xuất giai đoạn 2010 - 2015", *Hội thảo bảo đảm an toàn thực phẩm bếp ăn tập thể tại khu công nghiệp, khu chế xuất* Tiền Giang, tr. 3.
3. **Cục An toàn thực phẩm (2015)**, *Kiến thức cơ bản về an toàn thực phẩm*, Hà Nội.
4. **Lê Thị Thanh Lương (2015)**, *Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm, kiến thức, thực hành của người chế biến và một số yếu tố liên quan tại các cửa hàng ăn uống và nhà hàng ăn uống của phường Việt Hưng, quận Long Biên, Hà Nội năm 2015*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. **Phạm Thị Lan Anh (2014)**, *Thực trạng điều kiện an toàn thực phẩm và một số yếu tố liên quan của các cửa hàng ăn tại khu du lịch Chùa Hương mùa lễ hội 2014*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
6. **Quốc hội (2010)**, *Luật An toàn thực phẩm số 55/2010/QH12*, Hà Nội.
7. **Trần Tấn Khoa (2014)**, *Kiến thức, thực hành về vệ sinh an toàn thực phẩm của người trực tiếp chế biến tại các cửa hàng ăn trên địa bàn huyện Hồng Ngự, tỉnh Đồng Tháp năm 2015*, Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM CHỨC NĂNG NHẬN THỨC VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI ĐỘ CỨNG THÀNH ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI

Hà Thị Vân Anh¹, Nguyễn Xuân Thanh¹, Vũ Thanh Thủy²,
Phạm Thắng¹, Vũ Thị Thanh Huyền^{1,3}

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Vân Anh

Email: chatonvananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.4.2017

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm các chức năng nhận thức và xác định mối liên quan giữa chức năng nhận thức và độ cứng thành động mạch trên bệnh nhân cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 322 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên

Ngày phản biện khoa học: 5.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

được khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương từ 12/2015 đến 10/2016. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được đánh giá chức năng nhận thức nhớ từ, ngôn ngữ, chú ý, chức năng thị giác và thùy trán theo bộ câu hỏi thống nhất; độ cứng động mạch đánh giá bằng chỉ số baPWV (được đo tại hai bên của cơ thể bằng máy đo tự động). **Kết quả:** tổng số có 322 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $70,85 \pm 7,96$, tỷ lệ nữ/nam là 1,8. Điểm trung bình của chức năng nhớ lại có trì hoãn, nói lưu loát, đọc ngược dãy số, thị giác giảm trên nhóm bệnh nhân có tăng độ cứng thành mạch so với nhóm mạch máu bình thường. Có mối liên quan nghịch giữa trí nhớ từ, ngôn ngữ, sự chú ý và chức năng thị giác với độ cứng thành động mạch trên người cao tuổi ($p < 0,05$). **Kết luận:** Sàng lọc sớm các chức năng nhận thức giúp giảm các nguy cơ bất lợi trên thành động mạch và ngược lại, sàng lọc sớm độ cứng thành động mạch làm giảm nguy cơ suy giảm nhận thức trên người cao tuổi.

Từ khóa: độ cứng động mạch, chức năng nhận thức, người cao tuổi.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF COGNITIVE FUNCTION AND RELATION TO ARTERIAL STIFFNESS IN ELDERLY PATIENTS

Objectives: To assess the characteristics of cognitive functions and determine the relationship between cognitive functions and arterial stiffness in elderly patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study included of 322 patients aged 60 and over who were diagnosed and treated at National Geriatric Hospital from 12/2015 to 10/2016. The cognitive functions including memory, language, attention, visual and frontal lobe function were assessed by questionnaire and the arterial stiffness was measured by baPWV index (it was measured from both sides of the body by automatically machine). **Results:** A total of 322 patients participated in the study, with an average age of 70.85 ± 7.96 , the ratio of male/female was 1.8. The mean score of delayed recall, verbal fluency, read backwards, visual test in group with increased arterial stiffness was decreased in comparison with that in group with normal blood vessels. There was a negative correlation between memory, language, attention and visual function with arterial stiffness in the elderly ($p < 0.05$). **Conclusion:** Early screening of cognitive functions will reduce the risk of adverse effects on artery walls, conversely, early screening of arterial stiffness will reduce the risk of cognitive decline in the elderly.

Keyword: Arterial stiffness, cognitive function, elderly patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm nhận thức là một vấn đề sức khỏe quan trọng với tỷ lệ ngày càng gia tăng, gây nhiều biến chứng bất lợi đối với sức khỏe người cao tuổi [1]. Những phát hiện về yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được tình trạng suy giảm nhận thức, tuy nhiên các nghiên cứu đến nay còn nhiều hạn chế. Sự biến đổi về thành mạch máu

thường xuất hiện cùng với sự tồn tại của các yếu tố nguy cơ tim mạch như tuổi cao, hút thuốc, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, tăng huyết áp... Tuổi là yếu tố lâm sàng chính quyết định độ cứng của động mạch lớn; tuổi cao làm thay đổi tính chất sinh lý của động mạch, thúc đẩy quá trình xơ vữa, gây cứng mạch [3]. Như vậy rối loạn nhận thức và tăng độ cứng thành động mạch là hai bệnh cùng tồn tại song song với quá trình lão hóa. Có nhiều phương pháp đánh giá chức năng nhận thức, trên lâm sàng thường sử dụng thang điểm MMSE – trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu [4]. Trong nhiều phương pháp không xâm lấn, vận tốc lan truyền sóng mạch (VTLTSM) đã được sử dụng rộng rãi như một chỉ số của độ cứng động mạch, đồng thời cũng là một dấu hiệu của xơ vữa động mạch trong thực nghiệm và trên lâm sàng. Một số máy hiện nay có thể cho phép tự động đo VTLTSM tại vị trí cảnh – đùi và cánh tay – cổ chân. So với đo VTLTSM cảnh – đùi thì phương pháp đo VTLTSM cánh tay – cổ chân đơn giản hơn, không đòi hỏi kỹ thuật đặc biệt.

Trên thế giới đã có một số công trình nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa độ cứng động mạch với sự suy giảm nhận thức [2], tuy nhiên chưa có một nghiên cứu chính thức nào tại Việt Nam về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục đích xác định tỷ lệ suy giảm nhận thức và đánh giá đặc điểm rối loạn nhận thức ở bệnh nhân cao tuổi có tăng độ cứng thành động mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân ≥ 60 tuổi tình táo, biết chữ và hợp tác trong quá trình thăm khám và thực hiện trắc nghiệm thần kinh tâm lý, khám và điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân dưới 60 tuổi, có tiền sử chấn thương sọ não để lại di chứng, bệnh Parkinson, mắc bệnh rối loạn tâm thần, có tiền sử hoặc hiện tại đang bị tai biến mạch máu não, đang dùng các thuốc an thần kinh, bệnh nhân bị trầm cảm, đang mắc các bệnh nội khoa mạn tính như: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy tim nặng, không muốn tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Các chỉ số nghiên cứu: đo chỉ số baPWV, thực hiện trắc nghiệm đánh giá trạng thái tâm thần tối thiểu MMSE, đánh giá các chức năng nhận thức (trí nhớ từ, ngôn ngữ, sự chú ý,

chức năng thị giác và chức năng thùy trán) theo bộ câu hỏi nghiên cứu một cách thống nhất. Độ cứng của động mạch được xác định thông qua chỉ số baPWV, được đo tại hai bên của cơ thể (bên phải và bên trái) bằng máy Omron VP-1000. Bệnh nhân cần nằm nghỉ thoải mái trước khi đo 10 phút, nghiên cứu viên lắp bốn vòng bít tại tứ chi, sau đó máy sẽ tự động đo và in kết quả. Chức năng nhận thức: Chẩn đoán sa sút trí tuệ theo tiêu chuẩn của sách chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần lần thứ tư của Mỹ, các chức năng nhận thức được đánh giá: nhớ từ (nhớ lại ngay, nhớ lại có trì hoãn, nhận biết có trì hoãn, kể lại ngay, kể lại có trì hoãn), ngôn ngữ (gọi tên Boston có sửa đổi, nói lưu loát), chú ý (đọc xuôi dãy số, đọc ngược dãy số), chức năng thị giác (Trắc nghiệm vẽ đồng hồ) và thùy trán [5]

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. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Tổng số có 322 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $70,85 \pm 7,96$, tỷ lệ nữ/nam là 1,8, có 204 bệnh nhân có mạch máu bình thường và 118 bệnh nhân biểu hiện tăng độ cứng thành động mạch.

3.2. Đặc điểm các chức năng nhận thức và xác định mối liên quan giữa chức năng nhận thức và độ cứng thành động mạch trên bệnh nhân cao tuổi

Bảng 1. Đặc điểm về trí nhớ từ và mối liên quan với độ cứng thành động mạch

baPWV (cm/s)		Nhóm tăng độ cứng thành mạch (n=118)	Nhóm mạch máu bình thường (n=204)	p
Trí nhớ từ	Rối loạn (n=25)	12 (10,2%)	13 (6,4%)	0,36
	Bình thường (n=297)	106 (89,8%)	191 (93,6%)	
	$\bar{X} \pm SD$	$10,89 \pm 3,7$	$13,35 \pm 5,69$	0,28
Nhớ lại có trì hoãn	Rối loạn (n=37)	21 (17,8%)	16 (7,8%)	0,80
	Bình thường (n=285)	97 (82,2%)	188 (92,2%)	
	$\bar{X} \pm SD$	$3,44 \pm 2,09$	$5,08 \pm 2,98$	< 0,05
Nhận biết có trì hoãn	Rối loạn (n=38)	23 (19,5%)	15 (7,4%)	0,88
	Bình thường (n=284)	95 (80,5%)	189 (92,6%)	
	$\bar{X} \pm SD$	$6,28 \pm 3,49$	$5,2 \pm 3,28$	0,22
Kể lại ngay	Rối loạn (n=43)	26 (22,1%)	17 (8,3%)	0,96
	Bình thường (n=279)	92 (77,9%)	187 (91,7%)	
	$\bar{X} \pm SD$	$6,28 \pm 3,01$	$6,28 \pm 2,72$	0,81
Kể lại có trì hoãn	Rối loạn (n=60)	33 (27,9%)	27 (13,2%)	0,49
	Bình thường (n=262)	85 (72,1%)	177 (86,8%)	
	$\bar{X} \pm SD$	$5,19 \pm 2,81$	$5,79 \pm 3,09$	0,39

Đánh giá về lĩnh vực trí nhớ từ thấy chỉ có trắc nghiệm nhớ từ sau là có sự khác biệt giữa hai nhóm, điểm trung bình ở nhóm tăng độ cứng thành động mạch là $3,44 \pm 2,09$ thấp hơn so với $5,08 \pm 2,98$ của nhóm mạch máu bình thường. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Đặc điểm về ngôn ngữ và mối liên quan với độ cứng thành động mạch

baPWV (cm/s)		Nhóm tăng độ cứng thành mạch(n=118)	Nhóm mạch máu bình thường(n=204)	p
Ngôn ngữ	Rối loạn (n=42)	25 (21,2%)	17 (8,3%)	0,73
	Bình thường (n=280)	93 (78,8%)	187 (91,7%)	
	$\bar{X} \pm SD$	$14,44 \pm 0,78$	$14,08 \pm 2,75$	0,30
Nói lưu loát	Rối loạn (n=45)	29 (24,6%)	16 (7,8%)	0,65
	Bình thường (n=277)	89 (75,4%)	188 (92,2%)	
	$\bar{X} \pm SD$	$12,94 \pm 3,20$	$14,16 \pm 5,26$	< 0,05

Đánh giá về lĩnh vực ngôn ngữ ở trắc nghiệm Boston có sửa đổi: có 25 bệnh nhân (21,2%) có rối loạn trong nhóm tăng độ cứng thành động mạch và 17 bệnh nhân (8,3%) có rối loạn trong nhóm mạch máu bình thường; điểm trung bình giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó trắc nghiệm nói lưu loát từ, điểm trung bình của nhóm mạch máu cứng thấp hơn rõ so với nhóm mạch máu bình thường ($12,94 \pm 3,2$ so với $14,16 \pm 5,26$ với $p < 0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm về sự chú ý và mối liên quan với độ cứng thành động mạch

baPWV (cm/s)		Nhóm tăng độ cứng thành mạch (n=118)	Nhóm mạch máu bình thường (n=204)	P
Sự chú ý	Rối loạn (n=35)	16 (13,6%)	19 (9,3%)	0,71
	Bình thường (n=287)	102 (86,4%)	185 (90,7%)	
	$\bar{X} \pm SD$	8,50 \pm 2,68	8,45 \pm 2,84	0,99
Đọc xuôi đây số	Rối loạn (n=65)	34 (28,8%)	31 (15,2%)	0,47
	Bình thường (n=257)	84 (71,2%)	173 (84,8%)	
	$\bar{X} \pm SD$	3,39 \pm 2,17	5,52 \pm 2,73	< 0,05

Đánh giá về sự chú ý, điểm trung bình trắc nghiệm đọc xuôi đây số của nhóm tăng độ cứng thành mạch là 3,39 \pm 2,17 thấp hơn so với nhóm mạch máu bình thường là 5,52 \pm 2,73. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về điểm trung bình trắc nghiệm đọc xuôi đây số.

Bảng 4. Đặc điểm về chức năng thị giác, thùy trán và mối liên quan với độ cứng thành động mạch

baPWV (cm/s)		Nhóm tăng độ cứng thành mạch(n=118)	Nhóm mạch máu bình thường(n=204)	P
Chức năng thị giác (Trắc nghiệm vẽ đồng hồ)	Rối loạn (n=63)	38 (32,2%)	25 (12,3%)	0,07
	Bình thường (n=259)	80 (67,8%)	179 (87,7%)	
	$\bar{X} \pm SD$	5,44 \pm 3,51	7,58 \pm 3,49	0,03
Chức năng thùy trán	Rối loạn (n=68)	41 (34,7%)	27 (13,2%)	0,53
	Bình thường(n=254)	77 (65,3%)	177 (86,8%)	
	$\bar{X} \pm SD$	12,78 \pm 4,27	13,29 \pm 5,03	0,91

Đánh giá về lĩnh vực xây dựng hình ảnh qua thị giác, điểm trung bình của trắc nghiệm vẽ đồng hồ của nhóm tăng độ cứng thành mạch là 5,44 \pm 3,51 thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm mạch máu có độ cứng bình thường là 7,58 \pm 3,49 ($p < 0,05$). Kết quả trắc nghiệm khi đánh giá chức năng thùy trán, điểm trung bình của nhóm tăng độ cứng thành mạch là 12,78 \pm 4,27; nhóm có độ cứng mạch máu bình thường là 13,29 \pm 5,03. Sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số 322 bệnh nhân có 204 bệnh nhân có mạch máu bình thường và 118 bệnh nhân biểu hiện tăng độ cứng thành động mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh trắc nghiệm nhớ từ có từ hoãn giữa hai nhóm nghiên cứu cho thấy điểm trung bình của nhóm tăng độ cứng động mạch là 3,44 \pm 2,09 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với điểm trung bình của nhóm mạch máu bình thường là 5,08 \pm 2,98 ($p < 0,05$). Để đánh giá ngôn ngữ, chúng tôi sử dụng trắc nghiệm gọi tên Boston có sửa đổi và trắc nghiệm nói lưu loát từ. Kết quả cho thấy điểm trung bình trắc nghiệm nói lưu loát của nhóm tăng độ cứng thành mạch (12,94 \pm 3,20) thấp hơn hẳn so với nhóm mạch máu bình thường (14,16 \pm 5,26), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi sử dụng trắc nghiệm đọc xuôi đây số và đọc ngược đây số để đánh giá sự tập trung chú ý. Kết quả mà chúng tôi thu thập được là điểm trắc nghiệm trung bình đọc ngược đây số của nhóm mạch máu cứng thấp hơn so với nhóm mạch máu bình thường (3,39 \pm 2,17 so với 5,52 \pm 2,73), với $p < 0,05$; trong khi kết quả đọc xuôi đây số của 2 nhóm là như nhau. Như vậy, rối loạn đọc ngược đây số trầm trọng hơn đọc xuôi đây số ở nhóm tăng độ cứng mạch máu. Đánh

giá chức năng thị giác không gian bằng trắc nghiệm vẽ đồng hồ, trắc nghiệm này rất có giá trị trong đánh giá sa sút trí tuệ ở giai đoạn sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình của trắc nghiệm vẽ đồng hồ ở nhóm mạch máu cứng (5,44 \pm 3,51) thấp hơn so với nhóm mạch máu bình thường (7,58 \pm 3,49). Chức năng thực hiện nhiệm vụ bao gồm khả năng tổ chức, lên kế hoạch, thực hiện các hành vi giải quyết vấn đề. Các chức năng này chủ yếu thông qua hệ thống não trước đặc biệt là thùy trán. Do đó để đánh giá chức năng thực hiện nhiệm vụ chúng tôi sử dụng trắc nghiệm đánh giá chức năng thùy trán của Dubois và Pillon. Trong nghiên cứu này, điểm trung bình của trắc nghiệm thùy trán giữa hai nhóm mạch máu cứng và mạch máu bình thường khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Như vậy, trong 5 lĩnh vực nhận thức được đánh giá thì có tới 4 lĩnh vực có điểm số trắc nghiệm thần kinh tâm lý của nhóm mạch máu cứng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm mạch máu bình thường là trắc nghiệm nhớ từ sau (đánh giá trí nhớ), trắc nghiệm nói lưu loát từ (đánh giá về ngôn ngữ), trắc nghiệm đọc ngược đây số (đánh giá về sự chú ý) và trắc nghiệm vẽ đồng hồ (đánh giá về chức năng thị giác). Kết quả của chúng tôi khác với Noral và cộng sự khi nghiên

cứu theo dõi dọc phân tích ảnh hưởng của chỉ số baPWV lên nhận thức của 552 bệnh nhân khỏe mạnh có chức năng nhận thức bình thường trong suốt 6 năm nhận thấy baPWV liên quan nghịch với chức năng nhận thức nhưng không liên quan đến trí nhớ từ [6]. Mặt khác, trong nghiên cứu theo chiều dọc của Baltimore trên những người cao tuổi, chỉ số baPWV tăng có liên quan với sự suy giảm nhận thức ở các trắc nghiệm về ngôn ngữ và trí nhớ. Các tác giả cho rằng sự suy giảm nhận thức liên quan tới độ cứng mạch máu là phù hợp với vai trò trung gian của bệnh mạch máu não nhỏ của não bộ đã được chứng minh là có liên quan với những thay đổi trong vùng trán - dưới vỏ não chi phối các hoạt động chức năng. Gần đây, các nghiên cứu hình ảnh sọ não đã tìm thấy độ cứng động mạch có liên quan với bệnh não vi mạch máu và những thay đổi cấu trúc não, bao gồm đột quỵ tổn thương chất trắng, nhồi máu lỗ khuyết, và teo não [7].

V. KẾT LUẬN

Trí nhớ từ, ngôn ngữ, sự chú ý và chức năng thị giác là những chức năng nhận thức có mối liên quan với độ cứng thành động mạch trên người cao tuổi. Do vậy sàng lọc sớm các chức năng nhận thức giúp giảm các nguy cơ bất lợi

trên thành động mạch và ngược lại, sàng lọc sớm độ cứng thành động mạch làm giảm nguy cơ suy giảm nhận thức trên người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bassuk S, Wypij D, Berkman L. "Cognitive impairment and mortality in the community-dwelling elderly". *Am J Epidemiol.* 2000;151:676-688.
2. Viswanathan A, Rocca WA, Tzourio C (2009). "Vascular risk factors and dementia: how to move forward?" *Neurology* 72, 368-374.
3. Tomiyama H, Yamashina A, Arai T, et al. "Influences of age and gender on results of noninvasive brachial-ankle pulse wave velocity measurement: a survey of 12517 subjects". *Atherosclerosis.* 2003; 166: 303-309
4. Folstein MF, Folstein SE và McHugh PR (1975). "Minimetal state, A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *Rev Port Cardiol.* 22 (1): 7-23.
5. American Psychiatric Association (2000): "Diagnostic and statistical manual of Mental Disorders". *Fourth edition, Text Revision (DSM-IV-TR), Washington DC, American Psychiatric Association,* 135-181.
6. Noral S, Launer LJ, Wind AW, Deeg DJ. "Nonresponse pattern and bias in a community-based cross-sectional study of cognitive functioning among the elderly". *Am J Epidemiol.* 1994;139:803-812.6
7. Gorelick PB. "Status of risk factors for dementia associated with stroke". *Stroke.* 1997;28:459-463

TỶ LỆ LOÃNG XƯƠNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2014

Nguyễn Văn Tập¹, Nguyễn Trung Hòa²
Trần Văn Hưởng³, Nguyễn Thanh Bình¹

TÓM TẮT

Loãng xương là bệnh lý phổ biến ở người cao tuổi.
Mục tiêu: Xác định tỷ lệ loãng xương và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại thành phố Hồ Chí Minh.
Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 341 người cao tuổi tại quận Gò Vấp, quận Bình Thạnh và quận 12, thành phố Hồ Chí Minh.
Kết quả: Tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi là 59,2%. Trong đó, tỷ lệ loãng xương ở nam là 32,2% và ở nữ là 67,8%. Các yếu tố liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi ($p < 0,05$): giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, BMI, tiền sử gãy

xương, tiếp cận thông tin, tập thể dục và kiến thức về bệnh loãng xương. Các yếu tố liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi là nữ ($p < 0,05$): tuổi mãn kinh và số lần sinh con. **Kết luận:** Người cao tuổi cần được phòng loãng xương trước 70 tuổi. Một số yếu tố nguy cơ loãng xương ở người cao tuổi Việt Nam có thể can thiệp được (chỉ số khối cơ thể, tiếp cận thông tin, tập thể dục và kiến thức về bệnh loãng xương).

Từ khóa: Người cao tuổi, loãng xương, yếu tố liên quan.

SUMMARY

THE PREVALENCE OF OSTEOPOROSIS AND SOME RELATED FACTORS IN THE ELDERLY IN HO CHI MINH CITY IN 2014

Osteoporosis is a common disease in the elderly. **Objectives:** The research was aimed at surveying the prevalence of osteoporosis and some related factors in the elderly in Ho Chi Minh City. **Methods:** A cross-sectional study was carried out on 341 elderlies in Go Vap District, Binh Thanh District and District 12, Ho Chi Minh City. **Results:** The rate of osteoporosis in the elderly was 59.2%. Among those, the rate of

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Trung tâm Y tế dự phòng Q. Gò Vấp, TP Hồ Chí Minh

³Đại học Thăng Long, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tập

Email: ngvtap@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

osteoporosis in the older men was 32.2% and the rate of osteoporosis in the older women was 67.8%. There were some statistically significant relationships between the rate of osteoporosis in the elderly and gender, age group, occupation, education level, BMI, history of fracture, approaching the medical information, doing exercise and knowledge of people ($p < 0.05$). Some factors that were related to the osteoporosis in the older women include menopause age and the number of births ($p < 0.05$). **Conclusion:** Elderly people should be prevented from osteoporosis before 70 years of age. Conyrollable risk factors for osteoporosis in Vietnamese elderly are body mass index and approaching the medical information, doing exercise and knowledge of osteoporosis.

Keywords: The elderly, osteoporosis, related factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một bệnh mất xương tiến triển theo thời gian làm tăng nguy cơ gãy xương. Ước tính có hơn 200 triệu người trên thế giới bị loãng xương bao gồm khoảng 30% phụ nữ sau mãn kinh ở Hoa Kỳ và Châu Âu. Tình trạng lão hóa dân số trên thế giới cũng là nguyên nhân chính cho sự gia tăng đáng kể tỷ lệ mắc bệnh loãng xương sau mãn kinh ở phụ nữ. Cứ một trong hai phụ nữ và một trong bốn đàn ông lớn hơn 50 tuổi bị gãy xương do loãng xương. Tại Việt Nam, theo thống kê của Hiệp hội Loãng xương, năm 2009 có 2,8 triệu người mắc bệnh loãng xương và dự báo đến năm 2020 con số này có thể lên tới 4,5 triệu người. Cho đến nay

Định nghĩa biến số: Loãng xương. Theo tiêu chuẩn chẩn đoán WHO đề nghị năm 1994

Chẩn đoán	Tiêu chuẩn
Bình thường	Chỉ số T cao -1 ($T > -1$)
Giảm mật độ xương	Chỉ số T thấp hơn -1 nhưng cao hơn $-2,5$ (tức $-2,5 < T \leq -1$)
Loãng xương	Chỉ số T thấp hơn hay bằng $-2,5$ ($T \leq -2,5$)

Xử lý số liệu: Sử dụng các test thống kê, phân tích bằng phần mềm Epidata, Stata 10.

Đạo đức nghiên cứu: Đảm bảo quyền lợi của đối tượng tham gia nghiên cứu và bảo mật thông tin cá nhân.

III. KẾT QUẢ

Khảo sát 341 người cao tuổi có 51,6% là nữ; tỷ lệ nhóm tuổi từ 60 – 69 tuổi (53,4%), từ 70 – 79 tuổi (34,9%), ≥ 80 tuổi (11,7%). Về nghề nghiệp, cán bộ, viên chức (27,3%), công nhân (23,5%), nông dân (21,1%), buôn bán (16,7%) và nội trợ (11,4%). Người cao tuổi có trình độ học vấn từ tiểu học trở xuống có tỷ lệ 46,6%.

3.1 Đánh giá tình trạng xương ở người cao tuổi bằng chỉ số T

Bảng 1. Tỷ lệ loãng xương, giảm mật độ xương của người cao tuổi (n=341)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Trị số T-score	Loãng xương: T-score $\leq -2,5$	202	59,2
	Giảm mật độ xương: $-2,5 < T\text{-score} \leq -1$	99	29,1
	Bình thường: T-score > -1	40	11,7

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của WHO [11], tỷ lệ loãng xương của đối tượng nghiên cứu là 59,2%.

Bảng 2. Loãng xương phân bố theo giới tính (n=202)

Giới tính	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nam bị loãng xương	65	32,2

điều trị loãng xương và gãy xương do loãng xương mới chỉ đạt được hiệu quả là làm giảm sự mất chất xương, tăng khối xương, chưa có biện pháp điều trị nào hồi phục lại được cấu trúc xương. Do đó, phát hiện sớm và điều trị dự phòng đối với loãng xương là vấn đề chủ yếu và cần thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Thời gian nghiên cứu: Tháng 03/2014 đến tháng 07/2014.

Đối tượng nghiên cứu: Những người từ 60 tuổi trở lên, đang sinh sống tại 3 quận Gò Vấp, Bình Thạnh và quận 12, thành phố Hồ Chí Minh.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ.

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

Theo nghiên cứu của Lê Dũng[1] "loãng xương ở người cao tuổi tại thành phố Cần Thơ năm 2011 có 45%", chọn $p=0,45$. Với $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, $\alpha = 0,05$; $d = 0,05$; $n = 380$. Cỡ mẫu là $n = 369$ người.

Chọn mẫu: Chọn ngẫu nhiên 3 quận của thành phố Hồ Chí Minh là Gò Vấp, Bình Thạnh và quận 12. Tại mỗi quận chọn ngẫu nhiên 3 phường. Trong mỗi phường chọn ngẫu nhiên 45 người. Thực tế đã điều tra 341 người.

Nữ bị loãng xương	137	67,8
Chung	202	100,0

Tỷ lệ loãng xương ở nam là 32,2%, ở nữ là 67,8%.

3.2 Một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi

Bảng 3. Một số đặc điểm dân số học liên quan đến loãng xương (n=341)

Đặc điểm dân số học		Loãng xương		p	PR (KTC 95%)	
		Không (%) (n=139)	Có (%) (n=202)			
Giới	Nữ	22,2	77,8	<0,05	1	
	Nam	60,6	39,4		0,51 (0,41 - 0,62)	
Nhóm tuổi	Từ 60 - 69 tuổi	52,7	47,3	<0,05	1	
	Từ 70 - 79 tuổi	26,9	73,1		1,30 (1,08 - 1,57)	
	Từ 80 tuổi trở lên	27,5	72,5		1,69 (1,17 - 2,47)	
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	62,4	37,6	0,18	1	
	Công nhân	48,7	52,3		1,36 (0,87 - 2,14)	
	Nông dân	25,0	75,0		<0,05	1,99 (1,30 - 3,05)
	Buôn bán	31,6	68,4		<0,05	1,82 (1,15 - 2,87)
	Nội trợ	15,4	84,6	<0,05	2,25 (1,39 - 2,62)	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	25,2	74,8	<0,05	1	
	THCS + THPT	48,6	51,4		0,75 (0,63 - 0,88)	
	Trung cấp/Cao đẳng/Đại học	63,0	37,0		0,56 (0,40 - 0,77)	
BMI	Cân nặng thấp (gầy)	10,6	89,4	<0,05	1	
	Bình thường	40,8	59,2		0,80 (0,69 - 0,92)	
	Thừa cân	39,4	60,6		0,64 (0,48 - 0,85)	
	Béo phì	59,3	40,7		0,51 (0,33 - 0,78)	
Gãy xương	Không có tiền sử gãy xương	43,6	56,4	<0,05	1	
	Có tiền sử gãy xương	16,7	83,3		1,48 (1,24 - 1,76)	
Tiếp cận thông tin	Đã từng nghe thông tin	50,4	49,6	<0,05	1	
	Chưa từng nghe thông tin	20,2	79,8		1,44 (1,13 - 1,83)	
Tập thể dục	Không có tập thể dục	23,8	76,2	<0,05	1	
	Có tập thể dục	53,6	46,4		0,61 (0,51 - 0,73)	
Kiến thức	Kiến thức chưa đúng	30,8	69,2	<0,05	1	
	Kiến thức đúng	55,0	45,0		0,65 (0,53 - 0,79)	

Tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi tăng ở các nhóm đối tượng là nữ giới, tuổi cao, có tiền sử gãy xương, chưa từng nghe thông tin về bệnh loãng xương ($p < 0,05$). Tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi giảm ở các nhóm đối tượng có nghề nghiệp là cán bộ, viên chức, trình độ học vấn cao, BMI cao, tập thể dục hàng ngày và có kiến thức đúng về bệnh loãng xương ($p < 0,05$).

Bảng 4. Tiền sử cá nhân, gia đình liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi là nữ (n=176)

Tiền sử cá nhân, gia đình		Loãng xương		p	PR (KTC 95%)
		Không (%) (n=39)	Có (%) (n=137)		
Tuổi mãn kinh	Từ 45 tuổi trở lên	29,8	70,2	<0,05	1
	Dưới 45 tuổi	3,8	96,2		1,37 (1,21 - 1,56)
Số lần sinh con	Từ 4 con trở lên	15,8	84,2	<0,05	1
	Dưới 4 con	30,7	69,3		0,82 (0,69 - 0,98)

Phụ nữ mãn kinh trước 45 tuổi có nguy cơ loãng xương cao gấp 1,37 lần so với phụ nữ mãn kinh trễ hơn ($p < 0,05$). Phụ nữ sinh dưới 4 con thì nguy cơ loãng xương chỉ bằng 0,82 lần so với phụ nữ sinh từ 4 con trở lên ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đánh giá tình trạng xương ở người cao tuổi bằng chỉ số T

Qua việc đo mật độ xương ở xương cổ tay bằng phương pháp hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA) cho 341 người cao tuổi tại thành phố Hồ

Chí Minh, chúng tôi ghi nhận được 202 người có chỉ số T-score $\leq -2,5$. Dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán loãng xương của WHO, tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi là 59,2%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lê Dũng tại Cần Thơ năm 2011, tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi là

45,99% [1]. Nghiên cứu tại huyện Muzaffarnagar, Ấn Độ năm 2011, tỷ lệ loãng xương ở những người trên 50 tuổi là 11,1%. Qua các số liệu trên cho thấy tần suất lưu hành của loãng xương trong cộng đồng khá cao. Ở Việt Nam, các nghiên cứu về loãng xương chủ yếu tập trung ở nữ giới, chỉ có số lượng ít các nghiên cứu đánh giá loãng xương ở nam giới. Do vậy chúng tôi lựa chọn nghiên cứu cả nam và nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ loãng xương ở nam là 32,2% thấp hơn so với ở nữ là 67,8%. Loãng xương lâu nay được cho là căn bệnh của nữ giới nhưng hiện nay cũng gặp nhiều ở nam giới.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi

Giới tính có liên quan đến loãng xương:

Tỷ lệ loãng xương ở nam bằng 0,51 lần ở nữ, $p < 0,05$, tương tự kết quả nghiên cứu của Lê Dũng tại Cần Thơ năm 2011 [1]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan thực hiện trên địa bàn miền Bắc Việt Nam năm 2014, tỷ lệ loãng xương ở nam là 35,6% thấp hơn so với nữ là 58,4% [4]. Theo nghiên cứu tại Trung Quốc từ năm 2013 đến năm 2015, tỷ lệ loãng xương ở nam là 15,33% thấp hơn so với nữ là 25,41% [7].

Tuổi có liên quan đến loãng xương: Tuổi càng cao thì nguy cơ loãng xương càng cao. Đây là hậu quả của sự mất xương từ từ trong nhiều năm. Nhóm tuổi tăng 1 đơn vị thì tỷ lệ loãng xương gấp 1,30 lần, $p < 0,05$. Ở người cao tuổi có sự mất cân bằng giữa tạo xương và hủy xương. Chức năng của tạo cốt bào bị suy giảm là một nguyên nhân dẫn tới tình trạng mất xương ở người cao tuổi. Một nguyên nhân thứ hai dẫn tới sự mất xương ở người cao tuổi là sự suy giảm hấp thu calci ở ruột và sự giảm tái hấp thu calci ở ống thận. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Hồng Phê tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2008, tỷ lệ loãng xương tăng theo tuổi, có tỷ lệ loãng xương cao ở nhóm tuổi trên 60 tuổi (77.9%), $p < 0,05$ [5]

Nghề nghiệp có liên quan đến loãng xương: Tỷ lệ loãng xương ở những người cao tuổi là nông dân, buôn bán, nội trợ cao hơn so với nhóm cán bộ, viên chức, $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Nguyên Phú tại Hà Tĩnh năm 2012, nghề nghiệp có liên quan đến loãng xương, 26,0% người lao động chân tay nặng bị loãng xương [6]. Như vậy, nghề nghiệp là một trong những vấn đề quan trọng có tác động đến sức khỏe của đối tượng theo thời gian.

Trình độ học vấn có liên quan đến loãng xương:

Khi trình độ học vấn tăng 1 đơn vị thì tỷ lệ loãng xương giảm 0,75 lần, $p < 0,05$. Tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Hồng Phê tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2008, người có trình độ văn hoá thấp nguy cơ loãng xương càng cao, $p < 0,05$ [5]. Người có trình độ học vấn thấp kiến thức dinh dưỡng của họ ít, họ không cung cấp đủ lượng trứng sữa cũng như thức ăn giàu canxi cho bữa ăn hằng ngày.

BMI có liên quan đến loãng xương: Khi BMI tăng 1 đơn vị thì tỷ lệ loãng xương sẽ giảm 0,80 lần, $p < 0,05$. Nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Hồng Phê tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2008, người có BMI thấp có nguy cơ loãng xương cao, $p < 0,05$ [5]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan thực hiện trên địa bàn miền Bắc Việt Nam năm 2014, người cao tuổi nam có BMI $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ có nguy cơ loãng xương gấp 4,44 lần người bình thường, $p < 0,05$ [4]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh có mối liên quan giữa trọng lượng cơ thể và nguy cơ gãy xương hông [5]. Trọng lượng cơ thể hay chỉ số khối cơ thể càng cao thì nguy cơ gãy xương do loãng xương càng thấp. Gãy có ảnh hưởng đến tốc độ mất xương bởi vì estrone và estradion trong huyết tương phụ thuộc vào trọng lượng cơ thể ở phụ nữ sau mãn kinh.

Tiền sử gãy xương có liên quan đến loãng xương: Tỷ lệ loãng xương ở những người cao tuổi có tiền sử gãy xương gấp 1,48 lần so với người không có tiền sử gãy xương, $p < 0,05$. Ở những người có tiền sử gãy xương thì vị trí gãy thường là ở cổ tay và nơi khác ngoài cổ xương đùi và cột sống.

Tập thể dục có liên quan đến loãng xương: Tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi có tập thể dục bằng 0,61 lần so với người không tập thể dục, $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Nguyên Phú tại Hà Tĩnh năm 2012, nhóm đối tượng thường xuyên tập thể dục bị loãng xương có tỷ lệ thấp 23,5% so với nhóm không tập thể dục là 32,1%, $p < 0,05$ [6]. Đối với người cao tuổi việc tập thể dục giúp duy trì độ chắc khỏe của xương và làm tăng độ chắc khỏe của cơ, khả năng giữ thăng bằng và phối hợp, những điều này, do vậy, giúp ngăn ngừa bị té ngã.

Tiếp cận thông tin và kiến thức phòng bệnh có liên quan đến loãng xương: Tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi có kiến thức đúng bằng 0,65 lần so với người có kiến thức chưa đúng, $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Trung Hòa tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2014, việc tăng cường truyền thông nâng

cao kiến thức và thực hành phòng, chống loãng xương sẽ cải thiện tình trạng mật độ xương và gia tăng những hành vi có lợi cho sức khỏe xương ở người dân tuổi trung niên trở lên [2]. Cụ thể, kiến thức tốt sau can thiệp tăng 19,7%, thực hành tốt sau can thiệp tăng 9,9% và tỷ lệ loãng xương sau can thiệp giảm 7,4% [2].

Tuổi mãn kinh có liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi là nữ: Phụ nữ mãn kinh trước 45 tuổi có nguy cơ loãng xương cao gấp 1,37 lần so với phụ nữ mãn kinh trễ hơn ($p < 0,05$), tương tự kết quả nghiên cứu của Đào Thị Vân Khánh tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Huế năm 2008 [3]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan thực hiện trên địa bàn miền Bắc Việt Nam năm 2014, tình trạng mất kinh trên 12 tháng ở phụ nữ từ 50 tuổi trở lên có nguy cơ loãng xương cao hơn gấp 11,83 lần so với đối tượng bình thường [4]. Hormon sinh dục nữ (estrogen) là hormon đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo xương. Khi phụ nữ bước vào độ tuổi tiền mãn kinh và mãn kinh thì cũng là lúc quá trình tạo xương giảm và quá trình hủy xương tăng nhanh dẫn đến loãng xương.

Số lần sinh con có liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi là nữ: Người có đông con nguy cơ loãng xương cao, tương tự kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Hồng Phê tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2008, người có đông con (trên 3 con) nguy cơ loãng xương cao 3,37 lần hơn so với người ít con, $p < 0,05$ [5] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngọc Lan thực hiện trên địa bàn miền Bắc Việt Nam năm 2014, phụ nữ sinh trên 4 con có nguy cơ loãng xương cao gấp 3,05 lần so với phụ nữ sinh dưới 4 con, $p < 0,05$ [4]. Việc sinh nhiều con sẽ ảnh hưởng tới quá trình chuyển hóa calci do có sự dịch chuyển calci từ

mẹ sang con trong quá trình mang thai và cho con bú làm tăng nguy cơ loãng xương ở phụ nữ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ loãng xương ở người cao tuổi là 59,2%. Trong đó, tỷ lệ loãng xương ở nam là 32,2% và ở nữ là 67,8%. Các yếu tố liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi ($p < 0,05$): giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, BMI, tiền sử gãy xương, tiếp cận thông tin, tập thể dục và kiến thức về bệnh loãng xương. Các yếu tố liên quan đến loãng xương ở người cao tuổi là nữ ($p < 0,05$): tuổi mãn kinh và số lần sinh con.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Dũng, Nguyễn Trung Kiên (2012), "Khảo sát tình hình loãng xương ở người cao tuổi". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 6 (825), tr.6-9.
2. Nguyễn Trung Hòa, Nguyễn Văn Tập, Đào Văn Dũng (2014), "Hiệu quả một số biện pháp can thiệp cộng đồng phòng, chống loãng xương ở người 45 tuổi trở lên tại thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học Dự phòng*, Tập 24 (Số 6), tr.103-109.
3. Đào Thị Vân Khánh, Nguyễn Hoàng Thanh Vân, Nguyễn Thị Huyền Trang (2009), "Khảo sát tình hình loãng xương ở phụ nữ lớn tuổi bằng máy siêu âm định lượng". *Tạp chí Y học thực hành*, Số 2 (644+645), tr.1-2.
4. Nguyễn Thị Ngọc Lan, Hoàng Hoa Sơn, Nguyễn Vĩnh Ngọc và cộng sự (2015), "Khảo sát yếu tố nguy cơ loãng xương ở phụ nữ Việt Nam từ 50 tuổi trở lên và nam giới từ 60 tuổi trở lên". *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 97 (5), tr.91-98.
5. Bùi Thị Hồng Phê, Phạm Thu Vân (2008), *Tần suất và yếu tố nguy cơ liên quan đến loãng xương của bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang*, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.
6. Trần Nguyễn Phú, Lê Chánh Thành, Vương Kim Đức (2012), *Nghiên cứu dịch tễ học, một số đặc điểm lâm sàng loãng xương tại tỉnh Hà Tĩnh*, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Tĩnh.
7. Chenin the elderly P., Li Z., Hu Y. (2016), "Prevalence of osteoporosis in China: a meta-analysis and systematic review". *BMC Public Health*, 16:1039.

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH TIẾP CẬN DỊCH VỤ Y TẾ CỦA NGƯỜI DÂN KHU VỰC TÂY NGUYÊN

Hà Văn Thúy*

TÓM TẮT

*Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy

Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 19.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.6.2017

Ngày duyệt bài: 22.6.2017

Nghiên cứu điều tra cắt ngang thực hiện phỏng vấn định lượng với 1782 hộ gia đình tại 66 xã của 22 huyện thuộc 5 tỉnh khu vực Tây Nguyên Việt Nam từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2016. Nghiên cứu nhằm mô tả tình hình tiếp cận dịch vụ y tế của người dân tại khu vực Tây Nguyên, Việt Nam. Kết quả cho thấy, mặc dù có độ bao phủ bảo hiểm y tế (BHYT) cao (86,1%), nhưng vẫn còn 8,7% người nghèo và 9,0% người cận nghèo không có thẻ BHYT. Trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát, 17,2% hộ gia đình có người

khám chữa bệnh ngoại trú tại các bệnh viện/trạm y tế, cao nhất ở Kon Tum (31,7%) và thấp nhất ở Gia Lai (7,2%); 28,5% hộ gia đình có người điều trị nội trú tại các bệnh viện/phòng khám đa khoa khu vực; gần 1/2 hộ gia đình có ít nhất 1 người ốm không đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, cao nhất ở hai tỉnh Gia Lai và Đắk Lắk (lần lượt là 65,6% và 62,5%). Tỷ lệ người ốm lần gần nhất trong 12 tháng qua không đi khám chữa bệnh do không có thẻ BHYT chiếm 19,3%, do không có tiền là 2,6%, đặc biệt ở các tỉnh khó khăn Kon Tum và Đắk Nông.

SUMMARY

ASSESSMENT OF ACCESSIBILITY TO HEALTH CARE SERVICES OF PEOPLE IN THE CENTRAL HIGHLANDS

A cross-sectional survey that was conducted interviews with 1782 households in 22 districts was implemented in 5 provinces in Central Highlands of Vietnam from February to June 2016. Results: Despite the health insurance coverage was high (86.1%), still 8.7% of the poor and 9.0% of the near-poor did not have health insurance cards. In the 12 months prior to the survey, 17.2% of households had outpatient at hospital/CHS, the highest in Kon Tum (31.7%) and the lowest in Gia Lai (7.2%); 28.5% of households had inpatients in regional hospitals/clinics; nearly half of the households had at least one sick person who did not go to health facilities, the highest in Gia Lai and Dak Lak (65.6% and 62.5%, respectively). The proportion of sick people in the last time of the last 12 months not to visit health facilities for medical examination and treatment because of no health insurance cards accounted for 19.3%, this rate due to no money was 2.6%, especially in the disadvantaged provinces of Kon Tum and Dak Nong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đảm bảo công bằng trong y tế, chăm sóc sức khỏe cho người nghèo và người dân tộc thiểu số luôn luôn là mối quan tâm của Đảng và Nhà nước ta. Trong thời gian qua đã có rất nhiều chính sách, giải pháp để hỗ trợ cho người nghèo trong chăm sóc sức khỏe được ban hành như: chính sách tăng đầu tư cho y tế, trong đó chú trọng ưu tiên kinh phí chăm sóc sức khỏe cho người dân ở các vùng khó khăn, vùng dân tộc ít

người, tăng kinh phí để phát triển mạng lưới y tế cơ sở, miễn giảm phí dịch vụ y tế cho người nghèo, mở rộng bảo hiểm y tế. Tuy nhiên, sự tiếp cận với các dịch vụ y tế của các hộ gia đình ở khu vực miền núi Việt Nam còn nhiều hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện ở 5 tỉnh Tây Nguyên nhằm tìm hiểu tình hình tiếp cận của người dân đến các dịch vụ chăm sóc sức khỏe để góp phần bổ sung cho chính sách chăm sóc sức khỏe nhân dân ngày càng công bằng và hiệu quả hơn. *Mục tiêu nghiên cứu:* Nghiên cứu tình hình tiếp cận dịch vụ y tế của người dân khu vực Tây Nguyên. Tìm hiểu về chi phí của hộ gia đình trong sử dụng các dịch vụ y tế để chăm sóc sức khỏe.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

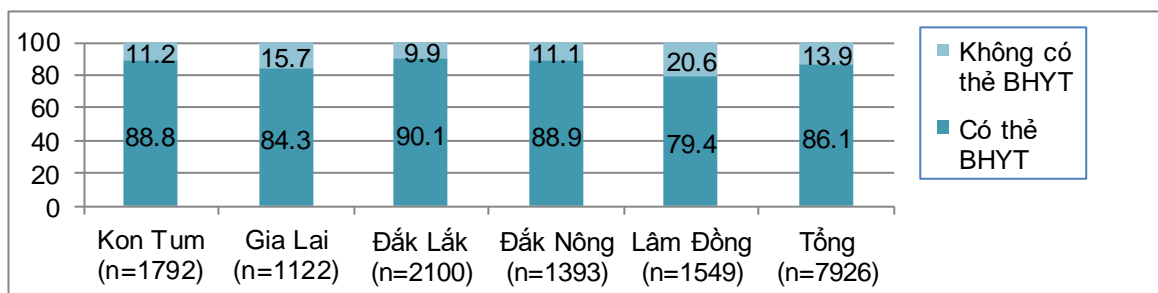
- Đối tượng nghiên cứu: Chủ hộ gia đình.
- Thời gian, địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 66 xã của 22 huyện thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên gồm: Gia Lai, Kon Tum, Đắk Lắk, Đắk Nông và Lâm Đồng, từ tháng 2 đến tháng 6 năm 2016.

- Cỡ mẫu: Nghiên cứu được tiến hành với 1.782 chủ hộ gia đình sinh sống tại 66 xã của 22 huyện thuộc 5 tỉnh.

- Thu thập và xử lý thông tin: Sử dụng bộ câu hỏi định lượng được thiết kế sẵn để phỏng vấn trực tiếp đối tượng. Số liệu thu thập được nhập vào máy tính với chương trình Epi Data 3.1 và được phân tích bằng chương trình SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÌNH LUẬN

3.1. Độ bao phủ bảo hiểm y tế của người dân: Thực hiện bảo hiểm y tế giúp tăng cường bảo vệ tài chính cho người dân khi đau ốm, giúp họ yên tâm đến cơ sở y tế để khám, chữa bệnh do được cơ quan bảo hiểm thanh toán phần lớn chi phí. Các chính sách bảo hiểm y tế ưu tiên cho người nghèo, người dân tộc thiểu số (DTTS) và người cận nghèo đã nâng độ bao phủ thẻ BHYT tại các tỉnh miền núi/DTTS lên rất cao so với mức bình quân cả nước.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ người dân có thẻ BHYT tại Tây Nguyên

Có tổng cộng 7926 thành viên trong 1782 hộ gia đình được khảo sát, trong đó tỷ lệ thành viên có thẻ BHYT là 86,1%, dao động từ 79,4%-90,1% tùy tỉnh.

Bảng 1. Tỷ lệ người dân không có thẻ BHYT theo dân tộc và điều kiện kinh tế (%)

Thông tin	Kon Tum	Gia Lai	Đắk Lắk	Đắk Nông	Lâm Đồng	Chung
Dân tộc						
Người DTTS (n=6481)	8,4	10,8	11,6	10,7	19,0	11,9
Người Kinh (n=1445)	18,7	40,0	30,3	19,0	25,9	25,6
Điều kiện kinh tế						
Thuộc hộ gia đình không nghèo (n=4663)	13,2	26,0	9,4	19,0	22,8	17,5
Thuộc hộ gia đình nghèo (n=2388)	7,3	10,1	9,8	7,2	8,2	8,7
Thuộc hộ gia đình cận nghèo (n=875)	6,7	7,5	16,4	8,0	11,7	9,0

So sánh theo dân tộc thì tỷ lệ người dân không có thẻ BHYT ở nhóm người Kinh cao hơn (25,6%) so với người DTTS (11,9%). So sánh về điều kiện kinh tế, tỷ lệ người dân không có thẻ BHYT tương đương nhau ở nhóm nghèo và cận nghèo (8,7% và 9,0%), tuy nhiên tỷ lệ không có thẻ BHYT cao gấp đôi ở nhóm không nghèo so với nhóm nghèo và cận nghèo (17,5% so với 8,7% và 9,0%).

3.2. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của người dân

Bảng 2. Tình hình sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của các hộ gia đình được khảo sát trong 12 tháng qua (%)

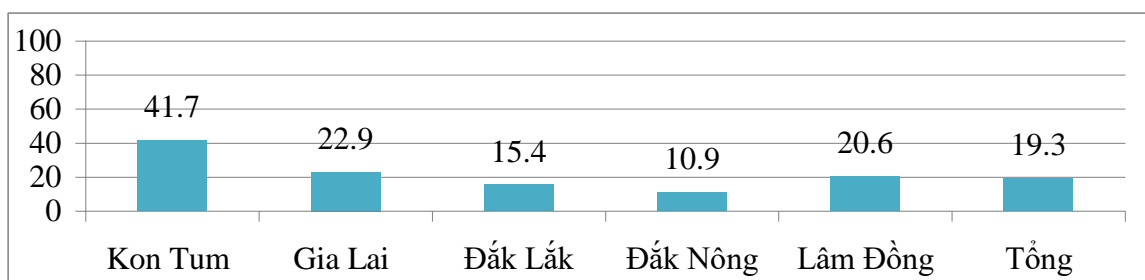
Thông tin	Kon Tum	Gia Lai	Đắk Lắk	Đắk Nông	Lâm Đồng	Chung
% hộ có người khám chữa bệnh ngoại trú tại BV/TYT	31,7	7,2	10,8	22,7	21,4	17,2
% hộ có người điều trị nội trú tại BV/PKĐKKV	19,7	27,3	30,3	31,8	34,2	28,5
% hộ có ít nhất 1 người ốm không đến CSYT	7,4	65,6	62,5	45,3	47,8	48,3
Tổng số hộ gia đình khảo sát	243	405	324	486	324	1782

Trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát, 17,2% hộ gia đình có người khám chữa bệnh ngoại trú tại các bệnh viện/trạm y tế, cao nhất ở Kon Tum (31,7%) và thấp nhất ở Gia Lai (7,2%). Tỷ lệ hộ gia đình có người điều trị nội trú tại các bệnh viện/phòng khám đa khoa khu vực là 28,5%. Đặc biệt, gần ½ hộ gia đình được khảo sát có ít nhất 1 người ốm không đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, trong đó cao nhất ở hai tỉnh Gia Lai và Đắk Lắk (lần lượt là 65,6% và 62,5%).

Bảng 3. Lý do người ốm gần đây nhất trong 12 tháng qua không đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế (%)

Thông tin	Kon Tum	Gia Lai	Đắk Lắk	Đắk Nông	Lâm Đồng	Chung
Chưa cảm thấy bệnh nặng phải đi khám	45,8	24,8	22,9	64,5	63,2	36,8
Không có thẻ BHYT	41,7	22,9	15,4	10,9	20,6	19,3
Đã chữa rồi nhưng bệnh vẫn không đỡ	4,2	5,6	7,5	25,5	18,1	10,9
Quá xa cơ sở y tế	0,0	3,1	7,9	10,0	1,9	5,1
Không có/thiếu tiền	16,7	1,6	0,4	6,4	3,2	2,6
Không thu xếp được công việc	4,2	1,3	2,4	0,0	1,9	1,6
Không có người đưa đi khám	12,5	2,5	0,0	1,8	0,0	1,5
Không có phương tiện đi lại	12,5	0,6	1,6	1,8	0,6	1,4
Không tin tưởng vào chuyên môn thầy thuốc	4,2	0,3	0,4	5,5	0,6	1,2
Nhờ thầy mo, thầy cúng	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Khác	12,5	75,2	71,9	55,5	49,7	65,4

Phần lớn trong số những người ốm không đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế công lập là bệnh thông thường, nhẹ chưa cần phải đi khám (36,8%). Đáng chú ý, không có người dân nào mời thầy mo, thầy cúng chữa bệnh.

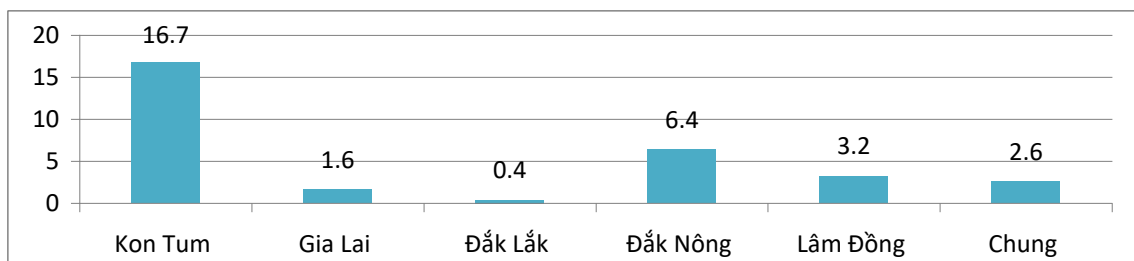


Biểu đồ 3. Tỷ lệ người ốm lần gần nhất không đi khám chữa bệnh do không có thẻ BHYT

Kết quả khảo sát cho thấy, có 19,3% trong số 861 người ốm lần gần nhất trong vòng 12 tháng tính từ thời điểm khảo sát không đến khám chữa bệnh tại cơ sở y tế công lập là do không có thẻ BHYT. Tỷ lệ này cao nhất ở Kon Tum (41,7%) và thấp hơn ở các tỉnh còn lại (10,9%-22,9%).

3.3. Khả năng chi trả cho khám chữa bệnh: Mặc dù độ bao phủ thẻ BHYT tại Tây

Nguyên khá cao (86,1%), và người dân được cơ quan BHYT thanh toán phần lớn chi phí khám chữa bệnh, các khoản chi phí gián tiếp cho khám chữa bệnh không được BHYT thanh toán như tiền ăn, tiền đi lại vẫn là những khó khăn thường gặp của người dân. Tình trạng này thường xảy ra ở nhóm nghèo, cận nghèo, và nhóm người không có thẻ BHYT.



Biểu đồ 4. Tỷ lệ người ốm lần gần đây nhất không đi khám chữa bệnh do không có tiền

Tính chung trong 12 tháng qua, trong số 861 người ốm không đi khám chữa bệnh tại cơ sở y tế công lập, tỷ lệ người ốm không đi khám chữa bệnh do không có tiền chiếm 2,6%. Tỷ lệ này cao nhất ở Kon Tum và Đắk Nông, là 2 tỉnh khó khăn nhất của Tây Nguyên (16,7% và 6,4%).

Bảng 4. Tỷ lệ hộ gia đình theo khả năng chi trả cho người bị ốm phải nằm viện gần nhất trong 12 tháng qua

Nguồn tiền chi trả	Kon Tum	Gia Lai	Đắk Lắk	Đắk Nông	Lâm Đồng	Tổng
Có sẵn trong nhà	67,2	72,3	75,9	41,8	54,0	63,7
Vay mượn	26,9	30,5	37,6	28,6	31,0	31,6
Bán tài sản, đồ đạc	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Thân nhân hỗ trợ	3,0	6,4	0,0	2,2	3,5	3,1

Tính chung, khoảng gần 2/3 số hộ gia đình có người nhà nằm viện gần đây nhất trong 12 tháng qua có sẵn tiền để chi trả cho các khoản chi phí cần thiết khi đến cơ sở y tế để khám chữa bệnh (63,7%). Đáng chú ý là tỷ lệ hộ gia đình phải vay mượn khi có người nhà nằm viện chiếm gần 1/3 (31,6%). Điều này cho thấy, khả năng chi trả cho khám chữa bệnh vẫn là một vấn đề lớn đối với người dân Tây Nguyên.

IV. KẾT LUẬN

Mặc dù có độ bao phủ BHYT cao (86,1%), nhưng vẫn còn 8,7% người nghèo và 9,0% người cận nghèo không có thẻ BHYT.

Trong 12 tháng trước thời điểm khảo sát, 17,2% hộ gia đình có người khám chữa bệnh ngoại trú tại các bệnh viện/trạm y tế, cao nhất ở Kon Tum (31,7%) và thấp nhất ở Gia Lai (7,2%); 28,5% hộ gia đình có người điều trị nội trú tại các bệnh viện/phòng khám đa khoa khu vực; gần 1/2 hộ gia đình có ít nhất 1 người ốm không đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế, cao nhất ở hai tỉnh Gia Lai và Đắk Lắk (lần lượt là 65,6% và 62,5%).

Tỷ lệ người ốm lần gần nhất trong 12 tháng qua không đi khám chữa bệnh do không có thẻ BHYT chiếm 19,3%.

Khả năng chi trả của người dân cho các khoản chi phí không được BHYT thanh toán cũng

là một rào cản ảnh hưởng đến tiếp cận và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của nhân dân. Tỷ lệ người ốm lần gần nhất trong 12 tháng qua không đi khám chữa bệnh do không có tiền là 2,6%, đặc biệt ở các tỉnh khó khăn Kon Tum và Đắk Nông.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tiếp tục tăng cường truyền thông cho đồng bào dân tộc Tây Nguyên đến khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế khi có vấn đề về sức khỏe.

Vẫn còn 19,3% người ốm lần gần nhất trong 12 tháng qua không đi khám chữa bệnh do không có thẻ BHYT. Điều này chỉ ra việc cần thiết phải tăng cường giám sát và thúc đẩy việc thực hiện chính sách BHYT cho người nghèo, cận nghèo.

Tăng cường truyền thông về quyền lợi và nghĩa vụ của người dân khi tham gia BHYT, phát

triển chính sách nhằm tăng độ bao phủ BHYT cho nhân dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Kết quả điều tra chỉ số năm 2011 Dự án Hỗ trợ chăm sóc sức khỏe cho người nghèo các tỉnh Miền núi phía Bắc và Tây Nguyên (HEMA).
2. **Bộ Y tế, 2010**. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2010 - Hệ thống y tế Việt Nam trước thềm kế hoạch 5 năm 2011 - 2015.
3. **Bộ Y tế, 2015**. Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2015 – Tăng cường y tế cơ sở, hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân.
4. **Bộ Y tế, 2013**. Niên giám thống kê y tế năm 2013
5. **Cục Quản lý KCB**, Báo cáo tổng kết công tác KCB toàn quốc năm 2014.
6. **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.
7. **Cục Quản lý KCB**. Báo cáo kiểm tra bệnh viện các năm 2010 – 2014.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CHĂM SÓC TRƯỚC SINH CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON NHỎ DƯỚI 1 TUỔI TẠI HUYỆN BUÔN ĐÔN VÀ CƯ KUIN, TỈNH ĐẮKLẮK NĂM 2016

Mai Thị Kim Thanh¹, Bùi Văn Nhơn²,
Trần Xuân Bách², Ngô Văn Toàn²

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành nhằm mô tả kiến thức, thực hành của các bà mẹ có con nhỏ dưới 1 tuổi tại Đắk Lắk. Kết quả cho thấy hầu hết bà mẹ đều có kiến thức về chăm sóc trước sinh (90,1%), tiêm phòng uốn ván (96,6%). Song song với đó là tỷ lệ bà mẹ thực hành cũng cao (trên 90%). Do vậy cần phải phối hợp ban ngành, chức năng làm tăng tỷ lệ chăm sóc trước sinh cho bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại Đắk Lắk và nhân rộng mô hình sang các huyện bên cạnh.

Từ khóa: Kiến thức, thực hành, trước sinh.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF ANTENATAL CARE OF MOTHER WHOSE HAVE CHILDREN UNDER 1 YEAR AGE IN BUON DON AND CU KUIN DISTRICT, DAKLAK PROVINCE 2016

This is a cross sectional study is designed to describe knowledge and practice of mothers whose children are under 1 year-old in Daklak province. The results have shown that almost all of mothers have knowledge of antenatal care (90.1%), received tetanus vaccination (96.6%). Moreover, the rate of mother's practice is also relatively high (over 90%). It is required cooperation between government organizations in order to increase the rate of antenatal care among mother with under 1-year-old children in Daklak and apply this model to the next province.

Keywords: Knowledge, practice, antenatal care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thời kỳ sinh nở của người phụ nữ là một giai đoạn vô cùng quan trọng do có những thay đổi mạnh mẽ về thể chất, sinh lý, cảm xúc đồng thời với sự nảy sinh các mối quan hệ mới và là bước chuyển đổi vai trò từ "người phụ nữ" trở thành "người mẹ". Đây cũng là giai đoạn mà sức khỏe của người mẹ và của trẻ sơ sinh cần được quan tâm nhiều nhất. Chăm sóc trước sinh là chăm sóc những sản khoa cho người phụ nữ tính từ

thời điểm có thai cho đến trước khi đẻ nhằm đảm bảo cho quá trình mang thai được an toàn, sinh con khỏe mạnh và được chuẩn bị nuôi dưỡng tốt. Nội dung bao gồm: giáo dục, điều trị những tình trạng bệnh lý hoặc biến chứng xảy ra trong thời kỳ có thai, sàng lọc những nguy cơ, hướng dẫn và xác định nơi sinh, giải thích những biến chứng có thể xảy ra, địa điểm khám và xử trí để đảm bảo an toàn [1]. Một số nghiên cứu cho thấy, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến chăm sóc trước sinh trong đó có các yếu tố kinh tế-xã hội dân tộc, khoảng cách lần sinh có tác động rõ rệt đến kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh. Tại tỉnh Đắk Lắk công tác chăm sóc trước sinh còn nhiều bất cập, mặt khác tăng cường kiến thức cho bà mẹ về các dấu hiệu nguy hiểm trong thời gian mang thai và thời gian chăm sóc trẻ sơ sinh sẽ giúp bà mẹ phát hiện và có cách xử trí kịp thời tránh được bệnh tật và tử vong cho bản thân mình và con, vì vậy nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kiến thức, thực hành và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng của bà mẹ có con dưới một tuổi tại tỉnh Đắk Lắk.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại hai huyện Cư Kuin và Buôn Đôn từ tháng 10/2016 đến tháng 4 năm 2017.

2.2 Đối tượng nghiên cứu:

Phụ nữ có con dưới 1 tuổi thuộc địa bàn nghiên cứu.

2.3 Phương pháp nghiên cứu.

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

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

Trong đó: n= Cỡ mẫu tối thiểu.

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = Hệ số tin cậy (Với độ tin cậy 95% thì $Z=1,96$). p=Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về chăm sóc trước, trong, sau sinh là 22% [2].

d= Độ chính xác mong muốn (chọn $d=0,04$).

Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 412 bà mẹ, chúng tôi lấy thêm 10% để phòng một số bà mẹ không tham gia nghiên cứu do thất lạc, được cỡ mẫu là 470 bà mẹ, thực tế phỏng vấn 497 bà mẹ.

2.4 Công thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi cấu trúc để phỏng vấn.

¹Cục Y tế, Bộ Công an

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai thị Kim Thanh

Email: mkthanh2803@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

2.5 Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1; phân tích bằng stata 12.0. Thông kê mô tả được sử dụng để tính tỷ lệ kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh. Phép thống kê suy luận nhằm phân tích một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh của bà mẹ với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.6 Đạo đức nghiên cứu: Thông tin được cung cấp dưới sự tham gia tự nguyện của đối tượng nghiên cứu, mọi thông tin hoàn toàn được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu cho thấy, dân tộc kinh chiếm đa số (61,9%). Đứng thứ hai là dân tộc Ê-Đê chiếm 20,9%. Các dân tộc như Dao, H'Mông, Thái, chiếm tỷ lệ nhỏ trong nghiên cứu. Nghề nghiệp chính của các bà mẹ trong nghiên cứu là làm ruộng/rẫy (77,1%), tiếp theo cán bộ/công chức (10,1%). Phần lớn đối tượng nghiên cứu có trình độ trung học phổ thông (35,8%) và trung học cơ sở (34,8%). Vẫn còn 5% bà mẹ chưa biết đọc, viết.

Bảng 1. Hiểu biết của các bà mẹ về số lần khám thai

Hiểu biết về số lần khám thai	n	%
< 3 lần	46	9,3
≥ 3 lần	448	90,1
Không biết/Không trả lời	3	0,6

Nhận xét: Số lần khám thai từ 3 lần trở lên chiếm đa số hơn 90,1%. Còn số lần khám thai của các bà mẹ dưới 3 lần chưa đến 10%. Nhóm các bà mẹ không biết hoặc không trả lời về hiểu biết số lần khám thai chiếm tỷ lệ thấp nhất (0,6%).

Bảng 5. Mô hình phân tích các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến số lần khám thai của các bà mẹ

Đặc điểm	Số lần khám thai				OR 95% CI	OR hiệu chỉnh 95% CI
	Dưới 3 lần		Trên 3 lần			
	n	%	n	%		
Tuổi mẹ						
<18 tuổi	1	9,1	10	90,9	1	1
18-35 tuổi	33	8,6	351	91,4	1,06 (0,13 - 8,6)	0,78 (0,07 - 7,73)
> 35 tuổi	14	14,7	81	85,3	0,58 (0,06 - 4,9)	0,49 (0,05 - 5,15)
Dân tộc						
Kinh	14	4,6	290	95,4	1	1
Ê đê	28	28,3	71	71,7	0,12 (0,05 - 0,26)	0,09 (0,04 - 0,23)
Khác	6	7,1	78	92,9	0,63 (0,23 - 1,7)	0,51 (0,17 - 1,51)
Trình độ học vấn						
Mù chữ/Tiểu học	20	26,0	57	74,0	1	1
THCS	19	11,2	150	88,8	2,77 (1,36 - 5,65)	1,15 (0,49 - 2,72)
THPT	9	5,1	169	94,9	6,59 (2,72 - 16,97)	3,10 (1,14 - 8,42)
Cao đẳng/Đại học	0	0,0	66	100		

Bảng 2. Hiểu biết của các bà mẹ về lợi ích của tiêm phòng uốn ván khi mang thai

Hiểu biết của các bà mẹ về lợi ích của tiêm phòng uốn ván khi mang thai	n	%
Hiểu biết		
Có	476	96,6
Không	11	2,2
Không trả lời	6	1,2
Tổng	493	100

Nhận xét: Đa số các bà mẹ có hiểu biết về lợi ích của tiêm phòng uốn ván khi mang thai, chiếm 96,6% so với không hiểu biết (2,2%) và không trả lời (1,2%). Trong các lợi ích của tiêm phòng uốn ván, chiếm tỷ lệ cao nhất đó là phòng uốn ván cho mẹ (95,1%) và phòng uốn ván cho con (90,7%). Tuy nhiên, có 3,4% các bà mẹ không biết hoặc không trả lời.

Bảng 3. Thực hành của các bà mẹ về khám thai cho lần mang thai cuối cùng

Đặc điểm	n	%
Số lần khám thai thực tế		
< 3	48	10,0
≥ 3	433	90,0
Tổng	481	100

Nhận xét: Đa phần, số lần khám thai thực tế từ 3 lần trở lên (90,0%), tỷ lệ này lớn hơn tỷ lệ số lần khám thai thực tế dưới 3 lần (10,0%).

Bảng 4. Thực hành tiêm phòng uốn ván của các bà mẹ

Đặc điểm	n	%
Tiêm phòng uốn ván		
Có	475	96,4
Không	18	3,7
Tổng	593	100

Nghề nghiệp						
Nông dân/ Công nhân	45	11,7	340	88,3	1	1
Khác	2	3,9	50	96,2	3,31 (0,78 - 14,16)	1,33 (0,29 - 6,13)
Cán bộ công chức	1	2,0	49	9,0	6,49 (0,86 - 48,72)	0,38 (0,04 - 3,96)
Số lần sinh						
1 lần	12	5,8	196	94,2	1	1
2 lần	22	11,4	171	88,6	0,48 (0,23 - 0,9)	0,43 (0,18 - 1,01)
> 2 lần	14	15,9	74	84,1	0,32 (0,14 - 0,74)	0,32 (0,11 - 0,89)
Giới tính trẻ						
Trai	24	9,5	229	90,5	1	1
Gái	21	9,4	202	90,6	1,01 (0,54 - 1,86)	1,03 (0,52 - 2,06)

Nhận xét: Trong mô hình phân tích các yếu tố liên quan đến số lần khám thai của các bà mẹ, ở cả mô hình hồi qui đơn biến và mô hình hồi qui đa biến đều chỉ ra rằng các bà mẹ dân tộc kinh khám thai trên 3 lần nhiều hơn các bà mẹ dân tộc Ê-Đê và các dân tộc khác, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Theo khuyến cáo phụ nữ có thai nên khám thai và quản lý thai nghén thường xuyên ít nhất 3 lần trong toàn bộ quá trình mang thai. Trong 28 tuần đầu của thai kỳ, nên khám thai mỗi tháng một lần, sau đó cứ hai tuần một lần cho đến khi thai được 36 tuần tuổi, sau đó nên khám thai hàng tuần cho đến tuần thứ 40 [3]. Kết quả nghiên cứu cho thấy bà mẹ biết cần khám thai từ 3 lần trở lên là 90,1%. Tuy nhiên, vẫn còn một tỷ lệ nhỏ số bà mẹ không biết các lợi ích của việc khám thai và không biết về số lần khám thai trong quá trình mang thai. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bà mẹ đi khám thai ≥ 3 lần đạt 90%, khá tương đồng với tỷ lệ 90,1% bà mẹ có kiến thức đúng về số lần khám thai nên là 3 lần trong quá trình thai kỳ. Nghiên cứu của tác giả Khamphanh Prabouasone (2013) tiến hành trên các phụ nữ có con dưới 2 tuổi cũng cho rằng, khi các bà mẹ có kiến thức đúng về số lần khám thai cần thiết thì đều thực hành tốt [4]. Kiến thức đúng đi đôi với thực hành tốt là yếu tố quan trọng giúp chăm sóc sức khỏe toàn diện cho cả bà mẹ và thai nhi, từ đó sẽ làm giảm tối đa các nguy cơ và biến chứng có thể xảy ra trong quá trình mang thai.

Uốn ván sơ sinh là một trong năm tai biến sản khoa thường gặp, đây là một bệnh nặng dẫn đến tỷ lệ tử vong cao cho bà mẹ và trẻ sơ sinh [5]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bà mẹ đi tiêm phòng uốn ván khi mang thai ≥ 3 lần chiếm 51,4% thấp hơn tỷ lệ 96,6% bà mẹ hiểu biết về các lợi ích của tiêm phòng uốn ván khi mang thai. Kết quả này tương đồng với kết quả được tìm thấy trong nghiên cứu của tác giả Khamphanh Prabouasone (2013) khi mà mặc dù tỷ lệ bà mẹ có kiến thức cao nhưng tỷ lệ thực hành tiêm đủ 2 mũi uốn ván lại thấp [4]. Chúng tôi nhận thấy hầu như tất cả các bà mẹ đều biết

lợi ích của tiêm phòng uốn ván trong thời kỳ mang thai để phòng tai biến uốn ván sơ sinh, tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ có thực hành tốt lại thấp hơn nhiều so với số các bà mẹ có kiến thức đúng. Điều này cho thấy có một khoảng trống tương đối lớn giữa thực hành và kiến thức của các bà mẹ về tiêm phòng uốn ván. Do vậy, các can thiệp sau này cần phải chú trọng hơn trong việc hỗ trợ các bà mẹ có thể tiếp cận được với dịch vụ tiêm phòng uốn ván.

Từ kết quả bảng hồi quy đơn biến và đa biến cho thấy bà mẹ là dân tộc kinh, có trình độ học vấn cao có tỷ lệ khám thai cao hơn so với dân tộc khác và người có trình độ học vấn thấp, sức khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Một số nghiên cứu tại Việt Nam cũng cho kết quả tương tự, các bà mẹ dân tộc sống ở vùng cao việc đi từ nơi ở đến trạm y tế gặp nhiều khó khăn phải lội suối, trèo đèo, phương tiện chủ yếu là đi bộ, thời gian đi lại mất khoảng nửa ngày và ở những nơi đó cũng thiếu thông tin về lịch tiêm chủng cũng như không có các y tế thôn để khuyến khích, nhắc nhở, mời gọi các bà mẹ đi tiêm. Mặt khác, do không biết tiếng phổ thông nên đa số các bà mẹ không biết rõ mục đích của việc tiêm vắc xin phòng uốn ván nên không chủ động, tự giác đi tiêm phòng mà bị lệ thuộc hoàn toàn vào việc kêu gọi đi tiêm phòng của các y tế thôn. Kết quả nghiên cứu của Tổ chức Cứu trợ Nhi đồng Mỹ tại Thanh Hóa cũng cho biết lý do không được tiêm phòng uốn ván là sự tiếp cận cơ sở y tế không thuận tiện, không sẵn có và cơ sở y tế quá xa, bà mẹ không nhận thức được sự cần thiết phải tiêm phòng, bà mẹ quá bận công việc mùa vụ nương rẫy đã ảnh hưởng đến việc tiêm vắc xin phòng uốn ván của các bà mẹ [6].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Một nghiên cứu cắt ngang cho thấy, 90,1% bà mẹ có kiến thức về việc đi khám thai từ 3 lần

trở lên, tỷ lệ thực hành việc đi khám thai từ 3 tháng trở lên là 90%. Mặt khác, 96,6% và 96,4% là tỷ lệ kiến thức, thực hành về việc tiêm phòng uốn ván. Yếu tố dân tộc, trình độ học vấn là hai yếu tố ảnh hưởng đến số lượt khám thai của các bà mẹ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Từ kết quả trên cho thấy, cần đào tạo đội ngũ cán bộ địa phương để tăng cường thêm tính liên tục của hoạt động tuyên truyền. Đồng thời, lồng ghép các hoạt động về chăm sóc sức khỏe sinh sản và phát triển kinh tế nhằm giảm thiểu nạn đói nghèo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ministry of health và Maternal and child health and family planning (2002)**, "Research on maternal mortality in Việt Nam the year 2000-2001, an in-depth analysis of determinants", tr. 7-12.

2. **D. Bogale và D. Markos (2015)**, "Knowledge of obstetric danger signs among child bearing age women in Goba district, Ethiopia: a cross-sectional study", *BMC Pregnancy Childbirth*, 15, tr. 77
3. **Bộ Y tế (2003)**, "Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản", *nhà xuất bản Y học - Hà Nội*, tr. 31 - 44, 52 - 65, 191 - 193, 261 - 262, 374 - 375.
4. **Khamphanh Prabouasone (2013)**, *Kiến thức, thực hành về làm mẹ an toàn của phụ nữ có con dưới 2 tuổi và hiệu quả can thiệp truyền thống tại tỉnh Bô Lì Khăm Xay, năm 2010-11*, Luận án tiến sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
5. **Bộ Y tế (2003)**, *Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, NXB Y Học, Hà Nội, tr. 31-44, 52-65
6. **Save the Children USA (2007)**, "Baseline Household Survey Report: Newborn Care related knowledge and practices of women giving birth between January 1st and December 31st, 2006 in Nhu Thanh and Ngoc Lac districts, Thanh Hoa province", tr. 28-34

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT PCR PHÁT HIỆN GEN *mcr-1* KHÁNG COLISTIN TRÊN CÁC CHỦNG VI KHUẨN PHÂN LẬP TỪ MẪU PHÂN ĐỘNG VẬT THU THẬP TẠI HÀ NAM NĂM 2016

Nguyễn Thị Tuyết Mai¹, Phạm Duy Thái², Trần Thị Vân Phương², Vũ Thị Tường Vân¹, Vũ Thị Thu Hiền³, Trần Huy Hoàng²

TÓM TẮT

Hiện nay, Vi khuẩn kháng kháng sinh được coi là một vấn đề lớn nhất mà nhân loại phải đối mặt ở thế kỷ 21. Colistin là kháng sinh cuối cùng được sử dụng trở lại như là "một liều pháp điều trị có giá trị tối ưu" để điều trị cho các vi khuẩn kháng đa kháng sinh. Tuy nhiên việc phát hiện gen *mcr-1* kháng colistin đã đe dọa đến công tác chăm sóc sức khỏe, điều này dẫn đến chúng ta sẽ không có kháng sinh để điều trị các bệnh nhiễm khuẩn trong tương lai. Ở Việt Nam, việc gia tăng sử dụng colistin trong chăn nuôi đã tạo áp lực chọn lọc cho vi khuẩn kháng lại kháng sinh này và gen *mcr-1* đã được ghi nhận tại Việt Nam từ năm 2016. Nhằm đóng góp vào bức tranh toàn cảnh của vi khuẩn mang gen *mcr-1*, trong nghiên cứu này, kỹ thuật PCR để phát hiện gen *mcr-1* kháng colistin trên các chủng vi khuẩn được phân lập từ 30 mẫu phân động vật thu thập tại Hà Nam. Các sản phẩm PCR dương tính với *mcr-1* được giải trình tự và so sánh với trình tự chuẩn *mcr-1*. Kết quả có 6 mẫu dương tính với gen *mcr-1*, trong đó có 2 mẫu phân chó, 2 mẫu phân lợn, 2 mẫu phân gà và các chủng vi khuẩn mang gen *mcr-1* có

trình tự tương đồng 100% so với trình tự chuẩn *mcr-1*. Kết quả thử nghiệm tính nhạy cảm của kháng sinh cho thấy, cả 6 chủng mang gen *mcr-1* đều đề kháng với các kháng sinh nhóm β -lactam bao gồm cả cephalosporin thế hệ 4 (Ampicillin, Ceftriaxone, Cefepime). Tuy nhiên cả 6 chủng vẫn còn nhạy cảm với Amikacin, Temociline và các kháng sinh nhóm carbapenem.

Từ khóa: *E.coli*, gen *mcr-1*, mediated colistin resistance-1, colistin

SUMMARY

DETECTION OF COLISTIN-RESISTANT MCR-1 GENE IN BACTERIA STRAINS ISOLATED FROM STOOL SAMPLE OF ANIMAL IN HA NAM IN 2016 BY PCR ASSAY

Antimicrobial resistance is considered to be the biggest global threat facing humanity in the 21 century. Colistin has recently been reintroduced to clinical use as a last resort treatment for infections caused by multidrug resistant. However, the emergence of mediate colistin resistance (*mcr-1*) gene has become a major threat to public health, which may lead to no antibiotics available to treatment for infection diseases in the future. Vietnam, the extensive and increasing use of colistin in agriculture has put a selective pressure for bacteria to resist to antibiotics including colistin and *mcr-1* have been reported in 2016. In order to contributing to the *mcr-1* picture in Vietnam, the PCR assay was used to detect the colistin-resistant *mcr-1* gene on bacterial strains isolated from 30 stool samples of animal collected from Ha Nam. The samples positive with *mcr-1* by PCR

¹Bệnh Viện Bạch Mai, Hà Nội

²Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương, Hà Nội

³Trường đại học khoa học Tự nhiên, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Hoàng

Email: thh@nihe.org.vn

Ngày nhận bài: 16.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 16.6.2017

assay were purified and sequenced and compared to the standard *mcr-1* of *E. coli* strains published in the gene bank (code: KP347127.1) to determine exactly *mcr-1*. Result: six samples were positive for the *mcr-1* gene, included two fecal samples from dogs, two from pigs, and two fecal samples isolates from chickens and *mcr-1*-gene bearing bacteria of which the sequence is 100% similar to the *mcr-1* standard sequence. The antibiotic susceptibility testing showed: all of *mcr-1* positive were resistant to β -lactam antibiotics including 4th generation cephalosporin (Ampicillin, Cefepime, Ceftriaxone). However, they remain susceptible to Amikacin, Temociline and carbapenem antibiotics.

Key words: *E.coli*, *mcr-1* gene, mediated colistin resistance-1, colistin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, vi khuẩn đã kháng lại kháng sinh ở mức độ nguy hiểm. Các kháng sinh thế hệ một hầu như không được lựa chọn để điều trị trong rất nhiều các trường hợp, các kháng sinh thế hệ mới đắt tiền như cephalosporin thế hệ 3,4 cũng đang mất dần hiệu lực do sự lây lan nhanh chóng của các chủng vi khuẩn kháng thuốc. Thậm chí đã xuất hiện các chủng vi khuẩn mang gen *kpc*, *oxa-48* đặc biệt là gen *ndm-1* kháng lại carbapenem là nhóm kháng sinh mạnh nhất "thuộc nhóm lựa chọn cuối cùng" sử dụng để điều trị cho các trường hợp bị nhiễm trùng nặng do các chủng vi khuẩn Gram âm sinh enzym ESBLs. Vi khuẩn mang gen *ndm-1* kháng carbapenem có khả năng kháng lại tất cả các loại kháng sinh trừ colistin và điều này dẫn đến sự trở lại của kháng sinh colistin với vai trò như là một "liệu pháp điều trị có giá trị tối ưu". Tuy nhiên, việc gia tăng sử dụng colistin đặc biệt là trong lĩnh vực chăn nuôi ở các quốc gia đang phát triển đã tạo áp lực chọn lọc cho vi khuẩn kháng lại colistin.

Tháng 1- 2016, một nhóm các nhà khoa học Trung Quốc đã công bố tìm ra gen *mcr-1* ở chủng *E.coli* được phân lập được từ động vật, thức ăn và từ bệnh nhân đề kháng với colistin lan truyền qua plasmid [1]. Hiện nay, nhiều báo cáo đã chứng minh vi khuẩn mang gen *mcr-1* đang lây lan qua nhiều quốc gia trên thế giới [2]. Đây là vấn đề y tế nghiêm trọng mang tính toàn cầu được tổ chức Y tế thế giới cảnh báo, nếu không có các nghiên cứu kịp thời và đưa ra giải pháp nhanh chóng thì sẽ không có kháng sinh để điều trị hiệu quả cho các bệnh nhiễm khuẩn trong 5-10 năm tới.

Tại Việt Nam, việc sử dụng kháng sinh đặc biệt là colistin một cách phổ biến, thiếu kiểm soát trong chăn nuôi sẽ tạo áp lực cho vi khuẩn kháng lại các kháng sinh trong đó có colistin. Ngay sau công bố về sự xuất hiện của vi khuẩn

mang gen *mcr-1* trên tạp chí Lancet của tác giả Liu và cộng sự [1], nhóm nghiên cứu của chúng tôi và một số nhóm nghiên cứu khác đã tiến hành các nghiên cứu nhằm chứng minh sự có mặt của vi khuẩn mang gen *mcr-1* tại Việt Nam [3; 4]. Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành "Ứng dụng kỹ thuật PCR phát hiện gen *mcr-1* kháng colistin trên các chủng vi khuẩn phân lập từ mẫu phân động vật thu thập tại Hà Nam năm 2016" qua đó sẽ góp vào bức tranh toàn cảnh của vi khuẩn mang gen *mcr-1* tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thu thập mẫu: Thu thập 1-2 gam phân vào lọ sạch không có chất khử trùng hoặc tẩy trùng, vặn chặt nắp tránh bị rò rỉ. Nếu mẫu phân không được cấy trong vòng 2 giờ sau khi thu thập, mẫu phân cần được bảo quản ngay trong môi trường vận chuyển hoặc tủ lạnh 4°C.

2.2.2. Phân lập vi khuẩn: Dùng que cấy lấy một lượng nhỏ mẫu phân cho vào ống nghiệm chứa 5ml canh thang LB có colistin nồng độ 2 μ g/ml. Ủ các ống canh thang ở 37°C trong 6 - 8 giờ (giai đoạn tăng sinh trong môi trường kháng sinh) ưu tiên các vi khuẩn kháng colistin phát triển. Cấy chuyển từ môi trường canh thang LB sang đĩa thạch MacConkey+ colistin có nồng độ colistin 2 μ g/ml. Ủ 37°C trong 18 - 24 giờ.

Chọn 3-5 khuẩn lạc mọc trên môi trường MacConkey+ colistin có nồng độ 2 μ g/ml sau khi ủ ấm qua đêm cấy trên đĩa thạch LB (Luria - Bertani) ở nhiệt độ 37°C qua đêm. Sử dụng vi khuẩn thuần mọc trên thạch LB để tách chiết ADN làm khuôn mẫu cho phản ứng PCR phát hiện gen *mcr-1*.

2.2.3. Kỹ thuật PCR phát hiện gen *mcr-1*

- Khuẩn lạc các chủng vi khuẩn phân lập được từ mẫu phân động vật kháng colistin được nuôi cấy trên đĩa thạch LB (Luria-Bertani) ở nhiệt độ 37°C qua đêm, sau đó hòa vào 200 μ l nước cất vô trùng, đun cách thủy trong vòng 3 phút và ly tâm lấy nước nổi để làm khuôn mẫu ADN.

- Các đoạn mồi đặc hiệu: *mcr-1* F (5'-CGGTCAGTCCGTTTGTTC-3') và *mcr-1* R (5'-CTTGGTCGGTCTGTAGGG-3') được thiết kế bởi Liu và cộng sự được sử dụng cho kỹ thuật PCR và giải mã trình tự gen để phát hiện gen *mcr-1* của các chủng vi khuẩn phân lập được trong nghiên cứu [1].

- Chứng dương là ADN khuôn mẫu tách chiết từ chủng *E. coli* SHP45 mang gen *mcr-1* được cung cấp bởi GS Timothy Walsh trường đại học Cardiff-Vương quốc Anh.

- Thành phần tham gia phản ứng PCR bao gồm: 2X Go Taq Master Mix (Promega): 25µl; *mcr-1*-F: 0,5µl; *mcr-1*-R: 0,5µl; H₂O siêu sạch: 19µl; khuôn mẫu DNA: 5µl

- Chu trình nhiệt bao gồm các bước: Biến tính ở 94^oC trong 4 phút; 30 chu kỳ (bao gồm 94^oC trong 36 giây; 55^oC trong 36 giây; và 72^oC trong 50 giây); kết thúc phản ứng ở 72^oC trong 5 phút; và giữ ở nhiệt độ 40^oC.

- Sản phẩm PCR sẽ được điện di trên thạch 1,5% trong dung dịch đệm TAE 1X, nhuộm thạch và chụp ảnh gel dưới ánh sáng tia UV.

2.1.4. Giải mã trình tự gen: Gen *mcr-1* của các chủng vi khuẩn phân lập trong nghiên cứu kháng colistin được khuếch đại bằng phản ứng PCR (phần 2.2.3) sau đó được tinh sạch bằng DNA Purification kit (Qiagen, Đức), sau đó các sản phẩm PCR tinh sạch sẽ được sử dụng vào phản ứng bigdye-PCR (Applied Biosystem ready kit). Các đoạn gen *mcr-1* sẽ được phân tích tự động bằng máy đọc trình tự gen ABI 3130 (Applied Biosystem) và được so sánh với trình tự *mcr-1* chuẩn của ngân hàng gen (số đăng ký: KP347127.1).

2.2. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được quản lý bằng phần mềm excel, phần mềm DNA Blast được sử dụng để so sánh trình tự gen *mcr-1* trong nghiên cứu với trình tự gen *mcr-1* chuẩn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kết quả PCR phát hiện gen *mcr-1* trên các mẫu phân động vật

Bảng 1. Kết quả vi khuẩn mang gen *mcr-1* trong nghiên cứu

STT	Loại mẫu	Số lượng mẫu (n)	Vi khuẩn	PCR dương tính với <i>mcr-1</i>	Kết quả giải trình tự gen so sánh trình tự chuẩn (%)
1	Phân chó	14	<i>E. coli</i>	2	100
2	Phân gà	12	<i>E.coli</i>	2	100
3	Phân lợn	4	<i>E.coli</i>	2	100

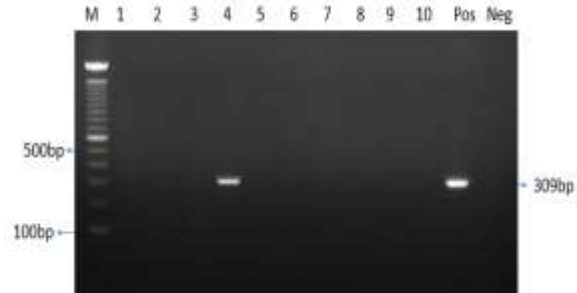
Kết quả cho thấy: 2/14 mẫu phân chó, 2/12 mẫu phân gà và 2/4 mẫu phân lợn mang chủng *E.coli* dương tính với *mcr-1* và có độ tương đồng 100% khi so sánh với trình tự gen chuẩn.

Bảng 2: Kết quả kháng sinh đồ của các chủng *E. coli* mang gen *mcr-1*

Vi khuẩn	Loại mẫu	Đặc tính kháng								
		AM	FEP	CTX	AN	IMP	MEM	TZP	TEM	CS
<i>E. coli</i>	Phân chó (PC25)	R	R	R	S	S	S	S	S	R
<i>E. coli</i>	Phân chó (PC30)	R	R	R	S	S	S	S	S	R
<i>E. coli</i>	Phân gà (PG4)	R	R	R	S	S	S	S	S	R
<i>E. coli</i>	Phân gà (PG16)	R	R	R	S	S	S	S	S	R
<i>E. coli</i>	Phân lợn(PL19)	R	S	R	S	S	S	S	S	R
<i>E. coli</i>	Phân lợn (PL23)	R	S	R	S	S	S	S	S	R

Kết quả kháng sinh đồ của 6 chủng *E.coli* mang gen *mcr-1* cho thấy: Cả 6 chủng đều đề kháng với colistin, các chủng này cũng đề kháng với các kháng sinh nhóm β-lactam bao gồm cả

Sử dụng chu trình PCR đã được tối ưu hóa đối với 30 chủng vi khuẩn kháng colistin phân lập được từ mẫu phân thu thập tại Hà Nam với chứng dương là chủng *E. coli* SHP45, chứng âm là nước siêu sạch. Kết quả thu được:



Hình 1: Kết quả đại PCR điện phát hiện gen *mcr-1* trên các mẫu phân động vật

M: thang chuẩn ADN 100bp; 1: PC1; 2: PCH2; 3: PCH3; 4: PG4; 5: PC5; 6: PC6; 7: PL7; 8: PL8; 9: PG9; 10: PG10; Pos: chứng dương, Neg: chứng âm.

Trong 30 mẫu phân động vật thu thập từ Hà Nam, có 6 mẫu dương tính với gen *mcr-1* (mẫu PG4, PG16, PL19, PL23, PC25, PC30), chiếm 20% tổng số mẫu. Trong đó, 2 mẫu phân thu thập từ gà, 2 mẫu phân thu thập từ lợn và 2 mẫu phân thu thập từ chó (hình 1).

Các sản phẩm PCR dương tính (PG4, PL19, PC25) thu được đã được tinh sạch và giải trình tự, kết quả cho thấy gen *mcr-1* có độ tương đồng 100% so với trình tự gen *mcr-1* trong ngân hàng gen (MS: KP347127.1).

Ghi chú: S: Nhạy cảm; I: đề kháng trung gian; R: kháng cephalosporin thế hệ 4 (Ampicillin, Ceftriaxone, Cefepime). Tuy nhiên cả 06 chủng vẫn còn nhạy cảm với Amikacin, Temociline và các kháng sinh nhóm carbabenem (Imipenem, Meropenem).

IV. BÀN LUẬN

Các kỹ thuật sinh học phân tử hiện nay được sử dụng phổ biến trong các nghiên cứu về vi khuẩn kháng kháng sinh vì nó cho phép đánh giá sự thay đổi kiểu gen của các chủng vi khuẩn kháng kháng sinh, đặc tính, cơ chế kháng, nguồn truyền nhiễm, giám sát dịch tễ học. Phương pháp PCR (polymerase chain reaction) do Karl Mullis và cộng sự phát minh ra năm 1985 là phương pháp in vitro để nhân bản nhanh một đoạn ADN nào đó, có độ nhạy rất cao, mà chỉ cần một khối lượng mẫu ban đầu hạn chế. Với ưu điểm này, kỹ thuật PCR hiện đang được sử dụng rộng rãi trong nhiều lĩnh vực y học, sinh học, nông nghiệp để phát hiện căn nguyên gây bệnh hoặc phát hiện các gen kháng kháng sinh.

mcr-1 là gen kháng colistin được phát hiện đầu tiên bởi Liu và cộng sự [1]. Các vi khuẩn mang gen *mcr-1* có khả năng kháng colistin-kháng sinh dự trữ cuối cùng cho các vi khuẩn gram âm. Điều này càng trở nên nghiêm trọng khi gen này có khả năng lây truyền qua plasmid dẫn đến sự lây lan nhanh chóng giữa các chủng vi khuẩn [1;2]. Trên thế giới, có rất nhiều quốc gia đã tìm ra các vi khuẩn mang gen *mcr-1*. Tại Việt Nam, tình hình kháng kháng sinh đang ngày càng trở nên trầm trọng, đã xuất hiện nhiều chủng vi khuẩn gram âm đa kháng, đặc biệt là các chủng vi khuẩn kháng carbapenem mang gen NMD-1 và colistin là thuốc kháng sinh lựa chọn cuối cùng. Tuy nhiên, hiện nay, colistin lại là 1 trong những kháng sinh thường xuyên được sử dụng trong chăn nuôi, thậm chí, nhóm nghiên cứu của chúng tôi còn tìm thấy thành phần chứa colistin với nồng độ khá cao (200mg/kg) ở trong thức ăn sử dụng trong chăn nuôi tại địa điểm nghiên cứu. Điều này sẽ tạo áp lực cho các vi khuẩn gia tăng khả năng kháng kháng sinh với colistin.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 30 chủng vi khuẩn phân lập từ mẫu phân động vật, phát hiện được 6 chủng vi khuẩn mang gen *mcr-1* bằng phương pháp PCR, chiếm tỷ lệ 20% tổng số chủng. 6 chủng vi khuẩn này được giải trình tự gen để so sánh. Kết quả cho thấy, độ tương đồng 100% khi so sánh với trình tự gen *mcr-1* của chủng *E.coli* chứng dương. Kết quả này một phần phản ánh thực trạng sử dụng colistin tràn lan, không kiểm soát trong chăn nuôi đã vô tình tạo áp lực cho vi khuẩn sinh đột biến tạo ra các chủng vi khuẩn mang gen *mcr-1* kháng colistin ở các vật nuôi tại Việt Nam. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy sự phân bố rộng rãi của vi khuẩn mang gen *mcr-1* kháng colistin trên các loại động vật nuôi khác nhau, đây là yếu tố nguy cơ

cao làm tăng khả năng lan truyền của vi khuẩn mang gen *mcr-1* kháng colistin từ động vật sang người thông qua thức ăn và môi trường ngoại cảnh với cơ chế lan truyền thông qua plasmid.

Để đánh giá tình trạng kháng kháng sinh của 6 chủng vi khuẩn này, nhóm nghiên cứu của chúng tôi tiếp tục đánh giá tính nhạy cảm của kháng sinh bằng phương pháp khoan giấy khuếch tán, kết quả cho thấy: mặc dù 6 chủng *E.coli* phân lập trên động vật đã kháng toàn bộ với colistin tuy nhiên cả 6 chủng này vẫn còn nhạy cảm với nhóm carbabennem (Imipenem và Meropenem) và một số kháng sinh phổ rộng khác như Amikacin và Temociline. Điều này được giải thích là do những kháng sinh này ít được sử dụng trong chăn nuôi nên các chủng được phân lập từ động vật vẫn còn nhạy cảm với các kháng sinh này. Tuy nhiên, những chủng vi khuẩn này thực sự là mối lo ngại lớn nếu như chúng lây lan sang người và lại tiếp tục bị lây nhiễm bởi các gen đề kháng với các kháng sinh phổ rộng khác trên người như enzym sinh ESBLs, gen *kpc*, *oxa-48* đặc biệt là mang gen NDM-1 kháng carbapenem có khả năng kháng lại tất cả các loại kháng sinh trừ colistin, điều này sẽ dẫn tới nguy cơ không có kháng sinh để điều trị hiệu quả cho các bệnh nhiễm khuẩn. Vì vậy việc kiểm soát tính nhạy cảm kháng sinh của các chủng vi khuẩn mang gen *mcr-1* trên động vật nuôi, khả năng lây lan sang người cũng như sự biến đổi về tính đề kháng kháng sinh của các chủng này khi đã lây lan sang người là một vấn đề hết sức cần thiết.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá gần với nghiên cứu của Surbhi Malhotra-Kumar và cộng sự ở Việt Nam, trong 24 chủng *E.coli* sinh ESBL phân lập ở trang trại gà Hưng Yên và các trang trại, lò mổ lợn ở khu vực Hoài Đức, tỉ lệ vi khuẩn mang gen *mcr-1* là 37,5% (9/24 chủng) [3]. Một nghiên cứu gần đây về *mcr-1* trên động vật tại Việt Nam cũng chỉ ra rằng việc sử dụng colistin là nguyên nhân chính làm cho tỉ lệ vi khuẩn mang gen *mcr-1* kháng colistin rất cao trong phân gà (54,9% số mẫu phân gà của nghiên cứu có vi khuẩn mang gen *mcr-1* kháng colistin) và lây lan sang những người nông dân chăn nuôi gà (34,7%) [4]. Đây là nghiên cứu bước đầu của chúng tôi đặt nền móng cho các nghiên cứu tiếp theo, sâu hơn và toàn diện hơn về các chủng vi khuẩn đa kháng kháng sinh mang gen *mcr-1* kháng colistin tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật PCR được áp dụng để phát hiện gen *mcr-1* trên 30 chủng vi khuẩn phân lập được từ các mẫu phân động vật thu thập tại Hà Nam. 6

chủng trong đó được xác định là dương tính với gen *mcr-1* kháng colistin chiếm 20% tổng số chủng làm thử nghiệm. Trong đó có 2 chủng phân lập từ mẫu phân gà, 2 chủng từ phân lợn và 2 chủng từ phân chó. 6 chủng vi khuẩn này đều kháng với các kháng sinh nhóm cephalosporin (Ceftriaxone, Cefepime) nhưng còn nhạy với nhóm carbapenem (Imipenem và Meropenem). Kết quả bước đầu của nghiên cứu cho thấy tình trạng vi khuẩn mang gen *mcr-1* kháng colistin trong chăn nuôi khá phổ biến và đa dạng. Do vậy cần tăng cường hệ thống giám sát kháng sinh trong chăn nuôi nhằm hạn chế tình trạng làm dụng kháng sinh làm tăng nguy cơ vi khuẩn kháng thuốc. Bên cạnh đó, cần thực hiện các nghiên cứu sâu hơn về các đặc tính sinh học phân tử và dịch tễ học nhằm xác định khả năng lan truyền vi khuẩn kháng kháng sinh trong chăn nuôi và trong cộng đồng.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này sử dụng kinh phí của đề tài cấp nhà nước MS: MOST (NHQT/SPDP /02.16 do TS. Trần Huy Hoàng làm chủ nhiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Liu YY, Wang Y, Walsh TR, Yi LX, Zhang R, Spencer J, Doi Y, Tian G, Dong B, Huang X, Yu LF, Gu D, Ren H, Chen X, Lv L, He D, Zhou H, Liang Z, Liu JH, Shen J. Emergence of plasmid-mediated colistin resistance mechanism MCR-1 in animals and human beings in China: a

- microbiological and molecular biological study. *Lancet Infect Dis*. 2016 Feb;16(2):161-8.
2. Ma JH, Zhou HW, Fang Y, Cai JC, Hu YY, Zhang R (2016). Detection of colistin resistance gene *mcr-1* in hypervirulent *Klebsiella pneumoniae* and *Escherichia coli* isolates from an infant with diarrhea in China. *Antimicrob Agents Chemother*. Pp. 00476-16.
3. Surbhi Malhotra-Kumar, Basil Britto Xavier, Ha Thi Thu Hoang (2016). Colistin-resistant *Escherichia coli* harbouring *mcr-1* isolated from food animals in Hanoi, Vietnam, *Lancet Infect Dis*, 16(3), pp. 286-87
4. Nguyen Vinh Trung, Sébastien Matamoros, et al, Zoonotic Transmission of *mcr-1* Colistin Resistance Gene from Small-Scale Poultry Farms, Vietnam, *Emerging Infectious Diseases*, 23 (3), pp.529-32.
5. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) (2014). Performance standards for antimicrobial susceptibility testing; Twentieth informational supplement: Vol 30. Wayne, PA: Clinical and Laboratory Standards Institute.
6. Gemma L. Vanstone, Rachel Dille, Stefan Schwenk, Alan Williams, Indran Balakrishnan (2013). Temocillin disc diffusion susceptibility testing by EUCAST methodology; *J Antimicrob Chemother*, 68 (11): 2688-2689.
7. Irene Galani, Flora Kontopidou, Maria Souli, Panagiota-Danai Rekatsina, Evangelos Koratzanis, John Deliolanis, Helen Giamarellou (2008). Colistin susceptibility testing by Etest and disk diffusion methods, *J Antimicrob Agents*, 31 (5), pp 434-439

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG TRÊN CUỘC CHUYỂN DẠ VÀ CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GÂY TÊ CẠNH CỔ TỬ CUNG ĐỂ GIẢM ĐAU TRONG ĐẸ

Nguyễn Đức Lam**, Đỗ Khắc Huỳnh*, Trần Văn Cường*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá tác dụng trên cuộc chuyển dạ và các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê cạnh cổ tử cung bằng bupivacain 0,25% giảm đau trong chuyển dạ đẻ. **Đối tượng, phương pháp:** thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 120 sản phụ chuyển dạ con so, chia làm hai nhóm bằng nhau: nhóm nghiên cứu (nhóm NC): các sản phụ được gây tê cạnh cổ tử cung bằng 10 ml bupivacain 0,25%; nhóm chứng: các sản phụ được giảm đau bằng thuốc giảm đau đường toàn thân (dolargan 50

mg). **Kết quả:** thời gian cổ tử cung từ 4 – 5 cm đến khi mở hết là $130,7 \pm 43,2$ phút ở nhóm gây tê cạnh cổ tử cung thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với $270,6 \pm 70,3$ phút ở nhóm chứng. Tần số cơn co tử cung và nhịp tim thai không có sự khác biệt so với nhóm chứng ($2,7 \pm 0,56$ so với $2,73 \pm 0,55$ và $143,6 \pm 6,5$ lần/phút so với $141,2 \pm 7,8$ lần/phút). Không có bệnh nhân nào bị ức chế vận động, tỷ lệ nôn, buồn nôn thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (0% so với 11,67%), tỷ lệ bí tiểu không có sự khác biệt so với nhóm chứng (3,3% so với 6,7%). **Kết luận:** gây tê cạnh cổ tử cung giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng bupivacain 0,25% làm cổ tử cung mở nhanh hơn, không ảnh hưởng đến cơn co tử cung và nhịp tim thai. Phương pháp này không gây ức chế vận động, tỷ lệ nôn buồn nôn giảm so với nhóm chứng, tỷ lệ bí tiểu không khác biệt so với nhóm chứng.

Từ khóa: gây tê cạnh cổ tử cung, giảm đau trong chuyển dạ đẻ, bupivacain, tác dụng không mong muốn.

*Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

**Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Khắc Huỳnh

Email: bshuynhpshn@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 28.6.2017

SUMMARY**STUDY THE EFFECTS ON LABOR AND SIDE EFFECTS OF PARACERVICAL BLOCK FOR ANALGESIA DURING THE LABOR**

Objective: To evaluate the effect on labor and the side effects of paracervical analgesia using bupivacaine 0.25% for analgesia during labor. **Object and method:** A randomized controlled trial of 120 parturients who were divided into two groups: The research group: women were undergone paracervical block with 10 ml of bupivacaine 0.25% and the control group: women were received pain relief with systemic analgesic (dolargan 50mg). **Results:** The cervical dilation time from 4-5 cm to 10 cm was 130.7 ± 43.2 minutes which was significantly lower than control group (270.6 ± 70.3 minutes). There was no significant different in the incidence of uterine contractions and fetal heart rates (2.7 ± 0.56 vs 2.73 ± 0.55 and 143.6 ± 6.5 beats/min vs 141.2 ± 7.8 beats/min). There was no patient suffered from motor blocking. The nausea and vomiting percentage were also lower than those in the control group (0% vs 11.67%). However, the urinary retention rate was similar in both groups (3.3% vs 6.7%). **Conclusion:** Analgesic paracervical block in labor with bupivacaine 0.25% resulted in a faster opening of the cervix without affecting uterine contraction and fetal heart rate. This method also did not inhibit movement. Nausea and vomiting rate were also decreased while urinary retention rate was not different.

Key words: paracervical block, analgesia in labor, bupivacaine, side effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê ngoài màng cứng được coi là phương pháp giảm đau tốt nhất cho chuyển dạ đẻ, tuy nhiên, biện pháp này cần có các bác sỹ gây mê hồi sức có kinh nghiệm và trang thiết bị về gây mê hồi sức, phương pháp gây tê cạnh cổ tử cung là một phương pháp giảm đau có kết quả khá tốt mà bác sỹ sản khoa hoàn toàn có thể thực hiện được, phương pháp này rất phù hợp với các đơn vị hạn chế về nhân lực, chưa có đủ bác sỹ gây mê hồi sức hoặc trong các trường hợp chống chỉ định của gây tê ngoài màng cứng. Ở nước ta,

chưa có nhiều nghiên cứu về phương pháp giảm đau này, vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: nghiên cứu tác dụng trên cuộc chuyển dạ và các tác dụng không mong muốn của gây tê cạnh cổ tử cung bằng bupivacain 0,25% để giảm đau trong chuyển dạ đẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 120 sản phụ chuyển dạ con so tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 1/2011 đến 8/2011.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu, con so đủ tháng (38 - 42 tuần), còn ối, soi sắc ối bình thường, có chỉ định đẻ đường âm đạo, không dị ứng bupivacain.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: các sản phụ có chỉ định mổ đẻ hoặc có yếu tố đẻ khó: tiền sản giật, thiếu ối, đa ối, thai già tháng, non tháng. Diễn biến cuộc đẻ bất thường: chảy máu, suy thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Cỡ mẫu: 120 sản phụ được chia làm 2 nhóm.

2.3. Cách thức tiến hành

*Thăm khám sản phụ trước khi tiến hành giảm đau, giải thích cho sản phụ về mục đích, kỹ thuật gây tê cạnh cổ tử cung, ký giấy đồng ý tham gia nghiên cứu, hướng dẫn sản phụ cách đo điểm VAS.

*Khi cổ tử cung mở 4 - 5cm bắt đầu tiến hành kỹ thuật gây tê cạnh cổ tử cung để giảm đau bằng tiêm 10 ml bupivacain 0,25% vào các vị trí 3 giờ và 9 giờ (mỗi bên 5ml) vị trí là chỗ bám của thành âm đạo vào cổ tử cung, độ sâu của mũi tiêm là 6 - 10mm.

*Các thông số nghiên cứu: thời gian từ khi cổ tử cung mở 4-5 cm đến khi mở hết, tần số cơn co tử cung, tần số tim thai, cách đẻ, các tác dụng không mong muốn trên sản phụ và sơ sinh: nôn, buồn nôn, bí tiểu, ức chế vận động, chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh...

III. KẾT QUẢ**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

	Nhóm NC (n = 60)	Nhóm chứng (n = 60)	p
Tuổi (năm)	26,1 ± 4,5 (18 - 38)	26,5 ± 3,6 (18 - 42)	> 0,05
Cân nặng (kg)	59,6 ± 9,4	62,6 ± 9,8	> 0,05
Chỉ số BMI	24,8 ± 2,9	25,4 ± 2,4	> 0,05
Tuần tuổi thai (tuần)	39, 2 (38 - 41)	39,5 (38 - 42)	> 0,05
Nghề nghiệp: Nội trợ	17 (28,3%)	19 (31,7%)	> 0,05
Công nhân	9 (15%)	11 (18,3%)	> 0,05
Cán bộ	34 (56,7%)	30 (50)	> 0,05

Bảng 3.2. Tác dụng của gây tê cạnh cổ tử cung trên cuộc chuyển dạ

	Nhóm NC (n = 60)	Nhóm chứng (n = 60)	p
Thời gian cổ tử cung 4-5 cm đến khi mở hết (phút)	130,7 ± 43,2 (45 - 240)	270,6 ± 70,3 (60 - 350)	< 0,05
Tần số cơn co tử cung	2,7 ± 0,56 (1 - 4)	2,73 ± 0,55 (1 - 4)	> 0,05

Tần số tim thai (lần/phút)	143,9 ± 6,5	87,3 ± 3,9	> 0,05
Cách sinh: Đẻ thường	55 (91,67%)	45 (75%)	> 0,05
Mổ lấy thai	5 (8,3%)	15 (25%)	> 0,05

Bảng 3.3. Một số tác dụng không mong muốn

	Nhóm NC (n = 60)	Nhóm chứng (n = 60)	p
Nôn, buồn nôn	0 (0%)	7 (11,67%)	< 0,05
Bí tiểu	2 (3,3%)	4 (6,7%)	> 0,05
Ưc chế vận động (Bromage độ I)	0 (0%)	0 (0%)	> 0,05

Bảng 3.4. Tình trạng sơ sinh sau đẻ

	Nhóm NC (n = 60)	Nhóm chứng (n = 60)	p
Cân nặng sơ sinh (g)	3214,2 ± 395,9 (2350 - 4050)	3250,8 ± 409,2 (2300 - 4000)	> 0,05
Apgar 1 phút	9 [8 - 9]	9 [8 - 9]	> 0,05
Apgar 5 phút	10 [9 - 10]	10 [9 - 10]	> 0,05

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu khá tương đồng về các đặc điểm chung như: tuổi, cân nặng, chỉ số BMI, tuổi thai... do đó, sẽ ít ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu (bảng 3.1).

Điều các nhà sản khoa quan tâm đối với các phương pháp giảm đau trong chuyển dạ đẻ là có gây ảnh hưởng đến cuộc chuyển dạ, ảnh hưởng đến cơ co tử cung hay không? Vì cơ co tử cung chính là động lực của cuộc chuyển dạ, nếu không có cơ co tử cung thì cuộc chuyển dạ sẽ không diễn ra. Cơ co tử cung xuất hiện tự nhiên, ngoài ý muốn của sản phụ, xuất hiện từ một sừng tử cung rồi lan ra toàn bộ tử cung. Gây tê cạnh cổ tử cung phong bế các sợi thần kinh dẫn truyền cảm giác đau tại cổ tử cung nên không ảnh hưởng đến cơ co tử cung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần số cơ co tử cung không thay đổi nhiều giữa trước và sau gây tê cạnh cổ tử cung (2,70±0,56 trước khi gây tê, so với 2,73±0,55 sau khi gây tê, p>0,05). Đây là một ưu điểm của gây tê cạnh cổ tử cung so với gây tê ngoài màng cứng vì gây tê ngoài màng cứng có thể gây giảm cơ co tử cung do giảm nồng độ oxytocin nội sinh và giảm các prostaglandin nội sinh gây co tử cung, ngoài ra, gây tê ngoài màng cứng còn có thể gây ức chế các nhánh thần kinh giao cảm chi phối tử cung [4].

Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy: thời gian từ khi cổ tử cung mở 4 - 5 cm đến khi cổ tử cung mở hết ở nhóm gây tê cạnh cổ tử cung giảm đáng kể so với nhóm chứng (130,7 ± 43,2 phút so với 270,6 ± 70,3 phút), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Có thể do thuốc tê bupivacain làm giảm dẫn truyền cảm giác đau tại cổ tử cung, giảm kích thích các sợi thần kinh giao cảm ở cổ tử cung nên làm giảm co thắt tại cổ tử cung, do đó, cổ tử cung mềm mại hơn, xóa mở nhanh hơn so với nhóm chứng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự thay đổi nhịp tim thai sau khi gây tê cạnh cổ tử cung (nhịp tim thai sau gây tê là 143,3±9,2 lần/phút so với trước gây tê 143,8±6,5 lần/phút, p > 0,05). Tuy nhiên, theo Ranta P. có tới 12,8% các trường hợp gây tê cạnh cổ tử cung gây có sự thay đổi về tim thai [5]. Theo Junntila E.K. có 2,8% bệnh nhân sau gây tê cạnh cổ tử cung có nhịp tim thai giảm, kết quả này cũng tương đương với tỷ lệ nhịp tim thai giảm trong gây tê tủy sống liều thấp (3,4%) [2]. Có thể do nồng độ cao của thuốc tê bupivacain tại khu vực cổ tử cung gây co thắt thoáng qua các động mạch tử cung do đó làm chậm nhịp tim. Tuy nhiên, sự thay đổi nhịp tim thai này có tính chất thoáng qua và sau đó nhịp tim thai trở về bình thường. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có sự thay đổi nhịp tim thai, có thể do chúng tôi sử dụng liều thuốc tê bupivacain thấp hơn so với các tác giả nước ngoài (10ml bupivacain 0,25%).

Nghiên cứu về các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê cạnh cổ tử cung, chúng tôi thấy: tỷ lệ nôn, buồn nôn có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (0% ở nhóm gây tê cạnh cổ tử cung so với 11,67% ở nhóm chứng). Kết quả của chúng tôi phù hợp với Ranta P và Nieminen [3], [5]. Điều này chứng tỏ gây tê cạnh cổ tử cung bằng bupivacain không gây nôn, buồn nôn. Tỷ lệ nôn, buồn nôn của nhóm chứng trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao có thể do tác dụng phụ của dolargan vì các bệnh nhân này được giảm đau bằng tiêm tĩnh mạch 50mg dolargan. Tỷ lệ bí tiểu ở nhóm gây tê cạnh cổ tử cung là 3,3%, thấp hơn so với nhóm chứng (6,7%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Các trường hợp bí tiểu này sau khi được đặt thông tiểu chườm nóng vùng trên vệ thì sau 6 giờ đều đi tiểu được bình thường. Một tác dụng không mong muốn của gây tê ngoài màng cứng giảm đau trong

chuyển dạ đẻ là gây ức chế vận động. Tỷ lệ ức chế vận động thay đổi tùy theo loại thuốc tê sử dụng, theo Nguyễn Thị Thanh Huyền, tỷ lệ ức chế vận động ở mức Bromage độ 1, 2 của bupivacain lên tới 33,3% [1]. Ức chế vận động làm giảm sức rặn đẻ của sản phụ, kéo dài giai đoạn 2 của chuyển dạ và làm tăng tỷ lệ forcep hoặc giác hút. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào bị ức chế vận động, sản phụ sau khi được gây tê cạnh cổ tử cung có thể đi lại bình thường, đây cũng là ưu điểm của phương pháp này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mổ lấy thai giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm được gây tê cạnh cổ tử cung so với nhóm chứng (8,3% so với 25% với $p < 0,05$), có thể do các sản phụ ở nhóm gây tê cạnh cổ tử cung làm giảm co thắt ở vùng cổ tử cung, giúp cổ tử cung mở dễ và mở nhanh hơn, đồng thời sản phụ được giảm đau tốt, đỡ mệt mỏi, nên giảm tỷ lệ phải mổ lấy thai do thai suy. Tình trạng sơ sinh được đánh giá bằng chỉ số Apgar phút thứ nhất và phút thứ 5 sau đẻ, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Gây tê cạnh cổ tử cung giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng bupivacain 0,25% làm cổ tử

cung mở nhanh hơn (thời gian cổ tử cung từ 4 – 5cm đến khi mở hết là $130,7 \pm 43,2$ phút ở nhóm gây tê so với $270,6 \pm 70,3$ phút ở nhóm chứng), không ảnh hưởng đến tần số cơn co tử cung và nhịp tim thai. Phương pháp này không gây ức chế vận động, tỷ lệ nôn, buồn nôn thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (0% so với 11,67%), tỷ lệ bí tiểu không có sự khác biệt so với nhóm chứng (3,3% so với 6,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thanh Huyền (2010), "So sánh tác dụng giữa levobupivacain và bupivacain có kết hợp với fentanyl trong gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong đẻ qua đường tự nhiên", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
2. Junttila E K, Karjalainen P.K et al (2009), "A comparison of paracervical block with single - shot spinal for Labor analgesia in multiparous women; a randomised controlled trial", *Int J Obst anesth*, Jan, 18(1):15-21.
3. Nieminen K, Puolakka J. "Effective obstetric paracervical block with reduced dose of bupivacaine. A prospective randomized double blind comparing 25mg (0,25%) and 12,5mg (0,1255) of bupivacaine", *Acta obstet Gyn Scand*, Jan, 76(1): 50-4.
4. Tô Văn Thành (2002), Gây tê vùng sản khoa, tr. 143-146.
5. Ranta P, Jouppila P, Spalding M (1996), "Paracervical block – aviable alternative for pain relief", *Acta Obs Gyn Scand*, feb 74(2), 122-6.

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC CỦA VIÊM DẠ DÀY MẠN THEO PHÂN LOẠI CỦA OLGA

Đậu Xuân Cảnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm nội soi, mô bệnh học của viêm dạ dày mạn theo phân loại của OLGA. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân viêm dạ dày mạn đã được khám, nội soi dạ dày tá tràng tại bệnh viện Tuệ Tĩnh- Học viện y dược học cổ truyền Việt Nam từ tháng 4/2012 đến tháng 3/2012. **Kết quả:** Nội soi: Tỷ lệ viêm mạn tính ở hang vị và góc bờ cong nhỏ là 100%, ở thân vị là 80,9%; Tỷ lệ viêm teo ở hang vị và góc bờ cong nhỏ đều là 80,9%, teo thân vị là 7,95; Tỷ lệ dị sản ruột ở hang vị là 27%, kết hợp hang vị và góc bờ cong nhỏ là 36%, thân vị là 0%; Tỷ lệ loạn sản ở hang vị và góc bờ cong nhỏ là 15,7%, thân vị là 0%. **Mô bệnh học:**

Tỷ lệ dị sản ruột tăng theo giai đoạn OLGA: Giai đoạn I,II,III tương ứng là 17,1%; 46% và 75%. Loạn sản chỉ gặp ở giai đoạn OLGA II và III.

Từ khóa: Viêm dạ dày mạn, phân loại OLGA.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF ENDOSCOPIC AND HISTOPATHOLOGY IN CHRONIC GASTRITIS BY THE OLGA STAGING SYSTEM

Methods: A cross sectional study design. Patients with chronic gastritis have been examined, gastric duodenoscopy at Tue Tinh Hospital, Vietnam Traditional Medicine and Pharmacy Academfrom April 2012 to March 2012. **Results:** Endoscopic: Chronic inflammation of the antral part and small angle of the curvature is 100%, in the body is 80.9%; The incidence of atrophic atroventricular and curvaceous curvature was 80.9%, atrophic at 7.95; Peritoneal intestinal anastomosis rate was 27%, combination of cortex and curvature angle was 36%, the incidence was 0%; The incidence of dysplasia in glaucoma and curvature was 15.7%, with the incidence of 0%. Histopathology: Rate of intestinal hyperplasia increased by stage OLGA: Phase I, II, III,

*Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Đậu Xuân Cảnh

Email: xuancanhvh@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 26.6.2017

respectively, were 17.1%; 46% and 75%. Dysplasia only occurs in OLGA II and III.

Key words: Chronic gastritis, The OLGA staging system.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm dạ dày mạn là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Nghiên cứu tại Pháp và Mỹ cho thấy khoảng 50% dân số mắc viêm dạ dày mạn. Có nhiều phương pháp chẩn đoán bệnh lý dạ dày, tá tràng, trong đó nội soi đóng vai trò quan trọng nhất. Thực tế hiện nay, các trung tâm nội soi Tiêu hóa ở Việt Nam đều đang đánh giá kết quả dựa theo hướng dẫn của hệ thống phân loại Sydney năm 1990 và hoàn thiện năm 1994, đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới [1]. Sau 20 năm áp dụng, hệ thống phân loại này đã bộc lộ những bất cập quan trọng là không giúp thầy thuốc lâm sàng nhận ra đối tượng bệnh nhân có nguy cơ ung thư dạ dày cao để lập kế hoạch theo dõi và điều trị ngăn ngừa. Vì vậy, một nhóm các nhà bệnh lý học thế giới vừa đề nghị một hệ thống phân chia các giai đoạn của viêm dạ dày: Hệ thống phân loại OLGA (Operative Link for Gastritis Assessment). Hệ thống này xếp đặt các tổn thương của tế bào niêm mạc dạ dày theo bậc thang tăng dần nguy cơ mắc ung thư từ mức độ thấp nhất là giai đoạn

0 (giai đoạn OLGA 0) và cao nhất là giai đoạn IV (giai đoạn OLGA IV) [4], [5].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này để góp phần tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và đặc điểm hình ảnh dạ dày trên nội soi theo phân loại của OLGA, từ đó giúp phát hiện sớm và điều trị bệnh lý dạ dày, ngăn ngừa bệnh tiến triển thành ung thư và các hạn chế các biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân viêm dạ dày mạn đã được khám, nội soi dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam từ tháng 4/2012 đến tháng 3/2012.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Thăm khám lâm sàng, mô bệnh học, nội soi dạ dày tá tràng, sinh thiết và Test Urease được tiến hành tại Bệnh viện Tuệ Tĩnh, Học viện Y dược học cổ truyền VN.

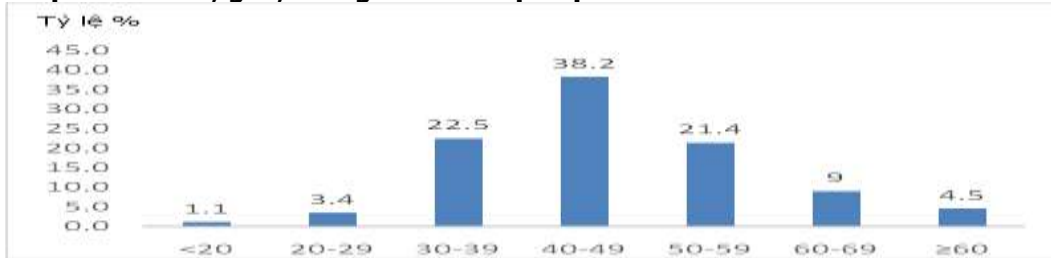
2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: 89 bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.

Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa và nhập và phân tích bằng phần mềm Epi Info 6.04 của Tổ chức y tế thế giới.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm tuổi, giới, thời gian biểu hiện bệnh.



Biểu đồ 5: Tuổi của bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45,5 ± 10,9. Viêm dạ dày thường gặp nhất ở nhóm tuổi 40 - 49 (38,2%)

Bảng 1: Đặc điểm tuổi bệnh nhân viêm dạ dày mạn theo giai đoạn OLGA

Nhóm tuổi	Giai đoạn I (n=35)	Giai đoạn II (n=50)	Giai đoạn III (n=4)	p
<30	2(5,7)	2(4,0)	0	>0,05
30-39	9(25,7)	12(24,0)	0	>0,05
40-49	16(45,7)	17(34,0)	0	>0,05
50-59	8(22,9)	11(2,0)	0	>0,05
≥60	0	8(16,0)	4(100)	<0,05
Tổng	35(100)	50(100)	4(100)	

Giai đoạn OLGA I, II không có sự khác biệt, p>0,05. Giai đoạn OLGA III chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên (p<0,05).

Bảng 2: Đặc điểm giới bệnh nhân viêm dạ dày mạn theo giai đoạn OLGA

Giai đoạn OLGA	Nam (n=46)	Nữ (n=43)
	n(%)	n(%)
Giai đoạn I	19(41,3)	16(37,2)

Giai đoạn II	25(54,4)	25(58,1)
Giai đoạn III	2(4,4)	2(4,7)
p	> 0,05	

Không thấy có sự liên quan giữa giới và giai đoạn OLGA ($p > 0,05$)

3.2. Tổn thương hang vị và thân vị qua nội soi với giai đoạn OLGA

Bảng 3: Tổn thương niêm mạc dạ dày qua nội soi ở hang vị và thân vị với giai đoạn OLGA

Triệu chứng lâm sàng	Giai đoạn I (n=35)	Giai đoạn II (n=50)	Giai đoạn III (n=4)
	n(%)	n(%)	n(%)
Nội soi tại hang vị			
Viêm xung huyết	3(8,6)	5(10,0)	0
Viêm xuất huyết	0	4(8,0)	0
Viêm trợt nổi	0	2(4,0)	0
Viêm Trợt phẳng	30(85,7)	36(72,0)	2(50,0)
Viêm phi đại	0	0	1(25,0)
Viêm TN dịch mật	2(5,7)	3(6,0)	0
Viêm teo	0	0	1(25,0)
Tổng	35(100)	50(100)	4(100)
Nội soi ở thân vị			
Viêm xung huyết	2(5,7)	0	0
Viêm xuất huyết	5(14,3)	0	0
Viêm trợt nổi	1(2,9)	0	0
Viêm Trợt phẳng	1(2,9)	0	0
Viêm phi đại	0	1(2,0)	0
Viêm TN dịch mật	1(2,9)	0	0
Viêm teo	2(5,7)	1(2,0)	0
Tổng	12(34,3)	2(4,0)	0

Viêm phi đại và viêm teo chỉ gặp ở giai đoạn OLGA III. Viêm xung huyết, viêm trợt phẳng và viêm TN dịch mật chỉ gặp ở giai đoạn OLGA I và II. Viêm dạ dày trợt phẳng gặp chủ yếu ở giai đoạn I và II. Không có sự khác biệt giữa 2 giai đoạn ($p > 0,05$). Viêm thân vị trên nội soi chỉ gặp ở giai đoạn OLGA I và II. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 giai đoạn ($p > 0,05$).

3.3. Tổn thương dạ dày qua xét nghiệm mô bệnh học

Bảng 4: Tình trạng viêm của dạ dày trên mô bệnh học

Vị trí	Mức độ viêm			Tổng
	Nhẹ	Vừa	Nặng	
Tổn thương viêm mạn				
Thân vị	48(53,9)	20(22,5)	4(4,5)	72(80,9)
Góc bờ cong nhỏ	16(18,0)	48(53,9)	25(28,1)	89(100)
Hang vị	25(28,1)	29(32,6)	35(39,3)	89(100)
Tổn thương viêm teo				
Thân vị	4(4,5)	3(3,4)	0(0)	7(7,8)
Góc bờ cong nhỏ	16(18,0)	51(57,3)	5(5,6)	72(80,9)
Hang vị	31(34,8)	38(42,7)	3(3,4)	72(80,9)
Tình trạng dị sản ruột và loạn sản				
Thân vị	0	0	0	0

Tình trạng viêm mạn tính: Tỷ lệ viêm mạn tính ở thân vị là 80,9%; Tỷ lệ viêm mạn tính ở hang vị và góc bờ cong nhỏ là 100%. Tình trạng viêm teo: Tỷ lệ viêm teo ở thân vị thấp; Tỷ lệ viêm teo ở hang vị và góc bờ cong nhỏ cao (80,9%). Không thấy dị sản ruột và loạn sản ở thân vị.

Bảng 5: Tổn thương viêm dạ dày theo phân loại của OLGA

Tổn thương	Giai đoạn OLGA			Tổng
	I	II	III	
Viêm teo	35(39,3)	50(56,2)	4(4,5)	89
Dị sản ruột	6/35(17,1)	23/50(46,0%)	3/4(75,0)	32
Loạn sản ruột	0(0)	22/50(44,0)	1/4(25,0)	23

Không có trường hợp viêm teo nào ở giai đoạn 0 và IV. Tỷ lệ dị sản ruột tăng theo giai đoạn OLGA: Giai đoạn I, II, III tương ứng là 17,1%; 46% và 75%. Loạn sản chỉ gặp ở giai đoạn OLGA II và III.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm lâm sàng bệnh viêm dạ dày mạn tính thể tý vị hư hàn

Tuổi trung bình của 89 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tham gia vào nghiên cứu là $45,5 \pm 10,9$. Kết quả nghiên cứu tương tự với một số tác giả trong và ngoài nước, cho thấy đa số bệnh nhân ở lứa tuổi trung niên. Theo nhóm nghiên cứu tại châu Âu năm 2002, thực hiện thống kê trên 451 bệnh nhân mắc bệnh viêm dạ dày mạn có độ tuổi trung bình 44,4 [6]. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi còn thấy mối liên quan giữa yếu tố tuổi và bệnh viêm dạ dày mạn tính. Tỷ lệ viêm dạ dày tăng dần theo tuổi và ngược lại ($p < 0,05$). Khi thực hiện đối chiếu độ tuổi của bệnh nhân với giai đoạn viêm dạ dày mạn theo phân loại của OLGA, kết quả cho thấy, độ tuổi và giai đoạn viêm dạ dày mạn có mối liên quan thuận ($p < 0,05$) và viêm dạ dày mạn giai đoạn OLGA III (4 bệnh nhân) chỉ gặp ở nhóm bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên.

Giới tính: Chúng tôi chọn vào nghiên cứu 89 bệnh nhân: có 46 nam (51,7%) và 43 nữ (48,3%). Liên quan giữa giới tính với viêm dạ dày mạn theo phân loại OLGA I,II,III là không có sự khác biệt ($p < 0,05$).

Trên cơ sở phân loại của hệ thống Sydney, chúng tôi phân biệt hình ảnh và vị trí tổn thương trong nội soi dạ dày tại hang vị hay thân vị hoặc đồng thời cả 2 vị trí trên. Những hình ảnh nội soi của viêm dạ dày mạn thường đa dạng và thường kết hợp với nhau. Kết quả nghiên cứu hình ảnh nội soi tại hang vị cho thấy 100% bệnh nhân có viêm hang vị ở các mức độ. Hình ảnh viêm trợt phẳng chiếm tỷ lệ cao nhất 76,4%, những hình ảnh tổn thương ít gặp hơn là viêm xung huyết, viêm xuất huyết, viêm trợt lõi, viêm phì đại, viêm trào ngược dịch mật, viêm teo. Trong khi đó hình ảnh các nếp niêm mạc thân vị bình thường chiếm tới 79,8%, tổn thương tại thân vị nghèo nàn và chỉ gặp ở 18 trường hợp, chiếm tỷ lệ 20,2%. Hình ảnh tổn thương thân vị thường gặp hơn cả là viêm xuất huyết, viêm teo. Những tổn thương tại niêm mạc thân vị ít gặp như: viêm xung huyết, viêm trợt lõi, viêm phì đại, viêm trào ngược dịch mật. Viêm phì đại và viêm teo chỉ gặp ở giai đoạn OLGA III. Viêm thân vị trên nội soi chỉ gặp ở giai đoạn OLGA II và III.

Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các tác giả khác. Theo nghiên cứu của Rink (1995), viêm dạ dày vùng hang vị chiếm 83 - 89%, viêm dạ dày vùng thân vị chiếm 3 - 5% [4]. Năm 2001, Nguyễn Thị Hòa Bình công bố

kết quả của mình trên 650 bệnh nhân viêm dạ dày mạn thấy hình ảnh nội soi dạ dày bình thường chỉ là 1,4%, viêm ban đỏ (50,5%), viêm trợt nổi (9,5%), viêm trợt phẳng (4,9%), viêm phì đại (5,1%), viêm xuất huyết (7,8%), viêm teo (20,8%) và không ghi nhận viêm trào ngược [1]. Những kết quả nghiên cứu trong nước phù hợp với kết quả nghiên cứu của Crawford (1994) [5], đó là viêm dạ dày vùng hang vị chiếm từ 83 - 89%, viêm dạ dày vùng thân vị chỉ chiếm từ 3 - 5%.

Những kết quả trên cho thấy tỷ lệ hình ảnh tổn thương viêm dạ dày trong từng nghiên cứu còn khác nhau phụ thuộc vào tuyển chọn bệnh nhân, điều kiện trang thiết bị, kỹ thuật, kinh nghiệm, thói quen của bác sĩ nội soi và đặc điểm bệnh viêm dạ dày mạn. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu đã chỉ ra giá trị cao của nội soi trong chẩn đoán viêm dạ dày mạn tính.

4.2. Đặc điểm mô bệnh học

Viêm mạn tính: Kết quả nghiên cứu trên 89 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ viêm mạn tính ở hang vị và góc bờ cong nhỏ là 100% số trường hợp, trong khi ở thân vị là 80,9%. Cụ thể, tại niêm mạc hang vị có tỷ lệ mức độ viêm mạn tính nặng, nhẹ, vừa lần lượt là 39,3%; 32,6%; 28,1%. Với vị trí góc bờ cong nhỏ, tỷ lệ mức độ viêm mạn tính nặng, vừa, nhẹ lần lượt là 28,1%; 53,9%; 18,0%. Trong khi ở niêm mạc thân vị, tỷ lệ mức độ viêm mạn tính nặng, vừa, nhẹ lần lượt là 4,5%; 22,5%; 53,9%.

Viêm teo: Kết quả nghiên cứu trên 89 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ viêm teo niêm mạc hang vị, góc bờ cong nhỏ và vùng hang vị và góc bờ cong nhỏ là rất cao 80,9%. Cụ thể, tại hang vị, tỷ lệ viêm teo mức độ nặng, vừa, nhẹ lần lượt là 3,4%; 42,7%; 34,8%. Với vị trí góc bờ cong nhỏ thì tỷ lệ viêm teo mức độ nặng, vừa, nhẹ là 5,6%; 57,3%; 18,0%. Tình trạng niêm mạc viêm teo đồng thời cả hai vị trí trên theo mức độ nặng, vừa, nhẹ là 3,4%; 42,7%; 34,8%. Trong khi đó, tỷ lệ bệnh nhân có niêm mạc teo tại thân vị rất thấp với 7,8%. Các kết quả của chúng tôi phù hợp với các kết quả của nhiều tác giả khác. Theo Nguyễn Thị Hòa Bình [1], nghiên cứu trên 650 bệnh nhân viêm dạ dày mạn cho kết quả tỷ lệ niêm mạc dạ dày viêm teo chiếm 62,5% trong đó chủ yếu là mức độ viêm teo nhẹ 57,5%. Theo Zhang và cộng sự năm 2005 [8], thực hiện nghiên cứu trên 4.102 bệnh nhân viêm dạ dày mạn cho thấy tình trạng viêm teo niêm mạc xuất hiện phổ biến ở hang vị và góc bờ cong nhỏ dạ dày, thấp nhất là ở niêm mạc thân vị.

Dị sản ruột và loạn sản: Loạn sản chỉ gặp ở giai đoạn OLGA II và III. Kết quả nghiên cứu

phù hợp với các nghiên cứu khác. Theo tác giả Nguyễn Văn Oai và cộng sự (2004) cho thấy tỷ lệ loạn sản là 10,9% [3]. Nguyên cứu của Nguyễn Quang Chung (2010), tiến hành trên 328 bệnh nhân viêm dạ dày mạn cho thấy tỷ lệ loạn sản ở hang vị và góc bờ cong nhỏ là 16,8% và cũng không gặp loạn sản ở thân vị. Tỷ lệ loạn sản ở giai đoạn 0, I, II tương ứng là 3,2%; 11,3% và 40,5% [2].

V. KẾT LUẬN

- Hình ảnh nội soi: Viêm phì đại và viêm teo chỉ gặp ở giai đoạn OLGA III. Viêm xung huyết, viêm trợt phẳng và viêm TN dịch mật chỉ gặp ở giai đoạn OLGA I và II. Viêm dạ dày trợt phẳng gặp chủ yếu ở giai đoạn I và II. Không có sự khác biệt giữa 2 giai đoạn ($p > 0,05$). Viêm thân vị trên nội soi chỉ gặp ở giai đoạn OLGA I và II. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 giai đoạn ($p > 0,05$).

- Hình ảnh mô bệnh học: Tỷ lệ dị sản ruột tăng theo giai đoạn OLGA: Giai đoạn I,II,III tương ứng là 17,1%; 46% và 75%. Loạn sản chỉ gặp ở giai đoạn OLGA II và III.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Hòa Bình (2001), Nghiên cứu chẩn đoán bệnh viêm dạ dày mạn tính bằng nội soi, mô bệnh học và tỷ lệ nhiễm Helicobacter pylori, Luận án tiến sĩ y học, Hà Nội, tr. 49 – 80.
2. Nguyễn Văn Oai, Nguyễn Văn Trịnh, Tô Công (2004), Đặc điểm nội soi, mô bệnh học và mối tương quan dị sản ruột, loạn sản, Hp trong viêm dạ dày mạn, Y học thực hành, 1, tr. 63 – 4.
3. Trịnh Tuấn Dũng (2000), Nghiên cứu hình thái học của loét dạ dày, Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội, tr. 49 – 125.
4. Trịnh Tuấn Dũng (2009), "Nghiên cứu mối liên quan giữa giai đoạn của viêm teo niêm mạc dạ dày theo hệ thống OLGA và các tổn thương mô bệnh học của niêm mạc dạ dày ở bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính", tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam, 4 (16), tr. 1061 – 8.
5. Rugge M., Meggio a., Pennelli G. et al. (2007), Gastritis staging in clinical practice: the OLGA staging system, Gut, 56(5), pp. 631 – 6.
6. The Eurohepygast Study Group (2002), Risk factor for chronic gastritis in European population: tre results of Eurohepygast Study, Gut, 50, pp. 779–85.
7. Zhang C., Yamada N., Wu Y.L. et al. (2005), comparison of Helicobacter pylori infection and gastric mucosal histological features of gastric ulcer patients with chronic gastritis patients, World J. Gastroenterol., 11(7), pp. 976 – 8.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM THAY ĐỔI MODIC Ở BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Nguyễn Văn Chương*, Tạ Hồng Nhung*

Từ khóa: Thay đổi Modic, đau thắt lưng, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm thay đổi Modic (MC) trên hình ảnh Cộng hưởng từ và mối liên quan của thay đổi Modic với thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (TVĐĐ CSTL). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 166 Bệnh nhân TVĐĐ CSTL điều trị nội trú tại khoa Nội thần kinh – BV 103 từ 05/2016 - 01/2017. **Kết quả:** chỉ gặp hai loại MC với tỉ lệ MC là 31.9%, trong đó MC type 1 chiếm 26.4%, MC type 2 chiếm 73.6%, không gặp MC type 3. Tỉ lệ MC ở hai giới là tương đương nhau nam/nữ = 1.2/1. MC gặp ở nhóm tuổi từ 30 trở lên, không có mối liên quan giữa MC với các ngành nghề khác nhau. MC type 1 và type 2 đều gặp nhiều nhất tại vị trí L4-L5 (94.1%) và L5-S1 (57.3%). Có sự trùng hợp giữa vị trí thay đổi Modic với vị trí thoát vị đĩa đệm với $p < 0.05$. MC type 1 có liên quan với đau thắt lưng với $p < 0,01$, chủ yếu đau nặng chiếm 50%, không thấy mối liên quan giữa MC type 2 với đau thắt lưng.

SUMMARY

STUDY ON SOME CHARACTERISTICS OF MODIC CHANGES IN PATIENTS WITH LUMBAR DISC HERNIATION

Objective: to describe some characteristics of Modic changes (MC) on Magnetic resonance imaging and correlation between MC with lumbar disc herniation. **Subjects and Methods:** Prospective, descriptive cross-sectional study of 166 inpatients with lumbar disc herniation treated at the neurology department – 103 Hospital from 05/2016 to 01/2017. **Results:** We found two types of Modic changes with percentage of MC is 31.9%, in that MC type 1 accounted for 26.4%, MC type 2 accounted for 73.6%, didn't see MC type 3. Modic changes ratio in gender is equal Female/Male = 1.2/1. MC are found in patients with age group 30 and older, there is no correlation between MC with different careers. MC type 1 and MC type 2 are seen most frequently at the L4-L5(94.1%) and L5-S1 (57.3%). There are coincidence between the Modic changes location and disc herniated location with $p < 0.05$. MC type 1 are associated with low back pain with $p < 0.01$, mainly accounted for 50% of severe pain, not found association between MC type 2 with low back pain.

*Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân
Chịu trách nhiệm chính: Tạ Hồng Nhung
Email: tahongnhung411@gmail.com
Ngày nhận bài: 26.4.2017
Ngày phản biện khoa học: 9.6.2017
Ngày duyệt bài: 23.6.2017

Key words: Modic changes, low back pain, lumbar disc herniation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay đổi Modic là một sự thoái hóa mô tập trung vào các xương ở cột sống và tủy xương sát đĩa đệm bị thoái hóa hoặc thoát vị, thường gặp và thấy rõ nhất trên phim cộng hưởng từ (CHT). Thay đổi Modic (MC) được phân loại theo bất thường tín hiệu trên phim CHT cột sống do Michael Modic mô tả lần đầu vào năm 1988 bao gồm 3 type. MC gặp ở 5-10% dân số và 19-59% bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính, tần suất mắc tăng lên theo tuổi. MC được thấy thường có liên quan đến phẫu thuật đĩa đệm, thoát vị đĩa đệm, thoái hóa đĩa đệm nặng, thoát vị Schmorl... Gần đây thay đổi Modic type I được chú ý nhiều hơn do khả năng nó đại diện cho một nhiễm trùng lan rộng cấp thấp. Do tỉ lệ gặp MC cao nhưng việc chẩn đoán hiện nay thường bị bỏ qua hoặc chẩn đoán nhầm dẫn đến việc điều trị chưa đúng cách. Trên thế giới những năm gần đây đã có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, tại Việt Nam mới có rất ít nghiên cứu về thay đổi Modic. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *mô tả một số đặc điểm thay đổi Modic trên hình ảnh cộng hưởng từ và mối liên quan của thay đổi Modic với thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 166 bệnh nhân tuổi từ 20 trở lên được chẩn đoán xác định TVĐĐ CSTL điều trị nội trú tại khoa Nội thần kinh- Bệnh viện 103 từ 05/2016 đến 01/2017.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Lâm sàng: Theo tiêu chuẩn chẩn đoán TVĐĐ CSTL của m.Sapotar (1970).

- Cận lâm sàng: Cộng hưởng từ CSTL 1.5T xác định có hình ảnh TVĐĐ.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- TVĐĐ CSTL kèm theo các bệnh lý khác: viêm đa dây thần kinh, u tủy, viêm tủy, lao, viêm nhiễm vùng cột sống thắt lưng không phải MC, ung thư cột sống,...

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

**Phương pháp thu thập số liệu:* Tất cả BN được hỏi bệnh, khám bệnh và làm xét nghiệm cận lâm sàng dựa theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

**Các chỉ tiêu nghiên cứu:*

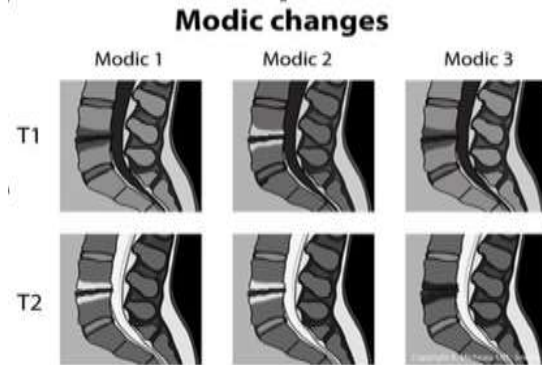
- Xác định loại thay đổi Modic theo phân loại

của Modic M.(1988) trên hình ảnh cộng hưởng từ: Thay đổi Modic là sự biến đổi tín hiệu tập trung ở bề mặt thân đốt sống và tủy xương sát đĩa đệm, dựa vào bất thường tín hiệu trên ảnh CHT chia ra làm 3 type:

+ Modic type 1: giảm tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W.

+ Modic type 2: tăng tín hiệu trên T1W và đồng hoặc tăng tín hiệu trên T2W.

+ Modic type 3: giảm tín hiệu trên cả T1W và T2W.



Hình 1. Các loại thay đổi Modic trên hình ảnh cộng hưởng từ.

- Đánh giá mức độ đau khi nghỉ theo thang nhìn tương ứng VAS (Visual Analogue Scale - VAS) gồm từ 1 đến 10 điểm bằng thước đo 100mm, trong đó:

Không đau (0 điểm), đau nhẹ (1-2,5 điểm), đau vừa (> 2,5-5 điểm), đau nặng (> 5-7,5 điểm), đau rất nặng (> 7.5-10 điểm).

- Đánh giá giai đoạn TVĐĐ theo phân loại của Arseni.K (1973).

**Xử lý số liệu.* Số liệu được thống kê và xử lý theo phần mềm thống kê y học SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ thay đổi Modic ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Trong 166 bệnh nhân TVĐĐ CSTL thấy 53 BN có thay đổi Modic chiếm 31.9%, trong đó, MC type 2 phổ biến nhất với 73.6%, MC type 1 chỉ chiếm 26.4% và không gặp MC type 3. Theo Manniche, MC gặp ở 19 – 59% bệnh nhân đau thắt lưng mạn tính. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả khác [1],[7]. Một số nghiên cứu khác cho rằng tỉ lệ MC type 1 phổ biến hơn hoặc tương đương MC type 2, điều này có thể do sự khác nhau về cách lấy mẫu và các biến thể trong quần thể nghiên cứu ở [2]. Tuy nhiên tất cả các nghiên cứu đều thấy rằng MC type 3 là rất hiếm gặp [1],[2],[3].

3.2. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu.

**Đặc điểm về tuổi:* 166 bệnh nhân TVĐĐ CSTL tuổi từ 20 đến 76, trong đó BN có MC type 1 tuổi thấp nhất là 38, cao nhất là 72 (tuổi trung bình 55.0 ± 2.4), BN có MC type 2 tuổi từ 33 đến 76 tuổi (tuổi trung bình 54.2 ± 1.7), không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa hai nhóm ($p > 0.05$).

Bảng 1. Môi liên quan giữa thay đổi Modic với nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Không MC		MC type 1		MC type 2		Tổng		p
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)	
39-39	15	9.0	1	0.6	5	3.0	21	12.7	<0.01
40-49	35	21.1	1	0.6	5	3.0	41	24.7	
59-59	25	15.1	9	5.4	20	12.0	54	32.5	
60-69	23	13.9	2	1.2	5	3.0	30	18.1	
≥ 70	7	4.2	1	0.6	4	2.4	12	7.2	
Tổng	113	68.5	14	8.4	39	23.5	166	100.0	

Các loại MC chỉ gặp ở nhóm tuổi từ 30 trở lên và gặp nhiều nhất ở nhóm tuổi 50-59 chiếm tổng cộng 17.4%. Có sự liên quan giữa loại thay đổi Modic với phân bố nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các tác giả trên thế giới rằng MC khá hiếm gặp ở tuổi trẻ và tỉ lệ mắc tăng lên theo tuổi, gặp tới 20% ở tuổi 60 [3]. Những thay đổi Modic là dấu hiệu báo động của quá trình thoái hóa liên quan đến tuổi tác làm ảnh hưởng đến cột sống thắt lưng. Sau 60 tuổi, tỉ lệ MC giảm dần được giải thích do ở lứa tuổi này tỉ lệ BN thoát vị đĩa đệm cũng giảm dần đi.

**Đặc điểm về giới và nghề nghiệp*

Bảng 2. Đặc điểm về giới tính, nghề nghiệp và môi liên quan với Modic

Đặc điểm giới tính và nghề nghiệp		Không MC	MC type 1	MC type 2	Tổng	p
Giới tính	Nam	61 (36.9%)	5 (3.0%)	19 (11.4%)	85 (51.2%)	>0.05
	Nữ	52 (31.5%)	9 (5.4%)	20 (12.0%)	81 (48.8%)	
Nghề nghiệp	LĐ mang vác nặng	18 (10.7%)	4 (2.4%)	9 (5.4%)	31 (18.7%)	>0.05
	LĐ chân tay nhẹ	43 (25.6%)	4 (2.4%)	20 (11.9%)	67 (40.4%)	
	Làm việc hành chính	34 (20.2%)	5 (3.0%)	5 (3.0%)	44 (26.5%)	
	Khác	20 (11.9%)	1 (0.6%)	5 (3.0%)	24 (14.5%)	
Tổng		113 (68.1%)	14 (8.4%)	39 (23.5%)	166(100.0%)	

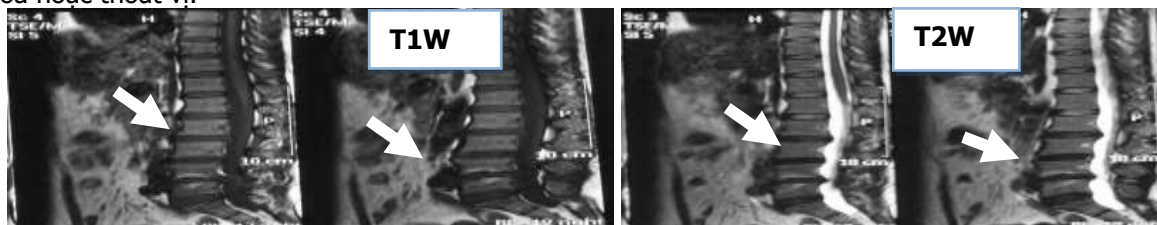
Tỉ lệ thay đổi Modic gặp ở cả hai giới là tương đương nhau Nữ/Nam = 1.2/1, sự khác biệt giữa các loại thay đổi Modic ở hai giới không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$. Ở các ngành nghề khác nhau không có sự khác biệt giữa các loại Modic ($p > 0.05$). Kết quả cũng tương đồng với các nghiên cứu của Schenk P (2006) và Kuisma (2007) [5].

3.3. Vị trí và hướng của thay đổi Modic

Bảng 3. Vị trí của thay đổi Modic trên phim cộng hưởng từ CSTL

Loại Modic	L1-L2	L2-L3	L3-L4	L4-L5	L5-S1	Tổng
Modic type 1	1(6.7%)	1(6.7%)	1 (6.7%)	8 (53.3%)	4 (26.7%)	15 (100.0%)
Modic type 2	0(0.0%)	6 (12.2%)	8 (16.3%)	20 (40.8%)	15 (30.6%)	49 (100.0%)

Trên một bệnh nhân có thể có một hoặc nhiều vị trí có MC. MC type 1 và 2 đều gặp nhiều nhất tại hai vị trí bản mặt thân sống L4-L5 và L5-S1 chiếm lần lượt 94.1% và 57.3% tương ứng với hai vị trí TVĐĐ CSTL thường gặp nhất. Theo Kaapa và CS, 92% MC gặp ở L4-L5 và L5-S1. Kết quả cũng tương tự với nghiên cứu của các tác giả khác [1],[3] có lẽ do CSTL đoạn này thường phải chịu tải trọng lớn hơn các vị trí khác [2]. Trong 64 vị trí có MC thấy rằng thay đổi Modic về hai phía của đĩa đệm gặp nhiều gặp gần hai lần số vị trí MC về 1 phía của đĩa đệm (64.1% so với 35.9%). Theo Modic và CS, thay đổi Modic ở người có triệu chứng thường hợp lưu ở bề mặt trên và dưới đối với đĩa đệm bị thoái hóa hoặc thoát vị.



Hình 2. BN. Trần Thị T. 49T; Thay đổi Modic type 2: hình tăng tín hiệu trên ảnh T1W và T2W (mũi tên) ở vị trí bản mặt thân đốt sống hợp lưu bề mặt trên và dưới đĩa đệm L4-L5 có kèm theo thoát vị đĩa đệm L4-L5 tương ứng.

3.4. Sự trùng hợp vị trí của thoát vị đĩa đệm với thay đổi Modic

Bảng 4. Sự trùng hợp vị trí của thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng với thay đổi Modic

Vị trí có MC			Đĩa đệm thoát vị										
			L1-L2		L2-L3		L3-L4		L4-L5		L5-S1		
			Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	Không	Có	
MC type 1	L1-L2	Không	159	6	155	10	124	41	32	133	83	82	
		Có	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	
		P	>0.05										
	L2-L3	Không	159	6	156	9	124	41	33	132	82	83	
		Có	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	
		P	>0.05		<0.05		>0.05						
	L3-L4	Không	159	6	155	10	125	40	33	132	82	83	
		Có	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	
		P	>0.05			<0.05			<0.05				
	L4-L5	Không	152	6	149	9	121	37	33	125	78	80	
		Có	8	0	7	1	4	4	0	8	5	3	
		P	>0.05					<0.05		>0.05			
L5-S1	Không	156	6	152	10	122	40	33	129	82	80		
	Có	4	0	4	0	3	1	0	4	1	3		
	P	>0.05									<0.05		
MC type 2	L2-L3	Không	157	5	152	8	122	38	33	127	80	80	
		Có	5	1	4	2	3	3	0	6	3	3	
		P	>0.05		<0.01		>0.05						
	L3-L4	Không	153	5	150	8	124	34	32	126	77	81	
		Có	7	1	7	1	1	7	1	7	6	2	
		P	>0.05			<0.01			>0.05				
	L4-L5	Không	140	6	140	6	115	31	33	113	72	74	
		Có	20	0	16	4	10	10	0	20	11	9	
		P	>0.05		<0.05		<0.05		<0.05		>0.05		
	L5-S1	Không	145	6	141	10	114	37	26	125	80	72	
		Có	15	0	15	0	11	4	7	8	3	12	
		P	>0.05						<0.05		<0.05		

Có sự trùng hợp giữa MC type 2 tại vị trí L4-L5 cả với các thoát vị đĩa đệm lân cận L2-L3, L3-L4 hay MC type 2 tại L5-S1 với TVĐĐ tại cả 2 vị trí L4-L5, và L5-S1 do tỉ lệ TVĐĐ L4-L5 và MC type 2 tại vị trí L4-L5 gặp với số lượng nhiều hơn cả chiếm 80.1% và 31.3%, hơn nữa, bệnh nhân có TVĐĐ L4-L5 thường kèm thoát vị đa tầng ở các vị trí lân cận, trong 166 BN TVĐĐ thì có 133

BN TVĐĐ L4-L5 nhưng TVĐĐ L4-L5 đơn tầng là 59 BN (44.4%) còn đa tầng là 74 BN (55.6%).

Như vậy, thay đổi Modic có liên quan với thoát vị đĩa đệm có ý nghĩa với $p < 0.05$. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, cho rằng thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là yếu tố nguy cơ cao làm phát triển thay đổi Modic [2], [6].

3.5. Mối liên quan giữa thay đổi Modic với đau thắt lưng

Bảng 5. Mối liên quan giữa thay đổi Modic với đau thắt lưng

Cường độ đau theo VAS	MC type 1				P ⁽¹²⁾	MC type 2				p ⁽³⁴⁾
	Không (1)		Có (2)			Không (3)		Có (4)		
	N	(%)	N	(%)		N	(%)	N	(%)	
Đau nhẹ	7	4.6	0	0.0	<0.01	5	3.9	2	5.1	>0.05
Đau vừa	92	60.5	4	28.6		70	55.1	26	66.7	
Đau nặng	47	30.9	7	50.0		45	35.4	9	23.1	
Đau rất nặng	6	3.9	3	21.4		7	5.5	2	5.1	
Tổng	152	100.0	14	100.0		129	100.0	39	100.0	

Ở nhóm bệnh nhân TVĐĐ CSTL có Modic type 1 chỉ gặp bệnh nhân đau mức độ vừa đến rất nặng, trong đó chủ yếu là đau nặng chiếm 50.0% theo thang điểm VAS, có mối liên quan giữa cường độ đau với MC type 1 có ý nghĩa thống kê với $p < 0.01$. Không thấy mối liên quan giữa cường độ đau với MC type 2. Các nghiên

cứu khác cũng cho thấy có mối quan hệ chặt chẽ giữa những thay đổi Modic với đau thắt lưng, đặc biệt là MC type 1 [4], [5], [6]. Những bệnh nhân này thường có cường độ đau thắt lưng nhiều hơn người không có MC, đau tăng về đêm, khi căng thẳng về thể chất và khi vận động [2], [5]. Trên 80% những người có MC bị đau thắt lưng liên tục

cả ngày lẫn đêm làm ảnh hưởng đến giấc ngủ, vận động và sinh hoạt hàng ngày [2].

IV. KẾT LUẬN

- Thay đổi Modic là một biến đổi thường gặp ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng chiếm 31.9%, trong đó MC type 2 là phổ biến nhất với 73.6%, không gặp MC type 3.

- Tỷ lệ MC ở hai giới là tương đương nhau nam/nữ = 1.2/1. MC gặp ở nhóm tuổi từ 30 trở lên, nhiều nhất ở nhóm tuổi 50-59, không có mối liên quan giữa MC với các ngành nghề khác nhau.

- MC type 1 và type 2 đều gặp nhiều nhất tại vị trí L4-L5 và L5-S1 tương đương với hai vị trí TVĐĐ CSTL thường gặp nhất trên lâm sàng. Có sự trùng hợp giữa vị trí thay đổi Modic với vị trí thoát vị đĩa đệm với $p < 0.05$. Thay đổi Modic ở bệnh nhân TVĐĐ CSTL thường hợp lưu ở cả bề mặt trên và dưới của đĩa đệm hơn là về một phía.

- MC type 1 có liên quan với đau thắt lưng với $p < 0,01$, chủ yếu đau nặng chiếm 50%, không thấy mối liên quan giữa MC type 2 với đau thắt lưng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Modic MT et al**, "Degenerative disk disease: assessment of changes in vertebral body marrow with MR imaging". *Radiology* 1988;166:193-99.
2. **R. Rahmea and R. Moussaa**, "The Modic Vertebral Endplate and Marrow Changes: Pathologic Significance and Relation to Low Back Pain and Segmental Instability of the Lumbar Spine", *AJNR* May 2008, 29: 838-842.
3. **Karchevsky M et al**, "Reactive endplate marrow changes: a systematic morphologic and epidemiologic evaluation". *Skeletal Radiol* 2005;34:125-29.
4. **Toyone T et al**. "Vertebral bone-marrow changes in degenerative lumbar disc disease: an MRI study of 74 patients with low back pain". *J Bone Joint Surg Br* 1994;76:757-64.
5. **Kuisma M et al**. "Modic changes in endplates of lumbar vertebral bodies: prevalence and association with low back and sciatic pain among middle-aged male workers", *Spine J* 2007, pp.1116-1122.
6. **Albert HB, Manniche C**. "Modic changes following lumbar disc herniation". *Eur Spine J* 2007;16:977-82
7. **Yue Wang Tapi Videman and Michele C. Battie**, "Modic changes: Prevalence, Distribution Patterns and Association with Age in Caucasian Men", *Spine J* 2012, 12(5), pp. 411-416.

NGHIÊN CỨU ÁP DỤNG CLONIDINE TRONG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG CAI CÁC CHẤT DẠNG THUỐC PHIỆN TẠI CỘNG ĐỒNG

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ma túy là mối hiểm họa lớn của hành tinh chúng ta. Đặc biệt, ma túy tác động đến lứa tuổi thanh thiếu niên. **Mục tiêu:** Đánh giá sử dụng Clonidine trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai các chất dạng dạng thuốc phiện tại cộng đồng. **Phương pháp nghiên cứu.** Gồm 300 bệnh nhân được khám và chẩn đoán nghiện heroin có hội chứng cai theo tiêu chuẩn của phân loại bệnh Quốc tế (ICD-10,1992), tự nguyện điều trị tại 6 đơn vị điều trị nghiện chất của các Bệnh viện Tâm thần (Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Nghệ An, Đà Nẵng, Tiền Giang). Thử nghiệm lâm sàng mở, đánh giá trước sau điều trị (một đợt điều trị từ 7-10 ngày). Số liệu được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê toán học với chương trình SPSS 16.0. **Kết quả:** Hiệu quả thuốc clonidine trong quá trình điều trị. Nhóm bệnh nhân điều trị được sử dụng liều clonidine 0,15mg - 1,8mg, từ ngày thứ 1 -10. Liều clonidine từ ngày thứ hai đến ngày thứ 6 được sử dụng với liều chủ yếu là 0,9-1,2mg/ngày (6-8viên) chiếm tỉ lệ cao nhất (với tỉ lệ 44,7% ngày thứ hai, 54,0% ở ngày thứ ba, 48,0% ngày thứ năm). Liều trung bình đạt hiệu

quả cao là từ 0,9mg-1,2mg để làm thuyên giảm nhanh hội chứng cai vào ngày thứ 2 - 6, và mất dần đến ổn định hoàn toàn từ ngày thứ 7-10. Từ ngày thứ 7 liều lượng thuốc clonidine trên bệnh nhân giảm xuống 0,3 - 0,6mg, duy trì cho đến khi ra viện. **Hiệu quả thuốc clonidine trong quá trình diễn biến hội chứng cai.** Thuốc clonidine làm thuyên giảm cường độ và tính chất triệu chứng của hội chứng cai rõ rệt từ ngày thứ 3 - 6. Các triệu chứng ngáp, toát mồ hôi, dị cảm, đau cơ có tỉ lệ và cường độ cao nhất từ ngày thứ hai đến ngày thứ năm, thuyên giảm nhanh từ ngày thứ sáu và hầu hết thuyên giảm hoàn toàn sau thời gian điều trị. Các triệu chứng mất ngủ, thèm ma túy vẫn còn chiếm tỉ lệ tương đối cao sau 1 tuần điều trị (14,3% mất ngủ, 29,3% thèm ma túy). Có 87,7% bệnh nhân đạt kết quả điều trị khá và tốt, trong đó có tỉ lệ 72,0% đạt kết quả khá. Vẫn còn có tỉ lệ 1% bệnh nhân đạt kết quả điều trị kém do bệnh nhân có hội chứng cai nặng nề và không hợp tác trong quá trình điều trị tại bệnh viện. **Kết luận:** Dưới tác dụng của clonidin ở các liều lượng thích hợp khác nhau, trên bệnh nhân nghiện cứu (các mức độ của hội chứng cai, từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 8). Sự chuyển biến mức độ nghiện trên bệnh nhân nghiện cứu phản ánh tác dụng hữu hiệu của thuốc clonidin trong điều trị hội chứng cai ở bệnh nhân nghiện các chất dạng thuốc phiện.

SUMMARY

STUDY ON CLONIDINE APPLICATION IN ASSISTANCE TO TREATMENT OF CHEMISTRY MEDICINES IN THE COMMUNITY

*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: 2.6.2017
Ngày duyệt bài: 16.6.2017

Rationale: Drugs are a major threat to our planet. In particular, drugs affect adolescence. **Objectives:** To evaluate the use of clonidine in the treatment of opioid withdrawal in the community. **Research Methods.** Including 300 patients who were examined and diagnosed with heroin withdrawal syndrome according to International Standard Classification of Diseases (ICD-10,1992), voluntarily treated in 6 substance abuse treatment units of Psychiatric Hospitals (Hanoi, Hai Phong, Quang Ninh, Nghe An, Da Nang, Tien Giang). Open clinical trial, pre-treatment assessment (one 7-10 days). The data is entered and processed according to mathematical statistical methods with SPSS 16.0. **Results:** Clonidine efficacy during treatment. The patient group was treated with clonidine 0.15mg - 1.8mg, from day 1-10. The dose of clonidine from day 2 to day 6 was administered at a dose of 0.9- <1.2mg/day (6-8 tablets), the highest rate (44.7% on Monday, 54, 0% on the third day, 48.0% on the fifth day). The average effective dose is from 0.9mg to 1.2mg to relieve fast withdrawal symptoms on Monday - 6, and gradually lost to complete stability from 7-10 days. From day 7, the dose of clonidine in the patient drops from 0.3 to 0.6 mg, until discharge. Effectiveness of clonidine in the course of withdrawal symptoms. Clonidine relieves the intensity and severity of withdrawal symptoms from day 3 to 6. Symptoms of yawning, sweating, paresthesia, muscle aches have the highest rate and intensity since day Two to five days, relieved rapidly from day six and most relieved after treatment. The symptoms of insomnia, drug addiction still accounted for a relatively high rate after 1 week of treatment (14.3% of insomnia, 29.3% of craving for drugs). 87.7% of patients achieved good and good treatment results, of which 72.0% achieved good results. There is still 1% of patients with poor treatment results due to patients with severely abstinence syndrome and not co-operating in the course of hospital treatment. **Conclusion:** Under the effects of clonidine at various appropriate doses, in the study population (levels of withdrawal syndrome, from day 3 to day 8). The change in addiction levels in the study population reflects the efficacy of clonidine in the treatment of withdrawal syndrome in opiate dependent patients.

Từ khóa: ICD – 10

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiện ma túy gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng cho bản thân người nghiện, cho gia đình và xã hội; làm ảnh hưởng đến sức khoẻ thể chất và tâm thần, gây thiệt hại về kinh tế, huỷ hoại đạo đức lối sống, làm tan vỡ tình cảm và hạnh phúc gia đình, gây mất an ninh xã hội; làm suy thoái giống nòi, giảm sức lao động xã hội. Nghiện ma túy liên quan mật thiết với tăng số lượng và mức độ nghiêm trọng của tội phạm, cũng như nhiễm HIV/AIDS. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, hiện có khoảng 230 triệu người lạm dụng ma túy và các chất gây nghiện, con số này thực tế còn cao hơn nhiều. Ở Việt Nam, theo Bộ Lao động Thương binh và Xã hội số người NMT năm 2014 là 184.000 người

nghiện có hồ sơ quản lý. Phòng và chống nghiện ma túy là mối quan tâm hàng đầu của chính phủ, của mỗi quốc gia. Ngoài việc triệt phá các đường dây buôn bán vận chuyển chất ma túy và các biện pháp khác để giảm cung thì còn phải chú ý đến các giải pháp để giảm cầu, trong đó có việc nghiên cứu tìm ra phương pháp điều trị nghiện ma túy. Hiện nay, ở nước ta có nhiều phương pháp y học hiện đại điều trị hội chứng cai chất dạng thuốc phiện, như sử dụng các thuốc hướng thần, liệu pháp tâm lý... Song, mỗi phương pháp đều có hiệu quả nhất định trên những nhóm đối tượng cụ thể, trong những điều kiện kinh tế - xã hội nhất định. Việc hỗ trợ điều trị hội chứng cai heroin (các chất dạng thuốc phiện) bằng thuốc Clonidine đã được thế giới nghiên cứu và ứng dụng từ đầu những năm 1960, ở Việt Nam hiện đã có nghiên cứu về hiệu quả của thuốc clonidine ở các cơ sở điều trị nội trú, nhưng chưa có một nghiên cứu hệ thống nào về các tác dụng điều trị, và các nguy cơ của clonidine tại cộng đồng. Bởi vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "*Nghiên cứu áp dụng Clonidine trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện tại cộng đồng*". Nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Đánh giá sử dụng Clonidine trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai các chất dạng dạng thuốc phiện tại cộng đồng*.

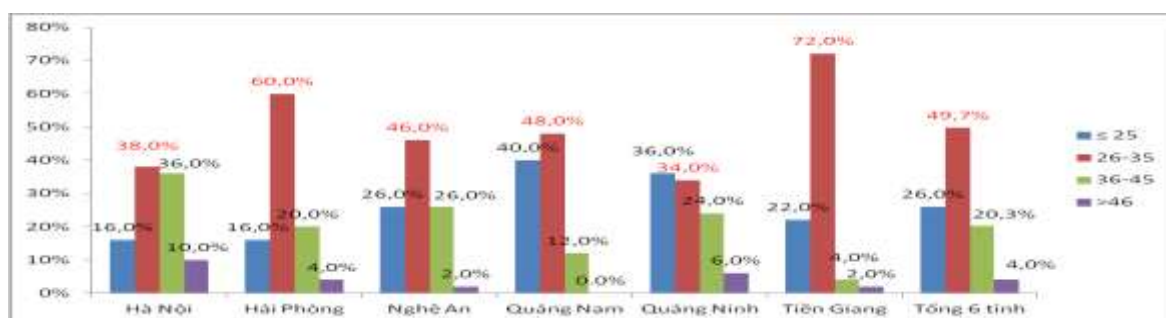
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng:** Gồm 300 bệnh nhân được khám và chẩn đoán nghiện heroin có hội chứng cai theo tiêu chuẩn của phân loại bệnh Quốc tế (ICD-10,1992), tự nguyện điều trị tại các đơn vị điều trị nghiện chất ở Bệnh viện Tâm thần (Hà Nội, Hải Phòng, Quảng Ninh, Nghệ an, Đà Nẵng, Tiền Giang). Thời gian nghiên cứu từ tháng 03/2013 đến tháng 12/2015

***Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng mở, đánh giá trước sau điều trị (một đợt điều trị từ 7-10 ngày). Số liệu được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê toán học, chương trình SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhận xét: Ở các tỉnh nghiên cứu, phần lớn các đối tượng thuộc nhóm tuổi dưới 35 tuổi, đặc biệt ở lứa tuổi từ 26-35 chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt là 38,0%, 60,0%, 46,0%, 48,0%, 34,0%, 72,0% ở Hà Nội, Hải Phòng, Nghệ An, Quảng Nam, Quảng Ninh, Tiền Giang. Trung bình 6 tỉnh nhóm tuổi từ 26-35 cũng chiếm tỉ lệ cao nhất 49,7%. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 31,7±7,37.



Biểu đồ 3.1. Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Triệu chứng cai ngày đầu tiên của đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng cai	Hà Nội		Hải Phòng		Nghệ An		Quảng Nam		Quảng Ninh		Tiền Giang		Tổng 6 tỉnh	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ngáp	49	98,0	50	100,0	50	100,0	49	98,0	14	28,0	36	72,0	248	82,7
Thèm chất ma túy	50	100,0	12	24,0	50	100,0	47	94,0	16	32,0	46	92,0	221	73,7
Chảy nước mắt, nước mũi	41	82,0	7	14,0	50	100,0	25	50,0	6	12,0	13	26,0	142	47,3
Đau cơ	42	84,0	5	10,0	19	38,0	22	44,0	3	6,0	13	26,0	104	34,7
Mất ngủ	42	84,0	15	30,0	50	100,0	47	94,0	10	20,0	38	76,0	202	67,3
Toát mồ hôi	40	80,0	4	8,0	33	66,0	36	72,0	11	22,0	30	60,0	154	51,3
Dị cảm (dòi bò)	5	10,0	10	20,0	40	80,0	7	14,0	2	4,0	0	0,0	64	21,3
Buồn nôn- nôn	34	68,0	1	2,0	7	14,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	43	14,3
Tiêu chảy	9	18,0	9	18,0	5	10,0	4	8,0	0	0,0	0	0,0	27	9,0
Giãn đồng tử	14	28,0	0	0,0	1	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	15	5,0
Tăng thân nhiệt	0	0,0	1	2,0	4	8,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	1,7
Mạch nhanh	13	26,0	5	10,0	2	4,0	5	10,0	0	0,0	8	16,0	33	11,0

Nhận xét: Triệu chứng cai ngày đầu tiên, phần lớn bệnh nhân đều có triệu chứng ngáp, thèm chất ma túy, đau cơ, mất ngủ, toát mồ hôi chiếm tỉ lệ cao 82,7%, 73,7%, 47,3%, 67,3%, 51,3% ở trung bình các tỉnh nghiên cứu Triệu chứng giãn đồng tử, tăng thân nhiệt, tiêu chảy chiếm tỉ lệ thấp hơn.

Bảng 3.3. Liều lượng Clonidine ngày đầu tiên của đối tượng nghiên cứu

Địa điểm NC	<0,3 (mg)		0,3- <0,6(mg)		0,6-<0,9 (mg)		0,9-<1,2 (mg)		>1,2(mg)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Hà Nội	20	40,0	23	46,0	5	10,0	2	4,0	0	0,0
Hải Phòng	5	10,0	19	38,0	24	48,0	2	4,0	0	0,0
Nghệ An	0	0,0	3	6,0	44	88,0	3	6,0	0	0,0
Quảng Nam	2	4,0	26	52,0	16	32,0	5	10,0	1	2,0
Quảng Ninh	22	44,0	9	18,0	13	26,0	3	6,0	3	6,0
Tiền Giang	6	12,0	22	44,0	20	40,0	2	4,0	0	0,0
Tổng 6 tỉnh	55	18,3	102	34,0	122	40,7	17	5,7	4	1,3

Nhận xét: Phần lớn các đối tượng nghiên cứu tại 6 tỉnh sử dụng clonidine ngày đầu tiên với liều < 0,6mg chiếm tỉ lệ cao 86,0% ở Hà Nội, 62,0% ở Quảng Ninh. Có tỉ lệ nhỏ các đối tượng được điều trị bằng liều trên 0,9mg, 4,0% ở Hà Nội, Hải Phòng, Tiền Giang. Tổng hợp 6 tỉnh có tỉ lệ 52,3% các đối tượng được sử dụng với liều < 0,6mg, 40,7% các đối tượng sử dụng với liều 0,6-<0,9mg. Chỉ có tỉ lệ 1,3% các đối tượng sử dụng với liều trên 1,2mg.

Bảng 3.4. Liều lượng Clonidine ngày thứ ba của đối tượng nghiên cứu

Liều lượng Clonidine ngày 3	<0,3 (mg)		0,3- <0,6(mg)		0,6-<0,9 (mg)		0,9-<1,2 (mg)		>1,2 (mg)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Địa điểm NC										
Hà Nội	0	0,0	10	20,0	16	32,0	18	36,0	6	12,0
Hải Phòng	0	0,0	1	2,0	3	6,0	40	80,0	6	12,0
Nghệ An	0	0,0	0	0,0	0	0,0	30	60,0	20	40,0
Quảng Nam	1	2,0	2	4,0	11	22,0	27	54,0	9	18,0
Quảng Ninh	0	0,0	7	14,0	3	6,0	20	40,0	20	40,0
Tiền Giang	1	2,0	10	20,0	7	14,0	27	54,0	5	10,0
Tổng 6 tỉnh	3	1,0	29	9,7	40	13,3	162	54,0	66	22,0

Nhận xét: Tổng hợp 6 tỉnh có tỉ lệ 54,0% các đối tượng được sử dụng với liều 0,9 -<1,2mg/ngày, 10,7% các đối tượng sử dụng với liều < 0,6mg. Có tỉ lệ 22,0% sử dụng liều > 1,2mg/ngày

Bảng 3.5. Liều lượng Clonidine ngày thứ tám của đối tượng nghiên cứu

Liều lượng Clonidine ngày 8	<0,3 (mg)		0,3- <0,6 (mg)		0,6-<0,9 (mg)		0,9-<1,2 (mg)		>1,2 (mg)	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Địa điểm NC										
Hà Nội	5	10,0	37	74,0	5	10,0	3	6,0	0	0,0
Hải Phòng	2	4,0	12	24,0	36	72,0	0	0,0	0	0,0
Nghệ An	17	34,0	25	50,0	7	14,0	1	2,0	0	0,0
Quảng Nam	33	66,0	8	16,0	9	18,0	0	0,0	0	0,0
Quảng Ninh	21	42,0	12	24,0	9	18,0	5	10,0	3	6,0
Tiền Giang	20	40,0	26	52,0	4	8,0	0	0,0	0	0,0
Tổng 6 tỉnh	98	32,7	120	40,0	70	23,3	9	3,0	03	1,0

Nhận xét: Các đối tượng nghiên cứu tại 6 tỉnh sử dụng clonidine ngày thứ tám với liều < 0,6mg chiếm tỉ lệ cao, 84,0% ở Hà Nội và Nghệ An, 92,0% ở Tiền Giang, ngoại trừ ở Hải Phòng có tỉ lệ 72,0% sử dụng với liều >0,6mg. Tổng hợp 6 tỉnh có tỉ lệ 72,7% các đối tượng được sử dụng với liều < 0,6mg, 23,3% các đối tượng sử dụng với liều 0,6-<0,9mg. Chỉ có tỉ lệ 4,0 % các đối tượng sử dụng với liều >0,9mg

Bảng 3.6. Kết quả xét nghiệm nước tiểu của đối tượng nghiên cứu

Xét nghiệm nước tiểu	Ngày 1 (Dương tính)		Ngày 3 (Dương tính)		Ngày 5 (Dương tính)		Ngày 7 (Dương tính)	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Địa điểm NC								
Hà Nội	50	100,0	10	20,0	1	2,0	0	0,0
Hải Phòng	50	100,0	33	66,0	0	0,0	0	0,0
Nghệ An	48	96,0	8	16,0	3	6,0	0	0,0
Quảng Nam	50	100,0	2	4,0	0	0,0	0	0,0
Quảng Ninh	50	100,0	26	52,0	2	4,0	0	0,0
Tiền Giang	50	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Tổng 6 tỉnh	298	99,3	79	26,3	6	2,0	0	0,0

Nhận xét: Các đối tượng nghiên cứu ở các tỉnh đều có kết quả dương tính với chất dạng thuốc phiện ở mẫu nước tiểu ngày đầu tiên. Có tỉ lệ nhỏ dương tính ở mẫu nước tiểu ngày thứ năm. 100% các đối tượng có kết quả âm tính ở mẫu nước tiểu ngày thứ bảy.

Bảng 3.7. Kết quả điều trị theo ngày của đối tượng nghiên cứu

Kết quả điều trị theo ngày	Ngày 1-3 Hội chứng cai		Ngày 4-5 Hội chứng cai		Ngày 6-7 Hội chứng cai		Ngày >8 Hội chứng cai	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Địa điểm NC								
Hà Nội	50	100,0	49	98,0	27	54,0	1	2,0
Hải Phòng	50	100,0	50	100,0	23	46,0	6	12,0
Nghệ An	50	100,0	50	100,0	43	86,0	1	2,0
Quảng Nam	50	100,0	39	78,0	12	24,0	1	2,0
Quảng Ninh	50	100,0	48	96,0	22	44,0	0	0,0
Tiền Giang	50	100,0	48	96,0	21	42,0	0	0,0
Tổng 6 tỉnh	300	100,0	284	94,7	148	49,3	9	3,0

Nhận xét: Các hội chứng cai giảm dần từ ngày điều trị thứ 6, thứ bảy. Sau ngày điều trị thứ tám chỉ còn tỉ lệ nhỏ các đối tượng còn biểu hiện hội chứng cai (song là những triệu chứng nhẹ nhàng kín đáo).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi: Qua biểu đồ (3.1), chúng tôi nhận thấy ở các tỉnh nghiên cứu, nhóm tuổi gặp nhiều nhất là nhóm tuổi dưới 35 tuổi, đặc biệt là nhóm tuổi từ 26-35 tuổi. Nhóm tuổi >46 tuổi chiếm tỉ lệ thấp hơn. Tổng hợp ở 6 tỉnh nghiên cứu nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm tuổi 26-35 (chiếm tỉ lệ 49,7%). Tỉ lệ này là 75,7% ở nhóm tuổi < 35, đây là độ tuổi có sự cố gắng nhiều nhất cho xã hội, nhóm tuổi có sự hoàn thiện về cả sức khỏe và năng lực xã hội. Nhóm tuổi từ 36-45 chiếm 20,3%, nhóm tuổi > 46 chỉ chiếm 4,0%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu chung ở 6 tỉnh của chúng tôi là 31,7±7,37.

Theo nghiên cứu của Trần Văn Cường (2010) trên các đối tượng sử dụng heroin, nhóm tuổi gặp nhiều nhất tại các tỉnh Ba Vì và Bắc Ninh là 31-40 tuổi, tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 33,1±7,61. Như vậy, khi so sánh với một số nghiên cứu trong và ngoài nước, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình các đối tượng là thấp hơn.

4.2. Đánh giá các triệu chứng của hội chứng cai ngày đầu điều trị ở bệnh nhân nghiên cứu: Từ số liệu thu được trên bệnh nhân nghiên cứu trình bày ở bảng (3.2), tổng quan ở 6 tỉnh nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân biểu hiện nổi bật các triệu chứng của hội chứng cai là ngáp (82,7%), thèm chất ma túy (73,7%), mất ngủ (67,3%), toát mồ hôi, chảy nước mắt, nước mũi (47,3%). Một số triệu chứng khác cũng được quan sát thấy: mạch nhanh (11,0%), buồn nôn (14,3%), tiêu chảy (9,0%) và cảm giác dờ dờ trong xương (21,3%). Như vậy, bức tranh triệu chứng của hội chứng cai heroin ở 300 bệnh nhân nghiên cứu ở 6 tỉnh nghiên cứu được mô tả trong ngày đầu điều trị khá sinh động, phong phú, phản ánh hiện trạng rối loạn sinh học với các triệu chứng thần kinh thực vật nội tạng rõ rệt. So sánh với các triệu chứng ICD-10 (1992) thì thấy phù hợp với các triệu chứng mà chúng tôi nghiên cứu.

4.3. Sử dụng clonidine trong điều trị hội chứng cai heroin: Clonidin là thuốc chủ vận α_2 -Adrenergic trung ương, có tác dụng làm giảm giải phóng chất dẫn truyền thần kinh Norepinephrine vào khe synap nên có hiệu quả trong điều trị hội chứng cai heroin. Theo Nguyễn Việt (1995), trạng thái lo âu (nôn nao, bồn chồn) là trạng thái tâm

thần cơ bản thường xuyên và tăng cường các triệu chứng thần kinh thực vật của hội chứng cai. Những người cai nhiều lần, do nhớ lại cảm giác đau khổ trong những lần cai trước nên càng trở nên lo âu nhiều hơn. Do vậy thuốc giải lo âu có thể cần được sử dụng nhất là trong những ngày đầu điều trị.

Theo dõi sự diễn biến hội chứng cai theo liều lượng thuốc clonidin và thời gian điều trị trên 300 bệnh nhân, chúng tôi thu nhận được các số liệu. Thuốc clonidin được sử dụng và được theo dõi trong suốt thời gian điều trị 10 ngày trên từng bệnh nhân có hội chứng cai heroin. Chúng tôi nhận thấy có mối tương quan liều điều trị clonidin làm thuyên giảm và mất hội chứng cai tập trung chủ yếu ở liều 0,6mg – 1,2mg. Với liều này, hội chứng cai chuyển biến nhanh từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 6. Tuy nhiên, điều lý thú được nhận thấy ở đây, rằng đến ngày thứ 7 liều dùng thuốc clonidin điều trị trên số bệnh nhân giảm xuống với liều 0,3mg – 0,6mg. Điều này cho thấy, để làm thuyên giảm và mất hội chứng cai trên người bệnh, liều lượng thuốc clonidin tập trung liều đạt được từ trung bình (0,6mg - 1,2mg, tương đương 4 – 8 viên) đến liều cao (1,5mg - 1,8mg, tương đương 10 – 12 viên) chủ yếu bắt đầu từ ngày 3 đến ngày thứ 6. Và từ ngày thứ 7, khi hội chứng cai cơ bản đó thuyên giảm và mất hết các triệu chứng thì liều lượng thuốc giảm xuống đáng kể (0,3mg - 0,6mg, tương đương 2 – 4 viên); ở liều này, người bệnh vẫn không có biểu hiện khó chịu, hoặc vật vã, họ đã thoải mái về tâm lý và hòa nhập được với mọi người xung quanh. Như vậy, dưới tác dụng của clonidin điều trị đơn thuần với các liều lượng thích hợp, người bệnh mất dần hội chứng cai từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 6; và ổn định từ ngày thứ 7 đến ngày thứ 10. Kết quả này phù hợp với DR Wesson (1990), ngày thứ nhất bắt đầu với liều 0,3mg clonidin, cứ 4 giờ đến 6 giờ uống một lần, liều tối đa 1,2mg/24h và trong 7 đến 10 ngày tiếp theo với liều từ 0,8mg đến 1,2mg trong 24h.

4.4. Xét nghiệm nước tiểu tìm opiat: Kết quả xét nghiệm opiate nước tiểu thu nhận được từ ngày thứ 1 đến ngày thứ 9 ở 300 bệnh nhân nghiên cứu heroin bảng 3.6 cho thấy kết quả dương tính giảm dần từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 5, và từ ngày thứ 7 thì hết hẳn (100% bệnh nhân có xét nghiệm nước tiểu âm tính, trong nước tiểu của người bệnh không còn opiate). Kết quả này là phù hợp với y văn, khi người bệnh không tiếp tục sử dụng chất dạng thuốc phiện, thì thời gian tồn tại của chất dạng thuốc phiện có thể kéo dài từ 2 cho đến 4 ngày.

4.5. Kết quả điều trị hội chứng cai: Từ kết quả của bảng (3.7), hội chứng cai giảm dần từ ngày thứ tư, thứ năm và giảm rõ từ ngày thứ sáu, thứ bảy. Sau ngày thứ tám phần lớn bệnh nhân thuyên giảm hội chứng cai hoàn toàn. Dưới tác dụng của clonidin ở các liều lượng thích hợp khác nhau, chúng tôi nhận thấy tác dụng điều trị hội chứng cai khá rõ rệt theo thang điểm Himmelmach trên bệnh nhân nghiện cứu. Sự chuyển biến mức độ nghiện trên bệnh nhân nghiện cứu phản ánh tác dụng hữu hiệu của thuốc clonidin trong điều trị hội chứng cai ở bệnh nhân nghiện heroin. So sánh với các nghiên cứu của các tác giả Gerra (1995), cho rằng khi sử dụng liều clonidine phù hợp sẽ thuyên giảm hội chứng cai trong thời gian ngắn. Qua thời gian điều trị, trung bình 300 bệnh nhân tại 6 tỉnh nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân đạt kết quả khá và tốt (với tỉ lệ 87,70%), trong đó kết quả khá (chiếm tỉ lệ 72,0%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Kelber HD (1987), cho biết tỷ lệ điều trị thành công với clonidin là khá cao, chiếm 86% và thời gian điều trị là 5 ngày. Khi so sánh kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân điều trị ngoại trú và nội trú, nhiều tác giả cho thấy tỷ lệ điều trị thành công ở nhóm điều trị nội trú cao hơn nhóm ngoại trú (82% so với 36%).

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Gặp nhiều ở lứa tuổi từ dưới 35, trong đó, lứa tuổi 26–35 nhiều hơn cả (49,7%), tuổi trung bình 31,7±7,37; nam giới chiếm đa số (95,0%),

2. Hiệu quả thuốc clonidine trong quá trình điều trị: Nhóm bệnh nhân điều trị được sử dụng liều clonidine 0,15mg – 1,8mg, từ ngày thứ 1 -10. Liều clonidine từ ngày thứ hai đến ngày thứ

6 được sử dụng với liều 0.9- < 1,2mg/ngày (6-8viên) chiếm tỉ lệ cao nhất (với tỉ lệ 44,7% ngày thứ hai, 54,0% ở ngày thứ hai, 48,0% ngày thứ năm). Liều trung bình đạt hiệu quả cao là từ 0,9mg - 1,2mg để làm thuyên giảm nhanh hội chứng cai vào ngày thứ 2 - 6, và mất dần đến ổn định hoàn toàn từ ngày thứ 7-10. Từ ngày thứ 7 liều lượng thuốc clonidine trên bệnh nhân giảm xuống 0,3 – 0,6mg, duy trì cho đến khi ra viện.

- Hội chứng cai mất dần từ ngày thứ 7, và hầu hết các triệu chứng mất hết vào ngày thứ 10, người bệnh trở lại trạng thái bình thường. Có 87,7% bệnh nhân đạt kết quả điều trị khá và tốt, trong đó có tỉ lệ 72,0% đạt kết quả khá. Chỉ có 1% bệnh nhân đạt kết quả điều trị kém do bệnh nhân không hợp tác trong quá trình điều trị

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gossop M (1988).** "Clonidine and the treatment of the opiate withdrawal syndrome", *UK, Drug Alcohol Depend*, pp 253 -259.
- Jiang Z,** (1993), "Rapid detoxification with clonidine for heroin addiction", *Chinese Journal of Neurology and Psychiatry* 1993, 26(1): pp 10-13.
- Taschner KL** (1986), "A controlled comparison of clonidine and doxepin in the treatment of the opiate withdrawal syndrome", *New York Pharmacopsychiatry*. 19 (3): pp 91-5.
- Nguyễn Kim Việt** (2009), "Điều trị nghiện CDTP bằng clonidine", *Tài liệu tập huấn cập nhật và trao đổi kinh nghiệm về các phương pháp điều trị nghiện ma túy*, Viện Sức khỏe Tâm thần, tr 1-15.
- Tổ chức Y tế Thế giới** (1992), "Rối loạn tâm thần và hành vi do sử dụng chất", *Phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi. Mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán*, tr.1-10.
- Carnwath T, Hardman J (1998)**, "Randomised double-blind comparison of lofexidine and clonidine in the out-patient treatment of opiate withdrawal". *UK, Drug Alcohol Depend*. 50(3): pp 251-254.

THỰC HÀNH PHÒNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT CỦA NGƯỜI DÂN TẠI HAI XÃ CỦA HUYỆN HÀM THUẬN BẮC TỈNH BÌNH THUẬN NĂM 2013

Lê Thị Thanh Xuân¹, Lê Thị Tài¹, Lương Mai Anh², Hà Anh Đức³

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả thực hành phòng bệnh sốt xuất huyết và một số yếu tố liên quan của người dân về

bệnh sốt xuất huyết (SXH). **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 400 hộ gia đình tại hai xã Hàm Phú và Hàm Chính huyện Hàm Thuận Bắc của tỉnh Bình Thuận năm 2013. Số liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi cấu trúc có sẵn và quan sát trực tiếp điều kiện vệ sinh môi trường của hộ gia đình. **Kết quả:** Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có thực hành đạt về phòng chống bệnh sốt xuất huyết đạt tỷ lệ 16,8%. Đối tượng nghiên cứu thực hành tốt về mặc màn bắt cứ khi nào ngủ (chiếm 70%), vệ sinh nhà ở như không lưu giữ phế thải, dụng cụ chứa nước có đậy nắp, không có vũng nước đọng quanh nhà, thu gom rác, nhà sạch (đều từ 90% trở lên) có rãnh thoát

¹Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Đại học Y Hà Nội

²Cục Quản lý Môi trường Y tế, Bộ Y tế

³Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thanh Xuân

Email: lethithanhxuan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.6.2017

Ngày duyệt bài: 26.6.2017

nước thải trong nhà tắm (tỷ lệ 72,8%). Tuy nhiên chỉ có 52% hộ gia đình thực hành thả cá diệt bọ gậy. Một số hành vi thực hành vệ sinh môi trường xung quanh nhà ở đạt tỷ lệ thấp, như môi trường xung quanh sạch đạt 43,2%, có hệ thống nước thải đạt 39,5%, cống rãnh có nắp đậy chỉ đạt 22,5%. Có mối liên quan giữa giới tính và thực hành phòng chống SXH của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ nữ giới có thực hành phòng chống SXH đạt cao gấp hơn 2 lần so với tỷ lệ này ở nam giới (OR=2,06; 95%CI (1,16- 3,61). Chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, kinh tế, tiếp cận thông tin với thực hành phòng chống SXH của người dân tại hai xã nghiên cứu ($p > 0,05$).

Từ khóa: thực hành, bệnh sốt xuất huyết, Bình Thuận, 2013

SUMMARY

PRACTICES ON DENGUE FEVER OF LOCAL PEOPLE IN TWO COMMUNES IN BINH THUAN PROVINCE, 2013

Objectives: to describe practices and some related factors of local people on Dengue Fever (DF) disease. **Methods:** A cross-sectional study was applied to study 400 households in Ham Phu and Ham Chinh communes, Ham Thuan Bac district, Binh Thuan province in 2013. A face-to-face interview using a semi-structured questionnaire and direct observation by the developed checklist was employed. **Results:** The proportion of respondents had adequate practices on DF disease was 16.8%. Specifically, the subjects of the study were good practices in bed-screening whenever sleeping (70%), in household hygiene such as no waste storage, covered water storage, no puddle around the house, collection garbage and clean house (90% or more), has a drainage ditch in the bathroom (72.8%). However, only 52% of households practiced stocking of larvae. Some practices of environmental hygiene around the house have low rates, such as clean environment 43.2%, sewage system 39.5%, drains with lid only 22.5%. There was significant association between the gender and the practice against Dengue fever. Female had practices more two times than that among males (OR=2,06; 95%CI (1,16- 3,61). There was no statistically significant relationship between age group, education level, occupation, ethnicity, economic status, access to information with practice of dengue prevention in the two study communes ($p > 0.05$).

Key words: DF disease, practices, Binh Thuan, 2013

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết (SXH) được xếp vào bệnh do muỗi truyền quan trọng nhất trên thế giới. Việt Nam được xác định là một trong 8 nước đứng đầu khu vực Đông Nam Á và thế giới về tỷ lệ mắc và chết do bệnh SXH [1]. Đến năm 2020, giảm tỷ lệ mắc xuống thấp nhất dưới 50% và tỷ lệ tử vong dưới 25%. Để làm được điều này thì hiệu quả huy động sự tham gia của cộng đồng là một chỉ số đánh giá quan trọng cho sự thành công của chiến lược.

Hiện nay chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc-xin phòng bệnh vì vậy để phòng bệnh SXH phần lớn phụ thuộc vào sự hiểu biết, kiến thức của người dân về bệnh này và thái độ, thực hành của họ để phòng tránh bệnh. Tương tự, các nghiên cứu về kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống bệnh sốt xuất huyết tại Việt Nam cho thấy, đa số người dân đã từng nghe về bệnh SXH (trên 90%) nhưng kiến thức, thái độ và thực hành về bệnh này còn chưa cao [2], [3], [4], [5], [6], [7].

Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về thực hành của người dân huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận trong việc phòng tránh bệnh SXH. Trong khi Bình Thuận là tỉnh ven biển thuộc khu vực Nam Trung Bộ, nằm trong khu vực có tỷ lệ mắc SXH cao trong cả nước và huyện Hàm Thuận Bắc là một trong những huyện có tỷ lệ mắc SXH cao nhất trong tỉnh. Theo thống kê của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh, đến ngày 20/8/2013, toàn tỉnh có 774 ca mắc bệnh sốt xuất huyết, giảm 22% so với cùng kỳ năm ngoái (tháng 8/2012 là 995 ca); toàn tỉnh phát hiện 119 ổ dịch bệnh. Các địa phương như Phan Thiết, Hàm Thuận Bắc... tập trung nhiều ca mắc nhất.

Bài báo này là một phần kết quả của đề tài cấp nhà nước "Nghiên cứu thực trạng, xây dựng mô hình dự báo, kiểm soát một số nhóm bệnh có liên quan đến biến đổi khí hậu ở Việt Nam" do trường Đại học Y Hà Nội thực hiện từ năm 2012-2015. Mục tiêu nhằm mô tả thực hành và một số yếu tố liên quan tới thực hành phòng bệnh sốt xuất huyết của người dân tại hai xã Hàm Chính và Hàm Phú, huyện Hàm Thuận Bắc, tỉnh Bình Thuận năm 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Phỏng vấn: Chủ hộ hoặc là người nắm vững thông tin nhất về tình trạng sức khỏe của các thành viên trong hộ gia đình.

Đối tượng quan sát: điều kiện vệ sinh, nguồn nước, nhà tắm và nhà tiêu hộ gia đình được lựa chọn phỏng vấn.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Đơn vị chọn mẫu: hộ gia đình

Áp dụng công thức tính ước lượng 1 tỷ lệ:

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

Trong đó: n: số hộ gia đình phải điều tra.

Z 1- $\frac{\infty}{2}$: mức độ tin cậy ở 95% là 1,96; p: Tỷ lệ hộ gia đình có chủ hộ thực hành đúng về phòng bệnh sốt xuất huyết. Tỷ lệ này theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hương và cộng sự năm 2006 tại Đồng Tháp là 26% [3]; d: độ chính xác tuyệt đối của p là 0,06; Dựa vào công thức trên tính được cỡ mẫu là 200 hộ gia đình. Do nghiên cứu tiến hành ở hai xã nên đã nhân với hệ số thiết kế (DE=2) và tổng số hộ gia đình đã điều tra là 400 hộ gia đình

Cách chọn mẫu: phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn (chọn huyện, xã, hộ gia đình và đối tượng phỏng vấn)

3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2013 đến tháng 6/2014.

4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin: Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi do nhóm nghiên cứu thiết kế dựa trên tham khảo các mẫu điều tra tương tự và tài liệu mới nhất của Bộ Y tế. Bộ câu hỏi gồm hai phần chính: 1) đặc điểm

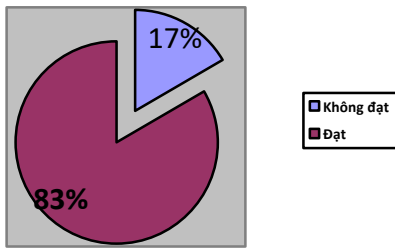
chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, trình độ học vấn...) và hộ gia đình (nghèo/không nghèo); 2) kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống bệnh sốt xuất huyết của đối tượng nghiên cứu.

5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập bằng phần mềm epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm stata 10.

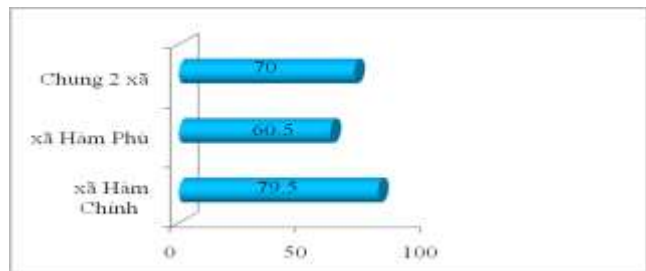
Trong nghiên cứu này, thực hành phòng bệnh sốt xuất huyết của người dân được đánh giá là "Đạt" khi điểm thực hành $\geq 60\%$ tổng số điểm mong đợi (≥ 18 điểm).

6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này là một phần của đề tài cấp Nhà nước "Nghiên cứu thực trạng, xây dựng mô hình dự báo, kiểm soát một số bệnh có liên quan đến biến đổi khí hậu ở Việt Nam" do Trường Đại học Y Hà Nội chủ trì. Mọi đối tượng nghiên cứu đồng ý và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và mọi thông tin về đối tượng nghiên cứu sẽ được đảm bảo giữ bí mật. Giải thích rõ lý do và mục đích của điều tra cho đối tượng hiểu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ



Hình 1: Tỷ lệ ĐTNCC có thái độ và thực hành đạt về phòng bệnh SXH



Hình 2: Thực hành mắc màn bất cứ khi nào ngủ

Hình 1 cho thấy trong tổng số 400 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ đối tượng có thái độ, thực hành đạt và phòng bệnh sốt xuất huyết là 16,8%. Tỷ lệ ĐTNCC có thái độ, thực đạt ở xã Hàm Chính cao hơn xã Hàm Phú (26% so với 7,5%). Sự khác biệt về tỷ lệ này giữa hai xã có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Hình 2 cho thấy ĐTNCC thực hành mắc màn bất cứ khi nào ngủ chiếm tỷ lệ cao 70%, trong hai xã nghiên cứu thì xã Hàm Chính thực hành ngủ màn bất cứ khi nào ngủ chiếm tỷ lệ cao hơn xã Hàm Phú, 79,5% so với 60,5% ($p < 0,05$).

Bảng 1. Thực hành về việc thả cá diệt bọ gậy

Thả cá diệt bọ gậy	Xã Hàm Chính		Xã Hàm Phú		Tổng số	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đúng (Có)	111	55,5	97	48,5	208	52,0
Không đúng	89	44,5	103	51,5	192	48,0
Tổng số	200	100	200	100	400	100

$p = 0,2$

Nhận xét: Từ kết quả trên cho thấy, việc thực hành thả cá diệt bọ gậy chưa được quan tâm, với tỷ lệ thả cá và không thả cá diệt bọ gậy chiếm tỷ lệ tương đương nhau (52% và 48%). Tỷ lệ này khác nhau giữa hai xã nghiên cứu, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Thực hành về nhà ở và môi trường xung quanh

Nhà ở, môi trường	Xã Hàm Chính		Xã Hàm Phú		Tổng	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhà sạch	183	91,5	177	88,5	360	90,0

DCCN có nắp đậy	188	94,0	186	93,0	374	93,5
Không có bụi rậm quanh nhà	135	67,5	140	70,0	275	68,8
Thu gom rác	185	92,5	177	88,5	362	90,5
Có hệ thống nước thải	83	41,5	75	37,5	158	39,5
Không có vũng nước đọng quanh nhà	178	89,0	185	92,5	363	90,8
Không lưu giữ phế thải	191	95,5	185	92,5	376	94,0
Cống rãnh có nắp đậy	51	25,5	39	19,5	90	22,5
Môi trường xung quanh sạch	87	43,5	86	43,0	173	43,2

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, một số hành vi thực hành vệ sinh nhà ở của ĐTNC đạt tỷ lệ cao, như không lưu giữ phế thải, DCCN có nắp đậy, không có vũng nước đọng quanh nhà, thu gom rác, nhà sạch tương ứng là (94%, 93,5%, 90,8%, 90,5%, 90%). Ngược lại, một số hành vi thực hành vệ sinh môi trường xung quanh đạt tỷ lệ thấp hơn nhiều, như môi trường xung quanh sạch đạt 43,2%, có hệ thống nước thải đạt 39,5%, cống rãnh có nắp đậy chỉ đạt 22,5%.

Bảng 3. Kết quả quan sát vệ sinh nhà tắm

Môi trường nhà tắm	Xã Hàm Chính		Xã Hàm Phú		Tổng	
	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)	Tần số	Tỷ lệ (%)
Không có mắc treo quần áo	2	1,0	5	2,5	7	1,8
Không đọng nước ở nền nhà tắm	28	14,0	30	15,0	58	14,5
Có rãnh thoát nước thải	145	72,5	146	73,0	291	72,8

Nhận xét: Qua bảng trên cho thấy, có rãnh thoát nước thải trong nhà tắm đạt tỷ lệ cao 72,8%, hành vi không treo quần áo trong nhà tắm và không đọng nước ở nền nhà tắm đạt tỷ lệ rất thấp (1,8% và 14,5%).

Bảng 4. Mối liên quan đa biến giữa một số đặc tính của ĐTNC với thái độ, thực hành phòng chống SXH

Yếu tố liên quan		Thái độ, thực hành				OR	95% CI
		Đạt		Không đạt			
		n	%	n	%		
Giới	Nữ	39	23,8	125	76,2	2,06	(1,16-3,61)
	Nam	28	11,9	208	88,1		
Nhóm tuổi	Trên 40	37	18,7	161	81,3	1,15	(0,65-2,01)
	Dưới 40	30	14,9	172	85,1		
Trình độ học vấn	Tiểu học	41	19,8	166	80,2	1,6	(0,94-3,35)
	THCS trở lên	26	13,5	167	86,5		
Nghề nghiệp	Nghề khác	10	18,2	45	81,8	1,17	(0,47-3,74)
	Nông dân	57	16,5	288	83,5		
Dân tộc	Kinh	59	18,4	262	81,6	3,38	(0,18-1,22)
	Khác	8	10,1	71	89,9		
Tôn giáo	Không	50	16,8	248	83,2	2,49	(0,41-2,13)
	Các tôn giáo	17	16,7	85	83,3		
Kinh tế	Không nghèo	63	17,8	290	82,2	1,99	(0,19-2,87)
	Nghèo	4	8,5	43	91,5		
Tiếp cận thông tin	Có	67	17,4	318	82,6	-	-
	Không	0	0	15	100		

Nhận xét: Kết quả phân tích đa biến ở bảng trên cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới với thực hành phòng chống SXH tại hai xã nghiên cứu. Theo giới, tỷ lệ nữ giới có thực hành phòng chống SXH đạt cao gấp hơn 2 lần so với tỷ lệ này ở nam giới (OR=2,06; 95%CI (1,16- 3,61), p<0,05).

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, tôn giáo, kinh tế, tiếp cận thông tin với thực hành phòng chống SXH đạt của người dân tại hai xã nghiên cứu (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy người dân có thực hành tốt về mặc màn khi ngủ, nhưng lại có sự khác nhau giữa hai xã nghiên cứu. Xã Hàm Chính tỷ lệ ĐTNC mặc màn bất cứ khi nào ngủ chiếm tỷ lệ cao 75%, còn xã Hàm Phú chỉ có 49,5%. Vẫn có một bộ phận không nhỏ ĐTNC tại xã này chỉ mặc ban đêm (40,5%) và còn tỷ lệ rất ít ĐTNC không bao giờ mặc màn khi ngủ 0,5%. Điều này có thể được giải thích do tập quán sinh hoạt và thói quen của người dân hai xã khác nhau đã ảnh hưởng đến hành vi khác nhau. Cụ

thể, giữa hai xã này tỷ lệ người dân tộc Kinh và các dân tộc khác, người theo tôn giáo và không theo tôn giáo có sự phân bố khác nhau nhiều. Hành vi nằm màn khi ngủ so với các kết quả của các nghiên cứu khác có sự khác nhau. So với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Trang tại Hà Nội [7] thì thấp hơn, có thể do đối tượng nghiên cứu của tác giả sống ở vùng thành thị, nên việc thực hành ngủ màn cao hơn. Nhưng kết quả này lại cao hơn nhiều so với kết quả tại Đồng Tháp, thành phố Hồ Chí Minh của Lê Thị Thanh Hương, Trương Phi Hùng, Lý Lệ Lan và Lê Hoàng Ninh, Trần Văn Hai [3],[4]. Điều này có thể do khác nhau về các đặc điểm đối tượng nghiên cứu tại các vùng miền.

So với kết quả của một số nghiên cứu khác thấy có sự tương đồng, như nghiên cứu tại Đồng Tháp, Thành phố Hồ Chí Minh [3], [5]. Nghiên cứu tại Đồng Tháp cho thấy thực hành vệ sinh trong nhà tốt chiếm 66,9%, vệ sinh môi trường xung quanh tốt chiếm 56,2%.

Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ người dân có thái độ, thực hành đúng phòng chống bệnh SXHD rất thấp là 16,8%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh Trang, Lê Thị Thanh Hương, Trương Phi Hùng (lần lượt là 20%, 26%, 53%) [3],[7],[4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTNC có thực hành đúng về phòng chống bệnh SXH đạt tỷ lệ 16,8%. ĐTNC có thực hành đúng đạt tỷ lệ cao về thực hành mặc màn khi ngủ (với ĐTNC của xã Hàm Chính), vệ sinh nhà ở, không lưu giữ phế thải, DCCN có nắp đậy, không có vũng nước đọng quanh nhà, thu gom rác, nhà sạch, có rãnh thoát nước thải trong nhà tắm.

ĐTNC có thực hành đúng đạt tỷ lệ thấp về thực hành mặc màn khi ngủ của xã Hàm Phú, thả cá diệt bọ gậy, vệ sinh môi trường xung

quanh, có hệ thống nước thải, cống rãnh có nắp đậy, không treo quần áo trong nhà tắm và nền nhà tắm không đọng nước.

Có mối liên quan giữa giới tính và thực hành phòng chống SXH của đối tượng nghiên cứu. Tỷ lệ nữ giới có thực hành phòng chống SXH đạt cao gấp hơn 2 lần so với tỷ lệ này ở nam giới (OR=2,06; 95%CI (1,16- 3,61). Chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc, kinh tế, tiếp cận thông tin với kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SXH của người dân tại hai xã nghiên cứu ($p>0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization, *Guidelines for dengue surveillance and mosquito control*. Regional Office for the Western Pacific Manila, 2003. 2nd edition: p. 1-10.
2. Faisal Shuaib et al, *Knowledge, attitudes and practices regarding dengue infection in Westmoreland, Jamaica*. *West Indian Med J*, 2010. **59**(2): p. 139-146.
3. Lê Thị Thanh Hương, *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống sốt xuất huyết của người dân xã Bình Thành, huyện Thanh Bình, tỉnh Đồng Tháp*. Tạp chí Y tế công cộng, 2006. **9**.
4. Trương Phi Hùng, *Kiến thức, thái độ thực hành về phòng bệnh sốt xuất huyết của thân nhân bệnh nhân sốt xuất huyết tại bệnh viện nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh năm 2010*. Tạp chí Y Học Thành phố Hồ Chí Minh, 2010. **15**(1): p. 119-125.
5. Lý Lệ Lan và Lê Hoàng Ninh, *Kiến thức, thái độ thực hành phòng chống sốt xuất huyết của người dân quận 5 năm 2004*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2004. **9**.
6. Nguyễn Ngọc San, *Nhận thức, thái độ, thực hành phòng chống muỗi truyền bệnh Sốt xuất huyết của cộng đồng, cán bộ y tế và biện pháp can thiệp tại Hà Nội, 2004-2006*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2010, 2010. **14**: p. 20.
7. Nguyễn Thị Quỳnh Trang, *Thực trạng kiến thức, thực hành của người dân về phòng bệnh sốt xuất huyết dengue và một số yếu tố liên quan tại phường Trúc Bạch, quận Ba Đình, Hà Nội năm 2012, 2012*.

TƯƠNG QUAN GIỮA ACID URIC MÁU VÀ ĐIỂM GENSINI CÁI TIẾN TRONG HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Huỳnh Kim Phượng*

TÓM TẮT

**Bệnh viện Chợ Rẫy*

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phượng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.6.2017

Ngày duyệt bài: 27.6.2017

Mở đầu: Nhiều nghiên cứu (NC) đã đánh giá mối tương quan giữa tăng acid uric máu với sự hiện diện và mức độ trầm trọng của bệnh mạch vành. Mục tiêu của NC này là nhằm khảo sát mối tương quan giữa acid uric máu và mức độ trầm trọng của bệnh động mạch vành (ĐMV) biểu hiện qua điểm số Gensini cải tiến. **Phương pháp nghiên cứu:** NC tiến cứu cắt ngang, có phân tích, từ 01/2017 đến 05/2017. Tiến hành trên 102 BN được chẩn đoán hội chứng vành cấp (HVCV) điều trị tại Khoa Tim mạch Can thiệp bv Chợ

Rẫy. Tăng acid uric máu khi $\geq 6,5\text{mg/dL}$. Mức độ trầm trọng của bệnh động mạch vành được đánh giá bởi điểm số Gensini cải tiến trên bệnh nhân HCVC bao gồm cơn đau thắt ngực không ổn định (CĐTNKOĐ), nhồi máu cơ tim ST chênh (NMCTSTC) và nhồi máu cơ tim không ST chênh (NMCTKSTC). **Kết quả:** Tuổi trung bình $61,43 \pm 11,531$; nam chiếm đa số 72,5% (74 BN); BMI $23,306$ (ĐLC $2,2031$); béo phì ($\text{BMI} \geq 25$) 23,5% (24 BN); tăng HA 70,6% (72BN); hút thuốc lá 62,7% (64 BN); đái tháo đường 67,6% (69 BN), bệnh thận mạn 5,9% (6 BN), nồng độ acid uric máu trung bình 6,087 (ĐLC 1,4731); điểm số Gensini cải tiến trung bình 129,56 (ĐLC 40,535); NMCTSTC chiếm đa số 53% (52 BN). Tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ acid uric máu và điểm Gensini cải tiến (hệ số tương quan 0,211 và giá trị $p=0,033$). Điểm số Gensini trung bình của nhóm acid uric máu $\geq 6,5\text{mg/dL}$ cao hơn 18,068 so với điểm số Gensini của nhóm acid uric máu $< 6,5\text{mg/dL}$ (141,25 so với 123,18) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p=0,031$ (phép kiểm T- Student). **Kết luận:** Acid uric máu có tương quan có ý nghĩa với điểm Gensini trong HCVC.

Từ khóa: acid uric máu, điểm số Gensini cải tiến, hội chứng vành cấp

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN SERUM URIC ACID AND MODIFIED GENSINI SCORE IN PATIENTS OF ACUTE CORONARY SYNDROME

Background: Some studies accessed significant correlation between hyperuricemia with presence and severity of coronary artery disease. The aim of this study was to investigate the association of serum acid uric level with severity of coronary artery disease in the sample of acute coronary syndrome. **Methods:** Cross-sectional prospective study, between January 2017 and April 2017 at Interventional Cardiology Department of Cho Ray hospital; 102 subjects were diagnosed acute coronary syndrome. Hyperuricemia was defined $\geq 6,5\text{mg/dL}$. Severity of coronary artery disease was assessed on the basis of modified Gensini score in the patients of acute coronary syndrome that include unstable angina (UA), ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) and non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI). **Results:** Mean age 61.43 ± 11.531 ; male > female (72,5% vs 27.5%); mean BMI 23,306; obese ($\text{BMI} \geq 25$) 23,5% (24 patients); hypertension 70.6% (72 patients); smoke 62.7% (64 patients); diabetes 67.6% (69 patients), chronic kidney disease 5.9% (6 patients), mean serum acid uric (SUA) 6.087 (1.4731); mean Gensini score 129.56 (40.535); STEMI 53% (52 patients). Significant positive correlation of SUA with Gensini score (correlation coefficient 0.211 and $p=0.033$). Mean Gensini score of SUA $\geq 6,5\text{mg/dL}$ group is higher than one of SUA $< 6.5\text{mg/dL}$ (141.25 vs 123.18) and statistically significant difference is 18.068mg/dL ($p=0.031$, T-Student test). **Conclusion:** Significant correlation between SUA and modified Gensini score in patients of acute coronary syndrome.

Key words: serum uric acid, modified Gensini score, acute coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acid uric là sản phẩm cuối của chuyển hoá purine có tính chất antioxidant và có tác dụng lọc gốc tự do trong huyết thanh, ngoài ra acid uric là chất chống oxy hoá ngoại bào hiệu quả, acid uric cũng kích thích bạch cầu hạt dính vào tế bào nội mô và phóng thích gốc tự do peroxide và superoxide. Mỗi liên quan giữa acid uric máu và bệnh ĐMV đã được quan sát từ thế kỷ 19 cho thấy tăng acid uric liên quan yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV giống như nam giới, lớn tuổi, đái tháo đường, tăng huyết áp, đề kháng insulin, tăng Triglyceride và hội chứng chuyển hoá. Trong nhiều NC, acid uric máu đã được chứng minh có liên quan ý nghĩa với mức độ trầm trọng của bệnh ĐMV, mảng xơ vữa ĐMV, điểm Gensini, điểm Syntax...^(1,2,3,4,5,6,7). Mặc dù vậy, không nhiều những NC về acid uric máu liên quan bệnh ĐMV trong HCVC.

NC của chúng tôi nhằm mục tiêu khảo sát mối tương quan giữa nồng độ acid uric máu với mức độ trầm trọng của bệnh ĐMV biểu hiện bởi điểm Gensini cải tiến trên bệnh nhân HCVC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang, có phân tích.

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: BN điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Can thiệp BV Chợ Rẫy được chẩn đoán là HCVC, có chụp ĐMV cản quang và đánh giá điểm Gensini cải tiến

Tiêu chuẩn loại trừ: tiền sử NMCT

2.2. Tiến hành: Chụp ĐMV có cản quang: thực hiện bởi BS tim mạch can thiệp. Máy chụp Siemens, Artis Zee tại khoa Tim mạch Can thiệp BV Chợ Rẫy.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- *Đái tháo đường (ĐTĐ):* chẩn đoán ĐTĐ theo Hiệp Hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2013. *Tăng huyết áp (THA):* Dựa theo tiền căn THA sẵn có hoặc chẩn đoán mới theo tiêu chuẩn THA của Hội Tim mạch Việt Nam 2014.

- *Rối loạn lipid máu (RLLM):* Có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau: cholesterol toàn phần $\geq 200\text{mg/dl}$, LDL-C $\geq 100\text{mg/dl}$, HDL-C $\leq 40\text{mg/dl}$ và Triglyceride $\geq 150\text{mg/dl}$.

- *Hút thuốc lá (HTL):* Có HTL khi BN có hút ≥ 10 điếu/ngày từ 5 năm trở lên hoặc trước đây có hút và hiện tại đã ngưng nhưng chưa quá 5 năm, không HTL khi BN không HTL hoặc có hút < 10 điếu/ngày và thời gian < 5 năm tính đến thời điểm bị bệnh, hoặc có hút nhưng đã ngưng lâu hơn 5 năm.

- *Bệnh ĐMV* được định nghĩa khi nhánh ĐMV trái chính hẹp $\geq 50\%$ hoặc nhánh ĐMV khác hẹp $\geq 70\%$.

- HCVC dựa trên tiêu chuẩn dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của AHA/ASA, các thể bệnh gồm ĐTNKOD, NMCTSTCL, NMCTKSTCL

Bảng 1. Thang điểm Gensini cải tiến

Động mạch vành	Điểm
Thân chính ĐMV trái	5
ĐM liên thất trước	20
ĐM mũ	20
ĐMV phải	20
ĐM bờ tù một	10
Nhánh ĐM chéo một	10
ĐM liên thất sau	10
Nhánh ĐM vách một	5

Bảng 2. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Trung bình (ĐLC)/tỷ lệ (số trường hợp)
Tuổi	61,43 61,43 ± 11,531 (nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 87 tuổi)
Nam	72,5% (74)
Nữ	27,5% (28)
Tuổi TB nam	59,45 (11,436)
Tuổi TB nữ	66,68 (10,22)
BMI	23,306 (2,2031) (nhỏ nhất 19- lớn nhất 31,3)
Béo phì (BMI≥25)	23,5% (24)
Không béo phì (BMI<25)	76,5 (78)
Tăng HA	70,6% (72)
Hút thuốc lá	62,7% (64)
Đái tháo đường	67,6% (69)
Rối loạn lipid máu	19,6% (20)
Bệnh thận mạn	5,9% (6)
Nồng độ acid uric	6,087 (1,4731) (thấp nhất 3,2 cao nhất 9,8)
Điểm số Gensini	129,56 (40,535)
Các thể HCVC: ĐTNKOD	19,6% (20)
NMCTKSTC	28,4% (29)
NMCTSTC	52% (53)

Nhận xét: Tuổi trung bình (TB) 61,43; nam giới chiếm đa số hơn nữ; tuy nhiên giới nữ có tuổi trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm nam (p=0,004); BMI trung bình 23,306; đa số BN không bị béo phì; các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá chiếm tỷ lệ rất cao, trong khi rối loạn lipid máu không chiếm ưu thế; nồng độ acid uric máu trung bình 6,087; điểm Gensini trung bình 129,56; thể NMCTSTC chiếm đa số 52%.

3.2. Các mối tương quan: Tương quan nồng độ acid uric và điểm Gensini

Bảng 3. Tương quan giữa nồng độ acid uric máu và điểm Gensini cải tiến

		Acid Uric (mg/dL)	Điểm GENSINI
Acid Uric (mg/dL)	Tương quan Pearson	1	,211*
	P thống kê (2-đuôi)		,033
	Số trường hợp	102	102
Điểm GENSINI	Tương quan Pearson	,211*	1
	P thống kê (2-đuôi)	,033	
	Số trường hợp	102	102

*.Tương quan có ý nghĩa ở mức 0.05 (phép kiểm 2-đuôi).

Nhận xét: Có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ acid uric máu và điểm số Gensini (hệ số tương quan 0,211 và giá trị p=0,033; tương quan Pearson, phép kiểm 2 đuôi).

Bảng 4. Tương quan giữa phân nhóm acid uric ≥6,5 và <6,5 với điểm Gensini cải tiến

	Acid uric lấy theo ngưỡng	Số trường hợp	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình sai số chuẩn
Điểm GENSINI	<6,5 mg/dL	66	123,18	41,857	5,152
	≥6,5 mg/dL	36	141,25	35,645	5,941

Phân trăm hẹp	Điểm
1-49	1
50-74	2
75-99	3
100	4

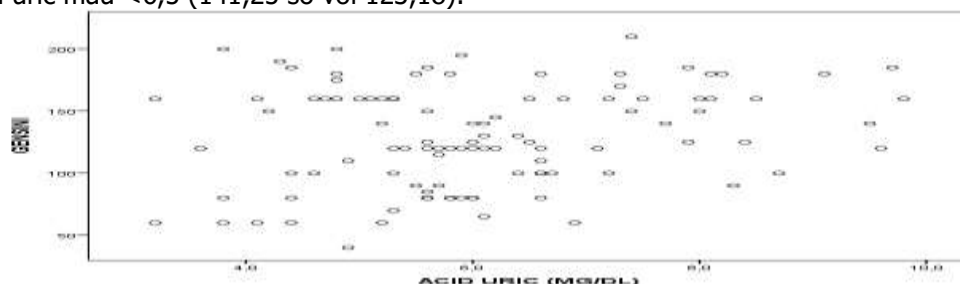
2.4. Các biến số: tuổi, giới, nồng độ acid uric máu, điểm số Gensini, thể bệnh HCVC.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22. Với độ tin cậy 95%, p<0.05 được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung

Nhận xét: Điểm Gensini trung bình của nhóm acid uric máu $\geq 6,5$ cao hơn so với điểm Gensini của nhóm acid uric máu $< 6,5$ (141,25 so với 123,18).



Hình 1. Tương quan giữa nồng độ acid uric máu và điểm Gensini cải tiến

Tương quan phân nhóm acid uric và điểm Gensini cải tiến

Bảng 5. Phép kiểm so sánh trung bình thông số liên tục giữa 2 nhóm acid uric máu và điểm Gensini.

		Phép kiểm Levene về sai số giữa các phân nhóm		Phép T-test về giá trị trung bình						
		Tần suất	Giá trị thống kê	Giá trị t của test T-student	Độ tự do	p thống kê (2 đuôi)	Khác nhau giữa 2 trung bình	Sự khác nhau giữa 2 sai số	Khoảng tin cậy 95% của khác nhau giữa 2 trung bình,	
									Thấp hơn	Cao hơn
GE NSI NI	Giá định sai số bằng nhau được đảm bảo	1,040	,310	-2,191	100	,031	-18,068	8,245	-34,426	-1,710
	Giá định sai số bằng nhau không được đảm bảo			-2,298	82,362	,024	-18,068	7,864	-33,711	-2,426

Nhận xét: Bằng phép kiểm T-student so sánh hai trung bình, kết quả cho thấy nhóm acid uric $\geq 6,5$ (mg/dL) có điểm trung bình Gensini là 141,25 cao hơn nhóm có acid uric $< 6,5$ (mg/dL) 123,18 và sự khác biệt trung bình là 18,068mg/dL có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p=0,031$ (phép kiểm T- Student).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của nhóm NC là 61,43 tuổi phù hợp với yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành là > 60 tuổi, nam giới chiếm đa số hơn nữ giới có thể do yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá. Hơn thế nữa, tuổi trung bình nữ cao hơn nam có ý nghĩa thống kê $p=0,004$, cho thấy tuổi mắc bệnh HCVC ở nam sớm hơn nữ. BMI trung bình 23,306 cho thấy đa số nhóm NC không bị béo phì. Các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá chiếm tỷ lệ rất cao, trong khi rối loạn lipid máu không chiếm ưu thế; nồng độ acid uric máu trung bình 6,087; điểm Gensini trung bình 129,56; trong HCVC thể NMCTSTC chiếm đa số 52%.

4.2. Các mối tương quan: Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận với phép kiểm tra 2 đuôi, tương quan Pearson ghi nhận có mối tương quan

thuận giữa nồng độ acid uric máu và điểm Gensini cải tiến, với hệ số tương quan 0,211 và giá trị p thống kê 0,033 ; nghĩa là khi nồng độ acid uric máu tăng 1mg/dL thì điểm Gensini cải tiến tăng 0,211 (bảng 4)

Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận điểm Gensini trung bình của nhóm acid uric máu $\geq 6,5$ cao hơn so với điểm Gensini của nhóm acid uric máu $< 6,5$ (141,25 so với 123,18), bằng phép kiểm T-student so sánh hai trung bình chúng tôi đã ghi nhận nhóm acid uric $\geq 6,5$ (mg/dL) có điểm trung bình Gensini là 141,25 cao hơn nhóm có acid uric $< 6,5$ (mg/dL) 123,18 và sự khác biệt trung bình là 18,068 mg/dL có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng $p=0,031$ (phép kiểm T- Student) (bảng 5).

Nhiều NC đã ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ acid uric máu và mức độ trầm trọng của bệnh mạch vành(1,7). Theo Mak Akanda(1) cho rằng trong thực hành

lâm sàng, nồng độ acid uric máu có thể cung cấp yếu tố tiên lượng có ý nghĩa đối với nguy cơ bệnh tim mạch, mức độ trầm trọng của bệnh mạch vành được đánh giá bởi điểm Gensini. Kết quả của nghiên cứu này ghi nhận nồng độ của acid uric máu khác nhau có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh ĐMV và nhóm không bệnh ĐMV. Điểm Gensini gia tăng có ý nghĩa theo chiều hướng gia tăng Acid uric máu ở các phân nhóm. Theo Azmat và Cs(3) cho rằng tăng acid uric máu có liên quan đến điểm Gensini, tình trạng hẹp ĐMV và sang thương nặng hơn trong HCVC. Tuy nhiên, bên cạnh đó có những NC cho rằng không có mối tương quan của nồng độ acid uric máu và điểm Syntax ở bệnh nhân có HCVC(6); cũng vậy theo Hashemi và Cs thì cho rằng acid uric máu không có liên quan với xơ vữa ĐMV(5). NC của tác giả Sining C. và Cs(8) chứng minh được khi kết hợp chỉ số Gensini và Syntax có thể tiên đoán được những biến cố tm mạch lâu dài trong 8 năm ở BN bệnh ĐMV mạn; tương tự teo Surya và Cs(9) cũng cho rằng nồng độ acid uric máu là yếu tố tiên đoán độc lập những biến cố mạch vành sau điều trị tiêu sợi huyết trên BN NMCTSTC cấp. Còn đối với những BN có nghi ngờ bệnh ĐMV, tăng acid uric máu không triệu chứng có thể liên quan với sự hiện diện của bệnh ĐMV xác định bởi chụp ĐMV cản quang(4). Theo Ana T. Timoteo và Cs(2) cho rằng acid uric máu là yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong do mọi nguyên nhân trong HCVC và nó phải được đưa vào phân tầng yếu tố nguy cơ.

Như vậy, bên cạnh một số ít NC cho thấy acid uric máu không mối liên quan với bệnh động mạch vành, còn lại đa số cho thấy mối tương quan giữa nồng độ acid uric máu và chẩn đoán cũng như mức độ trầm trọng của bệnh ĐMV. Nghiên cứu của chúng tôi đã chứng minh được mối tương quan có ý nghĩa thống kê của nồng

độ acid uric máu cũng như phân nhóm dựa trên nồng độ acid uric máu (<6,5mg/dL và ≥6,5mg/dL) với điểm Gensini cải tiến là điểm số đánh giá mức độ trầm trọng của bệnh ĐMV.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ acid uric máu có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với điểm số Gensini cải tiến trong hội chứng vành cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Akanda Mak, Choudhury KN., Ali MZ.,** Naher S. et al, (2012), "Serum uric acid and its association with coronary artery disease". *Cardiovasc. J.*, 5(1), p.12-17.
2. **Ana T. Timoteo, Ana Lousinha, Jorge labandeiro, Fernando Miranda, Ana L. Papoila, Jose A. Oliveira, maria L. Ferreira and Rui C. Ferreira, (2013).** "Serum uric acid: a forgotten prognostic marker in acute coronary syndromes?". *European Heart Journal: Acute cardiovascular care*, 2(1), p.44-52.
3. **Azmat Ehsan Qureshi, Shahid Hameed, Ahmed Noeman, (2013),** "Relationship of serum uric acid level and angiographic severity of coronary artery disease in male patients with acute coronary syndrome". *Pak J Med Sci*, 29(5), p. 1137-1141.
4. **Hamidreza Goodarzynejad,** Maryam Sotoudeh Anvari, Mohammad Ali Borroumad et al (2010), "Hyperuricemia and the presence and severity of coronary artery disease". *Labmedicine*, 41(1), p.40-45.
5. **Hashemi M., Yavari M.,** Amiri N., et al, (2007), "Uric acid: a risk factor for coronary atherosclerosis?". *Cardiovasc J. S. Afr.*, 18(1), p.16-19.
6. **Mustafa Hamed Rashed,** Mohamed Yahia, Abdel-Khalik, Abdullah Mohamed Alshehria, Ayman Mohamed Azoz, Shady Gamal, Alhanoof Dlaim Almalki (2016), "Relationship of serum uric acid levels and angiographic severity of coronary artery disease in patients with acute coronary syndrome using syntax score". *International Journal of advanced research*, 4(5), p.1679-1684.
7. **Sinan O. Deveci, Kabakci G., Okutucu S. et al, (2010)** "The association between serum uric acid level and coronary artery disease". *The international journal of clinical practice*, 64(7), p.900-907.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA KHÁCH HÀNG SỬ DỤNG DỊCH VỤ CHĂM SÓC SỨC KHỎE TẠI NHÀ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA NÔNG NGHIỆP NĂM 2016

Hà Hữu Tùng*

TÓM TẮT

**Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp*
 Chịu trách nhiệm chính: Hà Hữu Tùng
 Email: tungbvnn@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài: 8.5.2017
 Ngày phản biện khoa học: 19.6.2017
 Ngày duyệt bài: 27.6.2017

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên 165 khách hàng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà của Trung tâm Bác sĩ gia đình thuộc Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp. Kết quả của nghiên cứu cho thấy nhóm tuổi sử dụng nhiều nhất trong độ tuổi lao động 25-60 tuổi là 72,7%; tỷ lệ khách hàng biết đến dịch vụ chủ yếu qua NVTY với 44,2% và internet 38,2%; thời gian thực hiện dịch vụ và thái độ nhân viên y tế cung

cấp dịch vụ CSSK tại nhà được khách hàng hài lòng với tỷ lệ 87,3%.

Từ khóa: chăm sóc sức khỏe tại nhà, y học gia đình

SUMMARY

SOME RELATED FACTORS OF HOME HEALTH CARE CUSTOMERS AT THE GENERAL HOSPITAL OF AGRICULTURE 2016

A cross-sectional study was conducted on 165 customers use home care services at the General Hospital of Agriculture. The results of the study show that the age group most commonly used in working ages of 25-60 years is 72.7%; Percentage of clients who knew about services mainly through health workers, 44.2% and internet 38.2%; Service time and attitude of health care providers providing health care services at home were satisfied with 87.3%.

Keywords: Home health care; family medicine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoạt động bác sĩ gia đình (BSGD) đã bước đầu tổ chức tại một số thành phố lớn như Hà Nội, TP. Hồ Chí Minh, Cần Thơ, Đà Nẵng, Thừa Thiên Huế, Thái Nguyên... với các mô hình khác nhau: Trung tâm BSGĐ, phòng khám BSGĐ công lập và tư nhân... các trung tâm, phòng khám này đã tổ chức khám chữa bệnh và thực hiện các dịch vụ y tế tại nhà hoặc tại đơn vị theo yêu cầu của người bệnh. Tuy nhiên, sự phát triển của ngành y tế không bắt kịp được với yêu cầu được khám chữa bệnh ngày càng cao của nhân dân. Từ đó nảy sinh nhiều bất cập, chất lượng dịch vụ y tế đang là một vấn đề nóng hổi, thời sự [1].

Dưới sự hỗ trợ của khoa y học, Trường Đại học Liege, Vương quốc Bỉ, Trung tâm Bác sĩ gia đình, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp (BVĐKNN) đưa vào hoạt động từ năm 2012 với hoạt động chính là cung cấp chăm sóc sức khỏe (CSSK) tại nhà. Ngay từ khi đưa vào hoạt động Trung tâm BSGĐ đã giải quyết được các vấn đề cấp thiết cho cả Bệnh viện và khách hàng sử dụng đến dịch vụ khám chữa bệnh. Dịch vụ CSSK tại nhà cung cấp các dịch vụ như khám, điều trị bệnh mãn tính (đái tháo đường, bệnh tim mạch), thay băng, cắt chỉ, lấy máu xét nghiệm, chăm sóc mẹ và bé. Với các thuận lợi trong việc sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà nhưng số liệu báo cáo chuyên môn của Bệnh viện hàng năm cho thấy tỷ lệ sử dụng dịch vụ này còn thấp và chúng tôi chưa thấy có nghiên cứu nào đề cập tới vấn đề tiếp cận dịch vụ CSSK tại nhà của cộng đồng. Do đó,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu sau: "Tìm hiểu một số yếu tố liên quan của khách hàng khi tiếp cận dịch vụ CSSK tại nhà, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Khách hàng sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà của Trung tâm BSGĐ Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016

Tiêu chuẩn lựa chọn: Khách hàng đang sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà

- Khách hàng từ 18 đến 70 tuổi

- Khách hàng đồng ý tham gia vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những khách hàng không thỏa mãn ít nhất 1 tiêu chuẩn lựa chọn

- Những khách hàng bị liệt cần chăm sóc của Nhân viên y tế (NVYT) hay không thể di chuyển hoặc không giao tiếp được

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01/2016 đến 31/12/2016

- **Địa điểm nghiên cứu:** Tại nhà khách hàng sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà.

3. Thiết kế: Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn tất cả khách hàng sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà, Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016 theo tiêu chuẩn (165 khách hàng).

5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu:

- Lập danh sách khách hàng sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà, xác định địa chỉ, nhóm tuổi, giới tính, tình trạng sức khỏe khách hàng.

- Nghiên cứu viên đi cùng NVYT tại Trung tâm BSGĐ xuống nhà khách hàng đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

- Sau khi thăm khám và kết thúc dịch vụ y tế cho khách hàng tại nhà, nghiên cứu viên giới thiệu về nghiên cứu và xin phép được phỏng vấn khách hàng.

- Tiến hành phỏng vấn khi khách hàng đồng ý tham gia nghiên cứu.

6. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 18.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của khách hàng sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà

Bảng 3.1. Tỷ lệ giới theo nhóm tuổi khách hàng sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà

Nhóm tuổi	Giới	Nam		Nữ		Tổng	
		n	%	n	%	n	%
18 - 24		7	63,6	4	36,4	11	6,7
25 - 39		22	41,5	31	58,5	53	32,1

40 – 60	36	53,7	31	46,3	67	40,6
61 - 70	21	61,8	13	38,2	34	20,6
Tổng số	86	52,1	79	47,9	165	100

Nhận xét: - Nhóm tuổi lao động từ 25 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 72,7% về sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà. Trong đó nhóm 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất 40,6%; tiếp đến nhóm tuổi 25-39 tuổi chiếm tỷ lệ 32,1%. Nhóm tuổi người già từ 61 - 70 tuổi chiếm tỷ lệ 20,6% và nhóm tuổi thanh niên dưới 25 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,7%.

- Tỷ lệ nam sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà chiếm tỷ lệ 52,1% cao hơn tỷ lệ nữ là 47,9%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Do đây là dịch vụ cung ứng theo nhu cầu nên tỷ lệ nam và nữ sử dụng không có sự khác biệt.

Bảng 3.2. Phân bố theo Nghề nghiệp của khách hàng sử dụng dịch vụ CSSK

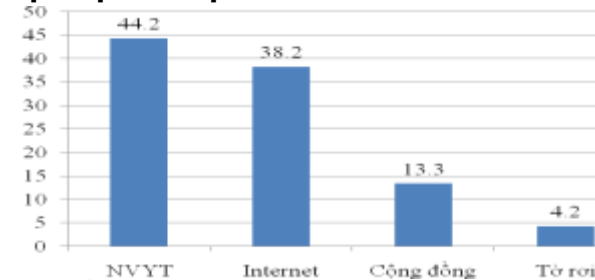
Trình độ học vấn	Số lượng	Tỷ lệ %
Sinh viên	4	2,4
Nông dân	23	13,9
Công nhân	29	17,6
Viên chức, hành chính	56	33,9
Hưu trí	20	12,1
Nội trợ, kinh doanh tại nhà	33	20,0
Tổng số	165	100

Nhận xét: Khách hàng là viên chức hoặc làm công việc hành chính sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà cao nhất với 56 khách hàng (chiếm tỷ lệ 33,9%), tiếp đó là khách hàng đang làm công việc tại nhà 33 (chiếm tỷ lệ 20,0%). Công nhân và nông dân lần lượt sử dụng vụ với các tỷ lệ là 17,6% và 13,9%. Tỷ lệ khách hàng là sinh viên ít nhất với 4 khách hàng (chiếm tỷ lệ 2,4%)

Có sự khác biệt giữa nhóm khách hàng làm hành chính và các công việc khác như công nhân, nông dân, hưu trí ($p<0,05$). Bệnh viện nằm trên địa phận huyện Thanh Trì, ngoại thành Hà Nội giáp với huyện Thường Tín, Phú Xuyên thành phần nghề nghiệp đa dạng như hành chính nhà nước,

công nhân, nông dân, lao động kinh doanh tự do. Tỷ lệ công nhân và nông dân có sử dụng dịch vụ không có sự khác biệt ($p>0,05$)

2. Phương thức khách hàng biết đến dịch vụ CSSK tại nhà



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ khách hàng biết đến dịch vụ CSSK tại nhà qua các kênh quảng bá

Nhận xét: Có 73 khách hàng biết đến dịch vụ qua NVYT chiếm tỷ lệ cao nhất với 44,2% và 63 khách hàng biết đến dịch vụ quảng bá trên trang website và mạng xã hội của Bệnh viện chiếm tỷ lệ 38,2%, không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa kênh truyền thông internet và qua NVYT ($p>0,05$). Hai nhóm kênh quảng bá và internet lại có sự khác biệt với tỷ lệ khách hàng biết đến qua cộng đồng (hàng xóm, gia đình, bạn bè...) chiếm tỷ lệ 13,3%.

Trong thời buổi công nghệ thông tin ngày nay, các kênh trên internet giúp cho các dịch vụ sức khỏe được mọi người biết đến nhiều hơn và có được những mạng lưới khách hàng. Khách hàng biết đến dịch vụ qua tờ rơi, pano chiếm tỷ lệ ít có thể do bất cập trong việc sử dụng kênh truyền thông này như: khó tiếp cận hay thiếu sinh động. Đây cũng là một trong những số liệu tiền đề cho chúng tôi tiến tới làm nghiên cứu về marketing bệnh viện từ đó sẽ có những lựa chọn các phương tiện truyền thông hay kênh quảng bá đạt hiệu quả cao.

Bảng 3.3. Nhóm tuổi khách hàng sử dụng dịch vụ và các kênh quảng bá

Nhóm tuổi	Quảng bá		NVYT		Tờ rơi		Internet		Cộng đồng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Dưới 25 tuổi	3	27,3	1	9,1	5	45,5	2	18,2	11	6,7		
25-39	16	30,2	3	5,7	31	58,5	3	5,7	53	32,1		
40-60	29	43,3	0	0	27	40,3	11	16,4	67	40,6		
Từ 61 - 70	25	73,5	3	8,8	0	0	6	17,6	34	20,6		
Tổng	73	44,2	7	4,2	63	38,2	22	13,3	165	100		

Nhận xét: Nhóm tuổi thanh niên (dưới 25 tuổi) biết đến dịch vụ CSSK qua internet chiếm tỷ lệ cao nhất 45,5%

- Tương tự, nhóm tuổi từ 25 - 39 tuổi biết đến dịch vụ CSSK qua internet chiếm tỷ lệ 58,5%

cao hơn qua NVYT 30,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Khách hàng biết đến dịch vụ qua tờ rơi và cộng đồng đều có 3 khách hàng (chiếm tỷ lệ 5,7%).

- Nhóm tuổi trung niên (40-60 tuổi) không có sự khác biệt về biết đến dịch vụ qua NVYT và internet lần lượt là 43,3% và 40,3% ($p > 0,05$). Có 11 khách hàng biết đến dịch vụ qua cộng đồng (chiếm tỷ lệ 16,4%).

- Nhóm tuổi hưu trí (trên 60 tuổi) biết đến dịch vụ qua NVYT chiếm tỷ lệ cao nhất với 73,5%, qua cộng đồng (bạn bè, gia đình, hàng xóm) là 17,6%. Không có khách hàng nào nhóm tuổi này biết đến dịch vụ qua internet.

Bảng 3.4. Đánh giá của khách hàng về chất lượng dịch vụ CSSK tại nhà

Chất lượng	Đánh giá	Hài lòng		Không hài lòng	
		n	%	n	%
Thời gian cung cấp dịch vụ		144	87,3	21	12,7
Quy trình cung cấp dịch vụ		157	95,2	8	4,8
Trang thiết bị y tế		165	100	0	0
Phí thanh toán		159	96,4	6	3,6
Thái độ NVYT		144	87,3	21	12,7
Trình độ chuyên môn		145	87,9	20	12,1

Nhận xét: - Quy trình cung cấp dịch vụ có 157 khách hàng hài lòng (chiếm tỷ lệ 95,2%), có 8 khách hàng không hài lòng (chiếm tỷ lệ 4,8%). Thời gian cung cấp dịch vụ có 87,3% khách hàng hài lòng. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả đánh giá độc lập của Viện Chiến lược và Chính sách Y tế (Bộ Y tế) năm 2016 tại 22 bệnh viện (11 bệnh viện tuyến T.Ư, 8 bệnh viện tỉnh và 3 bệnh viện huyện) về quy trình khám bệnh cho thấy: mức độ hài lòng chung của người bệnh về quy trình và thời gian khám bệnh đạt 81,3% [3].

- 100% khách hàng hài lòng về trang thiết bị y tế phục vụ cho công tác CSSK tại nhà. Tiếp tục duy trì và bảo dưỡng đảm bảo trang thiết bị được phục vụ tốt nhất.

- Phí dịch vụ CSSK tại nhà có 159 khách hàng hài lòng (chiếm tỷ lệ 96,4%) và có 6 khách hàng không hài lòng (chiếm tỷ lệ 3,6%).

- Thái độ NVYT khi cung cấp dịch vụ đều có 144 khách hàng hài lòng (chiếm tỷ lệ 87,3%) tương

đương với mức độ hài lòng của người bệnh đối với phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế đạt 89,8% (bệnh viện tuyến trung ương: 88%; tuyến tỉnh: 94%; tuyến huyện: 85,7%) [3].

- CSSK tại nhà là dịch vụ theo nhu cầu có số khách không hài lòng về thái độ chiếm hơn 10% là tỷ lệ cao, kết hợp với thời gian cung cấp dịch vụ không hài lòng chiếm tỷ lệ 12,7%. Do đó, Trung tâm BSGĐ cần rà soát lại toàn bộ các quy trình, thủ tục để đảm bảo thuận tiện và nhanh chóng.

- Trình độ chuyên môn của NVYT khi thực hiện dịch vụ CSSK tại nhà có 145 khách hàng hài lòng (chiếm tỷ lệ 87,9%) và 20 khách hàng không hài lòng (chiếm tỷ lệ 12,1%). Trình độ chuyên môn của bên cung cấp dịch vụ là quan trọng nhất nhưng có tới 12,1% khách hàng chưa hài lòng. Cần chú trọng tới đội ngũ NVYT thực hiện các kỹ thuật CSSK tại nhà như trình độ bác sĩ, điều dưỡng

Bảng 3.5. Đánh giá kỹ năng cung cấp dịch vụ của bác sĩ

Kỹ năng	Đánh giá	Không		Sơ sài		Tỷ mỉ	
		n	%	n	%	n	%
Giải thích tình trạng bệnh		2	1,2	17	10,3	146	88,5
Thảo luận, tham khảo ý kiến		2	1,2	17	10,3	146	88,5
Hướng dẫn điều trị		1	0,6	19	11,5	145	87,9

Nhận xét: - Khách hàng đánh giá bác sĩ tỷ mỉ trong giải thích tình trạng bệnh (chiếm tỷ lệ 88,5%), thảo luận, tham khảo ý kiến (chiếm tỷ lệ 88,5%); hướng dẫn điều trị (chiếm tỷ lệ 87,9%)

- Khách hàng đánh giá không và sơ sài về giải thích tình trạng bệnh (chiếm tỷ lệ 11,5%), thảo luận tham khảo ý kiến (chiếm tỷ lệ 11,5%), hướng dẫn điều trị (12,1%).

- Kết hợp các yếu tố kỹ năng của bác sĩ và tỷ lệ hài lòng của khách hàng về trình độ chuyên môn của NVYT là 87,9%, cho thấy vai trò của bác sĩ có tác động tới sự hài lòng chung của khách hàng với NVYT cung cấp dịch vụ. Do đó, nâng cao kỹ năng

thăm khám sức khỏe của bác sĩ là yếu tố chính để đem lại hài lòng cho khách hàng.

IV. KẾT LUẬN

Có 165 khách hàng tham gia nghiên cứu với:

- Tỷ lệ khách hàng là nam chiếm tỷ lệ 52,1% và nữ chiếm tỷ lệ 47,9%.

- Nhóm tuổi lao động từ 25 đến 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 72,7% về sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà.

- Khách hàng là viên chức hoặc làm công việc hành chính sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà cao nhất với tỷ lệ 33,9%.

- Khách hàng đánh giá kinh tế mức đủ ăn sử dụng dịch vụ CSSK tại nhà chiếm tỷ lệ 68%.

- Khách hàng biết đến dịch vụ CSSK tại nhà qua NVYT và internet chiếm tỷ lệ lần lượt là 44,2% và 38,2%.

- Tỷ lệ hài lòng chung về chất lượng dịch vụ CSSK tại nhà là gần 90%.

KHUYẾN NGHỊ

- Tiếp tục duy trì và nâng cao dịch vụ CSSK tại nhà. Tiến hành nghiên cứu về thực trạng marketing của Bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2013)**, Đề án mô hình bác sĩ gia đình giai

đoạn 2013 - 2020, tr. 1.

2. **Trương Việt Dũng và cộng sự (2003)**, "Nhu cầu và sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại nội thành Hà Nội năm 2003", Tạp chí Nghiên cứu Y học 26, tr. 116

3. **Viện chiến lược chính sách y tế (2017)**, "Hội nghị sơ kết thực hiện "Đổi mới phong cách, thái độ phục vụ của cán bộ y tế" và triển khai cơ sở y tế "Xanh - Sạch - Đẹp" hướng tới sự hài lòng của người bệnh" truy cập tại trang web: <http://www.hspl.org.vn/vcl/Hoi-nghi-so-ket-thuc-hien-doi-moi-phong-cach-thai-do-phuc-vu-cua-can-bo-y-te-va-trien-khai-co-so-y-te-Xanh--Sach--dep-huong-toi-su-hai-long-cua-nguoi-benh-t16008-8583.html>

GIÁ TRỊ CỦA SINH THIẾT HẠCH CỬA TRONG BỆNH UNG THƯ TUYẾN GIÁP

Nguyễn Xuân Hậu*, Lê Văn Quảng*, Nguyễn Văn Hùng*

TÓM TẮT

Tổng quan: Vai trò của sinh thiết hạch cửa để phát hiện tình trạng di căn hạch trong ung thư biểu mô tuyến giáp vẫn còn là một vấn đề tranh luận. Nghiên cứu này sẽ cung cấp thông tin về tính khả thi, các giá trị tiên đoán di căn của sinh thiết hạch cửa ở bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp. **Phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến giáp không có bằng chứng di căn hạch trên lâm sàng (cN0) được tiến hành phẫu thuật cắt giáp toàn bộ hoặc cắt thùy và eo giáp, cùng với sinh thiết hạch cửa bằng tiêm xanh methylen trong mổ. Tất cả các bệnh nhân đều được vét hạch cổ chọn lọc. Các bệnh phẩm được gửi làm giải phẫu bệnh thường quy và các kết quả được dùng để phân tích giá trị của sinh thiết hạch cửa. **Kết quả:** Có 122 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với 18 nam (14,8%) và 104 nữ (85,2%). U giai đoạn T1 ở 59 bệnh nhân (48,4%), T2 ở 14 bệnh nhân (11,5%), T3 ở 45 bệnh nhân (36,9%) và T4 ở 4 bệnh nhân (3,2%). Hạch cửa được phát hiện ở 100% trường hợp. Di căn hạch cửa được ghi nhận ở 53 trường hợp (43,4%). Độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị dự báo dương tính và âm tính lần lượt là 79,1%, 100%, 87,7%, 100% và 79,7%. **Kết luận:** Sinh thiết hạch cửa là một phương pháp khả thi để phát hiện di căn tiềm ẩn với độ chính xác cao đối với những bệnh nhân không phát hiện di căn hạch trước mổ.

Từ khóa: Sinh thiết hạch cửa, ung thư biểu mô tuyến giáp, xanh methylen.

SUMMARY

ROLE OF SENTINEL LYMPH NODE BIOPSY IN THYROID CARCINOMA

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: hxn86@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 6.6.2017

Background: The role of sentinel lymph node (SLN) biopsy in identifying neck lymph nodes metastasis condition of thyroid carcinoma (TC) is still discussed. This research will provide the feasibility, predictive values in metastasis of SLN biopsy among Vietnamese patients with TC. **Methods:** TC patients without clinical evidence of lymph node metastasis (cN0) was operated with either total thyroidectomy or lobectomy + isthmusectomy, together with SLN biopsy, which was performed by intraoperative injection of methylene blue. All patients also underwent selective neck lymphadenectomy. Samples from thyroid gland and neck lymph nodes were sent for pathological examination and data was analyzed to evaluate clinical values of SLN biopsy. **Results:** 122 patients were recruited in this study with 18 men (14,8%) and 104 women (85,2%). Tumors were T1 stage in 59 patients (48,4%), T2 stage in 14 patients (11,5%), T3 stage in 45 patients (36,9%), and T4 stage in 4 patients (3,2%). The SLN was identified by intraoperative injection of methylene blue in all cases (100%). Metastasis in SLN was reported in 53 cases (43,4%). Sensitivity, specificity, accuracy, positive and negative predictive values of SLN biopsy were 79,1%, 100%, 87,7%, 100% and 79,7%, respectively. **Conclusion:** SLN biopsy is feasible and can reveal occult metastasis with high accuracy among PTC patients with cN0 stage who may get benefit from selective neck dissection.

Key words: sentinel lymph node biopsy, thyroid carcinoma, methylene blue.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam, 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. Việt Nam nằm trong nhóm các nước có tỉ lệ mắc ung thư tuyến giáp cao [1].

Trong điều trị ung thư tuyến giáp, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất có tính chất quyết định đến kết quả điều trị. Với các nguy cơ hạ

canxi huyết, tổn thương dây thần kinh quặt ngược thanh quản tăng do vết hạch cổ, thời gian hậu phẫu kéo dài cũng như vai trò của Iod phóng xạ trong việc tiêu diệt các tế bào ung thư còn sót lại sau mổ, việc vét hạch cổ thường quy để kiểm soát hạch di căn tiềm ẩn vẫn còn nhiều tranh luận [2]. Để phát hiện các hạch di căn tiềm ẩn, các nghiên cứu về việc sử dụng các chất chỉ thị màu trong phát hiện các hạch cửa đã được tiến hành và cho thấy lợi ích của sinh thiết hạch cửa.

Hạch cửa được định nghĩa là hạch bạch huyết đầu tiên trong khu vực hạch vùng tiếp nhận bạch huyết từ khối u nguyên phát. Ý nghĩa đáng sau phẫu thuật hạch cửa đã đưa ra khái niệm về giá trị tiên đoán của hạch cửa về khả năng di căn của khối u nguyên phát. Nếu hạch cửa dương tính thì giải phẫu bệnh các hạch vét bổ sung có thể cũng dương tính.

Trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu về hạch cửa trong ung thư tuyến giáp. Tuy nhiên tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu sau: "Đánh giá giá trị của phương pháp sinh thiết hạch cửa trong chẩn đoán di căn hạch cổ của bệnh ung thư tuyến giáp".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp và được phẫu thuật tại khoa Ung bướu- Chăm sóc giảm nhẹ, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp dựa vào lâm sàng và cận lâm sàng. Kết quả mô bệnh học sau mổ khẳng định ung thư biểu mô tuyến giáp.

- Chẩn đoán giai đoạn lâm sàng T1,2,3,4; N0; M0 theo phân loại AJCC 2010.

- Được tiêm chất chỉ thị màu và phát hiện ra hạch cửa.

- Được phẫu thuật vét hạch cổ chọn lọc nhóm VI và nhóm II, III, VI hai bên.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Ung thư tuyến giáp di căn hạch cổ rõ trên lâm sàng, di căn xa.

- Có tiền sử dị ứng với chất chỉ thị.

- Ung thư tuyến giáp không phải loại tế bào biểu mô.

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại tuyến trước.

- Không phát hiện hạch cửa trong quá trình thực hiện.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu trong nghiên cứu. $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy với mức xác suất 95% ($\alpha = 0,05$) $\rightarrow Z = 1,96$. Chọn ε : độ sai lệch của p, giới hạn là 10% ($\varepsilon = 0,1$). p: tỷ lệ hạch cửa không có di căn hạch dự kiến = 0,6

Từ công thức trên tính được cỡ mẫu tối thiểu là 165 bệnh nhân.

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu, thông tin bệnh nhân theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất dựa trên hồ sơ bệnh án, trực tiếp thăm khám, hỏi bệnh và ghi nhận trong phẫu thuật.

Bước 1: Thu thập các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 2: Tiến hành phẫu thuật theo chỉ định, đồng thời thực hiện kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa.

Bước 3: Đánh giá kết quả giải phẫu bệnh thường quy tình trạng di căn hạch.

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu dựa vào phần mềm SPSS 16.0. So sánh và kiểm định các tỉ lệ dựa vào T test và test χ^2 test có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

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%

122 bệnh nhân được tiến hành sinh thiết hạch cửa trong quá trình thực hiện nghiên cứu. Trong đó có chủ yếu là nữ, gấp 5,8 lần nam. Có 76 BN (62.3%) dưới 45 tuổi, và 46 BN (37.7%) trên 45 tuổi, tuổi trung bình là 40.4 (từ 20 đến 68 tuổi).

Bảng 2: Giai đoạn u

	T1	T2	T3	T4
Số bệnh nhân	59	14	45	4
Tỷ lệ %	48.4	11.5	36.9	3.2

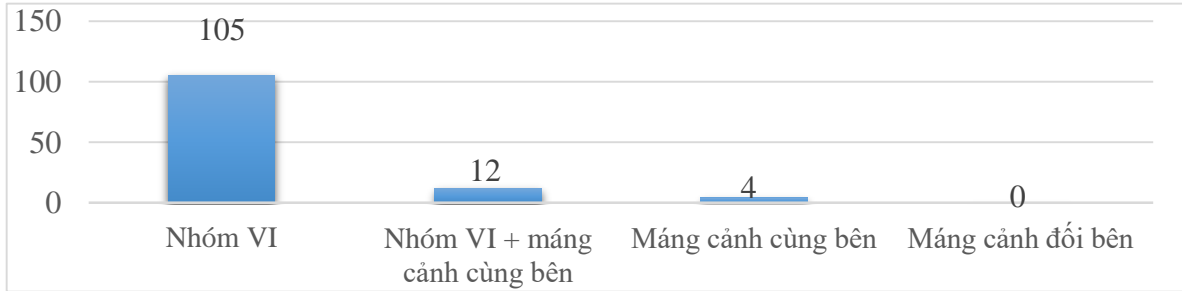
Phần lớn bệnh nhân gặp u ở giai đoạn T1 chiếm gần 50%, ở giai đoạn T2 chiếm 11.5%, giai đoạn T3 chiếm 36.9%, giai đoạn T4 ít gặp ở bệnh nhân chưa có di căn hạch trên lâm sàng.

3.2. Kết quả kỹ thuật hiện hình và sinh thiết hạch cửa

Bảng 3: Tình trạng phát hiện hạch cửa

Số bệnh nhân	122
Số bệnh nhân phát hiện được hạch cửa	122/122 (100%)
Số lượng hạch cửa phát hiện trung bình	4,0 (1 – 12)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% các trường hợp đều xác định được hạch cửa, số lượng hạch cửa trung bình phát hiện được là 4,0 hạch. Số hạch cửa xác định được ít nhất là 1 hạch, và nhiều nhất lên tới 12 hạch.



Hình 1: Vị trí hạch cửa

Trong các trường hợp phát hiện hạch cửa, hạch cửa chỉ phát hiện ở nhóm 6 chiếm chủ yếu với 105 trường hợp (86,86%), hạch cửa phát hiện ở cả nhóm 6 và máng cảnh cùng bên là 12 trường hợp (9,84%), có 4 trường hợp chỉ phát hiện hạch cửa ở máng cảnh cùng bên (3,3%), không có trường hợp nào phát hiện hạch cửa ở máng cảnh đối bên.

Bảng 4: Tình trạng hạch cửa qua sinh thiết tức thì và qua thường quy

Tình trạng hạch cửa	Sinh thiết tức thì	GPB thường quy
Dương tính	53 (43,4%)	57 (46,7%)
Âm tính	69 (56,6%)	65 (53,3%)
Tổng số	122	122

Hạch cửa sau khi được lấy, sẽ được sinh thiết tức thì và nhuộm HE để đối chứng. Tất cả các trường hợp sinh thiết tức thì dương tính đều có kết quả dương tính trên nhuộm HE. Tuy nhiên có 4 trường hợp sinh thiết tức thì âm tính nhưng sau khi nhuộm HE lại có kết quả dương tính.

3.3. Vai trò sinh thiết hạch cửa trong đánh giá di căn hạch cổ

Bảng 5: Kết quả xét nghiệm hạch cổ

Tình trạng hạch cổ	Hạch cổ cùng bên	Hạch cổ đối bên	Hạch trước khí quản
Âm tính	95 (77,9%)	115 (94,3%)	67 (54,9%)
Dương tính	27 (22,1%)	7 (5,7%)	55 (45,1%)
Tổng	122	122	122

Di căn hạch trước khí quản chiếm tỷ lệ chủ yếu (54,9%), di căn hạch cổ cùng bên ít hơn (22,1%) và hạch cổ đối bên hầu như rất ít khi di căn (5,7%).

Bảng 6: Đối chiếu kết quả xét nghiệm hạch cửa với kết quả xét nghiệm hạch cổ

Tình trạng hạch cửa	Tình trạng hạch	Hạch cổ	
		Dương tính	Âm tính
Hạch cửa	Dương tính	53	0
	Âm tính	14	55

Bảng 7: Các chỉ số đánh giá sinh thiết hạch cửa

Các chỉ số	Giá trị
Độ nhạy	79,1%
Độ đặc hiệu	100%
Độ chính xác	87,7%
Giá trị dự đoán dương tính	100%
Giá trị dự đoán âm tính	79,7%

Đối chiếu tình trạng hạch cửa trên sinh thiết tức thì và tình trạng hạch cổ ở GPB thường quy cho thấy độ nhạy của hạch cửa tức thì là 79,1%, độ đặc hiệu lên đến 100%. Độ chính xác chung đạt 87,7%. Các giá trị dự báo dương tính và âm tính lần lượt là 100% và 79,7%.

Bảng 8: Mối liên quan giữa di căn hạch cổ và tuổi, giới, giai đoạn T

Các yếu tố		Hạch cổ		Giá trị p
		Có di căn	Không di căn	
Tuổi	≤ 45	46	30	0,158
	>45	21	25	
Giới	Nam	15	3	0,018
	Nữ	52	52	
Giai đoạn T	T1-2	43	30	0,371
	T3-4	24	25	

Khi phân tích mối quan hệ giữa di căn hạch cổ và các yếu tố như tuổi, giới, giai đoạn T: Nam giới có nguy cơ di căn hạch cổ cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi đó, tuổi và giai đoạn T không liên quan đến di căn hạch cổ.

Bảng 9: Mối liên quan giữa di căn hạch cửa và tuổi, giới, giai đoạn T

Các yếu tố		Hạch cửa		Giá trị p
		Có di căn	Không di căn	
Tuổi	≤ 45	39	37	0,039
	>45	14	32	
Giới	Nam	10	8	0,387
	Nữ	43	61	
Giai đoạn T	T1-2	34	39	0,506
	T3-4	19	30	

Khi phân tích mối quan hệ giữa di căn hạch cửa và các yếu tố như tuổi, giới, giai đoạn T: Tuổi trẻ có nguy cơ di căn hạch cổ cao hơn tuổi > 45 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi đó, giới và giai đoạn T không liên quan đến di căn hạch cổ.

IV. BÀN LUẬN

Trong ung thư tuyến giáp, tình trạng di căn hạch làm tăng nguy cơ tái phát tại chỗ tại vùng. Nạo vét hạch cổ có thể làm giảm nguy cơ tái phát, nhưng song song với điều đó nó cũng có thể gây ra các biến chứng nặng nề hơn cho cuộc phẫu thuật. Việc cân bằng giữa lợi ích về việc giảm nguy cơ tái phát và tăng biến chứng phẫu thuật khi vét hạch cổ tạo nên một cuộc tranh cãi và gây ra rất nhiều khó khăn đối với các PTV khi đưa ra các quyết định. Ưu điểm chính của kỹ thuật sinh thiết hạch cửa là xác định bệnh nhân ung thư tuyến giáp có hạch âm tính để có thể tránh được việc vét hạch dự phòng không cần thiết [4]. Nó cho phép các phẫu thuật viên có thể thay đổi cách thức phẫu thuật không cần vét hạch cổ chọn lọc giúp tránh tỷ lệ biến chứng do vét hạch cổ gây ra. Kỹ thuật sinh thiết hạch cửa cũng cho phép phát hiện sớm di căn hạch, từ đó có thể đưa ra liều điều trị iod phóng xạ được chính xác [5].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ phát hiện hạch cửa là 100%, với tỉ lệ phát hiện hạch cửa trung bình là 4 hạch. Các nghiên cứu trước đây về sinh thiết hạch cửa trong ung thư tuyến giáp cũng cho thấy tỉ lệ phát hiện hạch cửa trong ung thư tuyến giáp tương đối cao, khoảng xấp xỉ 90%. Qua thành công trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như các tác giả trước đó cho thấy sinh thiết hạch cửa là khả thi, an toàn và có thể

xác định bệnh nhân có thể được hưởng lợi từ vét hạch cổ chọn lọc.

Di căn hạch trước khí quản chiếm tỷ lệ chủ yếu (54,9%), di căn hạch cổ cùng bên ít hơn (22,1%) và hạch cổ đối bên hầu như rất ít khi di căn (5,7%). Noguchi đã nghiên cứu trên 68 bệnh nhân sau vét hạch cổ chọn lọc, tìm thấy 78% các hạch di căn trong khu vực quanh khí quản và 22% trong chuỗi hạch cảnh. Di căn hạch nhóm VI và chuỗi hạch cảnh cùng bên với u cao dao động từ 25-90% với từng vị trí hạch, trong khi đó di căn chuỗi cảnh đối bên ít gặp hơn, do đó có nhiều ý kiến ủng hộ vét hạch cổ dự phòng gồm hạch cổ trung tâm và cùng bên tổn thương.

Đối chiếu tình trạng hạch cửa trên sinh thiết tức thì và tình trạng hạch cổ ở GPB thường quy trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ nhạy của hạch cửa tức thì là 79,1%, độ đặc hiệu lên đến 100%. Độ chính xác chung đạt 87,7%. Các giá trị dự báo dương tính và âm tính lần lượt là 100% và 79,7%. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Dan-Gui Yan trên 51 bệnh nhân, với các chỉ số tương ứng lần lượt là 97,4%, 100%, 98%, 100% và 92,3%[7]. Độ nhạy của SLN trong nghiên cứu chung tôi thấp hơn, có thể do trong nghiên cứu của Dan-Gui Yan có sử dụng thêm phương pháp phát hiện bằng đồng vị phóng xạ trong mổ, do đó số hạch cửa tăng lên và tỷ lệ phát hiện hạch di căn tăng lên. So sánh với các nghiên cứu dùng xanh methylene đơn

thuần, độ nhạy cũng khá tương tự với nghiên cứu của chúng tôi: 78%, 75% và 84%.

Khi phân tích mối quan hệ giữa di căn hạch cổ và các yếu tố như tuổi, giới, giai đoạn T: Nam giới có nguy cơ di căn hạch cổ cao hơn nữ giới có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi đó, tuổi và giai đoạn T không liên quan đến di căn hạch cổ. Khi phân tích mối quan hệ giữa di căn hạch cửa và các yếu tố như tuổi, giới, giai đoạn T: Tuổi trẻ có nguy cơ di căn hạch cổ cao hơn tuổi > 45 có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), trong khi đó, giới và giai đoạn T không liên quan đến di căn hạch cổ. Nghiên cứu của chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa giai đoạn u và di căn hạch cửa, có lẽ do những đối tượng giai đoạn T cao thường được phát hiện hạch trên lâm sàng hoặc siêu âm, do đó không được đưa vào nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, kĩ thuật SLNB trong ung thư tuyến giáp là khả thi và an toàn. Kĩ thuật này sẽ giúp phẫu thuật viên xác định được nguy cơ di căn hạch cổ ở bệnh

nhân ung thư tuyến giáp để có thể tránh được việc vét hạch dự phòng không cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức Ung thư tuyến giáp. *Dịch tễ học bệnh ung thư*. Nhà xuất bản Y học, 15–19.
2. Henry J.F., Gramatica L., Denizot A. và cộng sự. (1998). Morbidity of prophylactic lymph node dissection in the central neck area in patients with papillary thyroid carcinoma. *Langenbecks Arch Surg*, **383**(2), 167–169.
3. Key Statistics for Thyroid Cancer. <<https://www.cancer.org/cancer/thyroid-cancer/about/key-statistics.html>>, accessed: 24/05/2017.
4. Davidson H.C., Park B.J., và Johnson J.T. (2008). Papillary thyroid cancer: controversies in the management of neck metastasis. *The Laryngoscope*, **118**(12), 2161–2165.
5. Roh J.-L. và Koch W.M. (2010). Role of sentinel lymph node biopsy in thyroid cancer. *Expert Rev Anticancer Ther*, **10**(9), 1429–1437.
6. Zhang B., Yan D., Liu L. và cộng sự. (2010). [Sentinel lymph node biopsy in papillary thyroid cancer]. *Zhonghua Zhong Liu Za Zhi*, **32**(10), 782–785.
7. Yan D.-G., Zhang B., Liu L. và cộng sự. (2013). Sentinel Lymph Node Biopsy in Papillary Thyroid Carcinoma. *J Thyroid Disord Ther*.

ĐIỀU TRỊ TĂNG ÁP PHỔI DẠI DẰNG Ở TRẺ SƠ SINH TRÊN BỆNH NHÂN THOÁT VỊ HOÀNH BẨM SINH

Trịnh Xuân Long¹, Nguyễn Thanh Liêm², Trần Minh Điền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu nhận xét kết quả điều trị và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến keets quản điều trị tăng áp phổi dai dẳng ở trẻ sơ sinh (PPHN-persistent pulmonary hypertension of the newborn) trên trẻ sơ sinh mắc thoát vị hoành bẩm sinh (TVHBS). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu can thiệp tiến cứu các bệnh nhân TVHBS có kèm theo PPHN tại khoa Hồi sức ngoại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2012. Xác định PPHN dựa trên SpO₂ trước và sau ống, siêu âm tim tại giường có tăng áp lực động mạch phổi. Điều trị PPHN bằng thuốc giãn mạch đường tĩnh mạch (Iloprost), giãn mạch phổi lựa chọn (hít khí NO). Một số chỉ số liên quan so sánh trước và sau điều trị gồm: SpO₂, huyết áp động mạch, áp lực động mạch phổi ước tính. Số liệu được xử lý trên SPSS 20.0. **Kết quả:** Có 34 bệnh nhân trong nghiên cứu, áp lực động mạch phổi trung bình ước tính là 55,3 ± 11mmHg, SpO₂ trước ống là 91 ± 8 (%), SPO₂ sau

ống là 78,2 ± 11,6 (%), PaO₂ trước điều trị là 47,7 ± 30 (mmHg), huyết áp tối đa là 57,9 ± 10 (mmHg). Sau điều trị 6 giờ PaO₂ tăng trung bình từ 46,1 ± 21 (mmHg) lên 67,5 ± 539 (mmHg), với $p = 0,03$. Tỷ lệ tử vong của nhóm nghiên cứu là 64,7%. Tìm hiểu yếu tố liên quan đến tử vong thấy có SpO₂ sau ống trước điều trị của nhóm sống là 82,6 ± 5,4% cao hơn nhóm tử vong là 75,7 ± 13,1%, có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Áp lực trung bình động mạch phổi nhóm tử vong (57,4 ± 10mmHg) cao hơn so với nhóm sống (52,5 ± 12mmHg) nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** bệnh nhân TVHBS có kèm theo PPHN tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tình trạng áp lực động mạch phổi rất cao, làm khó khăn trong điều trị, tỷ lệ tử vong nhóm bệnh nhân lên tới 64,7%.

Từ khóa: Thoát vị hoành bẩm sinh, tăng áp lực động mạch phổi dai dẳng.

SUMMARY

MANAGEMENT OF PERSISTENT PULMONARY HYPERTENSION OF THE NEWBORN WITH CONGENITAL DIAPHRAGMATIC HERNIA

Objective: aim is to study the outcome of treatment and some its related risk factors on PPHN patients within CDH. **Subjects and methods:** Prospective study of PPHN patients within CDH, some variables as sex, weight, pulmonary pressure, mortality rate, initial SPO₂, SPO₂ after six hours intervention,

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Bệnh viện Quốc tế Vinmec

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Xuân Long

Email: longtx@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 9.6.2017

pulse, blood pressure, were statistical analysis by SPSS 20.0. **Results:** 34 patients were enrolled into study, male rate is 62,8%, weight mean $2,9 \pm 0,28$, pulmonary pressure mean $55,3 \pm 11$, stay length mean $10,1 \pm 7$, preductus SpO_2 before treatment 91 ± 8 (%), postductus SpO_2 $78,2 \pm 11,6$ (%), PaO_2 before treatment $47,7 \pm 30$ (mmHg), pulse rate 147 ± 21 (BPM), Systolic blood pressure $57,9 \pm 10$ (mmHg). After 6 hours intervention, PaO_2 mean increased from $46,1 \pm 21$ (mmHg) to $67,5 \pm 5,39$ (mmHg), the difference significantly with $p < 0,05$. No significant difference between survival group and non-survival in blood pressure before treatment, initial pH; initial PaO_2 . Mortality rate is 64,7%; initial preductus SpO_2 ($93,4 \pm 8,9$ %), and after intervention ($89,8 \pm 7,6$), no significant difference ($p > 0,05$). Post-ductus SpO_2 is related to mortality rate ($82,6 \pm 5,4$ % versus $75,7 \pm 13,1$ % - $p < 0,05$). Pulmonary pressure mean no related to mortality rate (non-survival group pulmonary pressure mean $57,4 \pm 10$ mmHg versus survival group pulmonary pressure mean $52,5 \pm 12$ mmHg with $p > 0,05$). **Conclusion:** PPHN within CDH had high mortality rate, low response to pulmonary dilatation drugs (Iloprost, iNO...), postductus SpO_2 related to mortality rate. CDH with high risk should be delivery and treatment in the hospital where have much experiences and good facilities.

Keywords: CDH, PPHN, Outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm 80 của thế kỷ trước, có tới 1/3 trẻ sơ sinh đủ tháng được chẩn đoán tăng áp phổi dai dẳng ở trẻ sơ sinh (*PPHN-persistent pulmonary hypertension of the newborn*) có nguy cơ tử vong [1]. Sử dụng máy thở cao tần (*HFOV- High Frequency Oscilization*), hít khí NO, Surfactant ngoại sinh, ECMO (*Extracorporeal membrane oxygenation*) đã giảm tỷ lệ tử vong do bệnh PPHN ở các nước phát triển xuống 10% [2]. Nhiều kỹ thuật, thuốc trên đất, không có ở các nước đang phát triển. Một số bệnh gây PPHN có tỷ lệ tử vong cao như thoát vị hoành bẩm sinh, bệnh loạn sản phế nang-mao mạch và đột biến gen protein B surfactant [3].

Thoát vị hoành bẩm sinh (TVHBS) là một trong nhóm bệnh gây PPHN, là bệnh gây tăng áp phổi nặng, đáp ứng điều trị kém kể cả hít khí NO, điều trị hồi sức khó khăn, cần sử dụng hỗ trợ ECMO cao. Ngày nay đã có nhiều kỹ thuật, liệu pháp điều trị tốt, dựa vào bằng chứng, tuy nhiên tỷ lệ tử vong còn cao, và kết quả điều trị thay đổi theo các trung tâm trên thế giới.

Để đánh giá được kết quả điều trị, các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu điều trị tăng áp phổi dai dẳng ở

trẻ sơ sinh trên bệnh nhân thoát vị hoành bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương, với mục tiêu "đánh giá kết quả điều trị ban đầu và nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bệnh nhân được chẩn đoán TVHBS năm 2012 điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương và có biểu hiện tăng áp phổi dai dẳng ở trẻ sơ sinh (PPHN). Chẩn đoán PPHN dựa vào: suy hô hấp sau sinh, SpO_2 tay phải (trước ống) và SpO_2 chân (sau ống) chênh trên 10%, hoặc PaO_2 động mạch tay phải so với PaO_2 động mạch rốn hoặc chân chênh trên 20mmHg, siêu âm tim có tăng áp lực động mạch phổi (trên 1/2 áp lực hệ thống) và/hoặc có shunt phải-trái qua ống động mạch, qua lỗ bầu dục.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân kèm các dị tật bẩm sinh khác,

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu, mẫu nghiên cứu thuận tiện. Các biến nghiên cứu được phân tích trên SPSS 20.0, tính các giá trị trung bình, so sánh trung bình bằng Anova test.

Điều trị tăng áp lực động mạch phổi: Thuộc giãn mạch phổi Iloprost truyền tĩnh mạch liều 2ng/kg/phút, sau 6 giờ không đáp ứng, nếu OI (oxygen index) > 25 chỉ định dùng khí NO qua hệ thống dây máy thở. Ngoài ra, các thuốc khác như dịch truyền, các thuốc vận mạch được dùng để duy trì huyết áp trong giới hạn bình thường.

Bệnh nhân đáp ứng điều trị được định nghĩa khi PaO_2 tăng trên 10% hoặc chỉ số oxy OI giảm trên 10% sau dùng các thuốc giãn mạch.

Các biến nghiên cứu gồm tuổi, giới, cân nặng, SpO_2 , PaO_2 , pH trước khi điều trị, trước và sau khi dùng các thuốc giãn mạch phổi, thay đổi khí máu, huyết động gồm mạch, huyết áp, các thuốc vận mạch sau mỗi 6 giờ dùng các thuốc giãn mạch phổi. Thay đổi SpO_2 sau ống động mạch, PaO_2 sau điều trị, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ sống, số ngày điều trị trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 34 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong đó có 21 trẻ trai, chiếm 62,8% và 13 trẻ gái, chiếm 37,2%. Cân nặng trung bình các bệnh nhân nghiên cứu là $2,9 \pm 0,28$ kg.

Bảng 1: Một số chỉ số lâm sàng và xét nghiệm của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình \pm SD
Áp lực ĐM phổi trung bình (mmHg):	$55,3 \pm 11$
SpO_2 trước ống (%):	91 ± 8

SpO ₂ sau ống (%):	78,2 ± 11,6
PaO ₂ trước điều trị (mmHg):	47,7 ± 30
Mạch (nhịp/phút):	147 ± 21
Huyết áp tối đa (mmHg):	57,9 ± 10

Nhận xét: Áp lực động mạch phổi ước tính trên siêu âm cao, trung bình là 55,3 ± 11 mmHg, chênh lệch rõ SpO₂ trước và sau ống (78,2% so với 91,0%). Mạch và huyết áp tối đa trong giới hạn.

Bảng 2: Các chỉ số PaO₂ và huyết áp trước và sau điều trị tăng áp lực động mạch phổi.

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị 6 giờ	p
PaO ₂ (%), n=34	46,1 ± 21	67,5 ± 53	0,03
Huyết áp tối đa (mmHg), n=15	57,9 ± 10	60,1 ± 9	0,9

Nhận xét: Sau 6 giờ điều trị, PaO₂ tăng so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,03). Huyết áp trước và sau điều trị 6 giờ sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,9).

Kết quả điều trị: Kết quả có 22 bệnh nhân tử vong, chiếm 64,7% và 12 bệnh nhân sống, chiếm 35,3%. Ở nhóm bệnh nhân sống sót, thời gian điều trị để giảm và hết dấu hiệu tăng áp lực động mạch phổi là 10,1 ± 7 ngày.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan với tỷ lệ tử vong:

Kết quả	Sống	Tử vong	p
pH trước điều trị:	7,2 ± 0,1	7,16 ± 0,18	0,5
PaO ₂ trước điều trị (mmHg):	52,5 ± 14	42,6 ± 24	0,5
SpO ₂ trước ống trước điều trị (%):	93,4 ± 8,9	89,8 ± 7,6	0,9
SpO ₂ sau ống trước điều trị (%):	82,6 ± 5,4	75,7 ± 13,1	0,02
Áp lực ĐM phổi trước điều trị (mmHg):	52,5 ± 12,0	57,4 ± 10,0	0,4

Nhận xét: SpO₂ sau ống động mạch ngay trước điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm sống và tử vong (p = 0,02).

IV. BÀN LUẬN

Tăng áp động mạch phổi dai dẳng ở trẻ sơ sinh (PPHN) trên bệnh thoát vị hoành bẩm sinh (TVHBS) thường nặng nề, đáp ứng với điều trị các thuốc giãn mạch phổi kém do phổi bên thoát vị thiếu sản, sự cơ hoá thành động mạch phổi. Tỷ lệ tử vong do TVHBS còn cao, theo Tổ chức hỗ trợ sự sống ngoài cơ thể (ELSO-Extracorporeal life support Organization) tỷ lệ sống ở những trẻ bị TVHBS là 60%. Ở những trung tâm đã có bề dày kinh nghiệm về điều trị TVHBS và có khả năng điều trị tối ưu trước và sau sinh thì tỷ lệ sống có thể lên tới 90% [4]. Một số tác giả khác như Kotecha tỷ lệ tử vong là: 30-40% tùy vị trí thoát vị [5], của Tovar là: 20% ở những cơ sở hàng đầu [6], tuy nhiên, theo nghiên cứu của Tiyaki và cộng sự nghiên cứu năm 2014 tại Thổ Nhĩ Kỳ, tỷ lệ tử vong thấp hơn là 37,5%. Đây là tỷ lệ tử vong chung của bệnh thoát vị hoành bẩm sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong là 64,7%. Sự khác biệt này liên quan đến đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân TVHBS có tăng áp lực động mạch phổi dai dẳng.

Trên các bệnh nhân có hở van ba lá và đo được chênh áp qua van 3 lá, các bệnh nhân đo được đều có tăng áp lực động mạch phổi nặng, trung bình áp lực động mạch phổi tối đa là 55,3

mmHg, trong khi đó tại thời điểm trước điều trị, trung bình huyết áp tối đa của nhóm nghiên cứu là 57,9 mmHg (bảng 1). Như vậy, với cách ước tính áp lực động mạch phổi qua siêu âm thì phần lớn bệnh nhân trước điều trị, áp lực động mạch phổi tối đa cao hơn huyết áp tối đa và gây shunt phải trái ngoài phổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với Tiryaki [7]. Đây là một trong những nguyên nhân làm bệnh nhân diễn biến nhanh, nặng và có tỷ lệ tử vong cao. Hơn nữa, việc đáp ứng với điều trị kém đã làm thời gian điều trị kéo dài (trung bình 10 ngày), tăng tỷ lệ tử vong khi không có các điều trị hỗ trợ khác là ECMO như các trung tâm của các nước phát triển thì khó làm giảm tỷ lệ tử vong ở nhóm này.

Nghiên cứu của chúng tôi về các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tử vong, trong số các yếu tố như PaO₂ trước điều trị, pH trước điều trị, PaO₂, SpO₂ trước và sau ống, áp lực động mạch phổi đo qua siêu âm ước tính trước điều trị chỉ thấy SpO₂ sau ống trước điều trị càng thấp thì tỷ lệ tử vong càng cao (bảng 3). Theo Hye Won Park và cộng sự nghiên cứu trên 114 bệnh nhân thoát vị hoành bẩm sinh, thấy liên quan rõ rệt đến tỷ lệ tử vong với pH ban đầu, PaO₂, PaCO₂, tuy nhiên, tác giả nghiên cứu trên bệnh nhân thoát vị hoành chung, số lượng bệnh nhân đủ lớn (114 bệnh nhân).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 34 bệnh nhân TVHBS có kèm theo PPHN tại Bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tình trạng áp lực động mạch phổi rất cao, làm khó khăn trong điều trị, tỷ lệ tử vong nhóm bệnh nhân lên tới 64,7%. Các giải pháp điều trị còn hạn chế trong nhóm bệnh nhân này, cần có những chỉ định sớm cho ECMO nhằm hạ thấp tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hageman J.R., Adams M.A., Gardner T.H.(1984). Persistent pulmonary hypertension of the newborn: trends in incidence, diagnosis, and management. *Am J Dis Child.*;138(6):592-595.
2. Konduri GG, Solimano A, Sokol GM, et al (2004). A randomized trial of early versus standard inhaled nitric oxide therapy in term and

near-term newborn infants with hypoxic respiratory failure. *Pediatrics*;113(3, pt 1):559-564.

3. Konduri G, Kim UO (2009). Advances in the diagnosis and management of persistent pulmonary hypertension of the newborn. *Pediatr Clin North Am.* 56(3):579-600.
4. Mielniczuk M., Kusza K., Brzeziński P. et al (2012). Current guidelines on management of congenital diaphragmatic hernia. *Anaesthesiology Intensive Therapy*, 44 (4), 232-237.
5. Kotecha S., Barbato A., Bush A. et al, (2012). Congenital diaphragmatic hernia. *Eur Respir J*; 39: 820-829.
6. Tovar J.A. (2012). Congenital Diaphragmatic Hernia. *Journal of Rare Diseases*, 7:1.
7. Tiryaki S. et al (2014). Initial oxygenation response to Inhaled Nitric Oxide predicts improved outcome in congenital diaphragmatic hernia. *Drugs R D*, 14:215-219.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI MŨI TRÊN ẢNH CHỤP CHUẨN HÓA Ở NGƯỜI CÓ TUỔI TỪ 18 ĐẾN 25

Dương Thái Thành*, Nguyễn Thanh Xuân**
Lê Đức Tuấn**, Vũ Ngọc Lâm***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ hình thái mũi và mối liên quan giữa vị trí chân trụ mũi và hình thái lỗ mũi trước trên ảnh kỹ thuật số ở người Việt tuổi từ 18 đến 25.

Đối tượng: 405 người Việt Nam tại Học viện Y Dược học cổ truyền Hà Nội tuổi từ 18 đến 25 tuổi chụp ảnh chuẩn hóa vùng mặt. Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nam giới có tỷ lệ mũi thẳng cao hơn so với nữ giới (31,31% so với 20,77%; $p < 0,05$), nữ giới có tỷ lệ mũi lõm cao hơn so với nam giới (28,99% so với 16,16%; $p < 0,05$). Đối tượng nghiên cứu với chân trụ mũi cao hơn hoặc ngang bằng chân cánh mũi có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng nghiên cứu với chân trụ mũi thấp hơn chân cánh mũi (38,5% và 41,0% so với 20,5%). Đối tượng nghiên cứu với lỗ mũi được nhìn thấy một phần qua ảnh có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng không nhìn thấy hoặc nhìn thấy toàn bộ lỗ mũi (57,30% so với 19,30% và 23,50%; $p < 0,05$). **Kết luận:** nam giới có tỷ lệ mũi thẳng cao, nữ giới có tỷ lệ mũi lõm cao. Đa số đối tượng nghiên cứu có lỗ mũi được nhìn thấy một phần qua ảnh.

Từ khóa: hình thái mũi, lỗ mũi.

*Bệnh viện quân y 354

**Học viện Quân y

***Bệnh viện trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thái Thành

Email: dtthanh77@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.6.2017

Ngày duyệt bài: 19.6.2017

SUMMARY

RESEARCH NOSE MORPHOLOGY BY STANDARD PHOTOGRAPHY IN PEOPLE WITH AGE FROM 18 TO 25 YEARS

Objectives: To examine rate of nose morphology and the relationship between the position of the nose leg and nostril with digital photographs in Vietnamese people with age from 18 to 25 years. Subjects: 405 Vietnamese people with age from 18 to 25 years at the Institute Traditional Hanoi Medicine and Pharmacy, their faces were photographed digitally. Methods: Study cross sectional description. Results: Men have higher proportion of straight nose (31.31% vs. 20.77%, $p < 0.05$), women have higher proportion of concave nose (28.99% vs 16.16%; $p < 0.05$). Subjects with pillar foot nose are higher or equal nose wings were higher than subjects with pillar foot nose are lower nose wings (38.5% and 41.0%, vs 20, 5%). Subjects with a part of the nostrils are seen through photos were higher than subjects with the nostrils are not seen or are seen through photos (57,30% so với 19,30% và 23,50%; $p < 0,05$). Conclusion: Men have a high proportion of straight noses and females have a high proportion of concave nose. The majority of subjects with a part of nostrils are seen through photos.

Key words: nose morphology, nostrils.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Để đánh giá một chiếc mũi dài hay ngắn, rộng hay hẹp nên đưa ra trong tương quan với giới tính, chiều cao, dạng người và chủ yếu là tương quan với toàn bộ khuôn mặt. Một chiếc mũi được gọi là cân đối chỉ khi đặt nó trong

khôn mặt cho sẵn. Tất cả sự thay đổi kích cỡ, chiều dài và độ dốc hình thể 1/3 dưới cánh mũi đều ảnh hưởng đến kích cỡ, độ dài, độ dốc và hình thể của môi trên và ngược lại. Một sự thay đổi hình thái mô mềm mũi cũng có thể ảnh hưởng đến sự thay đổi thẩm mỹ khuôn mặt. Ngày nay, cùng với mức sống được nâng cao, nhu cầu phẫu thuật tạo hình-thẩm mỹ thấp mũi ngày càng tăng. Muốn phẫu thuật tạo hình-thẩm mỹ mũi đạt kết quả tốt cần có nhiều yếu tố, trong đó, sự hiểu biết về hình thái, giải phẫu mũi cũng như các thông số nói lên sự tương quan giữa các phần của tháp mũi, giữa tháp mũi với khuôn mặt là rất quan trọng.

Phương pháp đo đạc chính xác dựa trên ảnh chuẩn trên thế giới đã được áp dụng từ rất lâu, tuy nhiên ở Việt Nam còn chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, các chỉ số về mô mềm mũi có thể áp dụng cho không gian hai chiều và khi tích hợp với phần mềm xử lý ảnh trên máy vi tính có tính ứng dụng cao, một trong những tiêu chí quyết định kế hoạch điều trị cho bệnh nhân chính là đánh giá sự hài hòa của phần mềm khuôn mặt qua ảnh chuẩn, có ý nghĩa không chỉ trong phẫu thuật Hàm mặt- tạo hình, chỉnh hình răng miệng... mà còn trong nhận dạng người.

Có nhiều phương pháp phân tích mặt như: đo đạc giữa các phần xương với nhau, giữa mô mềm và xương, giữa mô mềm và mô mềm, trong đó phương pháp sau cùng có giá trị thực tiễn nhất đối với các nhà lâm sàng. Phân tích mặt bằng cách đo trên ảnh chụp là một phương pháp thực dụng được các nhà lâm sàng quan tâm và sử dụng rộng rãi.

Bởi vậy, nghiên cứu về hình thái mũi của người Việt Nam là một nhu cầu bức thiết, đáp ứng nhu cầu thực tế phục vụ cho phẫu thuật tạo hình – thẩm mỹ mũi người Việt đạt kết quả tốt. Với mong muốn đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Nghiên cứu đặc điểm hình thái mũi trên ảnh chụp chuẩn hóa ở người Việt tuổi từ 18 đến 25" nhằm các mục tiêu sau:

1) Khảo sát tỷ lệ hình thái mũi trên ảnh kỹ thuật số ở người Việt, tuổi từ 18 đến 25.

2) Mối liên quan giữa vị trí chân trụ mũi và hình thái lỗ mũi trước qua ảnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu hình thái mô mềm mũi trên ảnh chụp chuẩn hóa ở 405 người Việt Nam tại Học viện Y Dược học cổ truyền Hà Nội tuổi từ 18-25, thời gian nghiên cứu từ 10 năm 2016 đến tháng 4 năm 2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Sinh viên có bố mẹ, ông bà nội ngoại là người Việt (người Kinh); Hợp tác nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt; Có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt; Đã hoặc đang điều trị chỉnh hình răng mặt; Có tiền sử bệnh hen hoặc rối loạn hô hấp; Bệnh nhân có thói quen thở miệng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang: đánh giá hình thái mô mềm mũi trên ảnh chụp chuẩn hóa ở người Việt tuổi từ 18-25.

2.2.1. Cỡ mẫu nghiên cứu: Được tính dựa theo công thức: công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể [6].

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu.

Z: độ tin cậy, ở mức xác suất 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$; p: tỷ lệ một đặc điểm hình thái mũi. Giả định lay p = 50%; ϵ : sai số cho phép = 5%.

Cỡ mẫu được tính theo công thức trên là 384 người. Thực tế chúng tôi đã nghiên cứu trên 400 người trưởng thành người đạt các tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.2.2. Phương pháp nghiên cứu hình thái

2.2.2.1. Các bước nghiên cứu nghiên cứu

- Bước 1: Tập khám lâm sàng và chụp ảnh để có độ kiên định cao khi chụp ảnh nghiên cứu.

- Bước 2: Lập danh sách đối tượng nghiên cứu.

- Bước 3: Khám sàng lọc.

- Bước 4: Trong số các đối tượng thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, bốc thăm ngẫu nhiên đối tượng để tiến hành chụp ảnh.

- Bước 5: Chụp ảnh.

- Bước 6: Đánh dấu các mốc giải phẫu mô mềm cần nghiên cứu trên ảnh.

- Bước 7: Chuẩn hóa ảnh, đo đạc các góc và khoảng cách các điểm mốc bằng phần mềm VNCEPH 2017 (được thiết kế tại trung tâm tin học thuộc Đại học khoa học tự nhiên- Đại học Quốc gia).

- Bước 8: Phân tích số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 17.0 và một số thuật toán thống kê khác.

2.2.2.2. Phương pháp chụp ảnh: Máy ảnh Nikon D500 được gắn trên chân máy và điều chỉnh độ cao sao cho phù hợp với từng đối tượng để đạt được ảnh chuẩn hóa theo Claman và cộng sự. Khoảng cách từ máy ảnh đến đối tượng là 1,5m. Sử dụng ống kính tele 70-120mm, để ở tiêu cự 70mm, tùy ánh sáng tự nhiên của buổi chụp như thế nào mà sẽ có khẩu độ và tốc độ chụp thích hợp.

2.2.2.3. Đo đạc trên ảnh kỹ thuật số

- Các tập tin ảnh được xử lý qua phần mềm quản lý ảnh ACD See, được đánh dấu các điểm mốc giải phẫu mô mềm cần nghiên cứu trên ảnh.

- Trước tiên cần chuẩn hóa lại ảnh dựa vào thước chuẩn hóa. Sau đó, tiến hành đo các góc và khoảng cách các điểm mốc bằng phần mềm VNCEPH 2017.

+ Với các đo góc thì ta dùng "angular dimension" để đo góc.

+ Với đo chiều dài, khoảng cách thì ta dùng "aligned dimension" để đo.

+ Tiến hành đo các chỉ số cần nghiên cứu rồi ghi vào bảng số liệu.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích số liệu thu được bằng phần mềm SPSS 17.0 và một số thuật toán thống kê khác. Các biến số được tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn với độ tin cậy tối thiểu 95%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$, và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi $p > 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

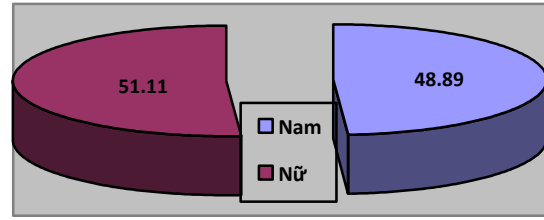
3.1. Đặc điểm chung về giới, hình thái mũi, vị trí chân trụ mũi trong nghiên cứu

Bảng 3.1. Tỷ lệ các dạng mũi theo giới

Biến số nghiên cứu	Nam (n=198)		Nữ (n=207)		Chung (n=405)		p
	n	%	n	%	n	%	
Mũi thẳng	62	31,31	43	20,77	105	25,90	$p < 0,05$
Mũi lõm	32	16,16	60	28,99	92	22,70	$p < 0,001$
Mũi gãy	30	15,15	18	8,70	48	11,90	$p < 0,05$
Mũi gỗ	29	14,65	27	13,04	56	13,80	$p > 0,05$
Mũi hếch	19	9,60	33	15,94	52	12,80	$p > 0,05$
Mũi khoằm	26	13,13	26	12,56	52	12,80	$p > 0,05$

Có nhiều cách phân loại các dạng mũi, và đa số các tác giả thường mô tả các dạng mũi qua hình vẽ. Từ phân loại của các tác giả Legent, Perlemuter và Vandenbrouck và các tác giả trong nước phân loại mũi người Việt Nam, dựa vào một số tiêu chuẩn: dạng sống mũi, góc mũi môi và tỷ lệ phần lõm mũi trước thấy được qua ảnh chụp thẳng/chiều cao lỗ mũi, chúng tôi thành 6 dạng: thẳng, lõm, gãy, gỗ, hếch và khoằm. Qua phân tích hình chụp của 405 sinh viên thì các dạng

Tiến hành nghiên cứu trên ảnh 405 sinh viên, gồm 198 nam và 207 nữ chiếm tỷ lệ theo biểu đồ.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu hình thái

Chúng tôi nghiên cứu một số đặc điểm hình thái mũi của người trưởng thành qua phương pháp đo trực tiếp trên 405 đối tượng ngẫu nhiên từ 18 đến 25 tuổi nhằm loại trừ những thay đổi do tuổi tác khác. Kết quả biểu đồ 3.1, tỷ lệ nam và nữ là tương đương nhau trong nghiên cứu. Kết quả này tương tự so với các nghiên cứu của Trần Thị Anh Tú [2] và các nghiên cứu khác trong nước đối tượng là sinh viên trong các trường đại học có tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau.

3.1.1. Hình thái mũi trong nhóm nghiên cứu

mũi của nhóm nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với cách phân loại này.

Kết quả bảng 3.1 cho thấy dạng mũi thẳng, mũi lõm chiếm tỷ lệ cao, dạng mũi gãy, mũi hếch, mũi khoằm chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ mũi thẳng ở giới nam cao hơn so với nữ giới (31,31% so với 20,77%; $p < 0,05$), ngược lại tỷ lệ mũi lõm ở giới nữ cao hơn giới nam (28,99% so với 16,16%; $p < 0,05$).

3.1.2. Đặc điểm vị trí chân trụ mũi với chân cánh mũi



A. Cao hơn

B. Ngang bằng

C. Thấp hơn

Hình 3.5. Vị trí của chân trụ mũi so với chân cánh mũi

Bảng 3.2. Tỷ lệ các vị trí chân trụ mũi so với chân cánh mũi theo giới

Vị trí chân trụ mũi so với chân cánh mũi	Nam(n=198)		Nữ(n=207)		Chung(n=405)		p
	n	%	n	%	n	%	
Cao hơn (1)	67	33,84	89	43,00	156	38,50	p>0,05
Ngang bằng (2)	89	44,95	77	37,20	166	41,00	p>0,05
Thấp hơn (3)	42	21,21	41	19,80	83	20,50	p>0,05
p	p ₂₋₃ < 0,05		p ₁₋₃ < 0,05		p ₂₋₃ < 0,05		

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ chân trụ mũi cao hơn hoặc ngang bằng chân cánh mũi cao hơn so với đối tượng nghiên cứu có chân trụ mũi thấp hơn chân cánh mũi (38,5% và 41,0% so với 20,5%), tuy nhiên không có sự khác biệt giữa các vị trí của chân trụ mũi so với chân cánh mũi ở hai giới nam và nữ. Nam giới có vị trí chân trụ mũi ngang bằng với chân cánh mũi có tỷ lệ cao hơn những

nam giới có vị trí chân trụ mũi thấp hơn so với chân cánh mũi (44,95% so với 21,21%; p<0,05); Nữ giới có vị trí chân trụ mũi cao hơn chân cánh mũi có tỷ lệ cao hơn so với nữ giới có vị trí chân trụ mũi ngang bằng hoặc thấp hơn chân cánh mũi (43,0% so với 19,8%; p<0,05).

3.2. Đặc điểm Lỗ mũi trước được nhìn thấy qua ảnh thẳng

Bảng 3.3. Tỷ lệ lỗ mũi trước có thể nhìn thấy qua ảnh theo giới

Lỗ mũi trước được nhìn thấy qua ảnh	Nam (n=198)		Nữ (n=207)		Chung (n=405)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không nhìn thấy	33	16,67	45	21,74	78	19,30	p>0,05
Nhìn thấy một phần	125	63,13	107	51,69	232	57,30	p<0,05
Nhìn thấy toàn bộ	40	20,20	55	26,57	95	23,50	p>0,05
p	p < 0,05		p < 0,05		p < 0,05		



A. Không thấy



B. Thấy một phần



C. Thấy toàn bộ

Hình 3.6. Lỗ mũi trước được nhìn thấy qua ảnh thẳng

Kết quả bảng 3.3 cho thấy đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ lỗ mũi được nhìn thấy một phần chiếm tỷ lệ cao hơn so với lỗ mũi không được nhìn thấy hoặc nhìn thấy toàn bộ (thể nhìn thấy một phần lỗ mũi (57,3% so với 19,30% và 23,50%; p<0,05). Không có sự khác biệt giữa hai giới nam và nữ về tỷ lệ lỗ mũi được nhìn thấy qua ảnh. Theo nghiên cứu Powell và các nghiên cứu khác trụ mũi người da trắng có hình phễu ngược [3], theo Sim và Chan trụ mũi phụ nữ miền Nam

Trung Quốc có hình phễu ngược và hình tam giác [4]. Theo tác giả Powell thì trụ mũi người da trắng không có hình dạng trụ còn ở người Việt Nam chúng tôi ghi nhận có hình dạng trụ, đây là sự khác biệt giữa người Việt Nam và người da trắng có lẽ do trụ mũi người Việt Nam thường rất ngắn nên phần nhô ra ngoài của phần chân 2 trụ trong sụn cánh mũi gần như nằm trùng với sàng lỗ mũi nên rất khó thấy trên ảnh chụp và do đó tỷ lệ mũi nhìn thấy một phần chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 3.4. Tỷ lệ hình thái lỗ mũi được nhìn thấy qua ảnh trong nhóm đối tượng có vị trí chân trụ mũi ngang bằng chân cánh mũi

Lỗ mũi ngang bằng chân cánh mũi	Nam (n=89)		Nữ (n=77)		Chung (n=166)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không nhìn thấy	18	20,22	18	23,38	36	21,69	p>0,05
Nhìn thấy một phần	58	65,17	44	57,14	102	61,45	p>0,05
Nhìn thấy toàn bộ	13	14,61	15	19,48	28	16,87	p>0,05
p	p<0,05		p<0,05		p<0,05		

Kết quả bảng 3.4 cho thấy đối tượng nghiên cứu ở cả nam và nữ giới có vị trí chân trụ mũi ngang bằng so với chân cánh mũi nhìn thấy lỗ mũi một phần qua ảnh có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng không nhìn thấy hoặc nhìn thấy lỗ mũi qua ảnh (61,45% so với 21,69% và 16,87%; p<0,05). Những trường hợp có vị trí chân trụ mũi ngang bằng với chân cánh mũi nhìn thấy lỗ mũi qua ảnh thường có góc mũi môi lớn (mũi hếch), cánh mũi phồng.

Bảng 3.5. Tỷ lệ hình thái lỗ mũi được nhìn thấy qua ảnh trong nhóm đối tượng có vị trí chân trụ mũi cao hơn chân cánh mũi

Lỗ mũi cao hơn chân cánh mũi	Nam (n=67)		Nữ (n=89)		Chung (n=156)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không nhìn thấy	8	11,94	15	16,85	23	14,74	p>0,05
Nhìn thấy một phần	35	52,24	39	43,82	74	47,44	p>0,05
Nhìn thấy toàn bộ	24	35,82	35	39,33	59	37,82	p>0,05
p	p<0,05		p<0,05		p<0,05		

Kết quả bảng 3.5 cho thấy đối tượng nghiên cứu ở cả nam và nữ giới có vị trí chân trụ mũi cao hơn so với chân cánh mũi nhìn thấy lỗ mũi một phần qua ảnh có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng không nhìn thấy hoặc nhìn thấy lỗ mũi quan ảnh (47,44% so với 14,74% và 37,82%; p<0,05).

Bảng 3.6. Tỷ lệ hình thái lỗ mũi được nhìn thấy qua ảnh trong nhóm đối tượng có vị trí chân trụ mũi thấp hơn chân cánh mũi

Lỗ mũi thấp hơn chân cánh mũi	Nam (n=42)		Nữ (n=41)		Chung (n=83)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không nhìn thấy	7	16,67	12	29,27	19	22,89	p>0,05
Nhìn thấy một phần	32	76,19	24	58,53	56	67,47	p>0,05
Nhìn thấy toàn bộ	3	7,14	5	12,20	8	9,64	p>0,05
p	p<0,05		p<0,05		p<0,05		

Kết quả bảng 3.6 cho thấy đối tượng nghiên cứu ở cả nam và nữ giới có vị trí chân trụ mũi thấp hơn so với chân cánh mũi nhìn thấy lỗ mũi một phần qua ảnh có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng không nhìn thấy hoặc nhìn thấy lỗ mũi quan ảnh (67,47% so với 22,89% và 9,64%; p<0,05).

Các trường hợp nhìn thấy một phần lỗ mũi thường có cánh mũi phồng. Vị trí chân trụ mũi thấp hơn chân cánh mũi làm cho đỉnh mũi khoằm hơn khi nhìn trên ảnh thẳng.

Theo Dean M. Torumi và Daniel G. Becker, chiều dài mũi ảnh hưởng bởi góc trán mũi và góc mũi môi. Một góc trán – mũi nông và hoặc góc mũi môi nhọn góp phần làm mũi dài ra. Và một góc trán – mũi sâu và hoặc góc mũi môi quá tù góp phần làm mũi ngắn lại [5]. Nhận xét mũi với cùng số đo góc trán mũi lý tưởng và độ dài so với mũi có góc mũi môi lý tưởng, góc mũi môi lớn hơn thì đầu mũi hếch và chiều dài mũi ngắn hơn, với góc mũi môi nhỏ hơn thì đầu mũi khoằm và chiều dài mũi dài hơn. Có thể thấy ảnh hưởng của góc mũi môi trong việc xác định độ hếch của mũi và hình thái mũi.

Theo Nabik Faous, tiên lượng kết quả phẫu thuật cho các loại mũi không hài hòa phụ thuộc nhiều vào hình dạng đường viền sống mũi và độ dày vùng da đầu mũi. Trong đó, hình dạng sống mũi không hài hòa chia ra loại: quá gồ và quá lõm dựa trên đặc điểm đường viền sống mũi so với đường nối gốc mũi – đỉnh mũi. Tác giả Leong S.C. và công sự đã tổng hợp số liệu về chỉ số mũi người Đông Nam Á có mũi thuộc nhóm có cánh mũi rất rộng, tại Việt Nam tác giả Trần Thị Anh Tú (2003) thực hiện nghiên cứu hình thái mũi bằng phương pháp đo trên ảnh kỹ thuật số

400 sinh viên, với kết quả tạm xếp thành 6 dạng mũi cơ bản: mũi thẳng (53,5%), mũi lõm (39,25%), mũi gầy (2%), mũi gồ (5,25%), mũi hếch (17%), mũi khoằm (1,5%) [2]. Phan Ngọc Toàn (1999) có nghiên cứu đặc điểm hình thái khuôn mặt trên 431 sinh viên bao gồm cả mũi bằng phương pháp đo trực tiếp. Tác giả phân loại thành 4 dạng mũi cơ bản là mũi thẳng, mũi có ụ sống mũi, mũi hếch và mũi tẹt. Khi so sánh với người Châu Âu thì mũi người Việt ngắn hơn, thấp hơn, chóp mũi to hơn và nền mũi rộng hơn [7].

IV. KẾT LUẬN

- Nam giới có tỷ lệ mũi thẳng cao hơn sơ với nữ giới (31,31% so với 20,77%; p< 0,05), nữ giới có tỷ lệ mũi lõm cao hơn sơ với nam giới (28,99% so với 16,16%; p<0,05). Đối tượng nghiên cứu với chân trụ mũi cao hơn hoặc ngang bằng chân cánh mũi có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng nghiên cứu với chân trụ mũi thấp hơn chân cánh mũi (38,5% và 41,0% so với 20,5%).

- Đối tượng nghiên cứu với lỗ mũi được nhìn thấy một phần qua ảnh có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng không nhìn thấy hoặc nhìn thấy toàn bộ lỗ mũi (57,30% so với 19,30% và 23,50%; p<0,05). Đối tượng nghiên cứu ở cả nam và nữ giới có vị trí chân trụ mũi ngang bằng so với chân cánh mũi nhìn thấy lỗ mũi, vị trí chân trụ mũi cao hơn chân cánh mũi nhìn thấy lỗ mũi, vị trí chân trụ mũi thấp hơn chân cánh mũi nhìn thấy lỗ mũi một phần qua ảnh có tỷ lệ cao hơn so với đối tượng không nhìn thấy hoặc nhìn thấy lỗ mũi quan ảnh (61,45% so với 21,69% và 16,87%; p<0,05), (47,44% so với 14,74% và 37,82%; p<0,05), (67,47% so với 22,89% và 9,64%; p<0,05).

Kết luận: nam giới có tỷ lệ mũi thẳng cao, nữ giới có tỷ lệ mũi lõm cao. Đa số đối tượng nghiên cứu có lỗ mũi được nhìn thấy một phần qua ảnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boenisch M., Mink A. (2000)**, "Clinical and histological results of septoplasty with a resorbable implant", *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*, 126, pp. 1373-1377.
2. **Trần Thị Anh Tú (2003)**. "Hình thái, cấu trúc tháp mũi người trưởng thành". Luận án tiến sĩ Y học, Trường ĐHYD TP. Hồ Chí Minh.
3. **Powell N., Humphreys B. (1984)**, "Proportions of the aesthetic face", Thieme – Stratton Inc., New York, pp, 1-66.
4. **Sim R.S.T., Smith J.D., Chan A.S.Y. (2000)**, "Comparition of the Aesthetic Facial Proportions of Southern Chinese and White Women", *Arch Facial Surg.*, V.2, pp. 113-120.
5. **Daniel G. Becker Dean M. Toriumi. 1999**, "Rhinoplasty Dissection Manual", Lippincott Williams and Wilkins; illustrated edition.
6. **Wang J.H., Jang Y.J., et al. (2009)**, "Measurement of aesthetic proportions in the profile view of Koreans", *Ann Plast Surg*, 62(2), pp. 109-13.
7. **Phan Ngọc Toàn (1999)**. "Góp phần nghiên cứu đặc điểm hình thái thẩm mỹ khuôn mặt người Việt Nam trưởng thành". Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỰC HIỆN LUẬT GIAO THÔNG ĐƯỜNG BỘ CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TRUNG HỌC PHỔ THÔNG NGUYỄN ĐỨC CẢNH NĂM 2017

Nguyễn Văn Tiên¹, Đỗ Văn Dung², Nguyễn Việt Hải¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về việc thực hiện Luật giao thông đường bộ xác định một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện Luật giao thông đường bộ của học sinh trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt và có thái độ tích cực về thực hiện Luật giao thông đường bộ khá cao lần lượt là 88,3% và 89,7%, tỷ lệ thực hành đạt của học sinh thấp hơn chiếm 63,6%. Bên cạnh đó nghiên cứu đã xác định được việc thực hiện tốt Luật GTĐB liên quan đến 3 yếu tố: giới, kiến thức về Luật GTĐB và việc nhận thông tin về Luật GTĐB (95%CI không chứa giá trị 1). Học sinh nữ thực hiện Luật GTĐB tốt hơn 1,9 lần so với học sinh nam, những học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB thì thực hiện tốt hơn 2,1 lần những học sinh có kiến thức không đạt và những học sinh được nhận thông tin về Luật GTĐB thì thực hiện tốt hơn 2,7 lần những học sinh không được nhận thông tin về Luật GTĐB.

Từ khóa: học sinh, thực hiện Luật giao thông đường bộ, Nguyễn Đức Cảnh.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICE AND SOME FACTORS RELATED TO THE IMPLEMENTATION OF THE ROAD TRAFFIC LAW OF STUDENTS OF NGUYEN DUC CANH HIGH SCHOOL IN 2017

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb62@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 26.6.2017

The study was conducted to determine some factors related to the implementation of the Road Traffic Law school student high school Nguyen Duc Canh 2017. The study results showed that the percentage of students with the knowledge gained and have a positive attitude about the implementation of the Road Traffic Law relatively high 88.3% respectively and 89.7%, the proportion of pupils achieving practice accounted for 63.6% lower. Besides, research has identified the good implementation of the Law on road traffic related to three factors: gender, knowledge of the Road Traffic Law and getting information about the Law on Road Traffic (95% CI does not contain prices value 1). Female students implementing the Road Traffic Law are 1.9 times better than male students, and students with good knowledge of the Road Traffic Law perform 2.1 times better than students with knowledge. Failing and students receiving information about the Road Traffic Law performed 2.7 times better than students who did not receive information on the Road Traffic Law.

Keywords: Students, implementing the Road Traffic Law, Nguyen Duc Canh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay an toàn giao thông là một vấn đề lớn, được cả xã hội quan tâm, hằng năm số vụ tai nạn giao thông (TNGT) vẫn không hề suy giảm, ngược lại nó còn tăng lên rất nhiều mà phần lớn nguyên nhân chính gây ra các vụ tai nạn là do ý thức, thái độ thực hiện luật lệ giao thông của mỗi người.

Ở Việt Nam, Chính sách Quốc gia phòng chống tai nạn thương tích đã được chính phủ phê duyệt triển khai rộng rãi trên địa bàn cả nước. Nhiều giải pháp đã được đặt ra với quy mô cấp quốc gia như việc ban hành Luật giao thông đường bộ (GTĐB) năm 2008 nhằm giảm thiểu tai

nạn giao thông, tuy nhiên số bệnh nhân chết vì tai nạn thương tích hằng năm vẫn có xu hướng gia tăng. Theo báo cáo của Ủy ban An toàn giao thông quốc gia, năm tháng đầu năm 2015, trên địa bàn cả nước đã xảy ra 9.318 vụ TNGT, làm 3.735 người chết và 8.554 người bị thương. So với cùng kỳ năm 2014, số vụ TNGT giảm 13,5%, số người chết giảm 4,9 %, số người bị thương giảm 34,3%. Bình quân 01 ngày trong 5 tháng đầu năm, trên địa bàn cả nước xảy ra 61 vụ TNGT, làm chết 25 người, bị thương 57 người [4].

Mặc dù, trước đây đã có những nghiên cứu đưa ra nguyên nhân dẫn đến tình trạng TNGT đường bộ chủ yếu là do việc thiếu kiến thức về Luật giao thông đường bộ cùng ý thức chưa tốt khi tham gia giao thông đã dẫn đến nhiều hành vi nguy cơ bao gồm tình trạng sử dụng rượu, bia khi điều khiển phương tiện, chạy quá tốc độ, không sử dụng trang thiết bị an toàn. Nhưng các nghiên cứu tìm hiểu nguyên nhân về TNGT ở lứa tuổi học sinh THPT chưa nhiều, đặc biệt là trong giai đoạn hiện nay. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "*Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện Luật giao thông đường bộ của học sinh trường Trung*

học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017". Với 02 mục tiêu:

- *Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về việc thực hiện Luật giao thông đường bộ của học sinh trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017.*

- *Xác định một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện Luật giao thông đường bộ của học sinh trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh lớp 10 đến lớp 12 đang theo học tại trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017

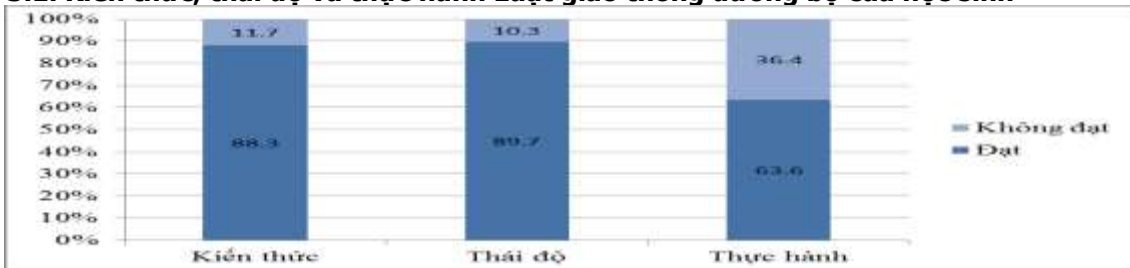
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả với điều tra cắt ngang có phân tích

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu: nghiên cứu định: 360 học sinh đang học tại trường.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và làm sạch, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0. Số liệu được trình bày dưới dạng bảng, biểu đồ kết hợp phiên giải bàn luận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức, thái độ và thực hành Luật giao thông đường bộ của học sinh



Biểu đồ 3.1. Kiến thức, thái độ và thực hành Luật giao thông đường bộ của đối tượng nghiên cứu

Qua biểu đồ 3.1 ta thấy tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt là 88,3%, tỷ lệ học sinh có thái độ tích cực với Luật giao thông đường bộ là 89,7%, tỷ lệ học sinh thực hành đạt chiếm tỷ lệ thấp chiếm 63,6%.

3.2. Kết quả phân tích hồi quy logistic đơn biến

Bảng 3.1. Mô hình yếu tố liên quan đến việc thực hành Luật giao thông đường bộ của đối tượng nghiên cứu

Biến độc lập		Thực hành đạt OR (95%CI)
Khôi học	10	1
	11	0,7(0,4 - 1,3)
	12	0,5(0,3 - 0,9)
Giới	Nam	1
	Nữ	2,1(1,3 - 3,2)
Sống cùng bố mẹ	Không	1
	Có	0,9(0,5 - 2,1)
Xe mô tô	Không	1
	Có	0,5(0,4 - 0,8)
Xe gắn máy	Không	1

	Có	1,6(1,1 – 2,5)
Xe đạp máy	Không	1
	Có	0,8(0,5 – 1,4)
Xe đạp	Không	1
	Có	1,2(0,7 – 2,0)
Kiến thức	Không đạt	1
	Đạt	2,9(1,5 – 5,7)
Thái độ	Không tích cực	1
	Tích cực	2,0(1,1 – 3,9)
Nghe/biết về Luật GTĐB	Không	1
	Có	4,1(1,8 – 9,5)
Cần thiết truyền thông về Luật GTĐB	Không	1
	Có	4,1(1,5 – 11,0)
Cần nhận thêm thông tin về Luật GTĐB	Không	1
	Có	2,1(1,2 - 3,6)

Kết quả ở bảng 3.6 cho thấy, có 09 yếu tố liên quan đến việc thực hành Luật GTĐB đạt (95%CI không chứa giá trị 1), đó là: khối học, giới, có xe mô tô, xe gắn máy, kiến thức, thái độ, nghe/biết về Luật GTĐB, cần thiết truyền thông về Luật GTĐB và cần nhận thêm thông tin về Luật GTĐB.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện Luật giao thông đường bộ

Bảng 3.2. Kết quả hồi quy logistic đa biến về xác định một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện Luật giao thông đường bộ.

Biến độc lập	Thực hành đạt	
Giới: Nam	1	
Nữ	1,9(1,2-3,0)	
Kiến thức về Luật GTĐB:	Không đạt	1
	Đạt	2,1(1,1-4,4)
Nhận thông tin về Luật GTĐB:	Không	1
	Có	2,7(1,1-6,7)

Bảng 3.2 cho thấy, việc thực hiện tốt Luật GTĐB liên quan đến 3 yếu tố: giới, kiến thức về Luật GTĐB và việc nhận thông tin về Luật GTĐB (với 95%CI không chứa giá trị 1). Học sinh nữ thực hiện Luật GTĐB tốt hơn 1,9 lần so với học sinh nam. Những học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB thì thực hiện tốt hơn 2,1 lần những học sinh có kiến thức không đạt. Những học sinh được nhận thông tin về Luật GTĐB thì thực hiện tốt hơn 2,7 lần những học sinh không được nhận thông tin về Luật GTĐB

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thái độ và thực hành luật giao thông đường bộ của học sinh

Đa số các em điều biết về luật giao thông đường bộ. Số học sinh có mức độ kiến thức đạt là 88,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu "Kiến thức, thái độ, thực hành về đội mũ bảo hiểm đúng cách và tuân thủ

Luật giao thông đường bộ ở học sinh khối 6, 7 trường THCS Chu Văn An thị xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương" tỷ lệ học sinh có mức độ kiến thức về luật giao thông đường bộ đạt là chiếm 42% [3], nghiên cứu Nguyễn Văn Anh (64,3%) [1], nghiên cứu tại quận Hoàn Kiếm của Vũ Trí Hoạt (68,17%)[2]. Điều này là do học sinh đã nhận thức tác hại nghiêm trọng của TNGT, đặc biệt là chính các em cũng là người tham gia giao thông hàng ngày. Đồng thời, ngày nay học sinh được tiếp cận luật giao thông đường bộ tốt hơn thời điểm những năm trước khi các phương tiện truyền thông ngày càng phát triển, mạng internet, mạng xã hội cũng phổ biến hơn do đó mà an toàn giao thông được quan tâm một cách đặc biệt. Chính điều này đã làm góp phần tăng kiến thức về luật cho các em học sinh. Hơn nữa càng ngày con người có tư duy càng tiến bộ hơn việc học hành cũng trở nên dễ dàng hơn việc tiếp cận nhiều thông tin về luật kèm với việc tiếp thu nhanh sẽ giúp các em nắm bắt nhanh thông tin và có thêm các kiến thức đúng về luật. Kết quả đánh giá học sinh có thái độ tích cực với việc tuân thủ giao thông đường bộ nghiên cứu dựa vào 4 tiêu chuẩn trên. Học sinh nào có tổng điểm lớn hơn mức điểm trung bình được coi là có thái độ tích cực nhóm còn lại là thái độ thiếu tích cực. Kết quả cho thấy số học sinh có thái độ tích cực với Luật giao thông đường bộ là 323 em trên tổng số 360 em chiếm 89,7%, học sinh có thái độ không tích cực là 37 em, tỷ lệ học sinh thực hành đạt về việc thực hiện Luật GTĐB chiếm 63,6%. Tỷ lệ học sinh thực hành không đạt về việc thực hiện Luật GTĐB chiếm 36,4%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Anh [1], (>95% học sinh thực hành không đạt khi đi xe máy và 2/3 học sinh tham gia nghiên cứu thực hành không đạt khi đi bộ, xe đạp).

4.2. Một số yếu tố liên quan đến việc thực hiện Luật giao thông đường bộ của học sinh

Nghiên cứu được tiến hành trong cùng một cấp học, độ tuổi nghiên cứu không có sự giao động nhiều nên không có nhiều ý nghĩa so sánh, cần có những nghiên cứu có quy mô lớn hơn để có thể tìm ra sự khác biệt về kiến thức thái độ và thực hành ở những nhóm tuổi khác nhau.

Yếu tố kiến thức được tìm thấy trong mỗi liên qua đến việc thực hiện Luật giao thông đường bộ của học sinh. Những học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB thì thực hiện tốt hơn 2,1 lần những học sinh có kiến thức không đạt. Điều này là hợp lý, vì khi có kiến thức đúng về GTĐB thì các em sẽ biết cách để thực hành đúng hơn. Nếu kiến thức về Luật giao thông đường bộ không đạt thì việc thực hiện Luật giao thông đường bộ sẽ gặp rất nhiều các khó khăn vì các em không biết như thế nào là thực hiện đúng, như thế nào là thực hiện sai. Kiến thức về Luật không đạt làm cho các em vô tình mắc các lỗi về an toàn giao thông, có kiến thức giúp các em hạn chế mắc phải các lỗi khi tham gia giao thông điều đó có thể giúp các em thực hiện Luật giao thông tốt hơn, có kiến thức còn giúp các em giảm đi các hành vi nguy cơ gây tai nạn giao thông và tránh được hậu quả của tai nạn giao thông. Kết quả nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Hằng Tú My và Trần Thiện Thuần, học sinh có kiến thức chung đúng về lợi ích của đội MBH sẽ có thực hành đội MBH cao gấp 1,39 lần so với học sinh có kiến thức chưa đúng [3].

Bên cạnh yếu tố về kiến thức Luật giao thông, yếu tố tiếp nhận thông tin về luật cũng ảnh hưởng tới việc thực hiện Luật an toàn giao thông của các em. Kết quả nghiên cứu cho những học sinh không được tiếp nhận thông tin về Luật thì thực hiện chưa đạt Luật giao thông đường bộ cao hơn nhóm học sinh được được nhận thông tin về Luật cụ thể là những học sinh không được tiếp nhận thông tin về Luật GTĐB thì thực hiện luật chưa tốt 2,7 lần so với những học sinh được nhận thông tin về Luật GTĐB. Sự tiếp nhận thông tin về luật giao thông đường bộ cũng ảnh hưởng tới kiến thức về luật của các em. Khi chưa được tiếp nhận thông tin về luật các em sẽ không có kiến thức đúng về Luật, khi đó các em tham gia giao thông theo bản năng con người chứ không tuân theo một nguyên tắc nào vì thế việc thực hiện đúng Luật giao thông sẽ rất hạn chế. Kiến thức đúng về Luật giao thông cũng là một trong các yếu tố ảnh hưởng tới việc thực hiện Luật mà sự tiếp nhận thông tin lại ảnh hưởng trực tiếp đến kiến thức về Luật của các em. Không có sự tiếp nhận thông tin về Luật giao thông đường bộ sẽ không có kiến thức đúng về luật và sẽ làm giảm

khả năng thực hiện đúng Luật giao thông đường bộ. Hai yếu tố này liên quan chặt chẽ đến nhau và có vẻ phù hợp. Trong nghiên cứu của Lê Tăng Tú Mỹ và Trần Thiện Thuần cũng có kết quả: tỷ lệ thực hành an toàn giao thông đúng ở học sinh đã được học Luật giao thông đường bộ cao hơn 1,41 lần so với những học sinh chưa được học Luật giao thông tại trường[3]. Vì thế cần cung cấp các thông tin cho em học sinh, khi có sự tiếp nhận thông tin sẽ giúp các em thực hiện luật tốt hơn.

Một trong các yếu tố ảnh hưởng tới việc thực hiện luật đó là giới. Học sinh nam thực hiện Luật giao thông đường bộ chưa đạt gấp 1,9 lần so với học sinh nữ. Học sinh nam thường hiếu động, tâm lý thích thể hiện hơn, thích mạo hiểm hơn, liều lĩnh hơn, thích tốc độ hơn và sử dụng rượu bia nhiều hơn các em nữ. Ở độ tuổi này cái tôi của các em học sinh rất cao, thích thể hiện với bạn bè, nhiều em còn thấy ngại với bạn bè khi mình phải đội mũ bảo hiểm. Vì lý do đó nhiều khi các em chưa ý thức được hết các hành vi của mình nguy hiểm như thế nào. Theo nghiên cứu kiến thức thái độ, thực hành về phòng chống TNGTĐB và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường THPT Tây Hồ, Hà Nội của Nguyễn Văn Anh: nam giới không đội mũ bảo hiểm cao hơn nữ giới gấp 1,4 lần [1]. Điều này càng cho thấy sự hợp lý giữa mối liên quan giữa giới tính về việc thực hiện luật. Để cả thiện tốt việc thực hiện luật của học sinh cần phải chú ý tác động hơn đến các em học sinh nam.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức, thái độ và thực hành luật giao thông đường bộ của học sinh:

- Tỷ lệ học sinh có kiến thức đạt chiếm 88,3%.
- Tỷ lệ học sinh có thái độ tích cực về việc thực hiện Luật giao thông đường bộ chiếm 63,6%.
- Tỷ lệ học sinh có thái độ tích cực về việc thực hiện Luật giao thông đường bộ chiếm 89,7%.

Việc thực hiện tốt Luật GTĐB liên quan đến 3 yếu tố: giới, kiến thức về Luật GTĐB và việc nhận thông tin về Luật GTĐB (95%CI không chứa giá trị 1): Học sinh nữ thực hiện Luật GTĐB tốt hơn 1,9 lần so với học sinh nam.

- Những học sinh có kiến thức đạt về Luật GTĐB thì thực hiện tốt hơn 2,1 lần những học sinh có kiến thức không đạt.

- Những học sinh được nhận thông tin về Luật GTĐB thì thực hiện tốt hơn 2,7 lần những học sinh không được nhận thông tin về Luật GTĐB.

KHUYẾN NGHỊ

Tăng cường truyền thông, cung cấp thông tin về Luật giao thông cho các em học sinh qua các buổi sinh hoạt ngoại khóa, hội thi về Luật giao

thông đường bộ kết hợp với giảng dạy và truyền thông tập trung vào nhóm học sinh nam về các hành vi nguy cơ.

Cha mẹ và các bậc phụ huynh cần cung cấp các thông tin đầy đủ và chi tiết về Luật giao thông đường bộ cho các em, đồng thời hướng dẫn các em về cách thức điều khiển phương tiện khi tham gia giao thông trước khi cho các em tham gia giao thông.

Tăng cường sự phối hợp từ nhà trường, phụ huynh và đoàn thanh niên để kiểm tra, giám sát việc thực hiện an toàn giao thông của các em học sinh cả ở bên trong và bên ngoài trường học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Anh (2009), *Kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống TNGTĐB và một số yếu*

tổ liên quan ở học sinh trường THPT Tây Hồ, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Hà Nội, Trường Đại học Y tế công cộng.

2. Vũ Trí Hoat (2008), *Đánh giá thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành đội mũ bảo hiểm của thanh niên từ 18- 24, tại Hoàn Kiếm sau 6 tháng thực hiện nghị quyết 322007-NQ-CP* Luận văn thạc sỹ y tế công cộng, Hà Nội Trường Đại học Y tế công cộng.

3. Lê Tăng Tú My, Trần Thiên Thuận (2010), "Kiến thức, thái độ, thực hành về đội mũ bảo hiểm đúng cách và tuân thủ Luật giao thông ở khối 6, 7 trường THCS Chu Văn An xã Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương, tháng 4, năm 2009", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 1(14), tr. 1-9.

4. Tổng cục thống kê (2015). *Báo cáo Tình hình kinh tế - xã hội 5 tháng năm 2015*.

5. WHO (2010). *The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies Plan 2010-2011: Road safety*.

ĐÁNH GIÁ TÁC ĐỘNG CỦA PHƯƠNG THỨC CHI TRẢ KHOẢN ĐỊNH SUẤT BẢO HIỂM Y TẾ TỚI NGƯỜI BỆNH TẠI MỘT SỐ TỈNH ĐỒNG BẰNG SÔNG CỬU LONG

Dương Huy Lương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại 5 tỉnh đại diện cho 12 tỉnh vùng đồng bằng sông Cửu Long nhằm góp phần cung cấp bằng chứng khoa học cho việc hoàn thiện phương thức chi trả khoản định suất để bảo đảm tính khoa học và thực tiễn, nhằm tăng cường quyền lợi của người tham gia bảo hiểm y tế (BHYT) vào năm 2008. Đối tượng nghiên cứu là 303 bệnh nhân nội trú thuộc nhóm sản phụ đẻ thường và 279 bệnh nhân ngoại trú có 2 bệnh kết hợp đái tháo đường và tăng huyết áp. Một số kết quả chính: đối tượng bệnh nhân nội trú, số thuốc sử dụng giữa sản phụ đẻ thường có và không có BHYT có sự khác biệt rõ rệt. Nhóm sản phụ đẻ thường không có BHYT dùng thuốc đặc trị và thuốc giảm đau cao gấp đôi so với nhóm có BHYT. Tổng chi phí cho đợt điều trị của sản phụ đẻ thường có BHYT thấp hơn so với nhóm không có BHYT. Với đối tượng bệnh nhân ngoại trú, tỷ lệ người bệnh cho biết được cán bộ y tế công khai thuốc và vật tư sử dụng này ở những người có BHYT cao hơn so với những người không có BHYT. Có khoảng 10% người bệnh phải mua thêm thuốc ngoài điều trị.

Từ khóa: phương thức chi trả, khoản định suất, bảo hiểm y tế, Đồng bằng sông Cửu Long.

SUMMARY

THE IMPACT ASSESSMENT FOR HEALTH

*Cục Quản lý Khám, chữa bệnh, Bộ Y tế,
Chịu trách nhiệm chính: Dương Huy Lương
Email: dr.luong.vn@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.4.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.6.2017
Ngày duyệt bài: 19.6.2017

INSURANCE CAPITATION PAYMENT MECHANISM TO PEOPLE IN PROVINCES IN MEKONG DELTA

The study was conducted in 5 provinces representing 12 provinces in the Mekong Delta in 2008 to provide scientific evidence to improve the capitation payment mechanism and strengthen the benefits of health insurance participants. The study sample consisted of 303 in-patients with vaginal deliveries and 279 out-patients with diabetes and hypertension. Some main findings are that the number of drugs used among in-patients with and without health insurance varied significantly. Patients who do not have health insurance were nearly twice as likely to have specialized drugs and painkillers than those who have health insurance. The total costs for the treatment of patients with health insurance were lower than those without health insurance. For outpatients, the proportion of patients reporting that health care providers disclose drugs and supplies was higher among those with health insurance than those without health insurance. Around 10% of patients had to buy more medicine for treatment.

Key words: payment mechanism, capitation, health insurance, Mekong Delta.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bảo hiểm y tế (BHYT) Việt Nam ra đời từ năm 1992 và chủ yếu áp dụng phương thức thanh toán là chi trả theo dịch vụ [1]. Đây là phương thức tiềm ẩn nhiều rủi ro trong các phương thức thanh toán và hệ quả là làm leo thang chi phí y tế cũng như chi phí quản lý hành chính, dẫn tới mất cân bằng thu chi quỹ BHYT.

Luật BHYT ban hành năm 2008 đã quy định việc xây dựng và khuyến khích các cơ sở khám chữa bệnh thực hiện phương thức thanh toán theo ca bệnh, nhóm chẩn đoán, định suất [2]. Theo lộ trình thực hiện Luật BHYT, tất cả các cơ sở đăng ký ban đầu phải áp dụng khoán quỹ định suất. Sau thời gian triển khai thí điểm, bên cạnh những ưu điểm, việc khoán định suất cũng bộc lộ những hạn chế có thể ảnh hưởng tới quyền lợi của người bệnh và cơ sở cung ứng dịch vụ y tế.

Để góp phần cung cấp bằng chứng cho việc triển khai khoán định suất được tốt hơn, bảo đảm tính khoa học và thực tế nhằm tăng cường quyền lợi của người tham gia BHYT, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá tác động của phương thức chi trả khoán định suất Bảo hiểm y tế tới người bệnh tại Đồng Bằng Sông Cửu Long" với các mục tiêu như sau: (1) Tác động của việc thực hiện khoán định suất BHYT tới người bệnh nội trú có BHYT và không có BHYT và (2) Tác động của việc thực hiện khoán định suất BHYT tới người bệnh ngoại trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh án của

Bảng 1. So sánh xét nghiệm của bệnh nhân có BHYT và không có BHYT

Xét nghiệm, thuốc	Số trung bình		P
	Có BHYT (n=248)	Không có BHYT (n=55)	
Xét nghiệm, thăm dò			
Xét nghiệm máu	2,367	1,782	<0,05
Xét nghiệm nước tiểu	0,786	0,655	
Điện tim	0,395	0,673	<0,05
X Quang	0,044	0,164	<0,05
Siêu âm	0,637	0,545	
Nội soi	0,012	0	
Các xét nghiệm khác	0,617	1,036	<0,05
Thuốc sử dụng			
Tổng số thuốc	3,96	4,60	<0,05
Số loại thuốc kháng sinh	0,915	0,964	
Số loại thuốc giảm đau	0,448	0,709	<0,05
Số loại thuốc đặc trị bệnh	1,286	0,6	<0,05
Số loại thuốc vitamin	1,423	1,509	
Số loại thuốc khác	1,883	3,091	<0,05

Nguồn: Số liệu khảo sát tại 5 tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long 2011-2012, VHEA

So sánh người bệnh nội trú có BHYT và không có BHYT cho thấy có sự khác biệt về các xét nghiệm giữa người bệnh có và không có BHYT, nhưng không có xu hướng rõ rệt. Người bệnh có BHYT xét nghiệm máu trung bình là 2,36 cao hơn so với người bệnh không có BHYT là 1,78.

Số thuốc sử dụng giữa người bệnh có và không có BHYT cũng có khác biệt ở một số loại. Khác biệt rõ rệt chủ yếu ở thuốc đặc trị, thuốc giảm đau các loại thuốc khác. Người bệnh không có BHYT dùng

người bệnh ngoại trú, người bệnh nội trú có và không có thẻ BHYT.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: tiến hành tại 5 tỉnh đại diện cho 12 tỉnh trong vùng Đồng bằng sông Cửu Long (ĐBSCL): Bạc Liêu, Sóc Trăng, An Giang, Đồng Tháp, Tiền Giang.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp với thu thập thông tin hồi cứu bệnh án (trong vòng 1 năm trước thời điểm nghiên cứu).

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: chọn 5 tỉnh có chủ đích đại diện cho 12 tỉnh thuộc vùng ĐBSCL, mỗi tỉnh chọn 2 huyện đã triển khai thanh toán BHYT theo định suất. Tại mỗi huyện lấy ngẫu nhiên 303 bệnh án của bệnh nhân nội trú là các sản phụ đẻ thường và 279 bệnh án của bệnh nhân ngoại trú có 2 bệnh kết hợp gồm đái tháo đường và tăng huyết áp.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch và phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

III. KẾT QUẢ

1. Khảo sát người bệnh nội trú từ bệnh án lưu trữ

thuốc giảm đau và thuốc đặc trị cao gần gấp đôi khác biệt so với người bệnh có BHYT.

Bảng 2. Chi phí của bệnh nhân đẻ thường có và không có BHYT

Thuốc sử dụng	Số trung bình	
	Có BHYT (n=248)	Có BHYT (n=248)
Tổng chi phí cho đợt điều trị	506,764.5	570,242.7

Phần do BHYT chi trả	356,658.1	-
Phần do bệnh nhân thanh toán	227,502.2	570,242.7

Nguồn: Số liệu khảo sát tại 5 tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long 2011-2012, VHEA

Tổng chi phí cho đợt điều trị của người bệnh có BHYT thấp hơn so với người bệnh không có BHYT, tuy nhiên mức chênh lệch không cao, chỉ chênh 64 ngàn đồng, chiếm tỷ lệ 11,2% so với tổng chi phí của người bệnh không có thẻ BHYT.

2. Khảo sát bệnh nhân ngoại trú từ bệnh án lưu trữ

Bảng 3. Tình hình sử dụng xét nghiệm của bệnh nhân ngoại trú

Các bệnh nhân ngoại trú được xét nghiệm máu trung bình 1,76 xét nghiệm. Tuy nhiên có 154/279 bệnh nhân không được xét nghiệm máu, chiếm tỷ lệ 55%. Trên thực tế, các bệnh nhân ngoại trú đều có thẻ BHYT nên không so sánh được với bệnh nhân không có thẻ BHYT.

Các xét nghiệm	Trung bình số xét nghiệm
Trung bình các xét nghiệm	2,18
Tổng số xét nghiệm máu	1,76

Bảng 5. Một số nhận xét của người bệnh ngoại trú về sử dụng thuốc điều trị

	Có bảo hiểm		Không bảo hiểm		Chung	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Được BHYT công khai thuốc và vật tư y tế sử dụng	260	100,00	21	100,00	281	100,00
1. Có	245	94,23	16	76,19	261	92,88
2. Không	7	2,69	0	0	7	2,49
3. Không biết	8	3,08	5	23,81	13	4,63
Được yêu cầu đi mua thêm thuốc khác để điều trị	260	100,00	21	100,00	281	100,00
1. Có	26	10	2	9,52	28	9,96
2. Không	234	90	19	90,48	253	90,04
3. Không biết	0	0,00	0	0,00	2	0,71
Đánh giá về cung cấp thuốc của bệnh viện	260	100,00	21	100,00	281	100,00
1. Đầy đủ	230	88,46	19	90,48	249	88,61
2. Thiếu	10	3,85	1	4,76	11	3,91
3. Không ý kiến	20	7,69	1	4,76	21	7,47

Nguồn: Số liệu khảo sát tại 5 tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long 2011-2012, VHEA

Đa số người bệnh cho biết có được cán bộ y tế công khai thuốc và vật tư sử dụng. Tỷ lệ này ở những người có BHYT cao hơn so với những người không có BHYT. Có khoảng 10% người bệnh phải mua thêm thuốc ngoài điều trị. Đa số người bệnh đánh giá việc cung cấp thuốc của bệnh viện là đầy đủ, chiếm tỷ lệ 88,6%.

IV. BÀN LUẬN

Người dân là đối tượng thụ hưởng các chính sách của Nhà nước và kết quả nghiên cứu này cho thấy việc thực hiện khoán định suất có một

Tổng số xét nghiệm nước tiểu	0,24
Tổng số điện tim	0,15
Tổng số X Quang	0,00
Tổng số siêu âm	0,01
Tổng số các xét nghiệm khác	0.02

Nguồn: Số liệu khảo sát tại 5 tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long 2011-2012, VHEA

Bảng 4. Tình hình sử dụng thuốc của bệnh nhân ngoại trú

Tình hình sử dụng thuốc	Số thuốc trung bình
Tổng số thuốc trung bình	4,1
Số loại thuốc kháng sinh	0.03
Số loại thuốc giảm đau	0.32
Số loại thuốc đặc trị bệnh	2.74
Số loại thuốc vitamin	0.18
Số loại thuốc khác	0.79

Nguồn: Số liệu khảo sát tại 5 tỉnh Đồng bằng sông Cửu Long 2011-2012, VHEA

Trung bình mỗi người bệnh được kê đơn 4,1 loại thuốc, trong đó nhiều nhất là các thuốc đặc trị bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp.

số tác động đến người dân.

Kết quả nghiên cứu từ việc hồi cứu bệnh án người bệnh nội trú đề thường cho thấy có sự khác biệt về các xét nghiệm giữa người bệnh có và không có BHYT, tuy nhiên không có xu hướng rõ rệt. Người bệnh có BHYT xét nghiệm máu trung bình là 2,36 cao hơn so với người bệnh không có BHYT là 1,78 (Bảng 1). Dựa trên kết quả này có thể đưa ra nhận định là quyền lợi của người bệnh có BHYT vẫn được đảm bảo khi thực hiện các xét nghiệm.

So sánh số thuốc sử dụng giữa người bệnh có và không có BHYT có sự khác biệt ở một số loại. Khác biệt rõ rệt chủ yếu ở các loại thuốc khác và thuốc giảm đau. Người bệnh không có BHYT dùng thuốc giảm đau cao gấp đôi so với người bệnh có BHYT (khác biệt có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$). Như vậy mặc dù không có khác biệt nhiều trong sử dụng thuốc, nhưng có thể nhận định rằng người bệnh có BHYT có thể bị cắt giảm những thuốc không phải là thuốc đặc trị, ví dụ như thuốc giảm đau. Hay nói một cách hình tượng thì *người bệnh có BHYT sẽ phải "chịu đau" nhiều hơn các người bệnh trả phí*. Tuy nhiên về mặt chuyên môn thì các thuốc đặc trị giữa các nhóm người bệnh có và không có BHYT vẫn đều được đảm bảo.

So sánh về chi phí cho đợt điều trị thì người bệnh có BHYT thấp hơn so với người bệnh không có BHYT, tuy nhiên mức chênh lệch không cao. Cho dù mức chênh lệch không cao nhưng như vậy cũng có thể nhận thấy xu hướng tiết kiệm chi tiêu hơn của các người bệnh có BHYT so với người bệnh trả phí trực tiếp. Khi cân đối quỹ thâm hụt thì sẽ giới hạn trong vấn đề điều trị, như chỉ định thuốc, lâm sàng, có xu hướng giảm chi phí điều trị [4],[5]. Từ đó có thể làm ảnh hưởng về chuyên môn và quyền lợi người bệnh.

Một số bệnh viện có quan điểm thẳng thắn là khoán định suất nếu đầy đủ thì sẽ nâng cao chất lượng khám chữa bệnh, nhưng nếu khoán không đầy đủ, bệnh viện muốn bảo tồn quỹ thì sẽ ảnh hưởng đến chất lượng, quyền lợi người bệnh bị thiệt thòi. Ví dụ như người bệnh bị tăng men gan, do có hạn chế nên không làm được đầy đủ xét nghiệm. Kết quả khảo sát bệnh nhân ngoại trú cũng có thể đưa ra nhận định tương tự. Các người bệnh ngoại trú là những người bị đái tháo đường kết hợp với tăng huyết áp. Các bệnh nhân ngoại trú được xét nghiệm máu trung bình 1,76 xét nghiệm. Tuy nhiên có 154/279 bệnh nhân không được xét nghiệm máu, chiếm tỷ lệ 55%. Bệnh đái tháo đường có đặc điểm là bệnh cần xét nghiệm máu thường xuyên. Tuy nhiên số người bệnh không được xét nghiệm máu chiếm tỷ lệ khá cao. Kết quả này cho thấy rằng người bệnh có thể bị giảm một số xét nghiệm. Mặc dù số lượng thuốc không giảm nhưng việc giảm xét nghiệm có thể có những hậu quả ngoài mong muốn như không theo dõi được sức khỏe người bệnh chặt chẽ. Nhìn chung, khi thực hiện khoán định suất, quyền lợi của một số đối tượng người

bệnh có thể sẽ bị ảnh hưởng theo xu hướng giảm đi [6].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Một số phát hiện chính là số thuốc sử dụng giữa người bệnh có và không có BHYT có sự khác biệt rõ rệt, chủ yếu ở các loại thuốc khác và thuốc giảm đau. Người bệnh có BHYT có số xét nghiệm máu trung bình là 2,4; cao hơn so với người bệnh không có BHYT là 1,9. Người bệnh không có BHYT dùng thuốc giảm đau cao gấp đôi so với người bệnh có BHYT. Tổng chi phí cho đợt điều trị của người bệnh có BHYT thấp hơn so với người bệnh không có BHYT. Khi thực hiện khám định suất quyền lợi của người tham gia BHYT khi khám chữa bệnh đã được đảm bảo. Bệnh viện đã thực hiện tiết kiệm chi tiêu hơn khi sử dụng thuốc ít hơn ở nhóm thuốc không phải là nhóm thuốc chính để chữa bệnh.

Khoán định suất là một phương thức thanh toán BHYT được áp dụng hiện hành, tuy nhiên phương thức này vẫn có một số hạn chế, gây ảnh hưởng đến quyền lợi người bệnh. Để khắc phục các hạn chế này cần thực hiện một lộ trình nghiên cứu cụ thể, trong đó chú trọng xây dựng suất phí khoa học và cơ chế thanh toán hợp lý, có sự tham gia và thống nhất giữa các bệnh viện và cơ quan BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội đồng Bộ trưởng (1992)**, *Nghị định ban hành Điều lệ Bảo hiểm Y tế*, số 299/HĐBT, ngày 15/08/1992.
2. **Quốc hội (2008)**, *Luật Bảo hiểm Y tế*, số 25/2008/QH12, ngày 14/11/2008
3. **Bộ Y tế (2012)**, *Báo cáo đánh giá 3 năm thực hiện Luật BHYT và đề xuất sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật BHYT*, Hà Nội.
4. **Võ Văn Chí & Trần Thúc Khải (2010)**, "Đánh giá hiệu quả và khả thi của phương thức thanh toán chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế theo định suất", *Đổi mới cơ chế tài chính y tế - Thực trạng và giải pháp (Kỷ yếu Hội nghị khoa học kinh tế y tế lần thứ nhất)*, tr. 241-205.
5. **Telyukov A. (2001)**, *Guide to Prospective Capitation with Illustrations from Latin America*.
6. **Hoàng Thị Hiệp, Đỗ Khánh Chiến & Phan Thực Anh (2012)** "Đánh giá thực hiện khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại 30 xã của 5 tỉnh thuộc Dự án GAVI" *Tài chính y tế hướng tới chăm sóc sức khỏe toàn dân (Kỷ yếu Hội nghị khoa học kinh tế y tế lần thứ hai)*, tr.370-381.
7. **WHO (2010)**, *The World Health Report 2010 – Health system financing: the path to universal coverage*, Geneva, Switzerland.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG CHỐNG TẬT KHÚC XẠ CỦA HỌC VIÊN TẠI 3 TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRẦN ĐẠI NGHĨA, NGUYỄN HUỆ VÀ NGÔ QUYỀN

Phí Vĩnh Bảo¹, Nguyễn Văn Tập²,
Nguyễn Thanh Bình², Trần Văn Hưởng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Điều tra kiến thức, thực hành phòng chống tật khúc xạ của học 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 học viên tại 3 trường đại học Trần Đại Nghĩa, Nguyễn Huệ và Ngô Quyền năm 2015. **Kết quả:** Tỷ lệ học viên có kiến thức đúng về tật khúc xạ là 16,5%. Trong đó, tỷ lệ có kiến thức chung 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 dự phòng là 19,1%. Tỷ lệ học viên có thực hành chung đúng về phòng chống tật khúc xạ là 16,8%. Trong đó, tỷ lệ học viên có thực hành đúng trong sinh hoạt, giải trí là 37,1% và có thực hành đúng trong học tập là 32,4%. Kiến thức và thực hành có liên quan đến tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở học viên ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nhà trường cần phải có các giải pháp truyền thông thích hợp nhằm nâng cao kiến thức và thực hành phòng chống tật khúc xạ một cách hiệu quả cho học viên.

Từ khóa: tật khúc xạ, học viên, kiến thức, thực hành.

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE ON PREVENTING REFRACTIVE ERRORS AMONG STUDENTS ATTENDING TRAN DAI NGHIA UNIVERSITY, NGUYEN HUE UNIVERSITY AND NGO QUYEN UNIVERSITY

Objectives: To survey the knowledge, practice on preventing refractive errors among students attending Tran Dai Nghia university, Nguyen Hue university and Ngo Quyen university. **Methods:** Employing the cross-sectional study on 1.050 students attending Tran Dai Nghia University, Nguyen Hue University and Ngo Quyen University in 2015. **Results:** The study indicated that 16.5% of the students under study provided good knowledge of refractive errors. Among those, 84.6% had good knowledge of the signs and symptoms of refractive errors; 21.2% had good knowledge of cause of refractive error in daily activities; 34.4% had good knowledge of cause of refractive error in studying; and 19.1% had good

knowledge of the methods preventing refractive error. In addition, an overall 16.8% of those under survey performed good practice on preventing refractive error. Among those, 37.1% had good practice in daily activities; and 32.4% had good practice in studying. Finally, the knowledge and practice of preventing refractive error were found significant association with refractive error ($p < 0.05$). **Conclusion:** Universities need to have appropriate communication solutions to improve knowledge and practice effectively preventing refractive error for students.

Keywords: refractive errors, student, knowledge, practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là một trong những nguyên nhân chính gây giảm thị lực có thể khắc phục được nếu được phát hiện sớm. Theo thống kê năm 2010 về tỷ lệ tật khúc xạ trên toàn thế giới khoảng 2,5 tỷ người, trong đó khoảng 80% đến 95% số người mắc tật cận thị. Tại Việt nam, thống kê của Bệnh viện Mắt trung ương (khu vực phía Bắc) tỷ lệ tật cận thị là 48,10%, tại Bệnh viện Mắt Điện Biên Phủ (khu vực phía Nam) là 39,35%, của Viện khoa học giáo dục Việt Nam là 26,14% [3]. Trước tình hình đó, Bộ Y tế đã có chủ trương xây dựng "Chương trình phòng chống tật cận thị học đường" thuộc "Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống bệnh học đường". Tuy nhiên, nếu chỉ có sự nỗ lực từ nhân viên y tế hay các yếu tố bên ngoài mà không có sự hợp tác tốt từ chính đối tượng học sinh, học viên thì sẽ không mang lại kết quả cao. Do đó, truyền thông giáo dục sức khỏe về tật khúc xạ là việc làm cần thiết góp phần nâng cao sức khỏe, cũng như chất lượng học tập và nâng cao ý thức trách nhiệm của học viên, nhà trường trong việc bảo vệ thị lực của các em trong chương trình chăm sóc sức khỏe học đường. Chính vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm đưa ra các biện pháp quản lý giáo dục sức khỏe thích hợp để kiểm soát tốt tình hình mắc tật khúc xạ ở học viên hiện nay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm:

- Từ tháng 4/2015 đến tháng 9/2015.
- Tại 3 trường: Đại học Trần Đại Nghĩa, Đại học Nguyễn Huệ và Đại học Ngô Quyền.

¹Bệnh viện Quân Y 175

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh,

³Bệnh viện đa khoa Nam Anh

Chịu trách nhiệm chính: Phí Vĩnh Bảo

Email: phivinbao@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Học viên 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 học viên năm thứ nhất trường cao đẳng Kỹ thuật Y tế II, kết quả cho thấy tỷ lệ học viên giảm thị lực do tật khúc xạ là 21,5% [2], 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 $n = 1.038$ học viên. Thực tế chọn 1.050 học viên.

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

2.7 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.

2.8 Đạo đức nghiên cứu: Học viên tham gia nghiên cứu với tinh thần tự nguyện được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 175, trường Đại học Trần Đại Nghĩa, Đại học Nguyễn Huệ và Đại học Ngô Quyền.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Khảo sát 1.050 học viên, tỷ lệ học 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 học 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 mắc tật khúc xạ chung ở học viên là 23,3%.

Bảng 1. Kiến thức của học viên về tật khúc xạ (n=1.050)

Kiến thức		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Biểu hiện khi mắc tật khúc xạ	Thường mỏi mắt, nheo mắt	888	84,6	
	Giảm khả năng nhìn gần hoặc xa	1.047	99,7	
	Mắt vẫn nhìn bình thường	3	0,3	
	Kiến thức chung	Đúng	888	84,6
		Chưa đúng	162	15,4
Nguyên nhân trong sinh hoạt giải trí	Ít tham gia thể dục thể thao	422	40,2	
	Chơi game, sử dụng máy tính hoặc điện thoại nhiều giờ	929	88,5	
	Xem truyền hình ở khoảng cách gần	905	86,2	
	Ăn uống không đầy đủ dinh dưỡng	457	43,5	
	Kiến thức chung	Đúng	223	21,2
		Chưa đúng	827	78,8
Nguyên nhân trong học tập	Học tập nơi thiếu ánh sáng	1000	95,2	
	Bàn ghế không phù hợp	657	62,6	
	Đề sách vở quá gần hoặc quá xa mắt	866	82,5	
	Học tập nhiều giờ liên tục	936	89,1	
	Tư thế ngồi học không đúng	564	53,7	
	Kiến thức chung	Đúng	361	34,4
		Chưa đúng	689	65,6
Các biện pháp dự phòng	Học nơi đủ ánh sáng	1.001	95,3	
	Sử dụng thiết bị chiếu sáng đủ sáng và ổn định	467	44,5	
	Sử dụng bàn ghế phù hợp	670	63,8	
	Đọc sách tư thế ngồi thoải mái	318	30,3	
	Thư giãn sau mỗi 30 phút học bài hoặc làm việc hoặc tiếp xúc máy tính	357	34,0	
	Đặt sách vở cách mắt 30-40 centimet	649	61,8	
	Xem tivi ở khoảng cách xa > 1m	991	94,4	
	Ăn uống đầy đủ thịt trứng cá, rau quả giàu vitamin	271	25,8	
	Kiến thức chung	Đúng	201	19,1
		Chưa đúng	849	80,9
Kiến thức chung	Đúng	173	16,5	
	Chưa đúng	877	83,5	

Tỷ lệ học viên có kiến thức chung đúng về tật khúc xạ là 16,5%. Trong đó, tỷ lệ 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 dự phòng là 19,1%.

Bảng 2. Thực hành của học viên về phòng chống tật khúc xạ (n=1.050)

Thực hành		Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Thực hành trong sinh hoạt, giải trí	Thời gian xem truyền hình	< 2 giờ/ngày	1.013	96,5
		≥ 2 giờ/ngày	37	3,5
	Thời gian chơi game	< 2 giờ/ngày	990	94,3
		≥ 2 giờ/ngày	60	5,7
	Tiếp xúc máy tính	< 2 giờ/ngày	761	72,5
		≥ 2 giờ/ngày	289	27,5
	Chơi thể thao	Có	527	50,2
		Không	523	49,8
	Thực hành chung	Đúng	389	37,1
		Chưa đúng	661	62,9
Thực hành trong học tập	Mắt nhìn gần liên tục	< 2 giờ/ngày	858	81,7
		≥ 2 giờ/ngày	192	18,3
	Tư thế ngồi học	Đúng	549	52,3
		Không đúng	501	47,7
	Học tại hành lang	Không	849	80,9
		Có	201	19,1
	Học tại phòng ngủ	Không	778	74,1
		Có	272	25,9
	Thực hành chung	Đúng	340	32,4
		Chưa đúng	710	67,6
Thực hành chung		Đúng	176	16,8
		Chưa đúng	874	83,2

Tỷ lệ học viên có thực hành chung đúng về phòng chống tật khúc xạ là 16,8%. Trong đó, tỷ lệ học viên có thực hành đúng trong sinh hoạt, giải trí là 37,1% và có thực hành đúng trong học tập là 32,4%.

Bảng 3. Kiến thức liên quan đến thực hành phòng chống tật khúc xạ (n=1.050)

Kiến thức	Thực hành	p				OR (KTC 95%)
		Đúng		Chưa đúng		
		SL	%	SL	%	
Kiến thức	Đúng	44	25,4	129	74,6	1
	Chưa đúng	132	15,0	745	85,0	<0,05 1,93 (1,27 – 2,88)

Tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm học viên có kiến thức chưa đúng là 15,0% thấp hơn so với nhóm học viên có kiến thức đúng với 25,4% (OR=1,93; p<0,05).

Bảng 4. Kiến thức, thực hành liên quan đến tật khúc xạ (n=1.050)

Kiến thức, thực hành	Tật khúc xạ	p				OR (KTC 95%)
		Có		Không		
		SL	%	SL	%	
Kiến thức	Đúng	56	32,4	117	67,6	1
	Chưa đúng	189	21,6	688	78,4	<0,05 1,74 (1,20 – 2,52)
Thực hành	Đúng	2	1,1	174	98,9	1
	Chưa đúng	243	27,8	631	72,2	<0,05 33,50 (8,99 – 280,55)

Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nhóm học viên có kiến thức đúng cao hơn so với nhóm học viên có kiến thức chưa đúng (OR=1,74; p<0,05). Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở nhóm học viên có thực hành chưa đúng về phòng chống tật khúc xạ cao hơn so với nhóm có thực hành đúng (OR=33,50; p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kiến thức của học viên về phòng chống tật khúc xạ

Tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở học viên cao 23,3% nhưng kiến thức đúng của học viên về tật khúc xạ có tỷ lệ khá thấp 16,5%. Kết quả này thấp

hơn so với nghiên cứu của Đoàn Ngọc Minh Quân (2010), tại thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng là 49% [4] và nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Yến (2011), tại Kiên Giang, tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng là 56,8% [6]. Điều này có thể là do khác nhau trong cách

định nghĩa biến số ở từng nghiên cứu. Theo tác giả Lê Thị Thanh Xuyên và cộng sự (2007), tại thành phố Hồ Chí Minh, khảo sát 1.967 cha mẹ học sinh chỉ có 10% có kiến thức đúng về tật khúc xạ và khảo sát 752 giáo viên chỉ có 23,8% có kiến thức đúng về tật khúc xạ [5]. Đa phần học viên có kiến thức chưa đầy đủ về tật khúc xạ, điều này cho thấy nhu cầu cần được tư vấn thêm kiến thức về tật khúc xạ và chăm sóc mắt của học viên nói chung, học viên mắc tật khúc xạ nói riêng là rất lớn mà nhà trường cần quan tâm và đáp ứng.

Kiến thức về các biểu hiện khi mắc tật khúc xạ: 84,6% học viên có kiến thức đúng về tật khúc xạ, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Đoàn Ngọc Minh Quân (2010), tại thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng về biểu hiện là 59% [4] và nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Yến (2011), tại Kiên Giang, tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng về biểu hiện là 63,8% [6]. Đa phần học viên đều biết được các biểu hiện của tật khúc xạ là như thế nào, điều quan trọng trong việc học viên có thể phát hiện sớm những dấu hiệu bất thường về mắt để đi khám kịp thời và có những biện pháp để bảo vệ đôi mắt tốt hơn.

Kiến thức về các nguyên nhân gây tật khúc xạ: Tỷ lệ học viên có kiến thức đúng về nguyên nhân gây tật khúc xạ không cao trong sinh hoạt giải trí là 21,2% và trong học tập là 34,4%. Đa phần học viên chỉ biết được một số nguyên nhân như chơi game, sử dụng máy tính hoặc điện thoại nhiều giờ (88,5%), xem truyền hình ở khoảng cách gần (86,2%), học tập nơi thiếu ánh sáng (95,2%), để sách vở quá gần hoặc quá xa mắt (82,5%) và học nhiều giờ liên tục (89,1%) mà không biết rằng ít tham gia thể dục thể thao, ăn uống không đầy đủ chất dinh dưỡng, bàn ghế không phù hợp và tư thế ngồi học không đúng cũng là những nguyên nhân có thể gây mắc tật khúc xạ. Nghiên cứu của Đoàn Ngọc Minh Quân (2010), tại thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ học sinh có kiến thức đúng về tư thế ngồi học là 40% [4]. Theo Parag Dhoble và cộng sự (2013), khảo sát 250 học sinh trung học ở nông thôn Ấn Độ, tỷ lệ học sinh cho rằng nguyên nhân mắc tật khúc xạ do ăn uống không đầy đủ chất dinh dưỡng là 68% và do đọc sách, báo nhiều giờ liên tục là 22% [7] và Lily Nyamai và cộng sự (2014), khảo sát 1.390 học sinh trong độ tuổi 17 theo học tại các trường trung học ở Nairobi, Kenya, 37,8% học sinh cho rằng nguyên nhân mắc tật khúc xạ do ăn uống không đầy đủ chất dinh dưỡng. Nhìn chung, học sinh, học viên cần chú ý đến tư thế ngồi học, chế độ dinh dưỡng trong việc bảo vệ đôi mắt.

4.2 Thực hành đúng của học viên về phòng chống tật khúc xạ

Tỷ lệ học viên có thực hành đúng về phòng chống tật khúc xạ khá thấp 16,8% tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Yến (2011), tại Kiên Giang, tỷ lệ học sinh có thực hành đúng là 16,7% [6]. Nghiên cứu của Phạm Thị Kim Đức và cộng sự (2011), tỷ lệ học sinh cấp II và cấp III có thực hành đúng là 28% [3]. Theo Ume Habiba và cộng sự (2017), khảo sát 443 giáo viên tại Rawalpindi, Pakistan chỉ có 10,16% là có thực hành đúng về chăm sóc mắt cho học sinh tiểu học. Tỷ lệ thực hành đúng thấp do học viên chưa có ý thức cao trong việc bảo vệ đôi mắt. Di truyền và môi trường là một trong những nguyên nhân dẫn đến tật khúc xạ, nhưng một phần cũng do ý thức của học viên trong việc bảo vệ đôi mắt để mắt điều tiết quá mức trong các hoạt động như đọc sách, báo, xem truyền hình, chơi game, sử dụng máy vi tính nhiều giờ liên tục mà ít tham gia các hoạt động thể dục thể thao ngoài trời. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thực hành đúng ở nhóm học viên có kiến thức chưa đúng là 15,0% thấp hơn so với nhóm học viên có kiến thức đúng với 25,4% (OR=1,93; p<0,05). Như vậy để có thực hành đúng (là yếu tố quan trọng trong phòng chống tật khúc xạ) thì học viên cần có kiến thức đúng.

Tỷ lệ học viên có tư thế ngồi học đúng là 52,3%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Ngọc Yến (2011), tại Kiên Giang, tỷ lệ học sinh có tư thế ngồi học đúng là 83,1% [6]. Điều này có thể do học viên chưa thực sự nhận thức rõ tầm quan trọng của vấn đề phòng chống tật khúc xạ học đường. Nếu học viên không có tư thế ngồi học không đúng về lâu dài sẽ ảnh hưởng đến thị lực khi phần lớn thời gian của học viên dành cho việc học tập trên giảng đường. Nghiên cứu của Dương Hoàng Ân và cộng sự (2014), khảo sát tân học viên tại Đại học Thăng Long cho thấy học viên năm đọc sách có nguy cơ cận thị độ II trở lên cao gấp 2,23 lần học viên ngồi đọc sách (p<0,05) [1].

Tỷ lệ học viên có thói quen thường học ngoài hành lang và trong phòng ngủ là 19,1% và 25,9%. Học tập nơi thiếu ánh sáng rõ ràng sẽ gây tật khúc xạ ở các học viên, hành lang, phòng ngủ không phải là nơi được trang bị đầy đủ các trang thiết bị bàn ghế, chiếu sáng dành cho việc học, do đó những thói quen này cần hạn chế ở các học viên để giảm tỷ lệ mắc tật khúc xạ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ học viên có kiến thức đúng về tật khúc xạ là 16,5%. Tỷ lệ học viên có thực hành đúng

về phòng chống tật khúc xạ là 16,8%. Kiến thức và thực hành có liên quan đến tỷ lệ mắc tật khúc xạ ở học viên ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Hoàng Ân, Nguyễn Bạch Ngọc, Đinh Minh Anh (2014), *Thực trạng cận thị của tân học viên trường đại học Thăng Long năm 2013 - 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng*, Kỷ yếu công trình khoa học 2014 – Phần II, Trường Đại học Thăng Long.
2. Hoàng Ngọc Chương, Hoàng Hữu Khôi, Nguyễn Tịnh Anh (2010), "Đánh giá tình hình thị lực và tật khúc xạ của học sinh học 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.
3. Phạm Thị Kim Đức, Nguyễn Thị Hiền, Hà Huy Tài (2011), *Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc mắt của học sinh mắc tật khúc xạ đến khám tại phòng khám Bệnh viện Mắt Trung ương, Bệnh viện Mắt Trung ương*,
4. Đoàn Ngọc Minh Quân (2010), *Kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng chống bệnh cận thị học đường ở học sinh cấp II tại trường trung học cơ sở Trần Bội Cơ, quận 5, thành phố Hồ Chí Minh năm 2010*, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.20-35.
5. Lê Thị Thanh Xuyên, Bùi Thị Thu Hương, Phí Duy Tiên và cộng sự (2009), "Khảo sát tỷ lệ tật khúc xạ và kiến thức, thái độ, hành vi của học sinh, cha mẹ học sinh và giáo viên về tật khúc xạ tại thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 13 (1), tr.13-25.
6. Trần Thị Ngọc Yến (2011), *Kiến thức, thái độ, thực hành trong phòng chống cận thị học đường ở học sinh trường trung học cơ sở Lê Quý Đôn, tỉnh Kiên Giang, năm 2011*, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr.26-40.
7. Dhoble P, Agarwal R, Patel C, et al. (2013), "A study to assess the psychosocial aspects of refractive errors and effectiveness of health education in correcting stigmas related to spectacle use in high school students of rural India". *International Journal of Medical Science and Public Health*, 2 (3), pp.716-719.

TÁC DỤNG CỦA ĐIỆN CHÂM ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN PHẢN XẠ NUỐT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP

Đặng Kim Thanh*, Nguyễn Văn Thành**, Nguyễn Thanh Thủy*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của điện châm điều trị rối loạn phản xạ nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp và tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của phương pháp. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. **Kết quả:** 100% bệnh nhân nhóm nghiên cứu có dịch chuyển độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS cao hơn nhóm chứng là 73,3% ($p < 0,05$). Điểm GUSS trung bình sau điều trị ở nhóm nghiên cứu là $17,83 \pm 2,28$, cao hơn nhóm chứng $13,87 \pm 4,38$ ($p < 0,05$). Thời gian rút sonde dạ dày ở nhóm nghiên cứu là 100% cao hơn nhóm chứng là 50% ($p < 0,05$). Phương pháp chưa thấy tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng. **Kết luận:** Điện châm điều trị giúp cải thiện tình trạng rối loạn phản xạ nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp và chưa thấy tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

Từ khóa: rối loạn phản xạ nuốt, điện châm, nhồi máu não.

SUMMARY

EFFECTS OF ELECTRICAL ACUPUNCTURE THERAPY DYSPHAGIA IN PATIENT WITH CEREBRAL INFARCTION AFTER THE ACUTE PERIOD

*Trường Đại học Y Hà Nội

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Kim Thanh

Email: dangkimthanh58@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 8.6.2017

Ngày duyệt bài: 19.6.2017

Objective: To evaluate the effect of electrical acupuncture therapy dysphagia in patient with cerebral infarction after the acute period and side effects of the method. **Methods:** Clinical trials are warranted, comparing before and after treatment. **Results:** 100% of patients in the study group improved the assessment of dysphagia according to GUSS better than the control group was 73.3% ($p < 0.05$). GUSS point average after treatment in the study group was 17.83 ± 2.28 , higher than the control group was 13.87 ± 4.38 ($p < 0.05$). Time the tube is removed in the study group is 100% higher than the control group was 50% ($p < 0.05$). There were no side effects on clinic. **Conclusions:** Electrical acupuncture therapy to help improve the situation dysphagia in patient with cerebral infarction after the acute period and no side effects were found on clinic.

Keywords: dysphagia, electrical acupuncture, cerebral infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não chiếm vị trí hàng đầu trong các bệnh của hệ thần kinh trung ương là nguyên nhân quan trọng gây tử vong và tàn tật phổ biến [1]. Di chứng tai biến mạch máu não bao gồm các di chứng về vận động, cảm giác, các rối loạn chức năng cao cấp của vỏ não [2]. Rối loạn phản xạ nuốt là vấn đề thường gặp ở đột quỵ não cấp, chiếm khoảng 42- 67% gây hít sặc dẫn đến viêm phổi với tỷ lệ lên đến 73,4% và là lý do chính để sử dụng kháng sinh. Viêm phổi tăng nguy cơ tử vong gấp 5,4 lần, trong đó rối loạn nuốt làm tăng nguy cơ viêm phổi gấp

3,17 lần và hít sặc tăng nguy cơ viêm phổi gấp 6,95 – 11,57 lần, thậm chí gấp 18 lần. Phát hiện sớm và can thiệp rối loạn phản xạ nuốt không những giúp hạn chế nguy cơ viêm phổi hít mà còn giúp giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, giảm thời gian nằm viện và tỉ lệ tử vong [3].

Y học cổ truyền đã quan tâm phục hồi rối loạn ngôn ngữ trong tai biến mạch máu não, tuy nhiên chưa có nhiều công trình nghiên cứu trong nước về điều trị phục hồi rối loạn phản xạ nuốt. Phác đồ điện châm điều trị rối loạn phản xạ nuốt do nhồi máu não sau giai đoạn cấp tại khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Bạch Mai đã và đang được sử dụng cho thấy hiệu quả tốt. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng của điện châm điều trị rối loạn phản xạ nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp.*

2. *Đánh giá tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não lần đầu sau giai đoạn cấp bằng CT scanner sọ não hoặc MRI sọ não, có mức độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS ≤ 19 điều trị nội trú tại Khoa Y học cổ truyền Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2014 đến 10/2014.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh lý vùng hầu họng trước khi bị bệnh, rối loạn phản xạ nuốt do nguyên nhân khác, TBMMN tái phát trong quá trình điều trị, bỏ điều trị quá 3 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu chủ đích: n = 60 bệnh nhân, chia 2 nhóm

-Nhóm chứng: 30 bệnh nhân điều trị theo phác đồ nền.

-Nhóm nghiên cứu: 30 bệnh nhân điều trị theo phác đồ nền kết hợp với điện châm theo công thức huyết điều trị rối loạn phản xạ nuốt.

2.2.2. Chất liệu nghiên cứu

** Phác đồ huyết điều trị rối loạn phản xạ nuốt ở bệnh nhân Nhồi máu não sau giai đoạn cấp tại Khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Bạch Mai:*

- Tại chỗ: Thượng liềm tuyền, Ngoại kim tân,

Ngoại ngọc dịch, Nhân nghinh, Thủy đột, Khí xá, Thiên đột.

- Toàn thân: Hợp cốc, Túc tam lý, Tam âm giao, Huyệt hải, Thần môn, Nội quan, Thái xung, Bách hội, Đản trung.

**Phác đồ nền trong nghiên cứu*

- Thuốc y học hiện đại: Aspegic 100mg/gói của hãng Sanofi Aventis. Ngày uống 01 gói trong 30 ngày. Gliatilin 1g/ống do Itafarmaco S.P.A sản xuất. Ngày 02 ống pha trong 100ml NaCl 0,9% truyền tĩnh mạch XXX giọt/phút.

- Điện châm liệt vận động: Kiên ngưng, Khúc trì, Hợp cốc, Thủ tam lý, Ngoại quan, Bát tà, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Giải khô, Thái xung, Phong thị, Bát phong bên liệt.

2.2.3. Đánh giá kết quả điều trị

** Đánh giá tiến triển mức độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS:*

- Sự chuyển độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS trước – sau điều trị: rối loạn phản xạ nuốt nặng (0-9 điểm), rối loạn phản xạ nuốt vừa (10-14 điểm), rối loạn phản xạ nuốt nhẹ (15-19 điểm), không rối loạn phản xạ nuốt (20 điểm) [4].

- So sánh điểm trung bình độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS vào các thời điểm 10 ngày, 20 ngày và 30 ngày điều trị.

- Phân loại kết quả dịch chuyển độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS sau điều trị: Loại Tốt: chuyển từ 2 mức độ trở lên. Loại Khá: chuyển được 1 mức độ. Loại Kém: không chuyển mức độ hoặc biến chứng do hít sặc.

**Thời gian rút sonde dạ dày:* Loại Tốt: < 10 ngày. Loại Khá: 11 – 20 ngày. Loại Kém: 21 – 30 ngày. Không hiệu quả: > 30 ngày.

**Theo dõi tác dụng không mong muốn trên lâm sàng:* vụng chàm, chảy máu, gãy kim, nhiễm trùng vết châm, dị ứng mẫn ngứa...

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: Nghiên cứu trên 60 bệnh nhân, chúng tôi phân bố bệnh nhân theo tuổi, thời gian mắc bệnh đến khi điều trị, mức độ nặng của bệnh theo GUSS, đặt sonde dạ dày giữa hai nhóm tương đồng nhau.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 1. Tiến triển mức độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS

Nhóm, thời gian	ĐỘ RLPXN		Nặng		Vừa		Nhẹ		Không RL		p ₃₀₋₀
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %			
Nhóm NC	N ₀	9	30	20	66,7	1	3,3	0		<0,05	
	N ₃₀	0		2	6,7	18	60	10	33,3		
Nhóm chứng	N ₀	10	33,3	18	60	2	6,67	0		<0,05	
	N ₃₀	5	16,7	6	20	16	53,3	3	10		

3.2.1. Tiến triển theo thang điểm GUSS: Sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân ở cả hai nhóm đều cải thiện rối loạn phản xạ nuốt, nhóm nghiên cứu có mức độ cải thiện tốt hơn nhóm chứng.

Bảng 2. Phân loại kết quả dịch chuyển độ rối loạn phản xạ nuốt

Nhóm	Kết quả	Tốt		Khá		Kém		p ₁₋₂
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Nhóm NC (1)		16	53,3	14	46,7	0		<0,05
Nhóm chứng(2)		3	10	19	63,3	8	26,7	

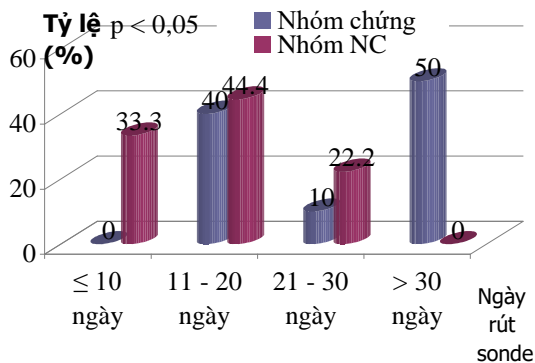
Sau 30 ngày điều trị, bệnh nhân ở cả hai nhóm đều cải thiện độ rối loạn phản xạ nuốt, ở nhóm nghiên cứu mức độ dịch chuyển độ rối loạn phản xạ nuốt ở mức khá, tốt đạt 100%, cao hơn nhóm chứng là 73,3% (p<0,05).

Bảng 3. So sánh điểm GUSS trung bình trước và sau điều trị

Nhóm	Điểm GUSS trung bình ($\bar{X} \pm SD$)					p
	N0 (1)	N10 (2)	N20 (3)	N30 (4)	Mức chênh (N30- N0)	
Nhóm NC (n=30)	9,53± 3,90	13,40 ± 2,96	15,83 ± 2,74	17,83 ± 2,28	8,30 ± 2,47	p ₂₋₁ <0,01 p ₃₋₁ <0,01 p ₄₋₁ <0,01
Nhóm Chứng (n=30)	10,00 ± 4,59	11,07 ± 4,19	12,63 ± 3,91	13,87 ± 4,38	3,87 ± 3,18	p ₂₋₁ <0,05 p ₃₋₁ <0,05 p ₄₋₁ <0,05
p	>0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Điểm GUSS trung bình sau 30 ngày điều trị ở nhóm NC là 17,83 ± 2,28 cao hơn nhóm chứng là 13,87 ± 4,38 (p < 0,05).

3.2.2. Kết quả điều trị theo thời gian rút sonde dạ dày



Biểu đồ 1. Phân bố thời gian rút sonde dạ dày

Sau thời gian điều trị ở nhóm nghiên cứu không còn bệnh nhân nào phải ăn qua sonde trong khi nhóm chứng còn 50% bệnh nhân phải ăn qua sonde dạ dày trong số những bệnh nhân nặng phải đặt sonde.

3.3. Tác dụng không mong muốn: Chúng tôi chưa thấy các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng như: vụng châm, chảy máu, gãy kim, nhiễm trùng vết châm, dị ứng mẫn ngứa...

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 60 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não sau giai đoạn cấp có tình trạng rối loạn phản xạ nuốt chúng tôi nhận thấy: Ở cả hai nhóm đều có sự tiến triển độ rối loạn phản xạ nuốt, điểm trung bình và kết quả dịch

chuyển độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS. Nhóm nghiên cứu có cải thiện tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với của Fan C, Jiang H, Wu L [5] và của Zhou XM, Li XZ, Gu BL [6]. Về thời gian rút sonde dạ dày, sau 10 ngày điều trị nhóm nghiên cứu có 33,34% bệnh nhân được rút trong khi nhóm chứng không có bệnh nhân nào được rút, sau 20 ngày nhóm nghiên cứu có 77,78% và sau 30 ngày không còn bệnh nhân nào phải ăn qua sonde, trong khi nhóm chứng vẫn còn 50% bệnh nhân phải ăn qua sonde.

Từ kết quả trên có thể thấy rằng phương pháp điện châm theo phác đồ huyết trong nghiên cứu có kết quả tốt trong phục hồi rối loạn phản xạ nuốt cho bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp. Phác đồ huyết này được xây dựng hoàn toàn dựa trên cơ sở khoa học của cơ chế tác dụng chữa bệnh bằng phương pháp châm cứu theo học thuyết thần kinh của y học hiện đại và học thuyết y học cổ truyền, bao gồm 2 nhóm huyết toàn thân và huyết tại chỗ. Nhóm huyết toàn thân có tác dụng cân bằng âm dương, điều hòa khí huyết làm cho ý thức phục hồi, vận động nhanh nhẹn, nói và nuốt tốt. Do tổn thương rối loạn phản xạ nuốt ở bệnh nhân tai biến mạch máu não chủ yếu ở pha miệng – hầu và động tác nuốt do các cơ vùng hầu họng điều khiển, khi châm các huyết tại chỗ vùng hầu họng như Thượng liên tuyến, Ngoại kim tân, Ngoại ngọc dịch làm kích thích các cơ vùng này nhanh hồi phục hơn và vì thế làm cải thiện tình trạng rối

loạn phản xạ nuốt tốt hơn. Mặt khác, các dây thần kinh sọ não tham gia điều khiển quá trình nuốt và điều hòa nhu động thực quản đặc biệt dây X có đường đi dọc theo cổ họng, khi châm huyết Nhân nghinh, Thủy đột, Khí xá, Thiên đột là các huyết dọc vùng này cũng làm kích thích dây X trong việc điều hòa nhu động thực quản. Và bước đầu có thể nói rằng tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu phục hồi chức năng phản xạ nuốt cao hơn nhóm chứng.

Trong quá trình nghiên cứu, chưa thấy tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị.

V. KẾT LUẬN

1. Điện châm theo phác đồ điều trị có hiệu quả cải thiện tình trạng rối loạn phản xạ nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp thông qua cải thiện độ rối loạn phản xạ nuốt theo GUSS và cải thiện thời gian rút sond dạ dày.

2. Chưa thấy tác dụng không mong muốn nào trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Hình, Đặng Thế Chân (1996). Tử vong do tai biến mạch máu não tại Bệnh viện Bạch Mai. *Kỷ yếu công trình khoa học thần kinh tập I*. Bệnh viện Bạch Mai, 94 - 98.
2. Hoàng Bảo Châu (2009). Y học cổ truyền điều trị tai biến mạch máu não, trong cuốn Lê Đức Hình và nhóm chuyên gia. *Tại biến mạch máu não - Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*. Nhà xuất bản Y học, 595 - 606
3. Phan Nhật Trí, Phạm Thắng (2011). Sàng lọc rối loạn nuốt theo GUSS ở bệnh nhân đột quỵ não cấp tại Bệnh Viện Cà Mau năm 2010. *Tạp chí nghiên cứu Y học*, 74(3), 167- 170.
4. Trapl M, Enderle P, Nowotny M et al (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute Stroke Patients The Gugging Swallowing Screen. *Stroke* 2007, 38, 2948-52.
5. Fan C, Jiang H, Wu L (2007). Clinical Observation On Acupuncture Treatment of Post-Stroke Dysphagia, *J Acupuncture Tuinasci*, 5, 297-300.
6. Zhou XM, Li XZ, Gu BL (2013). Clinical Research On Post- Stroke Dysphagia Treated With Nape Acupuncture And Rehabilitation Training. *Zhongguo Zhen Jiu* 2013, 33(7), 587-90

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BỆNH THIỂU SẢN ĐỘNG MẠCH PHỔI KÈM THÔNG LIÊN THẤT (PA-VSD) TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Sinh Hiền*, Tạ Hoàng Tuấn*

WITH VENTRICULAR SEPTAL DEFECT (PA-VSD) AT HANOI HEART HOSPITAL

Objectives: This retrospective study evaluates the result of surgical treatment for children with pulmonary atresia with ventricular septal defect (PA-VSD) at Hanoi Heart Hospital. **Patients and Methods:** 188 cases of PA-VSD were operated from 1/2015 to 10/2016 at Hanoi Heart Hospital. **Result:** The mean age 3,2 ± 1,5 (0,16-25). Classification: Type I: 65 (34,6%); type II: 56 (29,8%), type III: 47 (25%); type IV: 20 (10,6%). Techniques of operation: Total repair: 106 (56,4%); unifocalization MAPCAs + Sano shunt 16 (8,5%), unifocalization MAPCAs + BT shunt 13 (6,9%), BT shunt 53 (28,2%). Early mortality was 8/188 (4,3%): Early mortality of total repair 4/106 (3,8%); early mortality of unifocalization MAPCAs 3/29 (10,3%); early mortality of BT shunt 1/53 (1,9%). 1 year mortality 0,5%. **Conclusion:** Good diagnosis and surgery in right time bring the good long-term results.

Key words: PA-VSD, congenital heart disease, unifocalisation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiểu sản hệ động mạch phổi kèm thông liên thất (Pulmonary atresia with ventricular septal defect, PA-VSD) là bệnh lý tim bẩm sinh phức tạp đặc trưng bởi thiếu sản hệ động mạch phổi (ĐMP), không có thông nối giữa thất phải (TP) với ĐMP, các tổn thương khác tương tự tử chứng

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu hồi cứu này đánh giá kết quả phẫu thuật sớm bệnh thiếu sản động mạch phổi kèm thông liên thất (PA-VSD) tại Bệnh viện Tim Hà Nội. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** từ 1/ 2005- 10/2016, 188 bệnh nhân PA-VSD đã được phẫu thuật tạm thời hoặc triệt để tại bệnh viện Tim Hà Nội. **Kết quả:** Tuổi trung bình 3,2 ± 1,5 (0,16-25 tuổi); Phân loại: Type I: 65 (34,6%), type II: 56 (29,8%), type III: 47 (25%), Type IV: 20 (10,6%); Kỹ thuật: sửa toàn bộ 106 (56,4%), Hợp lưu MAPCAs + Sano shunt 16 (8,5%), Hợp lưu Mapcas + BT shunt 13 (6,9%), BT shunt 53 (28,2%). Tử vong sớm 8/188 (4,3%). Trong đó sửa toàn bộ 4/106 (3,8%), do hợp lưu Mapcas là 3/29 (10,3%), do BT shunt là 1/53 (1,9%). Tử vong muộn (sau 1 năm) 0,56%. **Kết luận:** Căn phương tiện chẩn đoán tốt và phẫu thuật đúng thời điểm để có kết quả lâu dài tốt.

Từ khóa: PA-VSD, tim bẩm sinh

SUMMARY

ASSESSMENT OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PULMONARY ATRESIA

*Bệnh viện Tim Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sinh Hiền

Email: nguyensinhvien@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

Falot: thông liên thất lớn, động mạch chủ cưỡi ngựa trên vách liên thất và phì đại TP. Máu đến phổi trao đổi oxy có thể từ ống động mạch hoặc từ các tuần hoàn phụ nối giữa hệ chủ và phổi (MAPCAs-major aortopulmonary collateral arteries). Hậu quả là tại phổi có vùng thiếu trao đổi oxy nhưng cũng có vùng phổi tăng tưới máu gây tăng áp lực ĐMP khu trú. Nếu không điều trị gì, chỉ 50% bệnh nhân sống đến 1tuổi và 85% chết trước 30 tuổi do các biến chứng ho máu, suy tim, tắc mạch não... [1]

Chẩn đoán bệnh thường dựa vào khám lâm sàng và cận lâm sàng. Trong đó, siêu âm tim, thông tim chụp mạch và chụp cắt lớp vi tính đa dãy (MSCT) là những phương tiện hết sức quan trọng giúp chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật [2].

Điều trị bao gồm nội khoa và ngoại khoa. Phẫu thuật hợp lưu tuần hoàn phụ và sửa triệt để được bắt đầu từ những năm 80 thế kỷ trước nhưng kết quả còn dè dặt. Biến chứng hay gặp là suy tim, tăng áp động mạch phổi dai dẳng [7].

Tại Việt Nam, những nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật PA-VSD còn rất ít. Nghiên

cứu này với mục đích đánh giá kết quả sớm phẫu thuật PA-VSD tại Bệnh viện Tim Hà Nội, hy vọng những kinh nghiệm của chúng tôi có thể góp phần nâng cao hiệu quả điều trị loại bệnh lý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: gồm 188 bệnh nhân PA-VSD được phẫu thuật tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ 1/2005 đến tháng 07/2016. Những bệnh nhân PA-VSD nhưng kèm các tổn thương phức tạp khác như kênh nhĩ thất chung, bất thường đổ về tĩnh mạch phổi toàn phần... bị loại khỏi mẫu nghiên cứu.

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, hồi cứu. Các dữ liệu lấy tại bệnh án và qua những lần tái khám theo hẹn. Các thông tin bao gồm triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước, trong và sau mổ. Phân tích thống kê dựa trên phần mềm SPSS 19.0. p < 0,05 được coi là có ý nghĩa. Tử vong sớm sau mổ là tử vong trong khi bệnh nhân nằm viện hoặc đã ra viện và trong thời gian 30 ngày sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật (188 bệnh nhân)

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Giới: Nam	103	54,8
Nữ	85	45,2
Tuổi	3,2 ±1,5 tuổi (0,16-25t)	
Tiền sử: Cơ tim ngất	45	23,9
Tai biến mạch não	7	3,7
Abces não	3	1,6
Triệu chứng: Tím da, niêm mạc	188	
Hct (%)	60,2± 18,5 (41-80,5)	100
Hb (g/l)	176,5± 25,6 (122-251)	

Bảng 2: Phân loại kỹ thuật (188 bệnh nhân)

KT Type	Sửa TB	BT shunt	Uni+sửa	Uni + BT shunt	Uni + Sano shunt	Tổng số
I	54	11	0	0	0	65
II	39	17	0	0	0	56
III	5	25	7	7	3	47
IV	0	0	1	6	13	20
Tổng số	98	53	8	13	16	188
Tỷ lệ %	52,1	28,2	4,3	6,9	8,5	

Sửa TB: sửa toàn bộ, **BT shunt:** Blalock-Taussig shunt, **Uni:** hợp lưu tuần hoàn phụ (MAPCAs). Tổng số bệnh nhân sửa toàn bộ (98+8=106) 56,4%; Số MAPCAs trung bình ở bệnh nhân có hợp lưu: 4,1± 0,8 (2-6). Số miệng nối trung bình của nhóm có hợp lưu MAPCAs: 2,7± 0,7 (1-5)

Bảng 3: Bão hòa oxy mao mạch ở hai nhóm hợp lưu MAPCAs

Kỹ thuật	SpO ₂ (%) trước mổ	SpO ₂ (%) sau mổ
Uni +BT shunt	35,5 ± 3,4 (36-58)	75,6 ± 6,6 (74-92)
Uni+ Sano shunt	35,4 ± 3,2 (35-60)	72,5 ± 7,5 (70-90)

Bảng 4: Biến chứng, tử vong (188 BN)

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Hội chứng cung lượng tim thấp	26	13,8
Chảy máu	4	2,1

Tràn dịch màng tim, phổi	10	5,3
Nhiễm trùng vết mổ	5	2,7
Suy thận cấp	3	1,6
Mổ lại	6	3,3
Tử vong	8	4,3

Thời gian thở máy trung bình (giờ): $32 \pm 26,4$ (2-168). Thời gian nằm viện (ngày): $12,5 \pm 4,5$ (5-60).

Bảng 5: Phân bố tần suất tử vong và hội chứng cung lượng tim thấp

Kỹ thuật	n	Tử vong	Hc CLTT
Sửa toàn bộ type I	54	1	3
Sửa toàn bộ type II	39	1	4
Sửa toàn bộ type III	5	1	3
Uni+ sửa toàn bộ	8	1	3
Uni+ BT shunt	13	1	3
Uni+ Sano shunt	16	2	5
BT shunt	53	1	5
Tổng số	188	8	26

Hc CLTT: hội chứng cung lượng tim thấp

Bảng 6: Thông số nhóm sửa toàn bộ (106 bệnh nhân)

Thông số	n	Tỷ lệ %
Gd RV- PA (mmHg)	<40 - ≥ 40	102 - 4 96,2 - 3,8
pRV/LV	<0,7 - $\geq 0,7$	96 - 10 90,6 - 9,4
T/g cấp ĐMC (phút)	$90,2 \pm 30,5$ (42-180)	
T/g CPB (phút)	$114 \pm 35,5$ (55-255)	

Gd RV-PA: chênh áp TP-ĐMP; **pRV/LV:** tỷ lệ áp lực TP/TT; **T/g cấp ĐMC:** thời gian cấp động mạch chủ; **T/g CPB:** thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể.

Các yếu tố liên quan đến tử vong sớm:

- T/g CPB > 120 phút ($p=0,003$)
- pRV/LV $\geq 0,7$ ($p=0,002$)

Bảng 7: Kết quả siêu âm ra viện (nhóm sửa toàn bộ, 102 bệnh nhân)

Thông số	n	Tỷ lệ %
Hở van ĐMP Nhẹ	85	83,3
Vừa- nặng	17	16,7
Thông liên thất tồn lưu	2	1,96
Gd RV-PA > 40 mmHg	2	1,96

Tỷ lệ tử vong sau 12 tháng: 1/180 (0,56%), xảy ra ở trẻ 3 tuổi mắc PA-VSD type IV tồn tại tình trạng tăng áp phổi nặng sau sửa toàn bộ không đáp ứng với điều trị.

IV. BÀN LUẬN

1. Về chẩn đoán bệnh: Chẩn đoán bệnh dựa trên triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Theo lý thuyết, khi các nhánh MAPCAs lớn, trẻ không hoặc ít tím [2]. Tuy nhiên, tất cả các bệnh

nhân trong nhóm nghiên cứu đều tím niêm mạc, da ở những mức độ khác nhau. Đó là do đa số bệnh nhân đến muộn, tuổi trung bình là 3,2, thấp nhất là 3 tháng, cao nhất 25 tuổi (Bảng 1). Một số bệnh nhân MAPCAs lớn nhưng có hẹp khu trú. Các tổn thương hẹp này làm giảm dòng máu lên phổi dẫn đến tím nhưng cũng có tác dụng bảo vệ nhu mô phổi. Tím thường là gợi ý ban đầu để bố mẹ đưa bệnh nhi đến khám. Tuy nhiên cũng có nhiều trường hợp đã có biến chứng như cơn tím ngất (23,9%), tai biến mạch não (3,7%) hay absces não (1,6%). Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm tim để chẩn đoán bệnh. Hình ảnh tổn thương trên siêu âm là không có thông nối giữa TP với ĐMP, tùy mức độ thiếu sản mà có hay không có thân chính hoặc các nhánh ĐMP. Tổn thương tại tim giống tử chứng Fallot: thông liên thất, động mạch chủ cưỡi ngựa trên vách liên thất và phì đại TP. Chính vì vậy người ta còn coi PA-VSD là thể nặng của tử chứng Fallot [1]. Thời gian đầu, nhiều bệnh nhân được chẩn đoán chỉ dựa vào siêu âm tim, không được được thông tim chụp mạch và chụp MSCT dẫn đến những hậu quả đáng tiếc: bỏ sót các tổn thương, đặc biệt là các MAPCAs gây khó khăn cho phẫu thuật (máu về phổi trường quá nhiều), tăng áp lực ĐMP và suy tim dai dẳng sau mổ sửa toàn bộ... Kết hợp thông tim chụp mạch và chụp MSCT là vô cùng quan trọng đối với PA-VSD. Nó cho phép chẩn đoán chính xác tổn thương để đánh giá mức độ thiếu sản (phân loại bệnh), đánh giá tưới máu của hệ ĐMP và tuần hoàn phụ đến các phân thùy phổi, áp lực MAPCAs, tính được các chỉ số Mc Goon, Nakata index, Z value... Từ đó cho chỉ định phẫu thuật nên sửa toàn bộ thì đầu hay phẫu thuật tạm thời.

2. Về chỉ định mổ: Trong thời gian đầu, khi phương tiện chẩn đoán hình ảnh (thông tim, MSTC) chưa đầy đủ, chúng tôi đã tiến hành làm BT shunt cho những trường hợp PA-VSD có nhánh ĐMP nhỏ, giá trị Z < -2 (dựa trên siêu âm và sau khi mở ngực). Những trường hợp nhánh ĐMP lớn, type I, II được phẫu thuật sửa toàn bộ ngay thì đầu. Các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, có những chỉ số khác giúp đưa ra chỉ định. Phẫu thuật sửa toàn bộ thì đầu với những bệnh nhân có chỉ số Mc Goon >1.2, chỉ số Nakata >150mm²/m² diện tích da hoặc chỉ số tổng thiết diện các nhánh ĐMP (TNPAI-TotalNeo-pulmonary artery index) > 200 mm²/m²[2]. Để đảm bảo khả năng trao đổi oxy của phổi thì cần có ít nhất 14/20 phân thùy phổi được tưới máu sau khi hợp lưu MAPCAs [6]. Chính vì vậy, không phải tất cả các trường hợp PA-VSD đều được phẫu thuật sửa toàn bộ một thì. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, tỷ lệ này là 106/188 (56,4%), chủ yếu ở các bệnh nhân type I, II. Sau này, khi đã có các phương tiện chẩn đoán tốt hơn, chúng tôi tiến hành sửa toàn bộ trên bệnh nhân type III (12/47= 25,5%) hoặc type IV (1/20=5%). Tỷ lệ sửa toàn bộ một thì của Mee là 51,7% [5] hoặc Davies là 73% [4], của Carrillo SA là 80% [6].

Về tuổi phẫu thuật, theo Gupta, nếu máu lên phổi hoàn toàn phụ thuộc MAPCAs thì nên phẫu thuật hợp lưu khi trẻ được 1-3 tháng tuổi, nếu có hẹp MAPCAs thì tiến hành hợp lưu khi trẻ 3-6 tháng tuổi, còn khi có rất ít MAPCAs, cấp máu phổi chủ yếu do ĐMP (qua ống động mạch) thì phẫu thuật lúc trẻ 6-8 tháng [3]. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng bệnh lý mạch phổi tắc nghẽn có thể phát triển tại các MAPCAs khi trẻ ngoài 4 tuần tuổi [2]. Trong nghiên cứu này, hầu hết bệnh nhân đến muộn làm hạn chế kết quả phẫu thuật. Để khắc phục tình trạng đó, cần phát hiện bệnh sớm, thậm chí trong giai đoạn trước sinh.

3. Về kỹ thuật: Khi cần hợp lưu các MAPCAs, đường mổ có thể là đường ngực bên hoặc giữa xương ức. Theo D.Balaguru, có thể đi đường ngực từng bên một để hợp lưu các MAPCAs, hai lần mổ ngực cách nhau vài ngày trong cùng một lần nằm viện, sau đó 6-12 tháng sẽ mở đường giữa xương ức để sửa toàn bộ (đóng thông liên thất và nối thông TP-ĐMP bằng homograft [2]). Tại Bệnh viện Tim Hà Nội, chúng tôi không mở đường bên mà luôn mở đường giữa xương ức để hợp lưu các MAPCAs. Ưu điểm của đường mổ này là cho phép chỉ một lần và một đường mổ có thể phẫu tích toàn bộ ĐMC ngực để tìm và hợp lưu MAPCAs. Nếu bệnh nhân đủ điều kiện thì có thể sửa toàn bộ luôn, nếu chưa đủ điều kiện thì làm BT shunt hoặc Sano shunt rồi chờ sửa toàn bộ sau 6-12 tháng. Chúng tôi phẫu tích tìm tất cả MAPCAs đã được xác định trước đó trên thông tim và MSCT, cố gắng hợp lưu tối đa, tuy nhiên những nhánh quá nhỏ, đường kính <2mm thì có thể thắt, vì theo kinh nghiệm, những nhánh này dù có hợp lưu cũng sẽ tắc sau đó. Thường sẽ có từ 2-6 MAPCAs. Trong nhóm phải hợp lưu, trung bình có 4 MAPCAs (2-6), và số miệng nối là 2,7 (1-5) (Bảng 2).

Để giảm thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể, chúng tôi tiến hành làm tối đa các miệng nối trước khi thắt gốc các MAPCAs, khi SpO₂ < 50% mới chạy tuần hoàn ngoài cơ thể. Như vậy có những trường hợp hợp lưu chỉ bằng phẫu thuật tim kín mà vẫn đảm bảo an toàn cho bệnh nhân. Nếu các ĐMP hẹp thì dùng màng tim mở rộng tới chỗ chia nhánh.

Một câu hỏi được đặt ra là sau hợp lưu MAPCAs nên làm BT shunt hay Sano shunt? Theo

bảng 3, bão hòa oxy của nhóm BT shunt có vẻ cao hơn nhóm Sano shunt. Thời gian đầu chúng tôi hay làm Sano shunt, nhưng có bệnh nhân sau mổ bão hòa oxy thấp (SpO₂<60%), khi đó phải để lại 1-2 MAPCA không thắt gốc (sẽ được bít coil sau này), từ đó chúng tôi thường làm BT shunt thì thấy SpO₂ tốt hơn. Có thể do bệnh nhân đến muộn nên có tăng áp lực ĐMP khu trú ở nhiều vùng, sau khi hợp lưu MAPCAs và làm Sano shunt thì khả năng trao đổi oxy tại những vùng phổi này không được tốt.

Bảng 8: Cỡ ống Gore Tex dựa theo cân nặng bệnh nhân

Cân nặng (kg)	Kích thước Gore Tex
3,2-4	4
>4-6	5
>6-10	6
>10	7

Để nối TP-ĐMP có thể dùng homograft hoặc ống van sinh học. Trong giai đoạn đầu, khi chưa có những vật liệu trên, chúng tôi thường dùng màng tim của chính bệnh nhân để tạo hình ống van ĐMP. Ống này có thể lớn theo thời gian, nhưng van thường hở sau 3-6 tháng.

4. Kết quả: Đa số bệnh nhân sau sửa toàn bộ có cải thiện rõ về triệu chứng cơ năng và phát triển tốt. Những trường hợp sau hợp lưu MAPCAs và BT shunt đã giảm tím nhiều. Biến chứng thường gặp nhất ở đây là hội chứng cung lượng tim thấp: 13,8% (Bảng 4). Biến chứng này gặp ở tất cả các nhóm bệnh nhân được làm các kỹ thuật khác nhau, nhưng tỷ lệ cao hơn ở nhóm hợp lưu MAPCAs. Trong giai đoạn đầu, chảy máu cũng hay gặp với 4 trường hợp cần mổ lại. Hai trường hợp cần mổ lại khác là mở xương ức do suy thất phải sau mổ và viêm xương ức. Có 4 bệnh nhân suy thận cấp cần thẩm phân phúc mạc. Tỷ lệ tử vong sớm trong nghiên cứu của chúng tôi là 8/188 (4,3%). Trong đó, tử vong sớm của nhóm sửa toàn bộ là 4/106 (3,8%), nhóm hợp lưu là 3/29 (10,3%), nhóm BT shunt là 1/53 (1,9%). Theo phân tích đơn nhân tố, yếu tố liên quan đến tử vong sớm sau mổ là thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể dài >120 phút và tỷ lệ áp lực TP/TT sau mổ ≥ 0,7. Điều này đã được nhiều nghiên cứu chỉ ra [1],[6]. Tử vong muộn sau 12 tháng trong nghiên cứu của chúng tôi là 1/180 (0,56%), xảy ra ở bệnh nhân 3 tuổi sửa toàn bộ PA-VSD type III một thì và có tình trạng tăng áp lực ĐMP dai dẳng sau mổ dù đã dùng tối đa các thuốc hạ áp phổi.

V. KẾT LUẬN

Đây là bệnh tim bẩm sinh phức tạp, cần được chẩn đoán và phẫu thuật sớm để tăng tỷ lệ

thành công, giảm biến chứng suy tim, tăng áp phổi sau mổ. Cần áp dụng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện đại: thông tim chụp mạch, MSCT...

Cần nhắc phẫu thuật một thì và hai thì: với type I, II thì ưu tiên phẫu thuật sửa toàn bộ ngay, type IV nên hợp lưu MAPCAs sau đó sửa toàn bộ thì hai, với Type III phẫu thuật 1 hoặc 2 thì tùy theo giải phẫu ĐMP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kirklin JW; Boyes B; Kouchoukos NT**, (2003), Ventricular Septal Defect and Pulmonary Stenosis or Atresia, in *Cardiac Surgery*, 1, Churchill Livingstone, Philadelphia, pp. 946- 1074.
2. **Balaguru D, Dilawar M**. Pulmonary atresia with ventricular septal defect: systematic review. *Heart Views* 2007;8:52-61
3. **Gupta A, Odim J, Levi D, Chang RK, Laks H**. Staged repair of pulmonary atresia with ventricular septal defect and major aortopulmonary collateral

- arteries: experience with 104 patients. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003 Dec. 126(6):1746-52.
4. **Ben Davies et al**. Unifocalization of major aortopulmonary collateral arteries in pulmonary atresia with ventricular septal defect is essential to achieve excellent outcomes irrespective of native pulmonary artery morphology. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. Volume 138, Number 6.
 5. **Iyer KS, Mee RB**. Staged repair of pulmonary atresia with ventricular septal defect and major systemic to pulmonary artery collaterals. *Ann Thorac Surg*. 1991 Jan. 51(1):65-72.
 6. **Carrillo SA, Mainwaring RD, Patrick WL, Bauser-Heaton HD, Peng L, Reddy VM, Hanley FL**. Surgical Repair of Pulmonary Atresia With Ventricular Septal Defect and Major Aortopulmonary Collaterals With Absent Intrapericardial Pulmonary Arteries. *Ann Thorac Surg*. 2015 Aug;100(2):606-14.
 7. **Jéôme Soquet, Yves d'Udekem**, Christian Brizard. Atrésie pulmonaire avec communication interventriculaire et collatérales systémicopulmonaires: unifocalisation versus reshabilitation. *Journal de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire*. 2016. vol 20-Septembre.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA SỞI BIẾN CHỨNG VIÊM PHỔI NẶNG Ở TRẺ EM

Nguyễn Tiến Dũng*, Phạm Văn Hưng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Mặc dù tỷ lệ mắc sởi đã giảm xuống đáng kể nhưng năm 2014 dịch sởi lại bùng phát ở nhiều nơi, trong đó gặp nhiều ở Hà nội và một số tỉnh phía Bắc với tỷ lệ tử vong cao do biến chứng viêm phổi nặng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ và phát hiện một số yếu tố nguy cơ làm tăng độ nặng của viêm phổi do sởi. **Đôi tượng và phương pháp:** Là các bệnh nhi mắc sởi biến chứng viêm phổi vào điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Bạch mai. Chẩn đoán sởi dựa theo Hướng dẫn của Bộ y tế 2014 dựa vào dịch tễ, lâm sàng và xét nghiệm kháng thể IgM (+) với vi rút sởi. Chẩn đoán, phân loại viêm phổi dựa vào tiêu chuẩn của WHO 2013. **Kết quả và bàn luận:** Từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2014 có 309 bệnh nhân sởi biến chứng viêm phổi nhập viện điều trị tại khoa nhi bệnh viện Bạch mai. Trong đó có 205 nam và 104 nữ. Tỷ số nam/nữ là 1:1,97. Có 111 trường hợp viêm phổi nặng, chiếm 35,9%. Trong nhóm viêm phổi nặng có 56(50,5%) trường hợp phải thở oxygen, 55(49,5%) phải thở máy, trong đó 20 trẻ tử vong. Tỷ lệ tử vong trong nhóm viêm phổi là 6,5%. Có 99 trẻ dưới 9 tháng tuổi mắc sởi, chiếm 32%. Hầu hết (86,7%) trẻ mắc sởi chưa được tiêm phòng sởi. Các yếu tố nguy cơ liên quan tới sởi biến chứng viêm phổi nặng là: Trẻ dưới 9

tháng tuổi (OR=2,66; 95%CI: 1,57-4,49; P=0,000), trẻ chưa tiêm phòng sởi (OR=4,12; 95%CI: 1,47-12,44; P=0,004), trẻ có suy giảm miễn dịch thể IgA, IgG, IgM. Không thấy mối liên quan giữa đồng nhiễm vi khuẩn hay virus đến độ nặng của viêm phổi. Điều này đồng nghĩa với nhận định của một số tác giả trước đây về vai trò tác động trực tiếp của virus sởi lên độ nặng của viêm phổi trẻ em. **Kết luận:** Sởi biến chứng viêm phổi phải nhập viện gặp nhiều ở trẻ dưới 9 tháng và trẻ chưa được tiêm phòng sởi. Tử vong chủ yếu do viêm phổi nặng phải thở máy. Các yếu tố nguy cơ làm tăng độ nặng của bệnh là: Trẻ dưới 9 tháng tuổi, chưa được tiêm phòng sởi và giảm yếu tố miễn dịch IgA, IgG và IgM.

SUMMARY

SOME CHARACTERISTICS OF EPIDEMIOLOGICAL AND RISK FACTORS INCREASING THE SEVERITY OF PNEUMONIA CAUSED BY MEASLES IN CHILDREN

Background: Although the incidence of measles has dropped significantly, but in 2014 the measles epidemic broke out in many places, which met in Hanoi and some northern provinces with high mortality rates due to complications of severe pneumonia. **Objectives:** To describe epidemiological characterizations and find out some risk factors increasing the severity of pneumonia caused by measles. **Patients and Method:** Patients admitted to the Pediatric Department of Bach Mai hospital because measles complications with pneumonia. Measles diagnosis based on Guidelines of the Ministry of Health

*Khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Dũng

Email: Dung7155@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29.3.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.6.2017

Ngày duyệt bài: 23.6.2017

in 2014 based on epidemiological, clinical and IgM antibody test (+) with measles virus. Diagnosis and classification of pneumonia based on WHO standards in 2013. **Results and discussion:** During from February to August 2014, there were 309 measles patients hospitalized with pneumonia complications in pediatric treatment Bach Mai hospital. Of those, there were 205 male and 104 female. Ratio of male/female was 1: 1.97. There were 111 cases of severe pneumonia, accounting for 35.9%. In severe pneumonia group, there were 56 (50.5%) cases with oxygen therapy, 55 (49.5%) with mechanical ventilation. Of those, there were 20 deaths. Mortality among pneumonia was 6.5%. There were 99 children under 9 months of age with measles, accounting for 32%. Most of children with measles (86.7%) had not been immunized measles vaccine. The risk factors related to severe measles pneumonia complications are: Children under 9 months of age (OR = 2.66; 95% CI: 1.57 to 4.49; P = 0.000), children were not immunized measles vaccine (OR = 4.12; 95% CI: 1.47 to 12.44; P=0.004), children with humeral immunodeficiency IgA, IgG, IgM. There was not correlation between bacterial or viral coinfection on severity of pneumonia. This means that the review of a number of previous authors on the direct role of measles virus impact on severity of pneumonia. **Conclusion:** Measles complications of pneumonia in hospitalized children occurred more in infants less than 9 months of age and children without immunized measles vaccine. The risk factors increased the severity of the disease were: Children under 9 months of age, without immunized measles vaccine and reduced immune factors IgA, IgG and IgM.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ năm 2005, Tổ chức y tế thế giới khu vực Tây thái bình dương đề ra mục tiêu thanh toán bệnh sởi đến năm 2012 thì tỷ lệ mắc sởi trong giai đoạn 2009-2012 đã giảm xuống đáng kể tới 82,6% có nghĩa là từ 34,0 xuống 5,9 ca bệnh trên 1 triệu dân. Tỷ lệ mắc sởi ở Việt nam trong giai đoạn 2008-2010 là 93 ca bệnh trên 1 triệu dân sau đó trong 3 năm liền sau đó đã giảm xuống đáng kể. Tuy nhiên đến cuối 2013 và đầu năm 2014 dịch lại bùng phát ở nhiều nơi, trong đó đặc biệt nặng là ở Hà nội và một số tỉnh lân cận với tỷ lệ tử vong cao do biến chứng vào phổi gây viêm phổi nặng diễn biến nhanh.

Tại khoa nhi bệnh viện bạch mai, hầu hết trẻ nhập viện vì sởi biến chứng viêm phổi và nhiều trường hợp phải thở máy. Biến chứng phổi có thể xảy ra ngay từ những ngày đầu khi mới phát ban hoặc trong những ngày sau khi sởi bắt đầu bay. Có trường hợp viêm phổi tái diễn lại chỉ sau 1-2 tuần ra viện. Nhận thấy có nhiều điểm diễn biến lâm sàng bất thường này chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu lại các trường hợp viêm phổi do sởi biến chứng nhằm mục tiêu phát hiện một số yếu tố nguy cơ làm tăng độ nặng của

viêm phổi do sởi ở trẻ em trong vụ dịch sởi 2014 tại Hà nội và một số tỉnh lân cận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là các bệnh nhi vào điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Bạch mai vì sởi biến chứng viêm phổi với tiêu chuẩn chẩn đoán sau: Chẩn đoán sởi dựa theo Hướng dẫn của Bộ y tế 2014

+Yếu tố dịch tễ: Có tiếp xúc với bệnh nhân sởi, có nhiều người mắc bệnh sởi cùng lúc trong gia đình hoặc trên địa bàn dân cư.

+Lâm sàng: Sốt, ho, viêm long (đường hô hấp, kết mạc mắt, tiêu hóa), hạt Koplik và phát ban đặc trưng của bệnh sởi.

+Xét nghiệm phát hiện có kháng thể IgM đối với vi rút sởi.

-Chẩn đoán và phân loại viêm phổi dựa vào tiêu chuẩn của WHO 2013

+ Viêm phổi nặng: Trẻ có ho, khó thở kèm theo 1 trong các dấu hiệu sau:

Tím tái hoặc SpO₂ < 90%

Suy hô hấp nặng: có các dấu hiệu thở rên, co rút lồng ngực rất nặng...

Có dấu hiệu nguy hiểm toàn thân: Không uống hoặc không bú được, li bì, co giật...

+Viêm phổi: Thở nhanh hoặc Co rút lồng ngực

Tiêu chuẩn thở nhanh: ≥ 60 lần/phút với trẻ < 2 tháng tuổi; ≥ 50 lần/phút với trẻ từ 2 tháng đến 11 tháng; ≥ 40 lần/phút với trẻ từ 1 đến 5 tuổi.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu các bệnh án có đủ các tiêu chuẩn trên

III. KẾT QUẢ

Các trẻ mắc sởi biến chứng viêm phổi vào điều trị tại khoa nhi bệnh viện Bạch mai bắt đầu từ tháng 2 đến tháng 8 năm 2013, cao điểm nhất là vào tháng 4 và tháng 5 với số bệnh nhân tăng cao. Có 309 ca sởi biến chứng viêm phổi nhập viện, trong đó có 205 nam, chiếm 66,3% và 104 nữ, chiếm 33,7%. Tỷ số nam/nữ là 1:1,97. Có 111 trường hợp viêm phổi nặng, chiếm 35,9%. Trong nhóm viêm phổi nặng có 56 (50,5%) trường hợp phải thở oxygen, 55 (49,5%) phải thở máy, trong đó 20 trẻ tử vong. Tỷ lệ tử vong trong nhóm viêm phổi là 6,5%. Trẻ dưới 9 tháng tuổi, mặc dù chưa có chỉ định tiêm vaccin phòng sởi tuy nhiên trong nhóm này tỷ lệ mắc sởi tương đối cao với 99 ca mắc, chiếm 32%.

Hầu hết những trẻ mắc sởi đều chưa được tiêm vaccin phòng sởi, có tới 268 trẻ chưa được tiêm phòng sởi, chiếm tỷ lệ 86,7%. Chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ khoảng 13,3% trẻ đã được tiêm 1 mũi hoặc đủ 2 mũi phòng sởi vẫn bị bệnh.

Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến sỏi biến chứng viêm phổi nặng chúng tôi thu được các kết quả trong các bảng và biểu đồ sau:

Bảng 1. Liên quan giữa tuổi và giới với độ nặng của bệnh

Tuổi và giới		Viêm phổi	Viêm phổi nặng	Tổng số	OR; P
Tuổi	≥9 tháng tuổi	150 (71,4%)	60 (38,6%)	210	OR=2,66 (95%CI; 1,57-4,49) P=0,000
	Dưới 9 tháng tuổi	48 (48,5%)	51 (51,5%)	99	
Giới	Nữ	73 (70,2%)	31 (29,8%)	104	OR=1,51 (95%CI; 0,88-2,88) P=0,11
	Nam	125 (61%)	80 (39%)	205	

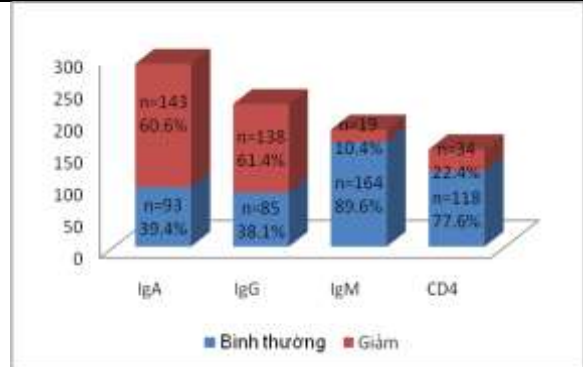
Bảng 1 cho thấy nguy cơ sỏi biến chứng viêm phổi nặng gặp ở trẻ dưới 9 tháng tuổi cao gấp 2,62 lần so với trẻ từ 9 tháng tuổi trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0,000

Bảng 2. Liên quan giữa tiêm vaccin sỏi với độ nặng của bệnh

Vaccin	Viêm phổi	Viêm phổi nặng	Tổng số	OR; P
Có tiêm	33 (80,5%)	8 (19,5%)	41	OR=4,12 (95%CI: 1,47-12,44) P=0,004
Chưa tiêm	165 (61,5%)	103 (58,5%)	268	
Tổng số	198	111	309	

(hiệu chỉnh Yates)

Theo kết quả của bảng 2 cho thấy nguy cơ bị viêm phổi nặng do sỏi cao gấp 4,12 ở các trẻ chưa được tiêm phòng sỏi so với nhóm trẻ đã được tiêm phòng sỏi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P=0,004. Yếu tố suy giảm miễn dịch.



Biểu đồ 1: Phân bố tình trạng suy giảm miễn dịch ở bệnh nhi sỏi

Kết quả từ biểu đồ 1 cho thấy các trẻ mắc sỏi có hiện tượng suy giảm miễn dịch rất cao với tỷ lệ giảm IgG là cao nhất lên tới 61,4% trường hợp, tiếp đến là giảm IgA với 60,6%. Giảm IgM là thấp nhất với tỷ lệ là 10,4%. Trong khi đó cũng có tới 22,4% các trường hợp có giảm CD4

Bảng 3. Liên quan giữa các yếu tố miễn dịch dịch thể với độ nặng của bệnh

Yếu tố miễn dịch (Ig)		Viêm phổi	Viêm phổi nặng	Tổng số	OR; P
IgA N=236	Bình thường	74 (79,5%)	19 (20,5%)	93	OR=4,18 (95%CI: 2,20-7,99) P=0,000
	Giảm	69 (48,2%)	74 (51,8%)	143	
IgG N=223	Bình thường	61 (71,8%)	24 (28,2%)	85	OR=2,07 (95%CI: 1,12-3,86) P=0,010
	Giảm	76 (55,1%)	62 (44,9%)	138	
IgM N=183	Bình Thường	103(62,8%)	61 (37,2%)	164	OR=6,33 (95%CI: 1,85-23,77) P=0,001 (hiệu chỉnh Yates)
	Giảm	4 (21,1%)	15 (88,9%)	19	

Bảng 3 cho thấy nguy cơ sỏi biến chứng viêm phổi nặng ở nhóm trẻ có suy giảm miễn dịch dịch thể là rất cao so với nhóm trẻ không có suy giảm miễn dịch dịch thể với OR lần lượt là 4,18; 2,07 và 6,33 ở các nhóm giảm IgA, IgG và IgM tương ứng so với nhóm bình thường. Sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Liên quan giữa CD4 với độ nặng của bệnh

CD4; N=152	Viêm phổi	Viêm phổi nặng	Tổng số	OR; P
Bình Thường	70 (59,3%)	48 (40,7%)	118	OR=0,61 (95%CI: 0,25-1,48) P=0,233
Giảm	24 (70,6%)	10 (29,4%)	34	
Tổng số	94	58	152	

Bảng 5: Liên quan giữa đồng nhiễm vi khuẩn, virus với độ nặng của bệnh

Đồng nhiễm		Viêm phổi	Viêm phổi nặng	Tổng số	OR; P
Vi khuẩn N=160	Không	34 (38,2%)	55 (61,8%)	89	OR=0,54 (95%CI: 0,27-1,06) P=0,052
	Có	38 (53,5%)	33 (46,6%)	71	
Virus N=18	Không	7 (58,3%)	5 (41,7%)	12	OR=2,80 (95%CI: 0,25-36,19) P=0,617 (hiệu chỉnh Yates)
	Có	2	4	6	

Kết quả của bảng 4 và 5 cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nguy cơ giảm CD4 hay đồng nhiễm vi khuẩn hoặc virus.

IV. BÀN LUẬN

Các yếu tố liên quan tới sỏi biến chứng viêm phổi nặng là: Trẻ ở độ tuổi dưới 9 tháng (OR=2,66; 95%CI:1,57-4,49; P=0,000), trẻ chưa được tiêm phòng sỏi (OR=4,12; 95%CI: 1,47-12,44; P=0,004), trẻ có suy giảm miễn dịch thể IgA, IgG, IgM.

Các yếu tố nguy cơ khác như trẻ trai, giảm CD4 hay đồng nhiễm vi khuẩn, virus đều không có ý nghĩa thống kê. Điều này cũng đồng nghĩa với gợi ý rằng có sự thống nhất với nhận định của một số tác giả trước đây là chính tác động trực tiếp của virus sỏi lên phổi trẻ em làm cho bệnh nặng thêm chứ không phải là vai trò đồng nhiễm của vi khuẩn hay virus khác⁶

Nghiên cứu của Quiambao BP và cs⁷ trên 182 trẻ viêm phổi do sỏi cho thấy có tới 13% trẻ dưới 9 tháng tuổi. Tỷ lệ tử vong do viêm phổi là 17% có liên quan chặt chẽ với các biểu hiện lâm sàng như tím tái, nhịp thở nhanh trên 60 lần/phút hoặc được phân loại là viêm phổi rất nặng. Viêm phổi do sỏi phổi hợp với các tác nhân khác chiếm 53%, trong đó cấy máu (+) có 10 bệnh nhân thì 5 là phế cầu. Viêm phổi do sỏi phổi hợp với adenovirus là 19% và với parainfluenzae là 25%

Nghiên cứu của Ariyasriwatana C và cs trên 156 trẻ sỏi nặng cho thấy 23,9% là trẻ dưới 9 tháng, 40% trẻ chỉ được tiêm 1 liều vaccine sỏi trước khi bị bệnh. Có tới 91,4% trẻ dưới 1 tuổi chưa được tiêm vaccine sỏi, trong khi đó 80% trẻ trên 5 tuổi đã được tiêm phòng sỏi. Các biến chứng thường gặp là viêm phổi chiếm 62,2%, tiêu chảy chiếm 38,1%. Viêm phổi đơn thuần do sỏi chiếm 52,6%, viêm phổi do bội nhiễm vi khuẩn sau sỏi chiếm 47,4%. Có 1 trẻ tử vong do viêm phổi nặng có hội chứng ARDS. Không thấy mối liên quan giữa độ nặng của viêm phổi với tuổi, tình trạng dinh dưỡng và tiền sử tiêm phòng vaccine sỏi⁵.

Nghiên cứu trên 5 trẻ mắc sỏi có rối loạn miễn dịch, trong đó 2 trẻ ghép tủy, 1 trẻ U Wilm, 1 trẻ Hepatoblastoma, 1 trẻ hội chứng thực bào máu, Nakano T và cs nhận thấy rằng tất cả các trẻ sỏi biến chứng nặng này đều có liên quan đến ức chế hoạt tính của tế bào diệt tự nhiên và giảm miễn dịch thứ phát do sỏi. Trong đó có 1 trẻ tử vong do sỏi biến chứng viêm phổi tế bào khổng lồ. Tạ anh Tuấn và cs⁴ nghiên cứu trên 182 bệnh nhi viêm phổi nặng liên quan đến sỏi trong đó có 51 trẻ được cứu sống và 131 trẻ tử

vong. Tác giả kết luận rằng các yếu tố nguy cơ liên quan đến tử vong là: Trẻ dưới 12 tháng tuổi, PaO₂/FIO₂ <300, điểm PRISM ≥ 10 và PELOD ≥ 20, CRPhs ≥ 50mg/l, tăng LDH huyết thanh, giảm tế bào lympho T và đồng nhiễm adenovirus type 7.

Đặng thị Thúy và cs nghiên cứu trên 201 trẻ dưới 18 tuổi mắc sỏi phải vào viện điều trị cho thấy các nguy cơ tăng tình trạng nặng của bệnh là trẻ dưới 9 tháng, trẻ nam, mắc cúm trong vòng 1 tháng, chưa tiêm phòng sỏi, số lượng bạch cầu hoặc CRP tăng và Xquang phổi có hình ảnh thâm nhiễm³.

Nguyễn Văn Sơn nghiên cứu trên 420 trẻ mắc sỏi cho thấy nam chiếm 61% và nữ chiếm 39%. Có 28% là trẻ dưới 9 tháng tuổi. Tỷ lệ trẻ mắc sỏi chưa được tiêm phòng là 58,83% và tỷ lệ trẻ mới chỉ tiêm được 1 liều vaccine sỏi là 22,6%. Biến chứng của sỏi chủ yếu là viêm phổi chiếm 47%. Những yếu tố làm bệnh nặng hơn đó là trẻ được dùng corticoid, mắc sỏi trên một bệnh mạn tính khác².

Như vậy mặc dù còn có những nhận định đôi khi khác nhau giữa các nghiên cứu khác nhau nhưng các nghiên cứu trên đều có những điểm thống nhất chung là sỏi biến chứng viêm phổi là nặng và các yếu tố nguy cơ làm tăng độ nặng của viêm phổi là tuổi trẻ càng nhỏ, trẻ chưa được tiêm phòng và suy giảm miễn dịch.

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm dịch tễ của sỏi trong vụ dịch 2014 tại Hà Nội và khu vực phía Bắc vào điều trị tại khoa nhi bệnh viện Bạch mai gặp nhiều ở các trẻ dưới 9 tháng và các trẻ chưa được tiêm phòng sỏi. Trong đó nam gặp nhiều hơn nữ. Những trường hợp biến chứng viêm phổi và viêm phổi nặng phải nhập viện điều trị là rất cao. Tử vong chủ yếu là do viêm phổi nặng phải thở máy.

- Các yếu tố nguy cơ làm tăng độ nặng của viêm phổi do sỏi là: Trẻ dưới 9 tháng tuổi, trẻ chưa được tiêm phòng sỏi, trẻ có suy giảm các yếu tố miễn dịch dịch thể như IgA, IgG và IgM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Nhật An, Vũ Thị Minh Phượng.** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học dịch sỏi tại bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 12/2013-7/2014. Tạp chí Truyền nhiễm Việt nam, số đặc biệt 2016, tr 94
2. **Nguyễn Văn Sơn.** Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, xét nghiệm và yếu tố tiên lượng ở bệnh nhi sỏi điều trị tại bệnh viện sản-nhi Nghệ an năm 2014. Tạp chí Truyền nhiễm Việt nam, số đặc biệt 2016, tr 97
3. **Đặng Thị Thúy, Nguyễn Thành Lê, Bùi Vũ Huy, Nguyễn Thị Liên Hà.** Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả điều trị bệnh sỏi trẻ em tại bệnh viện bệnh nhiệt đới trung ương, vụ dịch 2014. Tạp chí

- Truyền nhiễm. Hội truyền nhiễm Việt nam. Số 03(7) 2014, Tr 12-16
4. **Tạ Anh Tuấn, Trịnh Tuấn Anh.** Xác định một số yếu tố nguy cơ liên quan tới tử vong của viêm phổi nặng liên quan đến sốt. Tạp chí Y học Việt nam, Tập 447, Tháng 10-Số chuyên đề 2016, Tr 76-82
 5. **Ariyasriwatana C1, Kalayanaroj S.** Severity of measles: a study at the Queen Sirikit National Institute of Child Health. J Med Assoc Thai. 2004 Jun;87(6):581-8.
 6. **Perry RT1, Halsey NA.** The clinical significance of measles: a review. J Infect Dis. 2004 May 1;189 Suppl 1:S4-16.
 7. **Quiambao BP1, Gatchalian SR, Halonen P, Lucero M, Sombrero L,** Paladin FJ, Meurman O, Merin J, Ruutu P. Coinfection is common in measles-associated pneumonia. Pediatr Infect Dis J. 1998 Feb;17(2):89-93.

THỰC TRẠNG SỐT RÉT, SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TẠI CÁC TỈNH ĐỒNG BẰNG VEN BIỂN NAM BỘ (2003-2013)

Bùi Khánh Toàn¹, Nguyễn Huy Nga¹,
Nguyễn Xuân Trường¹, Nguyễn Văn Chuyên²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: mô tả thực trạng bệnh sốt rét, sốt xuất huyết Dengue tại 7 tỉnh đồng bằng ven biển Nam Bộ giai đoạn 2003-2013. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu cơ sở dữ liệu thứ cấp bệnh sốt rét, sốt xuất huyết tại 7 tỉnh đồng bằng ven biển từ năm 2003-2013. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh sốt xuất huyết dengue khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ xuất hiện quanh năm với tần suất thấp nhất ở các tháng 2, 3, 4, có chiều hướng gia tăng từ tháng 5, tăng dần trong tháng 6 và cao điểm trong các tháng mưa nhiều: 7, 8, 9, 10. Trong 10 năm nghiên cứu xuất hiện 3 đợt đỉnh bùng phát dịch vào các năm 2004, 2008, 2011, chu kì bùng phát dịch của bệnh sốt xuất huyết dengue tại khu vực là 3, 4 năm. Số ca mắc sốt rét không còn biểu hiện chu kỳ dịch theo mùa và theo năm tại khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ. Số ca mắc sốt rét có xu thế giảm dần, không thấy sự phụ thuộc của bệnh vào các yếu tố khí hậu thời tiết. **Kết luận:** Tại khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ, bệnh sốt xuất huyết có tính chất chu kỳ 3, 4 năm và thường có đỉnh dịch vào mùa mưa. Bệnh sốt rét có xu thế giảm dần, không có tính chu kỳ.

Từ khóa: bệnh sốt rét, sốt xuất huyết, đồng bằng ven biển Nam Bộ.

SUMMARY

STATUS OF MALARIA AND DENGUE IN SOUTHERN COASTAL PROVINCES, PERIOD OF 2003-2013

Purpose: Describe the status of Malaria and Dengue in seven Southern coastal provinces period of 2003-2013. **Method:** A retrospective study of secondary data of Malaria and Dengue in seven Southern coastal provinces period of 2003-2013.

¹Bộ Y tế

²Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Khánh Toàn

Email: khanhtoandr@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.6.2017

Ngày duyệt bài: 20.6.2017

Results: Dengue occurs all year round. The number of Dengue cases is low in February to April. It increases from May, gradually in June and reach the peak in rainfall months, from July to October. In the period of 2003-2013, it appeared three large outbreaks of Dengue in 2004, 2008 and 2011. The cycle of large outbreaks of Dengue is 3-4 years. The number of Malaria cases did not occur by season periods or by year periods any longer in Southern coastal provinces. the trend of Malaria cases decreases gradually. There is no evidence of the relation between disease and climate/weather factors, such as temperature, humidity and rainfall. **Conclusion:** In Southern coastal provinces, the cycle of large outbreaks of Dengue is considered to be 3-4 years; the peaks of outbreaks reach in the rainy season. The trend of Malaria occurrence decreases gradually and frequency is not clear.

Keywords: Malaria, Dengue, Southern coastal region/province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một trong những quốc gia được cảnh báo sẽ bị ảnh hưởng nghiêm trọng của biến đổi khí hậu[1]. Biến đổi khí hậu ảnh hưởng đến hệ sinh thái, hậu quả gây ra một loạt yếu tố có thể ảnh hưởng tới sức khỏe môi trường, không chỉ làm bùng phát các dịch bệnh truyền thống mà còn xuất hiện các dịch bệnh mới[1]. Những dịch bệnh truyền nhiễm hiện nay đang hoành hành chủ yếu tại các khu vực nhiệt đới và cận nhiệt đới như sốt rét, viêm màng não, sốt xuất huyết... sẽ lan rộng ra trên phạm vi toàn cầu. Dự báo đến năm 2080 số người mắc bệnh sốt rét sẽ tăng thêm 260-320 triệu người. Sẽ có 6 triệu người mắc bệnh sốt xuất huyết (hiện tại: 3,5 triệu người). Tại Việt Nam, khí hậu nóng lên là nguyên nhân phát sinh một số bệnh truyền nhiễm gồm: bệnh cúm A(H1N1), bệnh cúm A(H5N1), bệnh sốt xuất huyết, sốt rét, bệnh tả, thương hàn, tiêu chảy, viêm não do virus, và bệnh viêm đường hô hấp cấp tính nặng (SARC).

Trong các khu vực chịu nhiều ảnh hưởng của biến đổi khí hậu, đồng bằng ven biển Nam bộ là khu vực chịu ảnh hưởng nặng nề. Diễn biến bệnh sốt xuất huyết và sốt rét tại khu vực này có nhiều biến động bất thường, gây khó khăn cho công tác phòng chống dịch bệnh tại các tỉnh Nam Bộ. Do vậy, việc nghiên cứu đặc điểm thời tiết, khí hậu khu vực này và mối liên quan tới dịch bệnh sốt rét và sốt xuất huyết là rất cần thiết. Kết quả nghiên cứu giúp phân tích quy luật mới của dịch bệnh sốt xuất huyết và sốt rét từ đó xây dựng các giải pháp kiểm soát và dự phòng bệnh tốt hơn cho các tỉnh khu vực miền Nam. Suốt phát từ những vấn đề trên, nghiên cứu được triển khai nhằm mục tiêu: *Mô tả thực trạng sốt rét, sốt xuất huyết Dengue tại 7 tỉnh đồng bằng ven biển Nam Bộ giai đoạn 2003-2013.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Cơ sở dữ liệu thứ cấp tại các trung tâm y tế dự phòng tuyến tỉnh.

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 7 tỉnh đồng bằng ven biển Nam Bộ, gồm: Tiền Giang, Bến Tre, Trà Vinh, Sóc Trăng, Bạc Liêu, Cà Mau và Kiên Giang. Nghiên cứu hồi cứu cơ sở dữ liệu thứ cấp từ 2003-2013.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu có phân tích.

2.4. Nội dung và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu số liệu thứ cấp dựa trên cơ sở dữ liệu dịch giám sát sốt rét, SXHD được báo cáo theo hệ thống y tế trong khoảng thời gian từ 2003 đến 2013. Bệnh sốt rét, SXHD được báo cáo hệ thống theo quyết định số 4880/2002/QĐ-BYT ban hành ngày 06/12/2002 về quy chế thông tin báo cáo bệnh truyền nhiễm gây dịch và

Thông tư 48/2010/TT-BYT ban hành ngày 31/12/2010 về chế độ khai báo, thông tin, báo cáo bệnh truyền nhiễm của Bộ Y tế. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng thông tin báo cáo hàng tháng của Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh.

Dòng thông tin bệnh truyền nhiễm hàng tháng được thu thập qua hệ thống giám sát tại cấp tỉnh như sau:

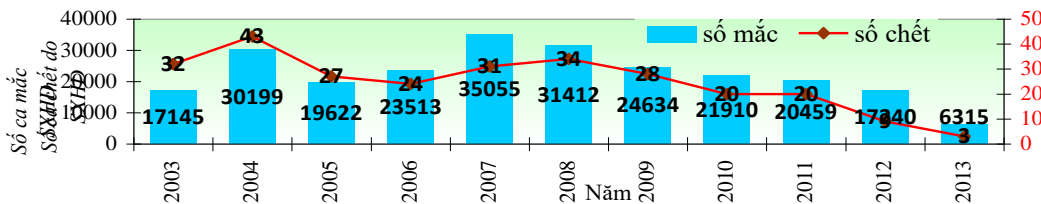
- *Tuyến xã:* tuyến y tế cơ sở đầu tiên của hệ thống giám sát có nhiệm vụ phát hiện, thu thập số liệu về bệnh truyền nhiễm trên địa bàn và báo cáo huyện theo quy định.

- *Tuyến huyện:* TTYTDP huyện chịu trách nhiệm thu thập số liệu các bệnh truyền nhiễm của trạm y tế xã, từ cơ sở điều trị phân tích tổng hợp và báo cáo TTYTDP tỉnh theo quy định.

- *Tuyến tỉnh:* TTYTDP tỉnh chịu trách nhiệm thu thập số liệu các bệnh truyền nhiễm của TTYTDP huyện, từ cơ sở điều trị trên địa bàn.

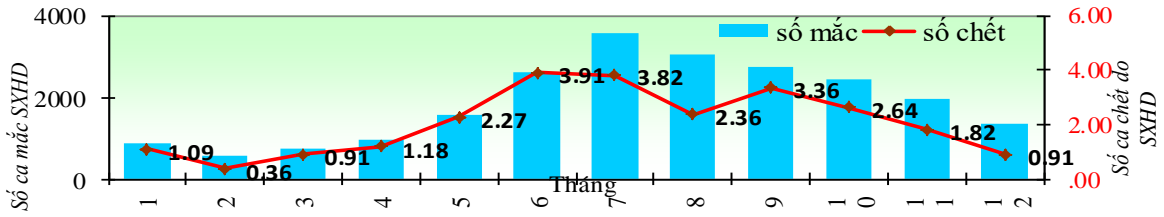
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Bệnh sốt xuất huyết Dengue, sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ giai đoạn 2003 - 2013: Khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ là khu vực có số tử vong do SXHD cao nhất cả nước. Năm 1998, tại khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ đã xảy ra nhiều vụ dịch lớn với 455,7 ca mắc/100.000 dân và 347 ca tử vong, tỷ lệ chết/mắc là 0,3%. Xu hướng gia tăng tỷ lệ mới mắc bệnh SXHD được ghi nhận kể từ 2005 cho đến nay. Tỷ lệ mắc/100.000 dân có giảm so với năm 1998 (455,7/100.000 dân) và năm 1997 (319,9/100.000 dân) nhưng tăng so với trung bình các giai đoạn 1996-2005 và giai đoạn 2000 - 2005; đặc biệt tăng nhiều nhất là so với giai đoạn 5 năm (2003 - 2007) là 31%.



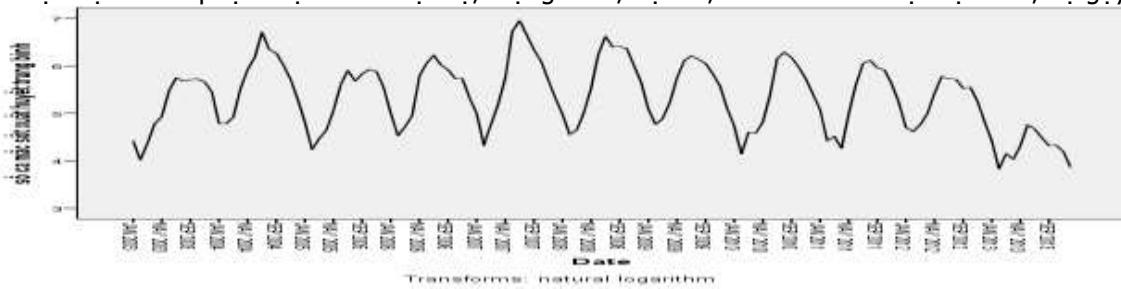
Biểu đồ 3.1. Tình hình mắc, chết SXHD khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ, giai đoạn 2003 - 2013

Trong gia đoạn 2003-2013, năm 2007 có số ca mắc SXHD cao nhất với 35.055 trường hợp mắc. Tình hình mắc, chết do SXHD giai đoạn 2004- 2008 tại khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ cho thấy chưa có dấu hiệu khả quan. Xu hướng số mắc và số tử vong vẫn còn cao. Năm 2007, tỷ lệ mắc/100.000 dân toàn khu vực là 395/100.000 dân, tính từ năm 1998 (giai đoạn bắt đầu triển khai Chương trình mục tiêu phòng chống SXH quốc gia), đây là năm có tỷ lệ mắc/100.000 dân khá cao. Năm 2011, tổng số ca mắc SXHD được báo cáo là 20.459 ca, trung bình là 414 ca mắc/tuần. Kể từ sau tháng 8/2012 thì số ca mắc giảm đều ở các tháng tiếp theo và thấp hơn ngưỡng cảnh báo (đường cong chuẩn giai đoạn 2005 - 2010).



Biểu đồ 3.2. Trung bình số ca mắc, chết SXHD theo tháng tại các tỉnh khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ, giai đoạn 2003 - 2013

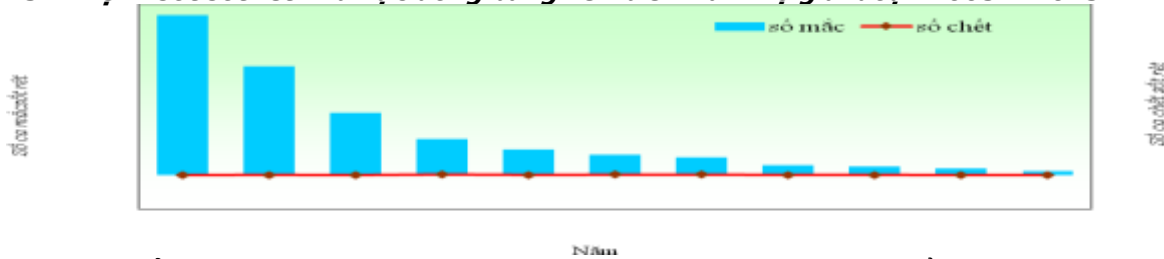
Bệnh xuất hiện vào tất cả các tháng trong năm với tần suất thấp nhất ở các tháng 2, 3, 4, có chiều hướng gia tăng từ tháng 5, tăng dần trong tháng 6 và cao điểm trong các tháng mưa nhiều: 7, 8, 9, 10. Điều này thể hiện tính phân bố theo mùa của SXHD cho đến nay vẫn không thay đổi. Sự xuất hiện bệnh SXH phụ thuộc vào nhiệt độ, lượng mưa, độ ẩm, các chỉ số về mật độ muối, bọ gậy.



Biểu đồ 3.3. Phổ chu kỳ số ca mắc SXHD các tháng trong 10 năm

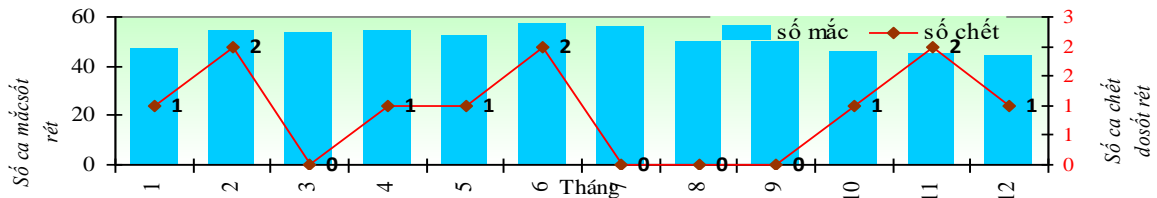
Bệnh SXHD phản ánh chu kỳ mùa, năm rõ rệt với đỉnh chu kỳ ứng với khoảng thời gian 12 tháng, 40 tháng và hệ số tự tương quan và tương quan riêng phần cao với pha trễ 35, 36, 37, 38. Điều này cũng cho thấy phù hợp với chu kỳ 3 đỉnh bùng phát dịch vào các năm 2004, 2008, 2011 trong khoảng thời gian từ 3 - 4 năm. Có tương quan chặt chẽ nhất tại độ trễ thời gian 1, 2 tháng.

3.2. Bệnh sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ giai đoạn 2003 - 2013



Biểu đồ 3.4. Tình hình mắc, chết sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ, giai đoạn 2003 - 2013

Số ca mắc sốt rét trung bình theo năm dao động rất lớn từ 49,2 đến 2332,5 ca mắc. Số ca mắc duy trì cao trong các năm 2003, 2004 với số ca mắc khoảng 1600 - 2400 ca mắc sau đó giảm nhanh trong các năm 2005, 2006 và sau đó giảm chậm trong các năm sau chỉ còn 50 - 100 ca mắc. Số ca tử vong do sốt rét ở khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ duy trì mức thấp 0 -3 trường hợp/năm.



Biểu đồ 3.5. Trung bình số ca mắc, chết sốt rét theo tháng tại các tỉnh khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ, giai đoạn 2003 - 2013

Trung bình số ca mắc sốt rét theo tháng trong 10 năm không có sự khác biệt đáng kể, số ca mắc tăng nhẹ trong các tháng 5, 6, 7, 8.



Biểu đồ 3.6. Phổ chu kỳ số ca mắc sốt rét các tháng trong 10 năm

Số ca mắc sốt rét không còn biểu hiện chu kỳ dịch theo mùa, năm. Xu thế giảm dần số ca mắc sốt rét, cũng như không còn rõ ràng sự phụ thuộc vào các yếu tố khí hậu thời tiết.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm SXHD khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ: Nghiên cứu cho thấy số ca mắc SXHD tăng mạnh, bùng phát trong các tháng từ 6 đến tháng 10 hàng năm. Xuất hiện 3 đỉnh dịch với chu kỳ 3, 4 năm vào các năm 2004, 2007 và 2011 cũng tương ứng với hệ số tự tương quan và tương quan riêng phần cao với pha trễ lag 35, 36, 37, 38 và phổ chu kỳ cao nhất tại khoảng 40 tháng. Số ca mắc có tương quan chặt chẽ nhất tại độ trễ thời gian 1, 2 tháng. Qua đó cho thấy dịch SXHD có chu kỳ rõ rệt. Nghiên cứu của Hoàng Quốc Cường (2012) về đặc điểm dịch tễ SXHD tại 20 tỉnh miền Nam đã chỉ ra dịch SXHD mang tính lưu hành hằng năm, cứ 2 - 3 năm lại có một đợt dịch lớn. Qua đó cho thấy có sự tương quan chặt giữa nội tại số ca mắc tại các khoảng thời gian.

Trên thế giới số liệu báo cáo về SXHD tại các nước nằm trong khu vực có SXHD lưu hành cho thấy SXHD có xu hướng gia tăng từ năm 2004 trở lại đây. Tại Singapore năm 2004 là năm có số ca mắc SXHD cao nhất kể từ năm 1998, số mắc ghi nhận lên tới 8.500 trường hợp mắc cao gấp 2 lần số mắc 2003 và là năm cao nhất trong 10 năm trở lại đây của nước này. Malayxia cũng ghi nhận 33.203/58 trường hợp mắc chết trong năm 2004, cao nhất trong 10 năm trở lại đây của nước này.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số ca mắc SXHD tăng mạnh vào các tháng mùa mưa từ tháng 6 đến tháng 10, đạt đỉnh vào tháng 7, 8; những tháng còn lại số ca mắc rải rác. Nghiên cứu của Hoàng Thế Hùng (2012) phân tích dịch SXHD trong 2 năm 2008 và 2009 tại thành phố Hà Nội cho thấy số ca bệnh mắc SXHD từ tháng 1 đến tháng 4 không có sự chênh lệch nhiều và tương đối thấp. Tương ứng những tháng này có nhiệt độ, lượng mưa thấp. Sau đó số ca bệnh tăng dần từ tháng 5 đến tháng 7, thời điểm có

lượng mưa và nhiệt độ cao nhất trong năm. Những tháng này nhiệt độ, lượng mưa có giảm nhưng ít và vẫn ở mức tương đối cao. Độ ẩm tương đối ở các tháng trong năm không có sự khác biệt và tương đối cao.

4.2. Đặc điểm sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ: Qua nghiên cứu cho thấy diễn biến số ca mắc sốt rét trung bình tháng trong 10 năm không có sự khác biệt rõ ràng giữa các tháng trong suốt 10 năm. Số ca mắc sốt rét có xu hướng giảm nhanh rõ rệt trong suốt 10 năm, đặc biệt là giai đoạn 2004 và 2006, giảm từ 1592,2 trường hợp mắc xuống còn 527,6 trường hợp mắc trung bình tháng. Từ 2006 số trường hợp mắc giảm chậm đều cho đến 2013 còn vài chục trường hợp mắc trung bình tháng với mức độ 49,2 ca/năm. Dịch bệnh sốt rét không còn phản ánh tính chu kỳ, không xuất hiện đỉnh chu kỳ trong phân tích phổ chu kỳ.

Theo Bộ Y tế, tỷ lệ mắc sốt rét ở Việt Nam đã liên tục giảm, từ 2,8 ca xác định/1.000 dân năm 1991 xuống 0,87 ca /1.000 dân năm 2001 và năm 2013 chỉ còn 0,2 ca /1.000 dân. Năm 2013 có 6 ca tử vong do sốt rét, so với 4.646 ca năm 1991, 91 ca năm 2001 và 14 ca năm 2011. Ước tính dân số Việt Nam năm 2013 là 89,9 triệu người, với khoảng 14,4 triệu người sống ở những vùng có sốt rét lưu hành (khoảng 16% dân số). Hầu hết các ca bệnh sốt rét và các ca tử vong do sốt rét xảy ra ở khu vực ven biển miền Trung và Tây Nguyên. Qua đó cho thấy nỗ lực chương trình phòng chống sốt rét tại Việt Nam và Việt Nam cam kết loại trừ bệnh sốt rét vào năm 2030. Sau 20 năm thực hiện phòng chống SR đã đạt và vượt mục tiêu của Chính phủ theo Quyết định số 108/2007/QĐ-TTg ngày 17/7/2007 của Thủ tướng Chính phủ: Đến năm 2010, không có dịch xảy ra, cả nước ghi nhận 20 người chết do SR, 53.876 trường hợp mắc SR. Tỷ lệ chết do

SR/100.000 dân là 0,02, giảm 89,5% so với năm 2000 (148 người). Tỷ lệ mắc SR/1.000 dân là 0,61, giảm 84,1% so với năm 2000 (293.016 người). Tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng SR/1.000 dân là 0,19. Từ năm 2000 đến nay, mỗi năm có từ 10 triệu đến 12 triệu người trong vùng SRLH được bảo vệ bằng hóa chất diệt muỗi miễn phí, trong đó 1,2 triệu - 2 triệu người được bảo vệ bằng hoá chất phun tồn lưu và 9,5 triệu - 10 triệu người được bảo vệ bằng màn tẩm hóa chất diệt muỗi. Thuốc SR được cấp miễn phí từ 1 triệu - 2 triệu liều/năm.

Các số liệu trên đã khẳng định sự tăng cường chỉ đạo và đầu tư của Nhà nước, các cấp chính quyền địa phương và chiến lược PCSR trong những năm qua có mục tiêu, chỉ tiêu và các giải pháp phòng chống SR phù hợp, đúng đắn, có hiệu quả cao và đã đạt được các mục tiêu đề ra. Tuy nhiên, để hướng tới loại trừ SR trong cả nước đến năm 2030, cần phải có sự tăng cường đầu tư hơn nữa của Chính phủ về nhân lực và nguồn lực, sự tham gia phối hợp hoạt động của các Bộ, ngành liên quan và của cộng đồng trong công tác phòng chống, loại trừ SR, đặc biệt người dân tại các vùng SRLH. Kết quả trên cho thấy Đồng bằng ven biển Nam Bộ trong những năm qua đã thực tốt các chương trình PCSR quốc gia, qua đó làm giảm số ca mắc sốt rét liên tục trong các năm tại tỉnh.

V. KẾT LUẬN

Bệnh sốt xuất huyết Dengue khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ xuất hiện quanh năm với tần suất thấp nhất ở các tháng 2, 3, 4, có chiều hướng gia tăng từ tháng 5, tăng dần trong tháng 6 và cao điểm trong các tháng mưa nhiều: 7, 8, 9, 10. Trong 10 năm nghiên cứu xuất hiện 3 đợt đỉnh bùng phát dịch dịch vào các năm 2004, 2008, 2011, chu kì bùng phát dịch của bệnh sốt xuất huyết dengue tại khu vực là 3, 4 năm.

Sốt rét không còn biểu hiện chu kỳ dịch theo mùa và theo năm tại khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Trọng Hiệu và CS (2009), *Biến đổi khí hậu ở Việt Nam, Viện Chiến lược Chính sách và Môi trường*, Hà Nội.
2. WHO (2003), *Climate change and human health risk and response*, WHO - GENEVA - 2003.
3. Colwell, R.R. & Patz, J.A (1998), *Climate, infectious disease and health*, Washington, DC, USA, American Academy of Microbiology, 1998.
4. WHO (2008), *Protecting health from climate change - World Health Day 2008*, 2008: Geneva.
5. Hoàng Quốc Cường và CS (2012), *Phân tích ảnh hưởng của các yếu tố thời tiết đối với bệnh sốt xuất huyết tại khu vực phía nam, 2001 - 2010*, Tạp chí YHDP, HN 2010
6. WHO (2008), *Asia-Pacific Dengue program managers meeting*, World Health Organization.
7. Hoàng Thế Hùng (2012), *Đặc điểm dịch tễ học bệnh sốt xuất huyết Dengue tại thành phố Hà Nội và một số yếu tố liên quan*, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.

THỰC TRẠNG TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN TẠI THÀNH PHỐ VINH TỈNH NGHỆ AN

Cao Trường Sinh*, Lê Thị Thanh Huyền*

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh tỉnh Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp:** 2044 người từ 40 tuổi trở lên gồm 676 nam và 1368 nữ tuổi trung bình 60,9 ± 11,9. Phương pháp mô tả cắt ngang, mỗi xã phường chọn 1 khối xóm, mỗi khối xóm chọn ngẫu nhiên 80 người. Tất cả được đo huyết áp ở tư thế ngồi, nghỉ ngơi trước khi đo tối thiểu 10 phút ở tư thế đo, trước đó không uống cà phê, uống rượu, vận động thể lực.

Đo 3 lần lấy trung bình. Chẩn đoán THA và phân độ tăng huyết áp theo WHO/ISH 2003. **Kết quả:** Tỷ lệ tăng huyết áp chung tại thành phố Vinh là: 38,5%. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 39%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tăng huyết áp là 24,2%. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 35,5%. Tỷ lệ người dân được đo huyết áp ít nhất 1 lần trong năm vừa qua là 14,5%. **Kết luận:** Cần phải tuyên truyền cho người dân phải đi kiểm tra huyết áp ít nhất mỗi năm 2 lần để phát hiện và điều trị tăng huyết áp.

SUMMARY

SITUATION OF HYPERTENSION IN PEOPLE AGED 40 YEARS OR OLDER AT VINH CITY, NGHE AN PROVINCE

Aim: To determine the rate of hypertension in people aged 40 and above in Nghe An province.

Objects and methods: 2044 people aged 40 years or

*Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 19.6.2017

Ngày duyệt bài: 27.6.2017

older, including 676 males and 1.368 females, averaged 60.9 ± 11.9 years old. The method of cross-sectional description, each ward or commun selected a block, each block randomly selected 80 people. All of them were measured in sitting posture, taking a rest before measuring at least 10 minutes in the posture, not drinking coffee, drinking or exercising before. Measure 3 times on average. Diagnosis of hypertension in accordance with WHO/ISH 2003. **Result:** The overall rate of hypertension in Vinh City is 38.5%. The rate of isolated systolic hypertension was 39%. The rate of patients treated for hypertension was 24.2%. The rate of target blood pressure was 35.5%. The percentage of people who received blood pressure at least once in the past year was 14.5%. **Conclusion:** It is necessary to educate people to have blood pressure checked at least twice a year to detect and treat hypertension.

Keys words: Hypertension, isolated systolic, the rate of target blood pressure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp, “kẻ giết người thầm lặng” là một trong 4 loại bệnh không lây (ung thư, tăng huyết áp, tâm thần, đái tháo đường) hiện nay đang chiếm tỷ lệ cao trên thế giới cũng như ở Việt Nam, đó là yếu tố nguy cơ quan trọng của tử vong và các bệnh tim mạch. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), tăng huyết áp là gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Hiện có khoảng 1 tỷ người trên thế giới bị tăng huyết áp. Ở Mỹ có khoảng 75 triệu người bị tăng huyết áp. Theo số liệu của tổ chức Y tế thế giới tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 18 tuổi trở lên khoảng 40%. Theo dự báo của WHO, đến năm 2025 có khoảng 1/3 dân số thế giới bị tăng huyết áp. Hiện nay, tăng huyết áp là nguyên nhân của 2/3 của toàn bộ các loại đột quỵ và hơn một nửa của bệnh tim thiếu máu cục bộ. Tăng huyết áp là nguyên nhân chính của tử vong trên toàn thế giới và một trong những vấn đề sức khỏe lớn toàn cầu[1].

Ở Việt Nam, thống kê của Hội Tim mạch Việt Nam gần đây cho thấy tỉ lệ tăng huyết áp hiện nay đã chiếm đến 25% ở người trưởng thành và đang có xu hướng gia tăng không ngừng[2]. Đến

năm 2016 theo điều tra của Viện Tim mạch Việt Nam tỷ lệ tăng huyết áp ở người lớn từ 18 tuổi trở lên tỷ lệ tăng huyết áp là 47,5%. Tỷ lệ tăng huyết áp khác nhau giữa các vùng miền, giữa các tỉnh, theo các độ tuổi điều tra. Đặc biệt, có nhiều nghiên cứu cho thấy số người tăng huyết áp được điều trị chiếm tỷ lệ chưa cao, tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu còn thấp, người dân chưa nhận thức về tính nguy hiểm của tăng huyết áp. Thực hiện mục tiêu chương trình quốc gia về phòng chống tăng huyết áp là nâng cao nhận thức của người dân và phấn đấu 50% bệnh nhân được phát hiện tăng huyết áp điều trị đúng phác đồ tăng huyết áp của bộ Y tế. Bởi vậy chúng tôi tiến hành đề tài trên nhằm mục đích xác định tỷ lệ tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 2044 người từ 40 tuổi trở lên gồm 676 nam và 1368 nữ tuổi trung bình $60,9 \pm 11,9$. Các đối tượng rải đều 25 phường xã thành phố Vinh, mỗi phường xã trung bình 80 người.

2. Phương pháp: Phương pháp mô tả cắt ngang, mỗi xã phường chọn 1 khối xóm, mỗi khối xóm chọn ngẫu nhiên 80 người (gửi giấy mời đến 100 người).

Tất cả được đo huyết áp ở tư thế ngồi, nghỉ ngơi trước khi đo tối thiểu 10 phút ở tư thế đo, trước đó không uống cà phê, uống rượu, vận động thể lực. Đo 3 lần lấy trung bình. Chẩn đoán THA và phân độ tăng huyết áp theo WHO/ISH 2003. Những người đang dùng thuốc điều trị huyết áp và có huyết áp đạt mục tiêu cũng được xếp vào danh sách bệnh nhân tăng huyết áp. Huyết áp mục tiêu điều trị theo JNC 7 [3] và Hội Tim mạch Việt Nam 2010 [4] ($HA < 140/90$ mmHg cho các độ tuổi và người ĐTĐ $< 130/80$ mmHg).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới

Độ tuổi	Nam		Nữ		Tổng		P(1-2)
	n	%	n	%	n	%	
40-59 (1)	276	13,5	690	33,8	966	47,3	<0,05
60-79(2)	362	17,8	642	31,4	1004	49,2	<0,05
≥ 80 (3)	38	1,8	36	1,7	74	3,5	>0,05
Tổng	676	33,1	1368	66,9	2044	100	<0,05
Tuổi TB	$62,3 \pm 28,9$		$58,6 \pm 10,9$		$60,9 \pm 11,9$		>0,05

Bảng 3.2. Đặc điểm về nhân trắc

Độ tuổi	Nam X ±SD	Nữ X ±SD	Tổng X ±SD	p
Chiều cao	$160,4 \pm 5,6$	$150 \pm 11,03$	$153,6 \pm 10,7$	<0,05
Cân nặng	$60,01 \pm 9,01$	$52,7 \pm 8,02$	$55,1 \pm 8,81$	<0,05
BMI	$22,61 \pm 2,91$	$22,52 \pm 2,73$	$22,55 \pm 2,79$	>0,05

Chiều cao và cân nặng ở nam cao hơn có ý nghĩa so với nữ. BMI giữa nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Tỷ lệ tăng huyết áp

Bảng 3.3. Tỷ lệ tăng huyết áp trên dân số nghiên cứu từ 40 tuổi trở lên

Loại tỷ lệ	n	%
THA hiện tại	722	35,2
Điều trị HA đạt mục tiêu	68	3,3
THA trên dân số nghiên cứu (n=2044)	790	38,5

Bảng 3.4. Tỷ lệ tăng huyết áp theo độ tuổi trong dân số nghiên cứu

Độ tuổi	n _{dt}	Nam			Nữ			Tổng		p
		n _g	n _{THA}	%	n _g	n _{THA}	%	n _{THA}	%	
40-59	966	276	93	33,7	690	125	18,1	218	22,8	<0,05
60-79	1004	362	180	49,7	642	260	40,5	440	43,8	
≥ 80	74	38	30	78,9	36	34	94,4	64	86,4	
Tổng	2044	676	303	44,8	1368	419	30,6	722	35,2	

n_{dt}: Số đối tượng nghiên cứu theo độ tuổi; n_g: Số đối tượng ngh/cứu theo giới; n_{THA}: Tần suất tăng huyết áp; Tỷ lệ tăng huyết áp ở độ tuổi ≥ 80 chiếm tỷ lệ cao nhất, độ tuổi 40-59 chiếm tỷ lệ thấp nhất (p<0,05). Tỷ lệ tăng huyết áp tăng dần theo độ tuổi. Tỷ lệ THA giữa nam và nữ khác nhau có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc theo độ tuổi

Độ tuổi	n _{THA}	Nam			Nữ			Tổng		p
		n _{THA}	n _{tt}	%	n _{THA}	n _{tt}	%	n _{tt}	%	
40-59	218	93	25	26,8	125	41	32,8	66	30,3	<0,05
60-79	440	180	74	41,1	260	118	45,4	192	43,6	
≥ 80	64	30	18	60,0	34	6	17,6	24	37,5	
Tổng	722	303	117	38,6	419	165	39,3	282	39,0	>0,05

n_{THA}: Tần suất THA theo độ tuổi; n_{tt}: Tần số THA tâm thu đơn độc; Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc ở độ tuổi 60-79 chiếm tỷ lệ cao nhất và ở độ tuổi 40-59 là thấp nhất (p<0,05). Tỷ lệ THA tâm thu đơn độc giữa nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.6. Tỷ lệ THA phân theo giai đoạn THA

Độ THA	Nam			Nữ			Tổng		p
	n	%		n	%		n	%	
Độ I	129	42,5		150	35,9		279	38,6	<0,05
Độ II	42	13,9		80	19,1		122	16,9	
Độ III	15	5,0		24	5,7		39	5,4	
THA TT đơn độc	117	38,6		165	39,3		282	39,0	
	303	100		419	100		722	100	

Tăng huyết áp độ I và tăng huyết áp tâm thu đơn độc là phổ biến nhất, giảm dần ở độ II và độ III.

2. Tỷ lệ được điều trị và đạt huyết áp mục tiêu

Bảng 3.7. Tỷ lệ được điều trị tăng huyết áp

Độ tuổi	n _{THA}	Nam			Nữ			Tổng		p
		n _{THA}	n _d	%	n _{THA}	n _d	%	n _d	%	
40-59	218	93	24	25,8	125	60	0,48	84	38,5	<0,05
60-79	440	180	31	17,2	260	63	24,2	94	21,4	
≥ 80	64	30	4	13,3	34	10	29,4	14	21,9	
Tổng	722	303	59	19,5	419	133	31,7	192	24,2	<0,05

n_d: Tần số được điều trị THA; Tỷ lệ được điều trị THA ở độ tuổi 40-59 là cao nhất (p<0,05)

Tỷ lệ được điều trị THA ở nữ cao hơn có ý nghĩa so với nam giới (p<0,05).

Bảng 3.8. Tỷ lệ bệnh nhân đạt HA mục tiêu điều trị theo độ tuổi, giới

Độ tuổi	n	Nam			Nữ			Tổng		p
		n	%		n	%		n	%	
40-59	84	24	8	33,3	60	21	35,0	29	34,5	<0,05
60-79	94	31	10	32,3	63	18	28,6	28	29,8	
≥ 80	14	4	4	100	10	7	70,0	11	78,6	
Tổng	192	59	22	37,3	133	46	34,6	68	35,5	>0,05

Tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp đạt mục tiêu điều ở độ tuổi ≥ 80 là cao nhất ($p < 0,05$). Tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu điều trị ở nam và nữ khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

3.4. Tỷ lệ được kiểm tra huyết áp ít nhất 1 lần trong 1 năm gần đây

Bảng 3.9. Tỷ lệ được kiểm tra huyết áp trong 1 năm gần đây trong dân số nghiên cứu

Độ tuổi	n _{dt}	Nam			Nữ			Tổng		p
		n _g	n _{kt}	%	n _g	n _{kt}	%	n _{kt}	%	
40-59	966	276	31	11,2	690	91	13,2	122	12,6	<0,05
60-79	1004	362	48	13,3	642	82	12,8	130	12,9	
≥ 80	74	38	11	28,9	36	33	91,7	44	59,5	
Tổng	2044	676	90	13,3	1368	206	15,1	296	14,5	

n_{kt}: Tần suất được kiểm tra huyết áp trong 1 năm gần đây

Tỷ lệ được kiểm tra huyết áp ít nhất 1 lần trong 1 năm gần đây trong dân số nghiên cứu ở độ tuổi ≥ 80 là cao nhất. Hai độ tuổi còn lại là tương đương nhau.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tăng huyết áp: Tỷ lệ tăng huyết áp khác nhau ở các quốc gia, chủng tộc vùng miền. Nghiên cứu của Patricia và cộng sự năm 2004 tập hợp từ 173 nghiên cứu được tóm tắt và 41 nghiên cứu của 39 quốc gia. Kết quả cho thấy: tỷ lệ tăng huyết áp khác nhau ở các vùng trên thế giới. Thấp nhất là vùng nông thôn của Ấn độ với 3,4% ở đàn ông và 6,8% ở đàn bà; cao nhất là ở Ba Lan 68,9% ở nam và 72,5% ở nữ giới [5].

Ở Việt Nam, nghiên cứu của Phạm Gia Khải và cộng sự trên 5000 người lớn từ 18 tuổi trở lên ở các tỉnh phía bắc Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp là 16,32% [6]. Theo điều tra của Viện Tim mạch Việt Nam năm 2008 tại 8 tỉnh thành phố của Việt Nam thì tỷ lệ tăng huyết áp đã tăng lên đến 25,1% [2]. Sau 8 năm, theo tra của Viện Tim mạch Việt Nam, tỷ lệ tăng huyết áp ở người lớn tăng lên đến 47,5%. Nghiên cứu của Lê Văn Hợi năm 2016 tiến hành trên 369 người cao tuổi tại 3 xã nông thôn của huyện Ba Vì, tỷ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại một số vùng nông thôn Việt Nam là 39%. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình trên 1200 người từ 25-64 tuổi đồng bào dân tộc Khmer tỉnh Trà Vinh thì tỷ lệ tăng huyết áp là 33,5% [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.3 cho thấy: tỷ lệ tăng huyết áp tại thời điểm nghiên cứu là 35,2%, tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu điều trị là 3,3% và tỷ lệ tăng huyết áp chung trên dân số nghiên cứu trên địa bàn thành phố Vinh là: 38,5%. Tỷ lệ tăng huyết áp cũng tăng dần theo độ tuổi. Độ tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng nhiều. Vấn đề này đã có nhiều nghiên cứu chứng minh. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình năm 2017 cho thấy độ tuổi 25-34 có 2,9% trong khi đó độ tuổi 55-64 chiếm tỷ lệ 14,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp cũng tăng theo độ tuổi. Độ tuổi càng cao thì tỷ lệ tăng huyết áp càng cao.

Tăng huyết áp tâm thu đơn độc là một đặc điểm huyết áp ở người cao tuổi. Nghiên cứu của Lê Văn Hợi [7] trên 369 người cao tuổi tại một số vùng nông thôn Việt Nam cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc người cao tuổi là 19,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 39% và ở độ tuổi > 60 cao hơn độ tuổi có ý nghĩa so với độ tuổi < 60 .

4.2. Tỷ lệ được điều trị và đạt huyết áp mục tiêu: Tỷ lệ được điều trị và tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị được coi như một tiêu chí đánh giá các biện pháp dự phòng các tai biến. Về vấn đề này có nhiều nghiên cứu quan tâm.

Nghiên cứu của Patricia và cộng sự tập hợp từ 173 nghiên cứu được tóm tắt và của 41 nghiên cứu dựa trên số liệu của 39 quốc gia cho thấy, tỷ lệ được điều trị huyết áp dao động từ 10,7% ở Mexico đến 66% ở Barbados và tỷ lệ huyết áp đạt mục tiêu $< 140/90$ mmHg trong quá trình dùng thuốc huyết áp dao động từ 5,4% ở Hàn Quốc đến 58% ở Barbados [5].

Nghiên cứu của Katherine và cộng sự trên 968.419 người lớn từ 90 quốc gia cho thấy tỷ lệ được điều trị tăng huyết áp ở các nước có thu nhập trung bình là 44,5% và các nước có thu nhập cao là 55,6%. Tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp đạt mục tiêu điều trị là 17% ở các nước thu nhập trung bình và 28,4% ở các nước có thu nhập cao [1].

Ở Việt Nam, theo số liệu của chương trình Quốc gia phòng chống tăng huyết áp có tới 30% những người đã biết bị tăng huyết áp nhưng không có biện pháp điều trị nào và có tới 64% những người được điều trị tăng huyết áp nhưng cũng không đưa huyết áp về số huyết áp mục tiêu [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tăng huyết áp là 24,2%, ở nam là 19% ở nữ 31,7% và tỷ lệ điều trị ở 2 giới là tương đương. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 35,5%, tỷ lệ này ở nam và nữ cũng tương đương nhau.

4.3. Tỷ lệ được đo huyết áp ít nhất 1 lần trong 1 năm gần đây: Tỷ lệ này có thể được coi là tiêu chí quan tâm đến sức khỏe của người dân và sự tiếp cận dịch vụ y tế. Về vấn đề này, nghiên cứu của Nguyễn Thanh Bình năm 2017 trên 1200 người Kherme trên 25 tuổi cho thấy tỷ lệ được đo huyết áp trong 12 tháng qua là 63,2%. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ người dân được đo huyết áp ít nhất 1 lần trong năm vừa qua là 14,5%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tăng huyết áp chung tại thành phố Vinh là: 38,5%. Tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn độc là 39%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tăng huyết áp là 24,2%. Tỷ lệ đạt huyết áp mục tiêu là 35,5%. Tỷ lệ người dân được đo huyết áp ít nhất 1 lần trong năm vừa qua là 14,5%.

Cần phải tuyên truyền cho người dân phải đi kiểm tra huyết áp ít nhất mỗi năm 2 lần để phát hiện và điều trị tăng huyết áp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Katherine et al (2016), Global Disparities of Hypertension Prevalance and Control, *Circulation*; 134;441-450
2. Nguyễn Văn Việt (2011), *Tăng huyết áp- vấn đề cần được quan tâm hơn*, Chương trình mục tiêu quốc gia phòng chống tăng huyết áp
3. Nguyễn Văn Trí và cộng sự (1998), JNC 6 về dự phòng, phát hiện đánh giá và điều trị tăng huyết áp, *Thời sự Tim mạch học*, tr 9
4. Huỳnh Văn Minh và cộng sự (2008), Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở người lớn, Khuyến cáo 2008 và các bệnh tim mạch và chuyển hóa, NXB Y học, tr 235-294
5. Patricia et al (2004), Worl dwide prevalance of hypertension: a systematic revieew, *Journal of hypertension*; 22; 11-19.
6. Phạm Gia Khải và cộng sự (2003), Tần suất tăng huyết áp và yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía bắc Việt Nam 2001-2002, *Tạp chí Tim mạch Việt Nam* số 33/2003
7. Lê Văn Hối (2016), Một số đặc điểm nhân khẩu học và thực trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi tại một vùng nông thôn Việt Nam, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, số 2/2016, tr156-163.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KIẾN THỨC, HÀNH VI NGUY CƠ VÀ TÌM KIẾM DỊCH VỤ Y TẾ CỦA BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM CÁC BỆNH NHIỄM TRÙNG LÂY TRUYỀN QUA ĐƯỜNG TÌNH DỤC TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG NĂM 2014

Nguyễn Văn Tiến¹, Đỗ Văn Dung², Đỗ Quốc Hương¹

TÓM TẮT

Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (STI) hiện nay đang là vấn đề y tế đáng quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới. Nghiên cứu cắt ngang trên 235 bệnh nhân đến khám STI tại bệnh viện Da Liễu Trung Ương nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, hành vi nguy cơ và tìm kiếm dịch vụ y tế của bệnh nhân khám các nhiễm trùng lây qua đường tình dục. Kết quả cho thấy trong nhóm đối tượng sống ở thành thị số đối tượng có kiến thức tốt/khá chiếm tỷ lệ cao nhất (40,2%) cao hơn nông thôn (18,5%). Nhóm bệnh nhân có kiến thức tốt, khá thì có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất (25,3%). Tiếp theo đến nhóm có kiến thức trung bình có tỷ lệ mắc bệnh là 30,1%, nhóm có kiến thức kém có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (43,2%). Thời gian số đối tượng đến khám cũng ảnh hưởng bởi kiến thức của từng nhóm.

Từ khóa: Bệnh lây truyền qua đường tình dục, kiến thức, hành vi, dịch vụ Y tế, Bệnh viện Da liễu TW.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO OF KNOWLEDGE, RISK BEHAVIOR AND LOOK FOR HEALTH SERVICES OF PATIENTS VISITING THE INFECTIONS THROUGH SEXUAL TRANSMISSION IN THE CENTRAL GOVERNMENT HOSPITAL OF DERMATOLOGY IN 2014

The sexually transmitted infections (STI) currently the health issues of interest of many countries in the world. Cross-sectional study on 235 patients the infection sexually transmitted at the Central Hospital in order to find the name of a number of factors related to knowledge, risk behavior and seeking medical service of patients visit the infection of sexually transmitted. The results showed that in the group objects live in the town of objects have fairly good/knowledge constitute the highest rate (40.2%) is higher than rural (18.5%). Patient groups have good knowledge, rather then have the lowest incidence (25.3%). Next to the group have an average knowledge of the incidence of the disease is 30.1%, the Group has poor knowledge have the highest disease incidence (43.2%). Time of the object to the visit was also influenced by the knowledge of each group.

¹Trường Đại học Y dược Thái Bình

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

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Văn Dung

Email: dungnb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 26.6.2017

Keywords: Sexually Transmitted Infections, knowledge, behavior, healthcare, National Hospital of Dermatology and Venereology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục (Sexually Transmitted Infections – STI) hiện nay đang là vấn đề y tế đáng quan tâm của nhiều quốc gia trên thế giới. STI gây ảnh hưởng đến bệnh nhân, gia đình và cộng đồng. STI có thể gây vô sinh cho cả hai giới. Các hậu quả về y tế và xã hội do STI gây ra đã trở thành gánh nặng cho ngành y tế và cho cộng đồng. Ngoài ra, STI là yếu tố quan trọng trong việc thúc đẩy việc nhiễm và lây truyền HIV, đặc biệt là các STI có loét [1]. Nhiễm khuẩn lây truyền qua đường tình dục (STI) khá phổ biến trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển. Có khoảng 30 tác nhân khác nhau gây ra STI, đó là các vi khuẩn, virus, nguyên sinh động vật và ký sinh trùng.

Ở nước ta, theo số liệu báo cáo thống kê của BVDLTW về tình hình STI của tất cả các tỉnh thành trong cả nước thì số bệnh nhân ngày càng tăng. Trong 3 năm từ 2006 đến 2008, số bệnh nhân STI tăng từ 202.856 lên tới 297.897. Nhóm tuổi từ 14 - 49 là chủ yếu [5]. Nghiên cứu nhằm tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kiến thức, hành vi nguy cơ và tìm kiếm dịch vụ của bệnh nhân khám các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục để cung cấp những thông tin hữu ích cho các nhà quản lý trong việc lập kế

hoạch và đưa ra các hoạt động can thiệp thích hợp góp phần nâng cao hiệu quả của chương trình phòng chống STI/HIV/AIDS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên đến khám bệnh lây truyền qua đường tình dục tại bệnh viện da liễu trung ương.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 năm 2014 đến tháng 8 năm 2014.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Chọn cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Nghiên cứu được thực hiện trên 235 bệnh nhân đến khám STI tại BVDLTW.

- **Cỡ mẫu:** Để tính cỡ mẫu cho nghiên cứu chúng tôi sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước tính một tỷ lệ trong quần thể.

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

Trong đó: n: cỡ mẫu cần nghiên cứu; $Z_{1-\alpha/2}$ là hệ số tin cậy (95%); P: Tỷ lệ quan hệ tình dục không an toàn ở những người mắc STI theo kết quả giám sát kết hợp hành vi và các chỉ số sinh học HIV/STI tại Việt Nam-Vòng 2- 2009 là 73%; ϵ là giá trị tương đối. Chọn ϵ là 10% = 0,1

Thay các giá trị vào công thức trên ta có là: n=137 bệnh nhân; Sử dụng giá trị tăng hiệu ứng thiết kế là 0,5. Do vậy, số mẫu cần cho nghiên cứu là: n = (137 x 0,5) + 137 = 205 bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

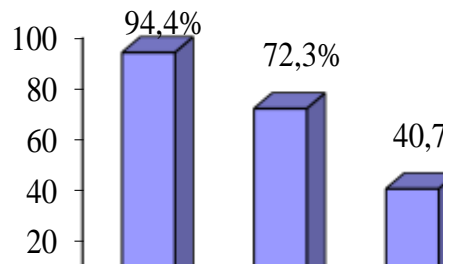
3.1. Mỗi liên quan giữa kiến thức về STI với một số thông tin chung

Bảng 1. Mỗi liên quan giữa kiến thức về STI với trình độ học vấn và địa dư

		Điểm kiến thức						p
		Tốt, khá		Tb		Yếu		
		n	%	n	%	n	%	
Trình độ học vấn	THCS	4	11,1	10	27,8	22	61,1	<0,05
	THPT/TH	26	32,9	23	29,1	30	37,9	
	CĐ/ĐH/SĐH	41	34,1	50	41,9	29	24,1	
Địa dư	Thành thị	51	40,2	45	35,4	31	24,4	<0,05
	Nông thôn	20	18,5	38	35,2	50	46,3	

Nhóm có trình độ văn hóa CĐ/ĐH/SĐH có 41,7% số đối tượng có kiến thức trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất. có trình độ văn hóa THPT/TH có kiến thức yếu chiếm tỷ lệ cao nhất là 37,9%; Đặc biệt nhóm THCS chủ yếu các đối tượng có kiến thức yếu chiếm 61,1%. Nhóm đối tượng sống ở thành thị số đối tượng có kiến thức tốt/khá chiếm tỷ lệ cao nhất (40,2%). Trong số các đối tượng sống ở nông thôn, chỉ có 18,5% số đối tượng có kiến thức tốt, có tới 46,3% số đối tượng có kiến thức kém chiếm tỷ lệ cao nhất. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

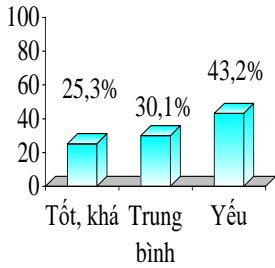
3.2 Mỗi liên quan giữa kiến thức và hành vi sử dụng BCS



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa kiến thức và hành vi sử dụng bao cao su

Nhóm có kiến thức khác tốt thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD(94%). Ngược lại nhóm kiến thức kém tỷ lệ sử dụng thấp(40,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3 Mối liên quan giữa kiến thức và tỷ lệ mắc bệnh



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa kiến thức và tỷ lệ mắc STI

Bệnh nhân có kiến thức tốt, khá thì có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất (25,3%). Tiếp theo đến nhóm có kiến thức trung bình có tỷ lệ mắc bệnh là 30,1%, nhóm có kiến thức kém có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất (43,2%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.4 Mối liên quan giữa kiến thức và thời gian tìm kiếm dịch vụ y tế

3.5 Mối liên quan giữa hành vi sử dụng BCS và tỷ lệ mắc bệnh

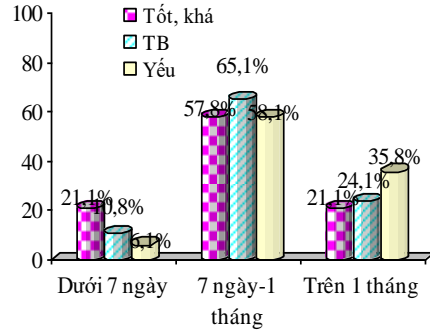
Bảng 2. Mối liên quan giữa hành vi sử dụng bao cao su và tỷ lệ mắc bệnh

Thói quen SD BCS	Mắc bệnh		Không mắc bệnh		p
	n	%	n	%	
Không dùng	41	41,0	59	59,0	<0,05
Thỉnh thoảng	36	27,5	95	72,5	
Thường xuyên	1	25,0	3	75,0	
Tổng	78	33,2	157	66,8	

Về mối liên quan giữa hành vi nguy cơ và tỷ lệ mắc bệnh, tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm đối tượng không dùng BCS chiếm tỷ lệ cao nhất (41,0%), tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất ở nhóm đối tượng thường xuyên sử dụng BCS khi quan hệ tình dục. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh ở các nhóm này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Yếu tố trình độ học vấn liên quan với kiến thức về STI, mối liên quan đã được khẳng định có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm có trình độ CĐ/ĐH/SĐH có kiến thức về STI chiếm tỷ lệ cao nhất (51,1%). Nhóm có trình độ học vấn thấp là THCS chiếm tỷ lệ thấp nhất (15,3%). Nhóm có kiến thức tốt và khá về bệnh tập trung chủ yếu ở nhóm có trình độ học vấn và khu vực thành phố. Họ là những người được tiếp cận với nguồn thông tin về bệnh tốt hơn điều đó giúp họ có những kiến thức cơ bản nhất về STI, từ đó họ có



Biểu đồ 3. Mối liên quan giữa kiến thức và thời gian tìm kiếm dịch vụ y tế

Qua bảng trên chúng tôi thấy số đối tượng tìm kiếm dịch vụ y tế trước 7 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm kiến thức Tốt/khá (21,1%), chỉ có 10,8% ở nhóm kiến thức trung bình và 6,1% ở nhóm kiến thức yếu. Tìm kiếm dịch vụ y tế đầu tiên trong vòng thời gian từ 7 ngày đến 1 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm có kiến thức trung bình (65,1%). Thời gian tìm kiếm dịch vụ y tế muộn trên một tháng thì nhóm có kiến thức yếu chiếm tỷ lệ cao nhất 35,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này chứng tỏ kiến thức về STI càng tốt thì họ càng nhận ra sự quan trọng của việc điều trị sớm các bệnh lây truyền qua đường tình dục.

những biện pháp để bảo vệ cơ thể khỏe mạnh. Những người có kiến thức tốt và khá cũng là những người thường xuyên sử dụng BCS khi quan hệ tình dục.

Qua tìm hiểu mối liên quan giữa hành vi sử dụng BCS và tỷ lệ mắc bệnh chúng tôi thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm đối tượng không dùng BCS chiếm tỷ lệ cao nhất (41,0%), tiếp theo đến số đối tượng thỉnh thoảng dùng BCS (27,5%), tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất ở nhóm đối tượng thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD (25,0%). BCS là biện pháp tốt nhất để phòng lây nhiễm các bệnh

lây truyền qua đường tình dục. Các đối tượng thường xuyên sử dụng BCS khi QHTD sẽ có khả năng phòng tránh STI tốt nhất.

Và những người có kiến thức tốt, khả năng tìm đến dịch vụ y tế khi có triệu chứng đầu tiên sớm hơn nhóm có kiến thức trung bình và yếu. Đơn giản là khi có kiến thức họ mới biết được các triệu chứng bệnh, và họ ý thức được mức độ nguy hại của bệnh và những biến chứng nặng nề. Thời gian trung bình của đối tượng tính từ thời điểm có triệu chứng đến khi khám, chữa bệnh là 25 ngày, đa phần các đối tượng tìm kiếm DVYT trong vòng từ 7 ngày đến 1 tháng (69,3%). Bệnh nhân thường đến bệnh viện công để điều trị (48%), y tế tư nhân là 27,2%. Đa phần bệnh nhân lựa chọn dịch vụ y tế đó vì chuyên môn tốt, trang thiết bị tốt (55,3%) và thuận tiện (37,2%). Chiếm tỷ lệ cao nhất là đối tượng sẽ tìm đến thầy thuốc khác hoặc đi khám nơi khác khi bệnh không khỏi (59,6%).

V. KẾT LUẬN

Trình độ học vấn càng cao thì kiến thức về STI càng tốt. Số đối tượng ở thành thị có kiến thức tốt hơn ở nông thôn. Sự khác biệt kiến thức về STI giữa các nhóm trình độ học vấn và giữa các nhóm địa dư có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nhóm có kiến thức tốt/khá có tỷ lệ sử dụng BCS thường xuyên cao hơn nhóm có kiến thức trung bình và nhóm kiến thức kém. Những người sử dụng BCS thường xuyên thì có tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn những người không dùng bao cao su hoặc dùng không thường xuyên. Sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Thời gian trung bình của đối tượng tính từ thời điểm có triệu chứng đến khi khám, chữa bệnh là 25 ngày, đa phần các đối tượng tìm kiếm DVYT trong vòng từ 7 ngày đến 1 tháng (69,3%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hậu Khang (2012)**, "Tổng quan về các nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục", *Viện Viện Da Liễu Quốc gia*. <http://www.dalieuhongduc.com/xem-tin-tuc/benh-lay-truyen-qua-duong-tinh-duc/tong-quan-ve-cac-nhiem-trung-lay-truyen-qua-duong-tinh-duc.html>
2. **Nguyễn Hữu Sáu, Trần Văn Tiến (2012)**, "Nghiên cứu tình hình bệnh lây truyền qua đường tình dục tại Bệnh Viện Da Liễu Trung Ương", *Tạp chí y học Việt nam*. Tập 391 Tháng 3 – Số 2/2012, tr. 60-65.
3. **Đào Hữu Ghi (2013)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, các yếu tố liên quan và hiệu quả điều trị viêm niệu đạo do lậu bằng uống Cefixim 400mg liều duy nhất, luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội, tr45.
4. **Muhammad Arif Maan, Fatma Hussain (2011)**, Sexually transmitted infections in Pakistan, *Ann Saudi Med*. 2011 May-Jun; 31(3): 263-269.
5. **Phạm Thị Lan (2012)**, Kiến thức của phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ về nhiễm khuẩn đường sinh sản. *Tạp chí NCYH 2012*, số 80 (3B). Trang 295-301.
6. **Vũ Tuấn Anh (2003)**, Tình hình đặc điểm lâm sàng và giá trị chẩn đoán của PCR trong nhiễm C.trachomatis đường sinh dục, Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân Y, tr 29-34.
7. **Hoàng Văn Minh, Kim Bảo Giang (2011)**, Sự cải thiện kiến thức về một số bệnh lây truyền qua đường tình dục của công nhân một số nhà máy may công nghiệp tại tỉnh Bình Dương và TP Hồ Chí Minh sau một năm can thiệp truyền thông, tạp chí y học thực hành số 760, tr34-37.

PHÂN TÍCH MẠNG LƯỚI PHÂN PHỐI THUỐC CỦA CÔNG TY TRÁCH NHIỆM HỮU HẠN MỘT THÀNH VIÊN DƯỢC PHẨM BALI GIAI ĐOẠN 2013 – 2015

Nguyễn Nhật Hải², Nguyễn Thị Song Hà¹,
Vũ Thị Nhật Minh¹, Nguyễn Đức Vân³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích mạng lưới phân phối thuốc của Công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên

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: haiduocpham1@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.4.2017

Ngày phản biện khoa học: 2.6.2017

Ngày duyệt bài: 14.6.2017

dược phẩm Bali, giai đoạn 2013-2015. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả. **Kết quả nghiên cứu:** Trong giai đoạn 2013 – 2015, công ty Bali phân phối thuốc theo cả hình thức (1) bán buôn thuốc cho các doanh nghiệp dược, bệnh viện và các cơ sở bán lẻ và (2) trực tiếp bán lẻ thuốc tại các quầy thuốc, nhà thuốc của công ty. Khách hàng của công ty chủ yếu là khách bán lẻ (chiếm trên 98% tổng số khách). Lượng khách tăng mạnh qua 3 năm: 1263 khách năm 2013 tăng lên 3492 khách trong năm 2015. Công ty chủ yếu phân phối thuốc trên địa bàn tỉnh Bắc Giang (chiếm trên 99% tổng số khách hàng), ở Lạng Sơn chủ yếu chỉ áp dụng hình thức bán buôn. Bên cạnh đó, công ty chủ yếu phân phối mặt hàng thuốc với 599 thuốc

trong năm 2015 (chiếm 83%). Đối với mặt hàng này, công ty chủ yếu phân phối kháng sinh, thuốc điều trị bệnh đường tiêu hóa và các thuốc giảm đau hạ sốt chống viêm. **Kết luận:** Công ty chủ yếu phân phối thuốc theo hình thức bán lẻ tại địa bàn tỉnh Bắc Giang.

Từ khóa: mạng lưới phân phối thuốc, công ty Bali.

SUMMARY

AN ANALYSIS OF THE MEDICINE DISTRIBUTION NETWORK OF BALI PHARMACEUTICAL ONE-MEMBER LIMITED LIABILITY COMPANY IN THE PERIOD 2013 - 2015

Objective: To analyze the network of drug distribution of Bali Pharmaceutical One-member Limited Liability Company in the 2013 – 2015 period.

Methods: Retrospective and descriptive methods.

Results: In this period, Bali company distributed pharmaceutical products through 2 forms: (1) wholesaling medicines to pharmaceutical enterprises, hospitals and retail outlets and (2) directly retailing medicines to customers in their own retail outlets. Most customers of this company were retail individuals (more than 98% of total customers). The number of customers in 2013 was 1263, rocketing to 3492 in 2015. Furthermore, this company predominantly distributed pharmaceutical products all over Bacgiang province (more than 99% the total customers) and only applied wholesale distribution in Langson province. In the year 2015, 83% of merchandise distributed was medicines (599 kinds). For drugs, antibiotics, drugs for treating diseases of digestive tract and NSAIDs were mainly distributed.

Conclusions: Bali company mainly distributed medicines by retail outlets in Bacgiang province.

Keywords: the network of drug distribution, Bali company.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau khi gia nhập WTO và mở cửa cho các tập đoàn, các công ty đa quốc gia xâm nhập vào thị trường nội địa, các doanh nghiệp trong nước đang đứng trước nhiều cơ hội quý giá cũng như gặp phải không ít khó khăn. Bất cứ công ty nào cũng cần có những chiến lược hiệu quả và khôn ngoan để đương đầu với sự cạnh tranh khốc liệt trên thị trường.

Hoạt động phân phối thuốc - nằm trong chu trình cung ứng thuốc khép kín, bao gồm (1) cung cấp thông tin về thuốc cho các đối tượng thuộc kênh phân phối, (2) tồn trữ thuốc, (3) vận chuyển, giao nhận thuốc đến các kênh phân phối và các đơn vị y tế và (4) thanh quyết toán tiền thuốc, kiểm nhận. Mạng lưới phân phối thuốc được tạo ra bởi toàn bộ các kênh phân phối, mô tả con đường đi của thuốc từ nơi sản xuất đến người sử dụng [6]. Đối với các công ty phân phối thuốc, sở hữu cho mình một mạng lưới phân phối thuốc hợp lý là một trong những yếu tố then chốt giúp công ty tồn tại, duy trì và phát triển trên thị trường.

Công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên (TNHH MTV) Dược phẩm Bali được thành lập vào năm 2012. Trải qua 5 năm hoạt động, công ty đã đạt được những thành công nhất định và dần tạo được uy tín cũng như danh tiếng trên thị trường dược phẩm Việt Nam. Nhằm tìm hiểu mạng lưới phân phối thuốc của công ty, qua đó giúp công ty tiềm năng này phát triển mạnh mẽ hơn nữa trong tương lai, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Phân tích mạng lưới phân phối thuốc của Công ty TNHH MTV dược phẩm Bali giai đoạn 2013 – 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Đối tượng nghiên cứu:** Công ty TNHH MTV dược phẩm Bali.

- **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả mạng lưới phân phối thuốc của công ty Bali trong giai đoạn 2013 – 2015. Dữ liệu chủ yếu được thu thập từ các bảng cân đối kế toán, các báo cáo tài chính, các báo cáo kết quả hoạt động kinh doanh, bảng nhật ký mua/bán hàng của công ty trong ba năm (2013-2015).

Xử lý số liệu: bằng phần mềm Microsoft Excel 2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Mô hình tổ chức của công ty TNHH MTV Dược phẩm Bali bao gồm 1 chủ tịch công ty, 1 giám đốc, 2 phó giám đốc và 4 bộ phận chính bao gồm bộ phận kế toán, bộ phận kinh doanh, bộ phận kho và bộ phận giao nhận vận chuyển. Công ty hoạt động theo mô hình trực tuyến chức năng, chuyên phân phối dược phẩm. Chủ tịch công ty là người đứng đầu, chịu trách nhiệm về tất cả hoạt động của công ty. Tất cả các bộ phận đều có chức năng rõ ràng và phối hợp với nhau để mang lại hiệu quả cao nhất.

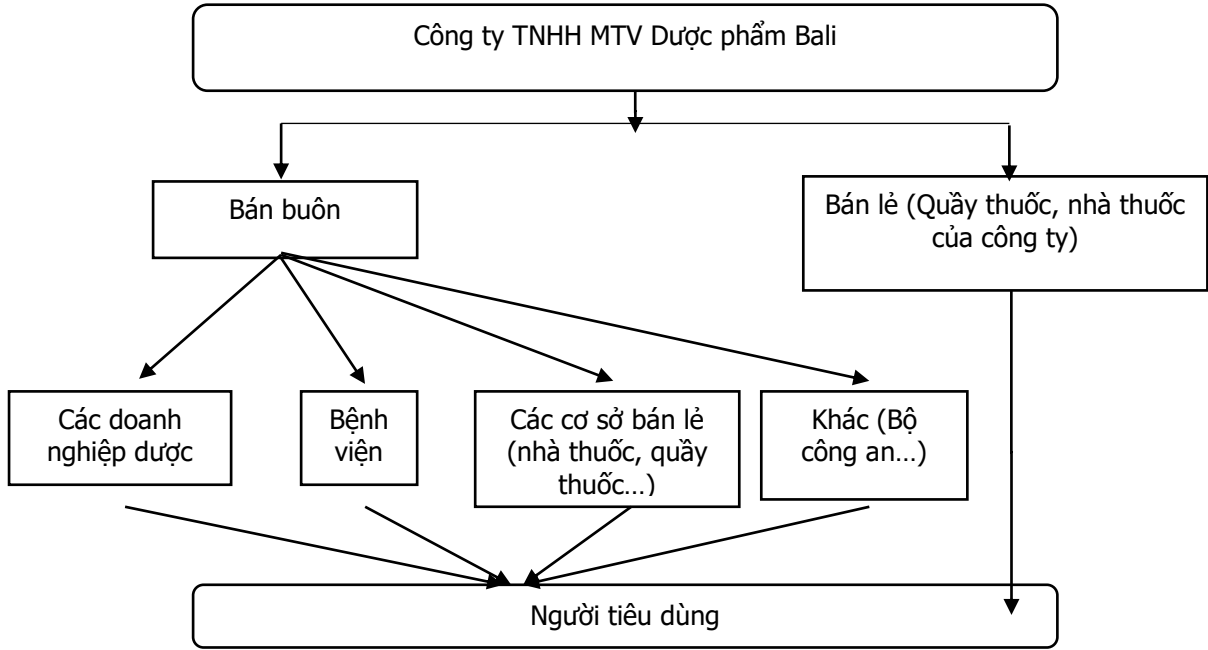
Mạng lưới phân phối thuốc tổ chức theo phương thức bán hàng: Công ty Bali phân phối thuốc theo cả hình thức bán buôn và bán lẻ. Đối với hình thức bán buôn, công ty tham gia đấu thầu thuốc để phân phối thuốc vào bệnh viện tỉnh. Ngoài ra công ty cũng phân phối thuốc cho các doanh nghiệp dược, các nhà thuốc bán lẻ trên khắp địa bàn tỉnh Bắc Giang và một số cơ sở khác như Trại Giam Ngọc lý-Bộ công an. Đối với hình thức bán lẻ, tính đến năm 2015, công ty có 1 nhà thuốc và 2 quầy thuốc để phân phối thuốc cho người dân trên địa bàn tỉnh.

Qua từng năm, số lượng khách hàng của công ty tăng lên đáng kể, số khách trong năm 2015 gấp khoảng 3 lần so với năm 2013. Chủ yếu khách hàng của công ty là khách mua thuốc

lẻ ở các quầy thuốc và nhà thuốc của công ty, luôn chiếm tỷ trọng trên 97% tổng số khách. Tổng lượng khách tăng cao chủ yếu là do lượng khách bán lẻ tăng cao. Tuy nhiên, trong kinh doanh, doanh thu và lợi nhuận là 2 yếu tố cực kỳ quan trọng, quyết định sự sống còn của doanh nghiệp. Nhìn chung, lợi nhuận mang lại từ một khách bán lẻ dường như thấp hơn rất nhiều so với một khách bán buôn. Số doanh nghiệp được

là khách hàng bán buôn có tăng nhưng không nhiều. So với năm 2013, số lượng bệnh viện và các cơ sở bán lẻ tăng lên khá nhiều trong năm 2014 và giữ vững lượng khách trong năm 2015. Đây là đối tượng khách hàng tiềm năng, có khả năng giúp tiêu thụ thuốc nhanh hơn so với những khách mua lẻ tại các quầy thuốc, nhà thuốc của công ty.

Hình 1: Sơ đồ mạng lưới phân phối thuốc của công ty Bali theo phương thức phân phối



Bảng 2 – Số lượng khách hàng của Công ty Bali theo phương thức bán hàng

TT	Loại hình phân phối	Số lượng khách hàng			
		2013	2014	2015	
1	Bán buôn	Doanh nghiệp dược	13	15	16
		Bệnh viện	1	14	14
		Cơ sở bán lẻ	4	23	25
		Khác	2	3	4
		Tổng bán buôn	20 (1,6%)	55 (2,6%)	59 (1,7%)
2	Bán lẻ	Quầy thuốc	1243(98,4%)	2036(97,4%)	3433(98,3%)
Tổng			1263	2091	3492

Trong 3 năm 2013 – 2015, công ty chỉ sở hữu 1 địa điểm bán buôn và số điểm bán lẻ mỗi năm tăng lên 1 điểm. Đến năm 2015, công ty có 3 điểm bán lẻ trên địa bàn tỉnh. Điều này là một trong những lý do khiến cho lượng khách bán lẻ của công ty tăng vọt trong những năm vừa qua.

Sự tập trung khách hàng vào loại hình bán lẻ của công ty Bali cũng tương tự nhiều công ty dược khác trong nước. Công ty cổ phần Dược - vật tư y tế Nghệ An năm 2015 với cơ cấu khách hàng bán buôn chỉ chiếm 8,6% trong khi khách

bán lẻ chiếm hơn 91% [1]. Tại Công ty cổ phần dược – vật tư y tế Thái Bình, lượng khách hàng bán buôn trong năm 2014 là 159 khách (chiếm 10,4%); bán lẻ thuốc cho bệnh viện với 118 khách (chiếm 7,7%) và các cơ sở bán lẻ là 1252 khách, chiếm 81,9% tổng số khách hàng [2]. Tại Công ty cổ phần dược phẩm Cửu Long chi nhánh An Giang giai đoạn 2013 – 2015, lượng khách bán buôn là 19 (chiếm 3,92%), bán cho 39 bệnh viện (8,04%) và bán lẻ cho 427 khách, tương ứng 88,04% tổng số khách hàng [3].

Mạng lưới phân phối thuốc tổ chức theo khu vực địa lý**Bảng 3. Số lượng khách hàng của công ty Bali theo khu vực địa lý giai đoạn 2013 - 2015**

TT	Khu vực địa lý		Số lượng khách hàng		
			2013	2014	2015
1	Bắc Giang	Bán buôn	16	46	48
		Bán lẻ	1243	2036	3433
2	Lạng Sơn		4	9	11
Tổng			1263	2091	3492

Hiện tại Công ty Bali có địa điểm kinh doanh chính ở thành phố Bắc Giang nên chủ yếu phân phối thuốc trên địa bàn tỉnh. Ngoài ra, để mở rộng và phát triển hơn, công ty bắt đầu tiến hành phân phối thuốc cho tỉnh Lạng Sơn. Qua 3 năm, khách hàng của công ty chủ yếu vẫn đến từ địa bàn tỉnh Bắc Giang. Số khách ở Lạng Sơn có dấu hiệu tăng ổn định mỗi năm và đều là khách bán buôn, thể hiện chiến lược phân phối khá tốt của công ty khi tập trung vào mảng bán buôn là hình thức giúp tiêu thụ thuốc rất tốt, góp phần mang lại doanh thu đáng kể so với loại hình bán lẻ.

Tuy nhiên trong thời gian tới, công ty nên mở rộng địa bàn hoạt động bởi còn rất nhiều thị

trường tiềm năng để phát triển hoạt động kinh doanh. Các công ty lớn sở hữu rất nhiều chi nhánh trên khắp 3 miền của Tổ quốc. Ví dụ như Công ty cổ phần Pymepharco với thâm niên 28 năm hoạt động, chi nhánh rải khắp 3 miền Bắc – Trung – Nam, bán buôn và bán lẻ thuốc cho bệnh viện, trung tâm y tế, phòng khám đa khoa, các chương trình y tế quốc gia. Riêng chi nhánh tại Hải Dương năm 2015 đã có tới 83 khách hàng là các quầy thuốc, nhà thuốc và trung tâm y tế; 573 cơ sở bán lẻ trên địa bàn toàn tỉnh [4]. Công ty Bali có thể học hỏi kinh nghiệm từ sự thành công của các công ty, các tập đoàn đã có thâm niên phát triển từ lâu để có những hướng đi, những chiến lược phát triển đúng đắn trong thời gian tới.

Mạng lưới phân phối thuốc tổ chức theo các nhóm sản phẩm**Bảng 4. Các loại dược phẩm của công ty Bali giai đoạn 2013 - 2015**

TT	Phân loại	Số lượng sản phẩm		
		2013	2014	2015
1	Thuốc	507(86,6%)	571 (88,0%)	599 (82,7%)
2	Thực phẩm chức năng, mỹ phẩm	25 (4,3%)	29 (4,5%)	51 (7,0%)
3	Hóa chất – vật tư y tế	53 (9,1%)	49 (7,5%)	74 (10,3%)
Tổng		585	649	724

Thuốc là mặt hàng kinh doanh chính của công ty, luôn chiếm tỷ trọng lớn trong số tổng các mặt hàng (trên 82%). Qua từng năm, số lượng mặt hàng của mỗi nhóm đều tăng lên (trừ hóa chất-vật tư y tế giảm nhẹ trong năm 2014). Sự phong phú về các mặt hàng là một lợi thế cho công ty trong cả công tác đấu thầu thuốc vào bệnh viện cũng như mang lại nhiều sự lựa chọn của người dân khi mua lẻ thuốc.

Thực phẩm chức năng và mỹ phẩm cũng là một nhóm sản phẩm tăng mạnh vào năm 2015. Đây là nhóm sản phẩm tiềm năng, dường như mang lại lợi nhuận nhiều và nhanh chóng hơn mặt hàng thuốc. Đồng thời, sự tăng trưởng số mặt hàng này cũng là do năm 2015, công ty mở rộng phân phối thuốc ra ngoài thị trường bán lẻ thông qua các quầy thuốc, nhà thuốc (năm 2013, tập trung bán buôn qua đấu thầu thuốc trong bệnh viện).

Phân tích riêng nhóm thuốc theo tác dụng dược lý, các thuốc thuộc nhóm kháng khuẩn chiếm tỷ trọng lớn nhất nhưng có xu hướng giảm mạnh trong năm 2015, đứng thứ 2 là nhóm thuốc tiêu hóa và chuyển hóa. Nhìn chung, trong năm 2015, số lượng thuốc trong các nhóm được công ty phân phối tăng lên so với 2 năm trước, nhiều nhất là các thuốc tim mạch, thuốc tác dụng lên đường hô hấp và thuốc tác dụng lên hệ thần kinh. So sánh với danh mục thuốc của phòng quân y tổng cục hậu cần năm 2012, thuốc được phân phối nhiều nhất là các thuốc điều trị bệnh tim mạch và huyết áp với 37 thuốc, tiếp theo là các thuốc điều trị bệnh đường tiêu hóa với 26 thuốc, 23 vitamin và khoáng chất, 21 thuốc giảm đau, hạ sốt, chống viêm và 17 thuốc điều trị bệnh thần kinh [5].

Bảng 5 – Phân nhóm các sản phẩm thuốc của công ty Bali theo tác dụng dược lý

TT	Nhóm thuốc	Số lượng		
		2013	2014	2015
1	Hệ kháng khuẩn	85	99	79
2	Tiêu hóa & chuyển hóa	61	63	64

3	Giảm đau, hạ sốt, chống viêm	56	64	62
4	Thuốc tim mạch	37	46	59
5	Các vitamin và khoáng chất	51	53	58
6	Thuốc tác dụng lên đường hô hấp	35	55	48
7	Thuốc tác dụng lên hệ thần kinh	31	36	47
8	Các thuốc có nguồn gốc từ dược liệu	29	28	37
9	Khác	122	127	145
Tổng		507	571	599

Số thuốc trong mỗi nhóm chiếm tỷ trọng dao động từ 5 – 15% tổng số thuốc. Nói cách khác, công ty phân phối các loại thuốc khá đa dạng và dường như không tập trung vào một nhóm dược lý chính nào. Điều này có thể tạo điều kiện thuận lợi trong công tác đấu thầu thuốc vào bệnh viện cũng như tạo ra sự phong phú các mặt hàng để người dân lựa chọn tại các cửa hàng bán lẻ. Tuy nhiên, việc có một vài mặt hàng chủ lực và nổi trội có thể giúp khách hàng dễ dàng nhớ đến công ty hơn, đây là điều mà công ty nên xem xét trong thời gian tới. Hơn nữa thì việc có quá nhiều mặt hàng cũng khiến công ty mất nhiều nguồn lực như chi phí, thời gian, nhân sự để quản lý.

V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 2013 – 2105, công ty Bali phân phối thuốc theo cả hình thức bán buôn thuốc cho các doanh nghiệp dược, bệnh viện, các cơ sở bán lẻ và trực tiếp bán lẻ thuốc tại các quầy thuốc, nhà thuốc của công ty. Khách hàng của công ty chủ yếu là khách bán lẻ. Công ty chủ yếu phân phối thuốc trên địa bàn tỉnh Bắc Giang, ở Lạng Sơn chỉ áp dụng hình thức bán buôn. Bên cạnh đó, công ty chủ yếu phân phối mặt hàng

thuốc. Đối với mặt hàng này, công ty chủ yếu phân phối kháng sinh, thuốc điều trị bệnh đường tiêu hóa và các thuốc giảm đau hạ sốt chống viêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kiều Mai Dung (2016)**, *Phân tích thực trạng phân phối thuốc của Công ty cổ phần Dược - Vật tư y tế Nghệ An năm 2015*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Trường Đại học Dược Hà Nội.
2. **Hà Thị Ngọc Anh (2016)**, *Phân tích thực trạng phân phối thuốc của Công ty cổ phần dược vật tư y tế Thái Bình năm 2014*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Trường đại học Dược Hà Nội.
3. **Nguyễn Thế Hiền (2016)**, *Khảo sát hoạt động phân phối, kết quả kinh doanh thuốc tại công ty cổ phần dược phẩm Cứu Long chi nhánh An Giang năm 2013-2015*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp 1, Trường đại học Dược Hà Nội.
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. **Trần Văn Cử (2013)**, *Phân tích hoạt động phân phối thuốc tại phòng quân y tổng cục hậu cần*, Luận văn dược sĩ CK cấp 1, Trường Đại học Dược HN.
6. **Nguyễn Thị Thái Hằng, Lê Việt Hùng (2007)**, *Quản lý và kinh tế dược*, Nhà xuất bản Y học, HN.

THỰC TRẠNG ĐAU THẮT LƯNG Ở NHÂN VIÊN ĐIỀU DƯỠNG CỦA BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2016

Lương Mai Anh¹, Hoàng Thị Liên², Lê Thị Thanh Xuân³,
Hà Anh Đức⁴, Nguyễn Ngọc Bích²

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả tình hình đau thắt lưng (ĐTL) ở nhân viên điều dưỡng bệnh viện. **Phương pháp:** thiết kế điều tra mô tả cắt ngang, số liệu thu thập bằng phỏng vấn theo bộ câu hỏi tự điền 518 điều dưỡng

¹Cục Quản lý môi trường y tế, Bộ Y tế

²Trường Đại học Y tế công cộng

³Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Đại học Y Hà Nội

⁴Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Lương Mai Anh

Email: lmanh2004@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 28.6.2017

bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2016. **Kết quả:** cho thấy tỷ lệ ĐTL ở điều dưỡng trong 12 tháng qua là 75,7%, trong 7 ngày qua là 32,4%; ảnh hưởng sức khỏe quần thể điều dưỡng trong 7 ngày qua ở mức khiêm tốn nhẹ (trung bình 3,8/12 điểm Roland-Morris). Do những ảnh hưởng của ĐTL tới sức khỏe và khả năng lao động, có 2,9% điều dưỡng đã từng nhập viện vì ĐTL, 4,1% điều dưỡng đã từng thay đổi công việc hoặc nhiệm vụ, 1% điều dưỡng đã từng nghỉ việc, 2,1% đã từng chuyển sang ngành nghề khác và 5,4% điều dưỡng đã từng có ý định nghỉ việc hoặc chuyển sang ngành nghề khác. **Kết luận:** phần lớn điều dưỡng bệnh viện nghiên cứu có ĐTL ở tình trạng nhẹ và có ảnh hưởng nhất định tới sức khỏe và công việc hiện tại.

Từ khóa: Đau thắt lưng, điều dưỡng bệnh viện.

SUMMARY**PREVALENCE OF LOW BACK PAIN AMONG NURSES IN THE VIETNAM – GERMANY HOSPITAL IN 2016**

Objectives: The research aimed to calculate the prevalence of low back pain (LBP) among 518 nurses in the Vietnam – Germany Hospital in 2016.

Methods: A cross sectional design was applied with using self-administered questionnaire. **Results:** The result of the research showed that the prevalence of LBP among nurses in the last 12 months was 75.7%, in the last 7 days was 32.4%; The impact of nursing population health over the past 7 days was mildly impaired (average 3.8/12 Roland-Morris score). Because of the effects of LBP on health and working capacity, 2.9% of nurses have been hospitalized due to LBP, 4.1% of nurses have ever changed jobs or duties, 1% of nurses have been laid off, 2.1% have switched to other occupations and 5.4% have had plans to retire or move to another occupation.

Conclusion: Most hospital nursing research has LBP in mild state and has a certain impact on current health and work.

Key words: Low back pain, nurses, hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, rối loạn cơ xương được mô tả là một trong những vấn đề sức khỏe nghề nghiệp chính ở nhân viên y tế. Trong đó điều dưỡng là một trong những ngành nghề có tỉ lệ rối loạn cơ xương cao nhất và đau thắt lưng (ĐTL) là vấn đề sức khỏe phổ biến nhất ở điều dưỡng [2]. ĐTL đã góp phần đáng kể cho sự thiếu hụt điều dưỡng trong ngành y tế [4].

ĐTL ở nhân viên điều dưỡng có hai nhóm nguyên nhân nghề nghiệp chính là nhóm nguyên nhân cơ học và nhóm nguyên nhân tâm lý xã hội như: nâng nhắc vận chuyển bệnh nhân, căng thẳng công việc [3],... Ngoài ra, ĐTL có một số yếu tố nguy cơ khác như làm việc trong khoa phẫu thuật, không tập thể dục [3,7]... đã được tìm thấy qua các nghiên cứu. Tỉ lệ ĐTL trong 12 tháng qua của các điều dưỡng trong bệnh viện các nước Thụy Sĩ, Nigeria, Thổ Nhĩ Kỳ, Thái Lan, Ả rập, Sudan giao động trong khoảng 61,5% - 87,5%. Tại Việt Nam, đã có nghiên cứu năm 2010 chỉ ra rằng tỉ lệ ĐTL ở điều dưỡng trong hệ điều trị là 72,8%[1], ở mức khá cao so với thế giới. Tuy vậy, đến nay Việt Nam vẫn chưa có nghiên cứu chuyên biệt về tình trạng ĐTL ở nhân viên điều dưỡng. Trong 1.263 cơ sở y tế khám chữa bệnh của Việt Nam, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức là bệnh viện đầu ngành về ngoại khoa, đặc biệt là phẫu thuật. Một câu hỏi đặt ra là phải chăng nhân viên điều dưỡng của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đang có nguy cơ cao bị ĐTL?

Từ những lý do trên nghiên cứu "Thực trạng đau thắt lưng ở nhân viên điều dưỡng của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2016" được tiến hành nhằm mô tả tình hình ĐTL ở nhân viên điều dưỡng bệnh viện để đề xuất các giải pháp cải thiện và phòng ngừa ĐTL cho điều dưỡng khối lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nhân viên điều dưỡng của bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đồng ý, tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và điền đầy đủ phiếu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 18/3- 6/6/2016, tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích.

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính toán theo công thức là 366 điều dưỡng. Tuy nhiên, nghiên cứu được lồng ghép với hoạt động điều tra về an toàn vệ sinh lao động toàn diện do Cục Quản lý môi trường y tế phối hợp với bệnh viện triển khai trên đối tượng là tất cả nhân viên của bệnh viện, do đó đã phát phiếu tự điền cho toàn bộ 929 nhân viên điều dưỡng, có 518 điều dưỡng đồng ý tham gia vào nghiên cứu và điền đầy đủ thông tin trên phiếu điều tra.

5. Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi tự điền gồm các câu hỏi về thông tin cá nhân, tình trạng và ảnh hưởng của ĐTL. Bộ câu hỏi sử dụng các câu hỏi của Bộ câu hỏi chuẩn hóa về các triệu chứng cơ xương Bắc Âu để sàng lọc các đối tượng nghiên cứu có ĐTL và mô tả đặc điểm, tính chất của ĐTL; sử dụng Bảng câu hỏi đánh giá khuyết tật Roland-Morris phiên bản 12 câu hỏi để đánh giá mức độ khuyết tật cơ thể của quần thể điều dưỡng do ĐTL trong khoảng thời gian 7 ngày qua.

6. Phân tích xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập và quản lý bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích thống kê mô tả bằng phần mềm SPSS 16.0.

7. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y tế Công Cộng chấp thuận theo Quyết định số 053/2016/YTCC-HD3 ngày 10/03/2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung: Phần lớn Điều dưỡng có độ tuổi từ 26 đến 30 (35,5%), tỉ lệ nữ giới gấp khoảng 3 lần nam giới. Trong đó, 74,9% điều dưỡng đã lập gia đình, có 7,5% nữ điều dưỡng đang mang thai, gần 1/6 số điều dưỡng có con <2 tuổi. Có khoảng trên 10% số điều

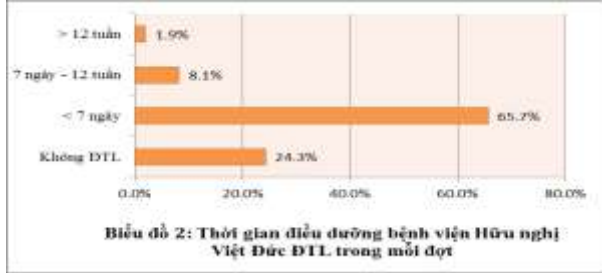
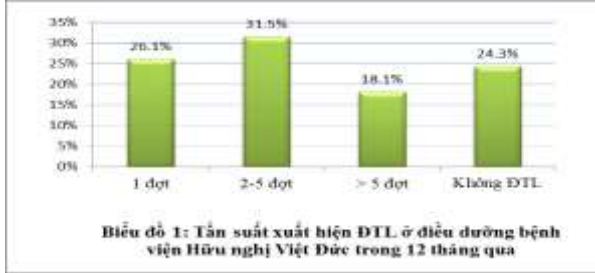
dưỡng đang ở thể thiếu cân và 6,2% điều dưỡng có BMI ở thể thừa cân. Có 135 điều dưỡng bị các vấn đề về sinh lý/bệnh lý/chấn thương/dùng thuốc có thể gây ra ĐTL.

Điều dưỡng được phân bổ công tác ở hầu hết 50 khoa phòng của bệnh viện, thời gian công tác trong ngành và tại bệnh viện phần lớn < 10 năm (74,9%, 81,5%). Hơn một nửa điều dưỡng của

bệnh viện có trình độ trung cấp (58,9%). Dưới 10% điều dưỡng giữ các vị trí lãnh đạo Khoa/Phòng hoặc phụ trách phòng. Các điều dưỡng chủ yếu được phân công thực hiện chăm sóc bệnh nhân theo y lệnh bác sĩ, chỉ có 8,5% điều dưỡng được phân công các công việc khác như chuẩn bị dụng cụ phòng mổ, công việc văn phòng...

2. Thực trạng ĐTL ở điều dưỡng bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

2.1 Tỷ lệ, tần suất, thời gian và mức độ ĐTL trong 12 tháng qua



Trong 12 tháng qua, tỷ lệ điều dưỡng ĐTL là 75,7%, 1/3 điều dưỡng ĐTL từ 2-5 đợt và đặc biệt có khoảng gần 1/5 điều dưỡng ĐTL hơn 5 đợt.

Có 65,6% điều dưỡng ĐTL < 7 ngày/1 đợt cho thấy phần lớn ở điều dưỡng là cơn đau cấp tính, chỉ có 1,9% điều dưỡng ĐTL kéo dài trên 3 tháng/mỗi đợt cho thấy đặc điểm của cơn đau mãn tính.

Bảng 1: Tổng thời gian ĐTL và mức độ ĐTL của điều dưỡng trong 12 tháng qua

Biểu số	Tần số	Tỷ lệ
Thời gian ĐTL trong 12 tháng qua		
0 ngày	126	24,3
Từ 1 ngày đến 7 ngày	261	50,4
Từ 8 đến 30 ngày	79	15,3
>30 ngày (không phải tất cả các ngày)	46	8,9
Tất cả các ngày	6	1,2
Mức độ đau mỗi thắt lưng cảm thấy trong vòng 12 tháng qua		
Không	126	24,3
Đau nhẹ (<i>Cảm giác đau mới, chịu đựng được, chưa ảnh hưởng sinh hoạt cá nhân</i>)	253	48,8
Đau vừa (<i>Đau mới, nhức, cảm giác khó chịu, đi lại sinh hoạt bị hạn chế, chưa cần đến người khác giúp</i>).	129	24,9
Rất đau (<i>Đau nhức khó chịu, đi lại sinh hoạt bị hạn chế cần người khác giúp đỡ</i>)	6	1,2
Đau bất động (<i>Đau không dám thay đổi tư thế</i>)	3	0,6
Đau dữ dội	1	0,2

Tổng thời gian ĐTL trong năm của điều dưỡng phần lớn nhỏ hơn <30 ngày (65,7%) cho thấy khả năng phần lớn các cơn ĐTL ở điều dưỡng là những cơn đau cấp tính lặp đi lặp lại đang báo hiệu khả năng tiến triển thành đau mãn tính, chỉ có một tỉ lệ nhỏ điều dưỡng có những cơn đau cấp tính trên nền ĐTL mãn tính hoặc những cơn đau mãn tính tái đi tái lại.

Về mức độ ĐTL, 1/2 điều dưỡng ĐTL ở mức nhẹ, khoảng 1/4 số điều dưỡng ĐTL ở mức Đau vừa, chỉ 6 điều dưỡng là Rất đau và có 3 trường hợp Đau bất động.

2.2 Tỷ lệ ĐTL trong 7 ngày qua và mức độ khiếm khuyết cơ thể ở điều dưỡng

Bảng 2: Tỷ lệ ĐTL trong 7 ngày qua và mức độ khiếm khuyết cơ thể điều dưỡng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có bị Đau thắt lưng bất cứ lúc nào trong 7 ngày gần đây	Có	168 / 32,4
	Không	350 / 67,6
Mức độ khiếm khuyết cơ thể do ĐTL trong 7 ngày gần đây	Điểm khiếm khuyết cơ thể trung bình quần thể điều dưỡng theo thang điểm Roland-Morris	3,8/12 điểm.

Tỉ lệ ĐTL trong 7 ngày gần đây là 32,4%, với mức độ khiếm khuyết cơ thể trung bình quần thể điều dưỡng ở mức suy yếu nhẹ.

2.3 Những ảnh hưởng sức khỏe, hoạt động và công việc do ĐTL ở điều dưỡng

Bảng 3: Ảnh hưởng sức khỏe, hoạt động và công việc do ĐTL ở điều dưỡng

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Trong thời gian 12 tháng qua, tổng thời gian ĐTL đã cản trở bạn làm việc hàng ngày	0 ngày	37,8
	Từ 1 đến 7 ngày	29,9
	Từ 8 đến 30 ngày	6,0
	>30 ngày	1,9
	Không bị ĐTL	24,3
Trong 12 tháng qua, ĐTL có là nguyên nhân làm giảm các hoạt động vui chơi giải trí	Có	24,7
	Không	13,7
	Không ĐTL hoặc ĐTL nhưng không cản trở hoạt động	61,6
Trong 12 tháng qua, ĐTL có là nguyên nhân làm giảm các hoạt động trong công việc (ở nhà hoặc ngoài nhà)	Có	27,6
	Không	10,8
	Không ĐTL hoặc ĐTL nhưng không cản trở hoạt động	61,6
Gặp bác sĩ hoặc nhà vật lý trị liệu hoặc chuyên gia khác vì đau thắt lưng	Có	13,7
	Không	62,0
	Không ĐTL	24,3
Nghỉ làm do ĐTL	Có	9,3
	Không	80,8
Đã từng nhập viện vì ĐTL	Có	2,9
	Không	72,8
	Không ĐTL	24,3
Thay đổi công việc hoặc nhiệm vụ vì đau thắt lưng	Đã từng	4,2
	Chưa từng	71,4
	Không ĐTL	24,3
Ý định nghỉ việc hoặc chuyển sang ngành nghề vì đau thắt lưng	Đã từng nghỉ việc vì ĐTL	1,0
	Đã từng chuyển sang ngành nghề khác vì ĐTL	2,1
	Đã từng có ý định nghỉ việc hoặc chuyển ngành nghề	5,4
	Chưa từng	67,2
	Không ĐTL	24,3

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 12 tháng qua, phần lớn điều dưỡng báo cáo ĐTL đã cản trở công việc trong tổng thời gian 1-7 ngày (29,9%), khoảng 1/4 số điều dưỡng bị giảm các hoạt động vui chơi giải trí và hoạt động ở nhà hoặc ngoài nhà.

IV BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTL ở điều dưỡng bệnh viện trong 12 tháng qua là 75,7%, cao hơn một chút so với tỉ lệ ĐTL của điều dưỡng thuộc hệ thống điều trị nghiên cứu bởi Nguyễn Bích Diệp năm 2009 là 72,8%. Tuy vậy, tỉ lệ này ở mức khá cao so với thế giới qua tham khảo các nghiên cứu tại Thụy Sĩ, Nigeria, Ý, Thổ Nhĩ Kỳ, Thái Lan, Ả rập, Sudan có tỉ lệ giao động trong khoảng 61,5% -87,5%.

Mức độ ĐTL trong 12 tháng qua phần lớn là mức độ đau nhẹ (48,8%) và đau vừa (24,9%). Mức độ trầm trọng của ĐTL ở điều dưỡng bệnh

viện thấp hơn so với nghiên cứu của Ozlem Ovayolu, 2013 tại Thổ Nhĩ Kỳ và nghiên cứu của Muaadh Abdulghani Ghaithan Al-samawi, 2015 tại Sudan [5] [6].

Tỉ lệ ĐTL ở điều dưỡng trong 7 ngày qua là 32,4%, tỉ lệ này thấp hơn một chút so với tỉ lệ ĐTL điều dưỡng chung thuộc hệ điều trị trong nghiên cứu của Nguyễn Bích Diệp và Nguyễn Thị Hồng Tú năm 2009 [1].

Do những ảnh hưởng của ĐTL tới sức khỏe và khả năng lao động, có 2,9% điều dưỡng đã từng nhập viện vì ĐTL, 4,1% điều dưỡng đã từng thay đổi công việc hoặc nhiệm vụ, 1% điều dưỡng đã từng nghỉ việc, 2,1% đã từng chuyển sang ngành nghề khác và 5,4% điều dưỡng đã từng có ý định nghỉ việc hoặc chuyển sang ngành nghề khác vì ĐTL. Kết quả này phù hợp với số liệu do Tổ chức điều dưỡng Mỹ công bố năm 2016.

V KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐTL ở điều dưỡng trong 12 tháng qua là 75,7%, trong 7 ngày qua là 32,4%; Mức độ ĐTL trong 12 tháng qua phần lớn ở mức đau nhẹ và ảnh hưởng sức khỏe quần thể điều dưỡng trong 7 ngày qua ở mức khiếm khuyết nhẹ (trung bình 3,8/12 điểm Roland-Morris). Do những ảnh hưởng của ĐTL tới sức khỏe và khả năng lao động, có 2,9% điều dưỡng đã từng nhập viện vì ĐTL, 4,1% điều dưỡng đã từng thay đổi công việc hoặc nhiệm vụ, 1% điều dưỡng đã từng nghỉ việc, 2,1% đã từng chuyển sang ngành nghề khác và 5,4% điều dưỡng đã từng có ý định nghỉ việc hoặc chuyển sang ngành nghề khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bích Diệp và Nguyễn thị Hồng Tú (2010)**, *Điều kiện lao động đặc thù và sức khỏe lao động nghề nghiệp của nhân viên y tế trong giai đoạn hiện nay*, Nhà xuất bản Giao thông vận tải, Hà Nội, tr. 27-36 & 82-115.

2. **Ando S et al. (2000)**, "Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses", *Occup Environ Med* 2000. 57(3), tr. 211-216.
3. **Chuliporn Sopajareeya et al. (2009)**, "Prevalence and Risk Factors of Low Back Pain among Nurses in a Thai Public Hospital", *J Med Assoc Thai*. 92(7), tr. 93-99.
4. **Faber A và et al. (2010)**, "Are low back pain and low physical capacity risk indicators for dropout among recently qualified eldercare workers? a follow-up study", *Scand J Public Health*. 38(8), tr. 810-816.
5. **Muaadh Abdulghani Ghaitan Al-samawi và Higazi Mohammed Ahmed Abdallah Awad (2015)**, "Prevalence of low back pain among nurses working in Elmak nimer university hospital - Shendi - Sudan 2015", *International Journal of Research - GRANTHAALAYAH*. 3(9), tr. 108-121.
6. **Ozlem Ovayolu et al. (2014)**, "Frequency and Severity of Low Back Pain in Nurses Working in Intensive Care Units and Influential Factors", *Pak J Med Sci*. 30(1), tr. 70-76.
7. **Suzan Mansour Attar (2014)**, "Frequency and risk factors of musculoskeletal pain in nurses at a tertiary centre in Jeddah, Saudi Arabia: a cross sectional study", *BMC Research Notes*. 7, tr. 61.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CHĂM SÓC TRẺ SỐT CỦA BÀ MẸ CÓ CON BỊ SỐT NẴM ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Tiến Dũng*, Đỗ Thị Kim Chi*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sốt là một dấu hiệu thường gặp và là nguyên nhân phổ biến nhất mà trẻ nhỏ cần tới khám bác sĩ. Nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả kiến thức, thực hành chăm sóc trẻ sốt và mối liên quan giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp với kiến thức đúng của các bà mẹ có con bị sốt nằ điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** tiến cứu, mô tả cắt ngang, phỏng vấn bà mẹ bằng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. **Kết quả:** Qua kết quả nghiên cứu cho thấy hơn nửa số bà mẹ có quan niệm sai về sốt chiếm 61,5%. Có tới 43% bà mẹ không biết bất kì tác dụng phụ nào của thuốc hạ sốt. Tỷ lệ cao các bà mẹ phát hiện trẻ sốt bằng cách cặp nhiệt độ chiếm 92%, tuy nhiên chỉ có 29,3% biết cách cặp nhiệt độ đúng cho trẻ. 71% các bà mẹ sử dụng thuốc hạ sốt khi trẻ bắt đầu bị sốt và 46,5% các bà mẹ dán miếng hạ sốt cho trẻ. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có sự ảnh hưởng của trình độ học vấn đến kiến thức chung của các bà mẹ với OR= 9,2, CI=95%: 2,1 đến 39,6. **Kết luận:** Tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đầy đủ về sốt còn thấp dẫn đến các hành vi chưa chính xác trong chăm sóc trẻ. Những kết quả trên chỉ ra rằng cần phát triển

một chương trình giáo dục sức khỏe cho các bậc cha mẹ, đặc biệt là những người có trình độ học vấn thấp về quản lý sốt ở trẻ nhỏ.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICES FOR CARING A CHILD WITH FEVER OF THE MOTHER HAVING A CHILD WITH FEVER ADMITTED TO PEDIATRIC DEPARTEMENT OF BACHMAI HOSPITAL

Background: Fever is an extremely common occurrence in pediatric patients and the most common cause for a child to be taken to the doctor. We aimed to study mothers' knowledge and practices and the correlation between their educational level, occupation and knowledge of fever at pediatrics in Bach Mai hospital. **Methods:** We conducted a cross-sectional descriptive survey among mothers whose children were enrolled and presented for health care at pediatrics in Bach Mai hospital. Data were collected by using structured questionnaire interviews. **Results:** There were 200 mothers to be interviewed. The concordance was inadequate (61.5%) for defining fever. There were 43% of mothers who did not know any harmful effects of antipyretic. The study showed that 92% of mothers recognized fever by assessing the temperature but only 29.3% of mother known the right way of measurement. There were 71% used antipyretic for starting drug treatment lower than that recommended (38.5°C) and 46.5% of mothers stated that they used cool patch. The research revealed statistically the correlation between literature level and

**Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Kim Chi

Email: misstonton@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2017

Ngày phản biện khoa học: 29.5.2017

Ngày duyệt bài: 6.6.2017

mothers' knowledge of fever with $p < 0.005$; $OR = 9.2$.
Conclusions: The ratio of mothers having enough knowledge about fever was low, which led to insufficient responses in taking care of the children. These results indicate a need to develop and evaluate educational programs in our setting that will provide parents with education on fever and fever management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt là một phản ứng có lợi của cơ thể trước các tác nhân gây sốt, tuy nhiên nếu những trường hợp sốt rất cao và kéo dài sẽ đe dọa đến tính mạng trẻ. Kiến thức, thái độ, hành vi của người chăm sóc trẻ mỗi khi trẻ bị sốt có ảnh hưởng rất lớn tới điều trị, mức độ nặng cũng như sức khỏe của trẻ em. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

- Mô tả kiến thức, hành vi chăm sóc trẻ sốt của các bà mẹ có con bị sốt nằm điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai
- Tìm hiểu mối liên quan giữa trình độ học vấn, nghề nghiệp với kiến thức đúng trong chăm sóc trẻ sốt của các bà mẹ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là các bà mẹ có con bị sốt nằm điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Bạch Mai từ ngày 5/5/2014 - 20/6/2014

Tiêu chuẩn chọn lựa

- Đối tượng tham gia nghiên cứu là các bà mẹ trực tiếp chăm sóc con bị sốt và đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Mẹ trẻ có thể nghe, hiểu, nói được bằng tiếng Kinh và không có bất thường về ngôn ngữ cũng như ý thức.

Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang, sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Trước khi thu thập số liệu chính thức, bộ câu hỏi sẽ được phỏng vấn thử trên 5-10 bà mẹ sau đó phân tích thử số liệu rồi chỉnh sửa bộ câu hỏi và tiến hành lấy số liệu từ 5/5/2014 đến 20/6/2014

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu tiến hành phỏng vấn 200 bà mẹ có trẻ bị sốt vào điều trị tại khoa nhi, trong đó 130 bà mẹ có con dưới 2 tuổi, chiếm tỷ lệ 65%. Có 101 bà mẹ dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ 50,5% và 117 bà mẹ là nông dân, chiếm tỷ lệ 58,5%. Tỷ lệ các bà mẹ học hết cao đẳng đại học là 39,5%, hết trung học phổ thông là 40% và dưới trung học phổ thông là 20,5%. Có 77 bà mẹ quan niệm đúng về sốt chiếm 38,5%.

Bảng 1. Kiến thức về loại thuốc, liều lượng và thời điểm dùng thuốc hạ sốt

Kiến thức	Số bà mẹ (N=200)	Tỷ lệ (%)
Biết về loại thuốc hạ sốt cho con uống	116	58%
Cho trẻ uống thuốc hạ sốt khi nhiệt độ ở nách $\geq 38,5^{\circ}C$	162	81%
Khoảng cách giữa 2 lần dùng thuốc là ≥ 4 tiếng	165	82,5%
Cho con uống liều hạ sốt theo lứa tuổi hoặc cân nặng	159	79,5%

Bảng 1 cho thấy có 58% tỷ lệ các bà mẹ biết về loại thuốc hạ sốt sử dụng cho con. Tuy nhiên có tới 42% các bà mẹ cho con dùng thuốc mà không biết đó là loại thuốc gì, và 9 bà mẹ dùng thuốc đông y khi trẻ bị sốt. Chỉ có 81% các bà mẹ cho trẻ uống thuốc hạ sốt khi nhiệt độ cặp ở nách $\geq 38,5^{\circ}C$. Phần lớn các bà mẹ biết khoảng cách giữa 2 lần dùng thuốc hạ sốt là 4-6 tiếng (82,5%). Tuy nhiên vẫn có tới 14% các bà mẹ cho con uống liều thuốc thứ 2 khi chưa đến 4 tiếng. Đa số các bà mẹ biết liều lượng của thuốc hạ sốt là theo lứa tuổi hoặc cân nặng chiếm 79,5%.

Bảng 2. Kiến thức về tác dụng phụ của thuốc hạ sốt

Kiến thức về tác dụng phụ của thuốc hạ sốt	Số bà mẹ (N=200)	Tỷ lệ (%)
Đau dạ dày	50	25%
Gây độc cho gan	75	37,5%
Gây độc cho thận	35	17,5%
Không biết	86	43%

Kết quả ở bảng 2 cho thấy tỷ lệ các bà mẹ biết về tác dụng phụ của thuốc hạ sốt còn thấp. Chỉ có 17,5% biết tác dụng phụ là gây độc cho thận, 25% biết là gây độc cho gan và 37,5% cho rằng thuốc hạ sốt gây độc cho dạ dày. Có đến 43% bà mẹ không biết bất kì một tác dụng phụ nào của thuốc hạ sốt.

Bảng 3. Kiến thức về biến chứng của sốt cao

Biến chứng của sốt	Số bà mẹ (N=200)	Tỷ lệ (%)
Co giật	182	91%
Rối loạn nước, điện giải	36	18%
Biếng ăn	52	26%
Khác	25	12,5%

Theo bảng 3, đa số các bà mẹ cho rằng sốt cao gây co giật cho trẻ, chiếm 91%. Tuy nhiên, các bà mẹ biết về biến chứng mất nước do sốt cao chiếm tỷ lệ thấp 18%. Có tới 52 (26%) bà mẹ cho rằng sốt cao gây biếng ăn ở trẻ. Trong số 25 bà mẹ có ý kiến khác thì 15 bà mẹ không biết biến chứng của sốt cao và 10 bà mẹ cho rằng sốt cao gây ảnh hưởng đến não của trẻ

Bảng 4. Các nguồn thông tin về xử trí sốt bà mẹ nhận được

Nguồn thông tin	Số bà mẹ (N=200)	Tỷ lệ (%)
Từ nhân viên y tế	152	76%
Từ người thân	68	34%
Từ mạng internet, báo, đài	101	50,5%
Khác	36	18%

Theo bảng 4, tỷ lệ các bà mẹ tìm hiểu kiến thức sốt qua nhân viên y tế và mạng internet, báo đài chiếm tỷ lệ cao nhất, lần lượt là 76% và 50,5%. Có tới 18% bà mẹ không tìm hiểu kiến thức về sốt mà chỉ dựa vào kinh nghiệm của bản thân.

Bảng 5. Phương pháp phát hiện trẻ bị sốt

Loại nhiệt kế	Số bà mẹ (N=200)	Tỷ lệ (%)
Cặp nhiệt kế thủy ngân	174	87%
Cặp nhiệt kế điện tử	10	5%
Chỉ sờ vào trán	16	8%

Bảng 5 cho thấy phần lớn các bà mẹ cặp nhiệt độ để phát hiện trẻ sốt chiếm 92%. Bên cạnh đó vẫn có 16 (8%) bà mẹ chỉ sờ bằng tay

Bảng 7. Mối liên quan giữa TĐHV, nghề nghiệp với kiến thức về sốt của các bà mẹ

Đặc điểm	N (n=200)	Đúng	OR	P
Trình độ học vấn: < THCS	41	2	9,2 (CI=95%	0,001
THPT, TC, CD, ĐH	159	51	2,1 đến 39,6)	
Nghề nghiệp: Cán bộ công chức	56	26	0,266 (CI=95%	0,001
Công nhân, nông dân, lao động tự do	144	27	0,136 đến 0,521)	

Bảng 7 cho thấy những bà mẹ có trình độ học vấn dưới trung học cơ sở có kiến thức về sốt kém hơn các bà mẹ học hết trung học phổ thông, trung cấp, cao đẳng, đại học với OR=9,2; CI=95%: 2,1 đến 39,6. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P=0,001.

IV. BÀN LUẬN

Kiến thức thái độ hành vi của cha mẹ mỗi khi con mình bị sốt có ảnh hưởng lớn tới điều trị, mức độ nặng cũng như sức khỏe của trẻ em. Tuy nhiên kiến thức và cách xử trí khi trẻ sốt của các bà mẹ còn nhiều hạn chế. Có tới 61,5% các bà mẹ có quan niệm sai về sốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Hồ Thị Bích, Doãn Thúy Quỳnh năm 2013 là 62,6% [1] và cao hơn Susanna năm 2013 là 39% [5], Arica năm 2012 là 36% [3]. Gần nửa các bà mẹ cho con uống thuốc mà không biết đó là loại thuốc gì chiếm 42%. Trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 82,5% các bà mẹ biết khoảng cách giữa 2 lần dùng thuốc là 4-6h, cao hơn của Sa'ed H Zyoud là 58,6% [6]; 20,5% không biết về liều lượng của thuốc hạ sốt, cao hơn của Elena Chiappini là 6,7% [4]. Có tới 43% các bà mẹ không biết bất kì tác dụng phụ nào của thuốc hạ sốt, thấp hơn của Nguyễn Thị Sơn năm 2013 là 58% [2], 25% cho rằng gây độc cho dạ dày, kết quả này cao hơn của Sa'ed H Zyoud là

để phát hiện trẻ bị sốt. Điều này cho thấy vẫn còn có các bà mẹ coi nhẹ vấn đề cặp nhiệt độ cho trẻ. Tỷ lệ các bà mẹ sử dụng nhiệt kế thủy ngân còn chiếm tỷ lệ cao 87%. Trong đó có tới 70,7% các bà mẹ chưa biết đầy đủ về cách cặp nhiệt độ cho con.

Bảng 6. Hành vi chăm sóc khi trẻ sốt

Hành vi chăm sóc trẻ	Số bà mẹ (N=200)	Tỷ lệ (%)
Chườm ấm	156	78%
Đặt trẻ nằm nơi thoáng mát	39	19,5%
Dùng thuốc hạ sốt	142	71%
Cởi bớt quần áo	87	43,5%
Khác	93	46,5%

Kết quả ở bảng 6 cho thấy có 156 (78%) bà mẹ sử dụng biện pháp chườm ấm để hạ nhiệt cho con. Chỉ có 19,5% bà mẹ cởi bớt quần áo cho trẻ và đặt trẻ nằm nơi thoáng mát khi trẻ sốt. Có 142(71%) bà mẹ dùng thuốc hạ sốt và 46,5% bà mẹ dùng miếng dán hạ sốt cho trẻ khi trẻ bắt đầu sốt.

16,9% [6]. Bên cạnh đó đa số các bà mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi biết thời điểm cho trẻ uống thuốc hạ sốt đúng 81%, cao hơn của Hồ Thị Bích và Doãn Thúy Quỳnh là 32,2%. Trong khi nghiên cứu của Arica cho thấy 92,3% các bà mẹ cho rằng sốt cao gây tai biến mạch máu não thì trong nghiên cứu của chúng tôi có tới 91% các bà mẹ lo lắng về biến chứng co giật ở trẻ khi sốt [3], chỉ có 18% các bà mẹ biết về biến chứng mất nước ở trẻ sốt, cao hơn của Sa'ed H Zyoud là 15,7% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 92% dùng nhiệt kế và 8% các bà mẹ chỉ sờ vào trán để phát hiện trẻ sốt, so sánh với nghiên cứu của Sa'ed H Zyoud là 65,4% chỉ sờ vào trán và 31,6% dùng nhiệt kế [6]. Ngoài ra, có tới 70,7% các bà mẹ không biết cách cặp nhiệt kế thủy ngân cho trẻ. Tỷ lệ cao các bà mẹ xử trí sốt ban đầu sai, cụ thể là có tới 71% các bà mẹ cho con uống thuốc hạ sốt khi trẻ bắt đầu sốt và 46,5% các bà mẹ dán miếng hạ sốt. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Susanna là 66% các bà mẹ dùng thuốc hạ sốt khi trẻ bắt đầu sốt và thấp

hơn của Nguyễn Thị Sơn là 63,5% các bà mẹ dùng miếng dán hạ sốt để hạ nhiệt cho con [5],[2]. Qua nghiên cứu này cũng khẳng định có sự ảnh hưởng của trình độ học vấn đến kiến thức chung về sốt của các bà mẹ với OR=9,2 (CI=95%: 2,1 đến 39,6). Kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,005$.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ các bà mẹ có kiến thức đầy đủ về sốt còn thấp dẫn đến các hành vi chưa chính xác trong chăm sóc trẻ. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy những bà mẹ có trình độ học vấn thấp có kiến thức về sốt kém hơn các bà mẹ có trình độ học vấn trên trung học cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hồ Thị Bích, Doãn Thúy Quỳnh (2013) "Tìm hiểu kiến thức và hành vi chăm sóc trẻ sốt của bà

mẹ có con nhập viện tại khoa truyền nhiễm" tạp chí điều dưỡng Việt Nam số 3, trang 69-73

2. Nguyễn Thị Sơn (2013), *Mô tả kiến thức thái độ và cách xử trí sốt của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại bệnh viện Nhi Trung Ương*, luận văn tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng, trường Đại Học Y Hà Nội
3. Arica, Vefik Arica (2011), *Knowledge, attitude and response of mothers about fever in their children 2011*, Emerg med J,29(12), Department of Pediatric Clinic, Mustafa Kemal University Medical Faculty.
4. Elena Chiappini (2012), *Parental and Medical knowledge and management of fever in Italian preschool children*, Florence University, Italy.
5. Susanna Esposito, Fondazione (2013), *"Managing Fever in Children: A National Survey of Parents' Knowledge and Practices in France"*
6. Sa'ed H Zyoud, Samah W Al-Jabi, Waleed M Sweileh, Masa M Nabulsi, Mais F Tubaila, Rahmat Awang and Ansam F Sawalha (2013), *"Beliefs and practices regarding childhood fever among parents: a cross-sectional study from Palestine"*

NGHIÊN CỨU NHU CẦU CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN, NĂM 2017

Đỗ Đào Vũ*, Diễm Thị Chung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nhu cầu của người bệnh về chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại bệnh viện Thanh Nhàn, năm 2017.

Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang 120 NB đột quỵ đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn tại ba khoa đột quỵ, thần kinh và điều trị tích cực, bệnh viện Thanh Nhàn. **Kết quả và kết luận:** Có 62,5% người bệnh có nhu cầu ở cả 08 nhóm nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng. Trong đó 100% người bệnh có nhu cầu chăm sóc phòng ngừa táo bón; 99,2% người bệnh có nhu cầu về chăm sóc hô hấp; chăm sóc đường tiểu, bàng quang; 98,4% người bệnh có nhu cầu về chăm sóc phòng ngừa tắc mạch; chăm sóc tư thế đúng; 85,8% người bệnh có nhu cầu về chăm sóc ăn uống; 81,7% người bệnh có nhu cầu chăm sóc luyện tập – vận động; 75% người bệnh có nhóm nhu cầu chăm sóc da. Như vậy, người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp có nhu cầu cao chăm sóc phục hồi chức năng sớm lớn theo 8 nhu cầu chăm sóc toàn diện.

Từ khóa: tai biến mạch máu não; chăm sóc phục hồi chức năng.

SUMMARY

A STUDY ON ACUTE STROKE PATIENTS' NEEDS FOR REHABILITATION AT THANH NHAN HOSPITAL, 2017

Objectives: To determine the acute stroke patients' needs for rehabilitation at Thanh Nhan hospital, 2017. **Subjects and methodology:** a cross sectional study on 120 acute stroke patients meeting selection requirements at Department of stroke, Department of neurology and Department of intensive care at Thanh Nhan hospital. **Results and conclusion:** 62.5% of the surveyed patients need rehabilitation of 8 categories. 100% have demand for prevention of constipation; 99.2% need respiratory care, urological and bladder care; 98.4% require guidance for the prevention of vein thrombosis and correct posture; 85.8% need diet instruction; 81.7% request guidance for physical exercise – movement; 75% have demand for skin care. In conclusion, patients with acute strokes are in need of early rehabilitation of 8 categories of comprehensive care.

Key words: stroke, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ (*Stroke*) còn gọi là tai biến mạch máu não, được Tổ chức Y tế thế giới định nghĩa là "tình trạng bệnh lý não biểu hiện bởi các thiếu sót chức năng thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân chấn thương sọ não". Khi bị đột

*Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội

**Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 26.7.2017

quy, người bệnh (NB) có thể bị những di chứng nặng nề như viêm phổi, trầm cảm, co cứng các chi, liệt nửa người,... thậm chí tử vong. Do đó, NB đột quy cần được chẩn đoán nhanh, chính xác, sử dụng thuốc đúng, đủ, kịp thời và được chăm sóc sức khỏe toàn diện (CSSKTD), đặc biệt ngay từ giai đoạn cấp của bệnh, NB cần được chăm sóc phục hồi chức năng (PHCN) đúng cách. Tuy nhiên, hiện nay ở Việt Nam, nhu cầu chăm sóc PHCN của NB còn chưa được quan tâm đúng mức. Điều này thể hiện ở việc còn nhiều bệnh nhân không được chăm sóc phục hồi chức năng sớm sau đột quy. Hậu quả là biến chứng làm ảnh hưởng đến sự an toàn sức khỏe cũng như chất lượng sống của NB. Do đó, chúng tôi đề xuất tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Xác định nhu cầu của người bệnh về chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quy giai đoạn cấp tại bệnh viện Thanh Nhàn, năm 2017"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh hoặc người nhà NB đột quy giai đoạn cấp từ 18 tuổi trở lên, điều trị từ 5 ngày trở lên tại 03 khoa: Thần kinh, Đột quy và Hồi sức tích cực của bệnh viện Thanh Nhàn, có tình trạng thiếu sót thần kinh không còn tiến triển.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) *Người bệnh hoặc người nhà NB đột quy không có khả năng nghe, nói bình thường và chưa đủ 18 tuổi theo năm sinh dương lịch hoặc không thường xuyên chăm sóc NB;* (2) *Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.*

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3/2017 đến tháng 7/2017.

Địa điểm nghiên cứu: 03 Khoa (Thần kinh, Đột quy và Hồi sức tích cực) của Bệnh viện Thanh Nhàn

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn toàn bộ số NB đột quy giai đoạn cấp đang nằm điều trị nội trú tại 3 khoa (Đột quy, Thần kinh và Hồi sức tích cực) có thời gian nằm điều trị từ 5 ngày trở lên trong tháng 4 năm 2017 → Kết quả nghiên cứu có 120 NB tham gia.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

- **Công cụ thu thập số liệu:** Phiếu phỏng vấn dành cho NB

- Cách thức tổ chức thu thập số liệu

+ Lập danh sách đối tượng nghiên cứu đáp ứng các tiêu chí lựa chọn

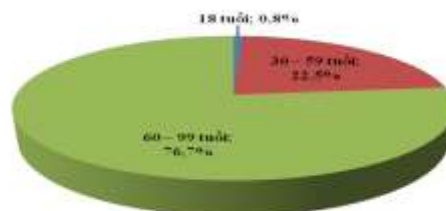
+ Điều tra viên sử dụng bộ công cụ để tiến hành thu thập thông tin:

2.6. Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, Điểm mức độ nặng của đột quy theo thang điểm NIHSS, nhu cầu chăm sóc da, nhu cầu chăm sóc ăn uống, nhu cầu chăm sóc đường tiểu, bàng quang, nhu cầu chăm sóc hô hấp, nhu cầu chăm sóc phòng ngừa táo bón, nhu cầu chăm sóc phòng ngừa tắc mạch, nhu cầu chăm sóc tư thế đúng, nhu cầu tập luyện-PHCN.

2.7. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 trong phân tích số liệu. Các thuật toán thống kê mô tả để mô tả tần số, tỷ lệ% với các biến định tính, các giá trị trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất, nhỏ nhất với các biến định lượng. Đề tài đã được bảo vệ trước Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y tế công cộng.

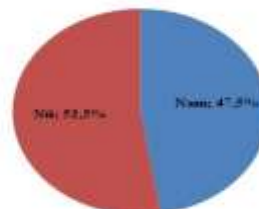
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về NB đột quy giai đoạn cấp



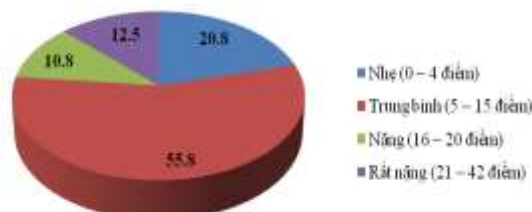
Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi trung bình là $68,4 \pm 1,3$ tuổi; chỉ có 01 NB 18 tuổi (0,8%), số NB còn lại thuộc nhóm từ 30 - 99 tuổi, với đa số NB thuộc nhóm trên 60 (76,7%).



Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo giới tính

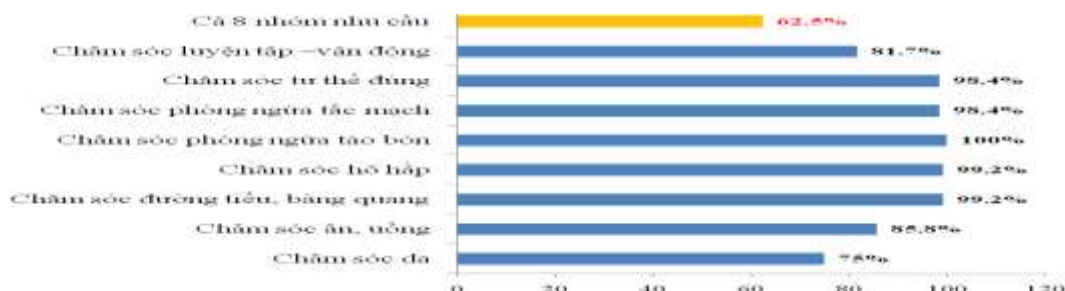
Tỷ lệ nam và nữ là khá tương đồng với 52,5% NB là nữ và 47,5% NB là nam.



Biểu đồ 3.3. Phân loại mức độ đột quy của NB theo thang điểm NIHSS

Đa số NB đột quỵ mức độ nặng, trong tình trạng hôn mê hoặc cần thở máy được điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực.

3.2. Nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng cho NB đột quỵ giai đoạn cấp



Biểu đồ 3.4. Tỷ lệ NB có nhu cầu chăm sóc PHCN theo 08 nhóm nhu cầu

Tỷ lệ NB đột quỵ giai đoạn cấp có nhu cầu chăm sóc PHCN cao nhất ở nhóm nhu cầu về chăm sóc phòng ngừa tảo bón (100%), tiếp theo nhóm nhu cầu về chăm sóc hô hấp và nhóm nhu cầu về chăm sóc đường tiểu, bàng quang (99,2%), thấp nhất ở nhóm nhu cầu về chăm sóc da với tỷ lệ NB có nhu cầu là 75%. Có 62,5% NB có nhu cầu ở cả 8 nhóm nhu cầu chăm sóc PHCN.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình của 120 NB trong nghiên cứu là $68,4 \pm 1,3$ tuổi; NB nhỏ tuổi nhất là 18 tuổi và cao tuổi nhất là 99 tuổi. Biểu đồ 3.1 cho thấy chỉ có 01 NB 18 tuổi (chiếm 0,8%), số NB còn lại thuộc nhóm từ 30 đến 99 tuổi, với đa số NB thuộc nhóm từ 60 tuổi trở lên (chiếm 76,7%). Phân bố độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi nằm trong bối cảnh chung nhóm tuổi đột quỵ ở Việt Nam là tuổi đột quỵ ngày càng trẻ hóa. Phát hiện này tương đồng với nhận xét của Nguyễn Văn Chi báo cáo năm 2016. Trong số 120 NB bị đột quỵ trong nghiên cứu chúng tôi (Biểu đồ 3.2), tỷ lệ bị đột quỵ ở nam và nữ khá tương đồng với 52,5% NB là nữ và 47,5% NB là nam.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy số lượng NB đột quỵ đến điều trị tại bệnh viện ngày càng tăng. Đa số NB đột quỵ được chăm sóc và điều trị tại khoa Đột quỵ, tiếp đến là Khoa Thần kinh và cuối cùng là Khoa Hồi sức tích cực, trong đó hầu hết NB đột quỵ mức độ nặng, thậm chí cần cần thở máy. Trong 08 nhóm nhu cầu với 31 nội dung được tìm hiểu, kết quả nghiên cứu cho thấy trung bình NB có nhu cầu ở $17,1 \pm 5,8$ nội dung (thấp nhất là 4 nội dung và nhiều nhất là 29 nội dung). Với mỗi nhóm nhu cầu, NB được coi là có nhu cầu chăm sóc PHCN khi có nhu cầu đối với ít nhất 1 nội dung chăm sóc.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NB đột quỵ giai đoạn cấp có nhu cầu chăm sóc PHCN cao

nhất về chăm sóc phòng ngừa tảo bón (100%), tiếp theo là nhóm nhu cầu về chăm sóc hô hấp và nhóm nhu cầu về chăm sóc đường tiểu, bàng quang (99,2%), thấp nhất ở nhóm nhu cầu về chăm sóc da với tỷ lệ NB có nhu cầu là 75%. Có 62,5% NB có nhu cầu ở cả 8 nhóm nhu cầu chăm sóc PHCN. Kết quả này phù hợp với phân bố về độ tuổi, tình trạng đột quỵ và phân cấp chăm sóc của NB, đồng thời cho thấy NB đột quỵ giai đoạn cấp trong nghiên cứu có nhu cầu rất lớn về chăm sóc PHCN.

Riêng đối với công tác chăm sóc PHCN cho NB đột quỵ giai đoạn cấp, tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Thẩm (14,9%). Từ đó có thể nhận thấy nhu cầu chăm sóc PHCN của người bệnh, người nhà bệnh nhân giai đoạn cấp là rất lớn. Tuy nhiên, để giúp người bệnh được tiếp cận với dịch vụ chăm sóc PHCN sớm rất cần có sự tư vấn của các cán bộ nhân viên y tế. Từ đó góp phần vào cải thiện chất lượng điều trị, giảm thiểu biến chứng sau đột quỵ cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Có 62,5% người bệnh có nhu cầu ở cả 08 nhóm nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng. Trong đó 100% người bệnh có nhu cầu chăm sóc phòng ngừa tảo bón; 99,2% người bệnh có nhu cầu về chăm sóc hô hấp; chăm sóc đường tiểu, bàng quang; 98,4% người bệnh có nhu cầu về chăm sóc phòng ngừa tắc mạch; chăm sóc tư thế đúng; 85,8% người bệnh có nhu cầu về chăm sóc ăn uống; 81,7% người bệnh có nhu cầu chăm sóc luyện tập – vận động; 75% người bệnh có nhóm nhu cầu chăm sóc da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hatano S (1976), "Experience from a multicentre stroke register: a preliminary report.", *Bull WHO*, 54, p. 541-553.

- Allen M. R et al. *Nursing care of acute stroke patient*; p. 151-165 .
- Hoàng Ngọc Thảo (2012), *Thực trạng nhu cầu và chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp của điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2012*, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế công cộng.
- Nguyễn Văn Chi (2016), *Cập nhật về chẩn đoán và xử trí đột quỵ não cấp*, Hội nghị Tim mạch toàn quốc 2016; tr 32-39.
- Trần Văn Chương (2006), "Kết quả phục hồi chức năng vận động và các hoạt động tự chăm sóc của người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não", *Tạp chí Y học lâm sàng*, 11, tr. 47-50.

TƯƠNG QUAN CỦA NỒNG ĐỘ ACID URIC MÁU VỚI YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH, MÀNG XƠ VỮA ĐỘNG MẠCH CẢNH TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Huỳnh Kim Phượng*

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhiều nghiên cứu (NC) đã đánh giá mối tương quan giữa tăng acid uric máu (AUM) với sự hiện diện và mức độ trầm trọng của mảng xơ vữa động mạch (ĐM) cảnh cũng như với các yếu tố nguy cơ tim mạch. Mục tiêu của NC này là nhằm khảo sát mối tương quan giữa AUM và các yếu tố nguy cơ tim mạch, sự hiện diện của mảng xơ vữa (MXV) ĐM cảnh, trên bệnh nhân hội chứng vành cấp (HCVC) bao gồm cơn đau thắt ngực không ổn định (CĐTNKỐĐ), nhồi máu cơ tim ST chênh (NMCTSTC), nhồi máu cơ tim ST không chênh (NMCTKSTC). **Phương pháp nghiên cứu:** NC tiến cứu cắt ngang, có phân tích, từ 01/2017 đến 05/2017. Tiến hành trên 102 BN được chẩn đoán HCVC điều trị tại Khoa Tim mạch Can thiệp bv Chợ Rẫy. Tăng AUM khi $\geq 6,5$ mg/dL. Mảng xơ vữa ĐMC được xác định bởi siêu âm Doppler động mạch cảnh. Các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm: tăng huyết áp (THA), rối loạn lipid máu (RLLM), đái tháo đường (ĐTĐ), hút thuốc lá (HTL), bệnh thận mạn (BTM). **Kết quả:** Tuổi trung bình $61,43 \pm 11,531$; nam chiếm đa số 72,5% (74 BN); THA 70,6% (72BN); RLLM 19,6% (20 BN); HTL 62,7% (64 BN); ĐTĐ 67,6% (69 BN), BTM 5,9% (6 BN), nồng độ AUM trung bình 6,087 (ĐLC 1,4731); mảng xơ vữa ĐM cảnh 61,8% (63 BN). Tương quan rất có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ AUM và Triglyceride (hệ số tương quan 0,338 và $p=0,001$) giữa nồng độ AUM và mảng xơ vữa ĐM cảnh bên trái ($p=0,041$), không ghi nhận tương quan nồng độ AUM và mảng xơ vữa ĐM cảnh bên phải. **Kết luận:** Nồng độ AUM tương quan mạnh có ý nghĩa với Triglyceride máu và hiện diện mảng xơ vữa ĐM cảnh bên trái trên bệnh nhân HCVC.

Từ khoá: Acid uric máu, lipid máu, mảng xơ vữa động mạch cảnh, hội chứng vành cấp

SUMMARY

ASSOCIATIONS BETWEEN SERUM URIC ACID AND CARDIOVASCULAR RISK

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Phượng

Email: drphuongkimhuynh@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.6.2017

Ngày duyệt bài: 26.6.2017

FACTORS, CAROTID ARTERY ATHEROSCLEROSIS IN PATIENTS OF ACUTE CORONARY SYNDROME

Background: Some studies accessed significant correlation between hyperuricemia with presence and severity of atherosclerotic carotid artery plaque as well as cardiovascular risk factors. The aim of this study was to investigate the associations of serum acid uric level with carotid atherosclerotic plaque, cardiovascular risk factors in the patients of acute coronary syndrome including unstable angina (UA), ST segment elevation myocardial infarction (STEMI), non-ST segment elevation myocardial infarction (NSTEMI).

Methods: Cross-sectional prospective study, between January 2017 and May 2017 at Interventional Cardiology Department of Cho Ray hospital; 102 subjects were diagnosed acute coronary syndrome. Hyperuricemia was defined $\geq 6,5$ mg/dL. Carotid atherosclerotic plaques were defined by carotid ultrasound Doppler. Cardiovascular risk factors are hypertension, hyperlipidemia, diabetes, smoking, chronic kidney disease. **Results:** Mean age 61.43 ± 11.531 ; male > female (72,5% vs 27,5%); hypertension 70.6% (72 patients); hyperlipidemia 19.6% (20 patients), smoking 62.7% (64 patients); diabetes 67.6% (69 patients), chronic kidney disease 5.9% (6 patients), mean serum acid uric (SUA) 6.087 (std. deviation 1.4731); carotid atherosclerotic plaque 61.8% (63 patients). Statistically significant correlation of SUA with Triglyceride (correlation coefficient 0.338, $p=0.001$), statistically significant correlation of SUA with atherosclerotic plaque of left carotid artery ($p=0.041$), but not of right carotid artery.

Conclusion: Statistically significant strong correlation of SUA concentration with Triglyceride; and significant correlation of SUA and atherosclerotic plaque of left carotid arteries in patients of acute coronary syndrome.

Key words: serum uric acid, carotid atherosclerotic plaque, Triglyceride, acute coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Acid uric là sản phẩm cuối của chuyển hoá purine có tính chất antioxidant và có tác dụng lọc gốc tự do trong huyết thanh, ngoài ra acid uric là chất chống oxy hoá ngoại bào hiệu quả, acid uric cũng kích thích bạch cầu hạt dính vào tế bào nội

mô và phóng thích gốc tự do peroxide và superoxide. Mỗi liên quan giữa AUM và bệnh ĐMV đã được quan sát từ thế kỷ 19 cho thấy tăng acid uric liên quan yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV giống như nam giới, lớn tuổi, đái tháo đường, tăng huyết áp, đề kháng insulin, tăng Triglyceride và hội chứng chuyển hoá. Trong nhiều NC, AUM đã được chứng minh có liên quan ý nghĩa với tình trạng xơ mỡ động mạch cảnh, rối loạn chuyển hoá lipid máu bao gồm tăng Triglyceride. Tuy vậy, hiện nay tại nước ta không nhiều những nghiên cứu về mối tương quan giữa nồng độ AUM với mảng xơ mỡ động mạch cảnh, các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch trong HCVC.

NC của chúng tôi nhằm mục tiêu khảo sát mối tương quan giữa nồng độ AUM với mảng xơ mỡ ĐM cảnh, các yếu tố nguy cơ tim mạch trên BN HCVC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang, có phân tích.

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Nhóm HCVC: BN điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Can thiệp BV Chợ Rẫy được chẩn đoán là HCVC, có chụp ĐMV cản quang và siêu âm Doppler ĐMC đo độ dày lớp nội trung mạc ĐM cảnh và mảng xơ vữa ĐM cảnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Nhóm HCVC: tiền sử NMCT

2.2. Tiến hành: Chụp ĐMV có cản quang: thực hiện bởi BS tim mạch can thiệp, máy chụp Siemens, Artis Zee tại khoa Tim mạch Can thiệp BV Chợ Rẫy. Siêu âm Doppler ĐMC đánh giá độ dày lớp nội trung mạc ĐM cảnh các đoạn và mảng xơ vữa ĐM cảnh.

2.3. Tiêu chuẩn chẩn đoán

- **ĐTĐ:** chẩn đoán ĐTĐ theo Hiệp Hội ĐTĐ Hoa Kỳ 2013.

- **THA:** Dựa theo tiền căn THA sẵn có hoặc chẩn đoán mới theo tiêu chuẩn THA của Hội Tim mạch Việt Nam 2014.

- **RLLM:** Có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn sau: cholesterol toàn phần $\geq 200\text{mg/dl}$, LDL-C $\geq 100\text{mg/dl}$, HDL-C $\leq 40\text{mg/dl}$ và triglyceride $\geq 150\text{mg/dl}$.

- **HTL:** Có HTL khi BN có hút ≥ 10 điếu/ngày từ 5 năm trở lên hoặc trước đây có hút và hiện

tại đã ngưng nhưng chưa quá 5 năm, không HTL khi BN không HTL hoặc có hút < 10 điếu/ngày và thời gian < 5 năm tính đến thời điểm bị bệnh, hoặc có hút nhưng đã ngưng lâu hơn 5 năm.

- **HCVC** dựa trên tiêu chuẩn dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán của AHA/ASA, các thể bệnh gồm CĐTNGOĐ, NMCTSTC, NMCTKSTC.

- **Độ dày lớp nội trung mạc ĐM cảnh (ĐDLNTMĐMC)** là vùng không sinh âm giữa hai đường thẳng song song ở thành động mạch xa, được đo với hai mặt cắt dọc và ngang động mạch cảnh ở hai bên, vị trí 1cm phần xa động mạch cảnh chung, chỗ chia đôi, 1cm đầu tiên của ĐM cảnh trong, lấy trị số lớn nhất.

Theo hướng dẫn của ESC/ESH năm 2013, khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam:

- ĐDLNTMĐMC $< 0,9$ mm là bình thường
- ĐDLNTMĐMC $0,9 - 1,5$ mm là tăng
- ĐDLNTMĐMC $> 1,5$ mm là có mảng xơ vữa.

2.4. Thiết bị: máy siêu âm GE LOGIQ E9 với các đầu dò siêu âm mạch máu có tần số 12MHz (hình 3.1). Hình ảnh và thông số đo đạt được lưu thành tập tin và lưu trữ bằng bộ nhớ tháo rời.

2.5. Kỹ thuật tiến hành: tiến hành khảo sát độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh ở các vị trí động mạch cảnh chung, phình cảnh, ĐM cảnh trong và ĐM cảnh ngoài. Ở ĐM cảnh chung, bề dày lớp nội trung mạc được đo ở thành xa, trên 1 đoạn kéo dài 10mm, cách phình cảnh 1 đoạn 10mm. Bề dày lớp nội trung mạc được đo trực tiếp bằng phần mềm đo được tích hợp sẵn trên máy, ghi nhận thông số dày nhất tại mỗi vị trí. Ngoài ra, mảng xơ vữa, tình trạng hẹp có ý nghĩa khi $> 50\%$ nếu có và vận tốc sóng mạch trên mỗi vị trí của động mạch cảnh cũng được ghi nhận.

2.6. Các biến số: tuổi, giới, lipid máu, HDL-cho, LDL-cho, Triglyceride, ĐTĐ, THA, RLLM, HTL, nồng độ AUM, các thể bệnh HCVC,

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22. Với độ tin cậy 95%, $p < 0.05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung

Đặc điểm	Trung bình (ĐLC)/tỷ lệ (số trường hợp)
Tuổi	61,43 61,43 \pm 11,531 (nhỏ nhất 24 tuổi, lớn nhất 87 tuổi)
Nam	72,5% (74)
THA	70,6% (72)
HTL	62,7% (64)
ĐTĐ	67,6% (69)
RLLM	19,6% (20)
BTM	5,9% (6)
HDL-cholesterol	34,8 (12,235)
LDL-cholesterol	117,43 (41,726)

Triglyceride	152,8 (97,686)
Cholesterol toàn phần	182,73 (45,179)
ĐDLNTMĐMC chung tối đa	2,0249
ĐDLNTMĐMC tối đa	2,8388
Nồng độ AUM	6,087 (1,4731) (thấp nhất 3,2 cao nhất 9,8)
Mảng xơ vữa ĐM cảnh	61,8% (63)
Các thể HCVC: CĐTNKOĐ	19,6% (20)
NMCTSTKC	28,4% (29)
NMCTSTC	52% (53)

Nhận xét: Tuổi trung bình (TB) 61,43; nam giới chiếm đa số hơn nữ; tuy nhiên giới nữ có tuổi trung bình cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm nam (p=0,004); BMI trung bình 23,306; đa số BN không bị béo phì; các yếu tố nguy cơ: THA, ĐTĐ, HTL chiếm tỷ lệ rất cao, trong khi rối loạn lipid máu không chiếm ưu thế; nồng độ AUM trung bình 6,087; thể NMCTSTC chiếm đa số 52%.

3.2. Tương quan giữa AUM và các yếu tố nguy cơ

Bảng 2. Tương quan AUM và các yếu tố nguy cơ tim mạch

AUM			Số TH	TB	ĐLC	TB sai số chuẩn	Giá trị p
			THA	Không	30	5,903	1,5253
	Có	72	6,164	1,4548	0,1714		
	ĐTĐ	Không	33	5,906	1,3788	0,2416	0,393
		Có	69	6,174	1,5144	0,1823	
	RLLM	Không	82	6,172	1,4846	0,1639	0,242
		Có	20	5,740	1,4076	0,3148	
	HTL	Không	38	5,939	1,2406	0,2013	0,408
		Có	64	6,175	1,5981	0,1998	
	BTM	Không	96	6,001	1,4241	0,1453	0,088
		Có	6	7,467	1,6955	0,6922	

Nhận xét: Không có sự khác biệt AUM trung bình giữa 2 nhóm có và không có THA, ĐTĐ, RLLM, HTL, BTM

LDL-Cholesterol máu

Bảng 3. Liên quan giữa AUM và LDL-cholesterol

		AUM (mg/dL)	LDL-cho (mg/dL)
AUM (mg/dL)	Tương quan Pearson	1	-,025
	P thống kê (2-đuôi)		,806
	Số TH	102	102
LIPID máu LDL (MG/DL)	Tương quan Pearson	-,025	1
	P thống kê (2-đuôi)	,806	
	Số TH	102	102

Nhận xét: Không có mối tương quan giữa nồng độ AUM và LDL-cho (p=0,806)

HDL-cholesterol máu

Bảng 4. Tương quan giữa AUM và HDL-cholesterol

		AUM (mg/dL)	HDL-cho (mg/dL)
AUM (mg/dL)	Tương quan Pearson	1	-,116
	P thống kê (2-đuôi)		,247
	Số TH	102	102
HDL-cho (mg/dL)	Tương quan Pearson	-,116	1
	P thống kê (2-đuôi)	,247	
	Số TH	102	102

Nhận xét: Không có tương quan giữa nồng độ AUM và HDL-cho (p=0,247)

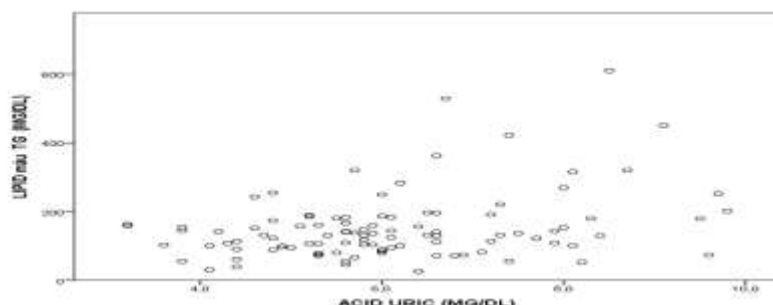
Triglyceride máu

Bảng 5. Tương quan giữa nồng độ AUM và Triglyceride máu

		AUM (mg/dL)	TG
AUM (mg/dL)	Tương quan Pearson	1	,338**
	P thống kê (2-đuôi)		,001
	Số TH	102	102
TG (mg/dL)	Tương quan Pearson	,338**	1
	P thống kê (2-đuôi)	,001	
	Số TH	102	102

** . Tương quan có ý nghĩa ở mức 0.01 (2-đuôi).

Nhận xét: Có sự tương quan mạnh giữa nồng độ AUM và Triglyceride máu với hệ số tương quan 0,338 (p=0,001).



Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ AUM và Triglyceride

Cholesterol máu toàn phần

Bảng 6. Tương quan giữa nồng độ AUM và cholesterol toàn phần

		AUM (mg/dL)	Cho. Toàn phần
AUM (mg/dL)	Tương quan Pearson	1	,058
	P thống kê (2-đuôi)		,564
	Số TH	102	102
Ch. Toàn phần (mg/dL)	Tương quan Pearson	,058	1
	P thống kê (2-đuôi)	,564	
	Số TH	102	102

Nhận xét: Không ghi nhận tương quan giữa nồng độ AUM và cho. toàn phần (p=0,564)

3.3 Tương quan giữa AUM và mảng xơ vữa ĐM cảnh

Mảng xơ vữa ĐM cảnh trái

Bảng 7. Liên quan AUM và mảng xơ vữa ĐM cảnh bên trái (Phép kiểm T-Student)

	MXVĐM cảnh trái				P thống kê
	Không MXV		Có MXV		
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
AUM (mg/dL)	5,7	1,4	6,3	1,5	0,041

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của AUM (p=0,041) giữa hai nhóm có và không có mảng xơ vữa. AUM cao ở nhóm có mảng xơ vữa tại các nhánh ĐM cảnh trái.

Mảng xơ vữa ĐM cảnh phải

Bảng 8. Liên quan AUM và mảng xơ vữa ĐM cảnh bên phải

	MXV ĐM cảnh phải				P thống kê
	Không MXV		Có MXV		
	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung bình	Độ lệch chuẩn	
AUM (mg/dL)	6,1	1,7	6,1	1,4	0,918

Nhận xét: Không có khác biệt về AUM giữa 2 nhóm có và không có mảng xơ vữa ở ĐM cảnh phải

IV. BÀN LUẬN

Trong 102 BN HCVC chúng tôi ghi nhận tuổi TB 61,43 ± 11,531 và nam chiếm đa số, kết quả này phù hợp với đặc điểm của bệnh động mạch vành có yếu tố nguy cơ là nam với tuổi ≥60. Yếu tố nguy cơ THA chiếm đa số 70,6% trong các bệnh lý đi kèm, kế đến là ĐTĐ 67,6%, HTL 62,7%, trong khi RLLM thấp chiếm 19,6%. Qua kết quả này cho thấy THA, ĐTĐ, HTL là những yếu tố nguy cơ quan trọng đối với HCVC. Bệnh thận mạn không cao trong nhóm NC của chúng tôi 5,9%. Trong các chỉ số lipid máu trung bình,

LDL-cho và HDL-cho có thay đổi so với giá trị ngưỡng cho phép, BN HCVC thuộc nhóm nguy cơ tim mạch rất cao, LDL-cho chưa đạt so với mục tiêu điều trị trong HCVC <70mg/dL. Nồng độ SUA trung bình 6,087mg/dL không cao so với giá trị ngưỡng đối với nam <7mg/dL và nữ <6,5mg/dL. Hiện diện MXV ĐM cảnh chiếm tỷ lệ rất cao 61,8%. Trong các thể HCVC, NMCTSTC chiếm đa số 52% phù hợp đặc điểm bệnh cảnh của HCVC (bảng 1).

Kết quả NC của chúng tôi không ghi nhận mối tương quan giữa AUM với THA, ĐTĐ, RLLM, HTL

và BTM (bảng 2); kết quả này khác với kết quả của NC tại Hoa Kỳ của Pavani Bandaru và Cs(7) ghi nhận mối tương quan giữa nồng độ AUM tăng cao với ĐĐT sau khi đã điều chỉnh những yếu tố nguy cơ khác như tuổi, giới tính, chủng tộc, HTL, uống bia rượu. Theo NC của Ching-Wei Tsai và Cs(2) ghi nhận trên 739 BN nồng độ AUM $\leq 6\text{mg/dL}$ và $>6\text{mg/dL}$ có tương quan ý nghĩa với giảm độ lọc cầu thận (GFR), nguy cơ diễn tiến suy thận tăng 7% (hazard ratio 1,07, $p < 0,05$) khi tăng 1mg/dL nồng độ AUM so với mức ban đầu, mối tương quan này xảy ra trên BN không có protein niệu. Chúng tôi không tìm thấy nhiều NC về mối tương quan giữa AUM và HTL.

Ngoài ra, nhiều NC ghi nhận mối tương quan thuận giữa nồng độ AUM và bệnh tim mạch, trong những báo cáo gần đây đã kết luận rằng AUM là yếu tố nguy cơ mạnh đối với NMCT và đột quỵ, nồng độ AUM tăng liên quan độc lập có ý nghĩa với tăng nguy cơ biến cố tim mạch tương lai của BN đột quỵ có đái tháo đường. Tuy nhiên, vai trò của AUM như là yếu tố nguy cơ độc lập đối với biến cố tim mạch vẫn còn bàn cãi. Tuy nhiên, nhiều NC đã chứng minh, những yếu tố nguy cơ tim mạch như rối loạn dung nạp glucose, béo phì, RLLM, THA và đề kháng insulin có liên quan đến gia tăng nồng độ AUM(3)

Theo Neha và Cs(5) NC trên 27.959 BN HCVC đã ghi nhận nồng độ AUM tăng liên quan đến tăng biến cố tim mạch.

Trong NC chúng tôi không ghi nhận mối tương quan giữa nồng độ AUM và HDL-Cho, LDL-Cho, Cholesterol toàn phần; nhưng chúng tôi ghi nhận mối tương quan mạnh giữa nồng độ AUM và Triglyceride (hệ số tương quan 0,338; $p=0,001$) (bảng 8, biểu đồ 1).

Theo Baliarsingh và Cs(1) ghi nhận ở nam giới <45 tuổi với nồng độ AUM tăng cao có sự gia tăng nồng độ Cholesterol toàn phần, LDL-Cho, Triglyceride so với người có AUM bình thường. Theo Tao-Chun Peng và CS(8) sử dụng NC NHANES III để khảo sát mối tương quan giữa nồng độ AUM và lipid máu, đã ghi nhận: LDL-Cho, Triglyceride, Cholesterol toàn phần, apolipoprotein-B, Triglyceride/HDL-Cho tương quan mạnh với nồng độ AUM, trong khi đó HDL-Cho tương quan nghịch với nồng độ AUM.

Cần thêm nhiều NC chứng minh mối tương quan giữa nồng độ AUM với lipid máu cũng việc cần thiết giảm AUM trong điều trị phòng ngừa bệnh lý tim mạch.

NC chúng tôi ghi nhận có sự khác biệt ý nghĩa thống kê của AUM giữa hai nhóm có và không có

màng xơ vữa ($p=0,041$) tại các nhánh ĐM cảnh trái, tuy nhiên kết quả này không ghi nhận thấy trên các nhánh ĐM cảnh phải (bảng 10,11). Theo kết quả NC của Nobukazu và Cs(6) ghi nhận trên nam giới không có hội chứng chuyển hoá, nồng độ AUM là yếu tố nguy cơ độc lập của mảng xơ vữa động mạch. Theo Ying Chen và Cs NC trên 10.281 người Trung Quốc tuổi từ trung niên trở lên và ghi nhận nồng độ AUM có liên quan thuận với gia tăng độ dày lớp nội mạc ĐM cảnh chung. Tuy nhiên, cũng có những NC khác (4) không ghi nhận liên quan giữa AUM và mảng xơ vữa ĐM. Cần nhiều NC thêm để chứng minh AUM có vai trò trong sinh bệnh học của mảng xơ vữa ĐM.

V. KẾT LUẬN

Mối tương quan mạnh giữa nồng độ AUM và Triglyceride với hệ số tương quan 0,338 ($p=0,001$) và tương quan giữa AUM với sự hiện diện mảng xơ vữa ĐM cảnh bên trái trên bệnh nhân HCVC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Baliarsingh S., Sharma N., (2012)**, "Serum uric acid level is an indicator of total cholesterol and low density lipoprotein cholesterol in men below 45 years in age but not older males". *Clin Lab.* 58(5-6), p.545-50.
2. **Ching-Wei Tsai, Shih-Yi Lin, Chin-Yi Lin, Chin-Chi Kuo et al, (2017)**, "Serum Uric Acid and progression of kidney disease: A longitudinal Analysis and mini-review". *Plos One*, DOI:10.1371, January 20.
3. **Manzato E. (2007)**, "Uric acid: an old actor for a new role". *Intern Emerg Med*, 2, p.1-2.
4. **Mervi Oikonen, Maria Wendelin Saarenhovi, Leo Pekka Lyytikainen, Niina Siitonen et al, (2012)**, "Associations between serum uric acid and markers of subclinical atherosclerosis in young adults. The cardiovascular risk in Young Finns study". *Atherosclerosis*, 223(2), p.497-503.
5. **Neha J. Pagidipati, (2017)**, "An examination of the relationship between serum uric acid level, a clinical history of gout, and cardiovascular outcomes among patients with acute coronary syndrome". *American Heart Journal*, 187, p.53-61.
6. **Nobukazu Ishizaka, Yuko Ishizaka, Ei-Ichi Toda, Ryoza Nagai, Minoru Yamakado, (2005)**, "Association between serum uric acid, metabolic syndrome, and carotid atherosclerosis in Japanese individuals". *Arterioscler Thromb Vasc Biol*, 25, p.1038-1044.
7. **Pavani Bandaru, Anoop Shankar, (2011)**, "Association between serum uric acid levels and diabetes mellitus". *International Journal of Endocrinology*, <http://dx.doi.org/10.1155/2011/604715>.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 456 - THÁNG 7 - SỐ 2 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - JULY - 2017

- 1 **K**ết quả điều trị phẫu thuật bộc lộ trên bệnh nhân có răng vĩnh viễn mọc ngầm vùng phía trước 1
Result of surgical exposure in anterior impacted teeth patients
Nguyễn Phú Thắng
- 2 **Đ**ặc điểm x quang phổi, khí máu ở bệnh nhân viêm phổi có liên quan đến thở máy do đột quỵ não 4
Ventilator-associated pneumonia in critically ill stroke patients: Imaging pulmonary infection, blood gas characteristics
Nguyễn Thế Anh, Vũ Đức Định
- 3 **T**ìm hiểu một số yếu tố nguy cơ gây xơ hóa màng nhĩ 8
Risk factors of tympanosclerosis
Phạm Thị Bích Đào
- 4 **Đ**ặc điểm lâm sàng tổn khuyết đầu mũi, cánh mũi tại một số bệnh viện trên địa bàn Hà Nội 12
The clinical characteristic of nasal tip and alar at some hospitals in Ha Noi
Bùi Văn Cường, Vũ Ngọc Lâm
- 5 **M**ô tả tác dụng phụ của thuốc arv trong điều trị HIV/AIDS cho bệnh nhân tại một số trại giam miền núi phía bắc 15
Describing arv side effects in HIV/AIDS patients in the northern mountain prisons Vietnam
Lê Thị Hương, Đoàn Thị Thuý Linh
- 6 **N**hận xét hình thái xoang hàm trên và mối liên quan với chân răng hàm lớn, hàm nhỏ hàm trên trên phim CT conebeam 20
Maxillary sinus anatomy and the relationship with the maxillary premolars and molars in CBCT
Nguyễn Phú Thắng
- 7 **N**guy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm tới ở đồng bào khmer từ 25-64 tuổi, tại tỉnh Trà Vinh 23
The risk of coronary artery disease in next 10 years in khmer ethnic minority from 25-64 year old, at Tra Vinh Province
Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Tập, Trần Văn Hưởng
- 8 **N**ăng lực cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe ban đầu của trạm y tế xã tại Tây Nguyên 28
Capacity in provision of primary health care services at commune health centers in the Central Highlands
Hà Văn Thúy
- 9 **Đ**ánh giá tác dụng dự phòng tụt huyết áp của Rheosorbilact truyền trước khởi mê ở người cao tuổi 31
The assessment of arterial hypotension preventive effect of rheosorbilact infusion before anesthesia induction in elderly patients
Nguyễn Thị Bích Phượng, Nguyễn Hữu Tú, Nguyễn Đức Lam
- 10 **K**hảo sát tương quan giữa số lượng bạch cầu và giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể, lối sống ở người kiểm tra sức khỏe tổng quát 35
Association between lymphocyte and gender, age, bmi, lifestyle patterns in a sample of health checkup examinees
Huỳnh Kim Phượng

- 11 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng dị vật hữu cơ phế quản** 40
The study on clinical and paraclinical of organic matter on the bronchi
Đậu Xuân Cảnh
- 12 **Nghiên cứu hiệu quả điều trị bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt có thay đổi** 43
modic bằng liệu pháp tiêm corticoid ngoài màng cứng
Study of the treatment effects in patients with lumbar disc herniation by epidural steroid injection therapy
Nguyễn Văn Chương, Tạ Hồng Nhung
- 13 **Nghiên cứu một số yếu tố liên quan thúc đẩy sử dụng chất dạng amphetamine trên** 47
bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần
Studying a number of related factors using amphetamine infection in individual treatment plants in mental health institute
Nguyễn Văn Dũng
- 14 **Thực trạng hiểu biết về bác sĩ gia đình và việc sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của** 51
người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2017
The situation of knowledge about family physicians and the use of medical services for patients visiting the general Hospital of Agriculture 2017
Hà Hữu Tùng, Vũ Thanh Bình
- 15 **Thực trạng chi trả khám chữa bệnh của bệnh nhi điều trị nội trú tại Bệnh viện Nhi** 54
tỉnh Hải Dương năm 2016 và một số yếu tố liên quan
Real situation of payment for medical examination and treatment for child inpatients in Hai Duong Pediatric Hospital in 2016 and some relating factors
Nguyễn Thị Phương Hằng, Vũ Minh Hải
- 16 **Sự thay đổi khớp cắn sau điều trị sai khớp cắn loại II lùi xương hàm dưới có sử dụng** 58
khí cụ Forsus
Occlusion changes in mandibular retrognathia class II treated with fixed appliance in combination with Forsus
Đặng Thị Vỹ, Nguyễn Thị Thu Phương, Trịnh Đình Hải
- 17 **Kết quả hiện hình sinh thiết hạch cửa bằng xanh methylen trong bệnh ung thư tuyến giáp** 61
Sentinel lymph node detection by methylene blue in thyroid cancer patients
Nguyễn Xuân Hậu, Lê Văn Quảng, Dương Chí Thành
- 18 **Một số yếu tố nguy cơ tử vong bệnh nhân sau phẫu thuật thoát vị hoành bẩm sinh** 64
tại Bệnh viện Nhi Trung ương
Risk factors of neonatal congenital diaphragmatic hernia after surgery
Phạm Thị Thu Phương, Trần Minh Điển, Phạm Hồng Sơn
- 19 **Nghiên cứu đặc điểm, mối liên quan, tương quan giữa một số chỉ số lâm sàng và cận** 68
lâm sàng ở bệnh nhân Basedow
Study the characteristics, relationships, correlations between some clinical and subclinical in the Basedow patient
Cao Trường Sinh, Nguyễn Thị Hương
- 20 **Các yếu tố liên quan đến kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến chính** 71
tại các quán ăn ở thị xã Cai Lậy, Tiền Giang năm 2017
Factors related to knowledge on food safety of major processors in restaurants, Cai Lay town, Tien Giang in 2017
Trương Văn Bé Tư, Tạ Văn Trâm, Trần Thị Đức Hạnh

- 21 **Đặc điểm chức năng nhận thức và mối liên quan với độ cứng thành động mạch ở bệnh nhân cao tuổi** 75
Characteristics of cognitive function and relation to arterial stiffness in elderly patients
Hà Thị Vân Anh, Nguyễn Xuân Thanh, Vũ Thanh Thủy, Phạm Thắng, Vũ Thị Thanh Huyền
- 22 **Tỷ lệ loãng xương và các yếu tố liên quan ở người cao tuổi tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2014** 79
The prevalence of osteoporosis and some related factors in the elderly in Ho Chi Minh City in 2014
Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Trung Hòa, Trần Văn Hưởng, Nguyễn Thanh Bình
- 23 **Đánh giá tình hình tiếp cận dịch vụ y tế của người dân khu vực Tây Nguyên** 83
Assessment of accessibility to health care services of people in the central highlands
Hà Văn Thúy
- 24 **Kiến thức, thực hành chăm sóc trước sinh của các bà mẹ có con nhỏ dưới 1 tuổi tại huyện Buôn Đôn và Cư Kuin, tỉnh Đắklăk năm 2016** 87
Knowledge and practice of antenatal care of mother whose have children under 1 year age in Buon Don and Cu Kuin District, Daklak Province 2016
Mai Thị Kim Thanh, Bùi Văn Nhơn, Trần Xuân Bách, Ngô Văn Toàn
- 25 **Ứng dụng kỹ thuật PCR phát hiện gen *MCR-1* kháng colistin trên các chủng vi khuẩn phân lập từ mẫu phân động vật thu thập tại Hà Nam năm 2016** 90
Detection of colistin-resistant MCR-1 gene in bacteria strains isolated from stool sample of animal in Ha Nam in 2016 by PCR assay
Nguyễn Thị Tuyết Mai, Phạm Duy Thái, Trần Thị Vân Phương, Vũ Thị Tường Vân, Vũ Thị Thu Hiền, Trần Huy Hoàng
- 26 **Nghiên cứu tác dụng trên cuộc chuyển dạ và các tác dụng không mong muốn của gây tê cạnh cổ tử cung để giảm đau trong đẻ** 94
Study the effects on labor and side effects of paracervical block for analgesia during the labor
Nguyễn Đức Lam, Đỗ Khắc Huỳnh, Trần Văn Cường
- 27 **Đặc điểm nội soi, mô bệnh học của viêm dạ dày mạn theo phân loại của olga** 97
Characteristics of endoscopic and histopathology in chronic gastritis by the olga staging system
Đậu Xuân Cảnh
- 28 **Nghiên cứu một số đặc điểm thay đổi modic ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng** 101
Study on some characteristics of modic changes in patients with lumbar disc herniation
Nguyễn Văn Chương, Tạ Hồng Nhung
- 29 **Nghiên cứu áp dụng clonidine trong hỗ trợ điều trị hội chứng cai các chất dạng thuốc phiện tại cộng đồng** 105
Study on clonidine application in assistance to treatment of chemistry medicines in the community
Nguyễn Văn Dũng
- 30 **Thực hành phòng bệnh sốt xuất huyết của người dân tại hai xã của huyện Hàm Thuận Bắc tỉnh Bình Thuận năm 2013** 110
Practices on dengue fever of local people in two communes in Binh Thuan Province, 2013
Lê Thị Thanh Xuân, Lê Thị Tài, Lương Mai Anh, Hà Anh Đức

31	Tương quan giữa acid uric máu và điểm gensini cải tiến trong hội chứng vành cấp Correlation between serum uric acid and modified gensini score in patients of acute coronary syndrome	114
	Huỳnh Kim Phụng	
32	Một số yếu tố liên quan của khách hàng sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại nhà tại Bệnh viện Đa khoa Nông nghiệp năm 2016 Some related factors of home health care customers at the general Hospital of agriculture 2016	118
	Hà Hữu Tùng	
33	Giá trị của sinh thiết hạch cửa trong bệnh ung thư tuyến giáp Role of sentinel lymph node biopsy in thyroid carcinoma	122
	Nguyễn Xuân Hậu, Lê Văn Quảng, Nguyễn Văn Hùng	
34	Điều trị tăng áp phổi dai dẳng ở trẻ sơ sinh trên bệnh nhân thoát vị hoành bẩm sinh Management of persistent pulmonary hypertension of the newborn with congenital diaphragmatic hernia	126
	Trịnh Xuân Long, Nguyễn Thanh Liêm, Trần Minh Điền	
35	Nghiên cứu đặc điểm hình thái mũi trên ảnh chụp chuẩn hóa ở người có tuổi từ 18 đến 25 Research nose morphology by standard photography in people with age from 18 to 25 years	129
	Dương Thái Thành, Nguyễn Thanh Xuân Lê Đức Tuấn, Vũ Ngọc Lâm	
36	Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến thực hiện luật giao thông đường bộ của học sinh trường Trung học phổ thông Nguyễn Đức Cảnh năm 2017 Knowledge, attitudes, practice and some factors related to the implementation of the road traffic law of students of Nguyen Duc Canh high school in 2017	134
	Nguyễn Văn Tiến, Đỗ Văn Dung, Nguyễn Việt Hải	
37	Đánh giá tác động của phương thức chi trả khoán định suất bảo hiểm y tế tới người bệnh tại một số tỉnh đồng bằng Sông Cửu Long The impact assessment for health insurance capitation payment mechanism to people in Provinces in Mekong delta	138
	Dương Huy Lương	
38	Kiến thức, thực hành về phòng chống tật khúc xạ của học viên tại 3 trường đại học Trần Đại Nghĩa, Nguyễn Huệ và Ngô Quyền Knowledge, practice on preventing refractive errors among students attending tran Dai Nghia University, Nguyen Hue University and Ngo Quyen University	142
	Phí Vĩnh Bảo, Nguyễn Văn Tập, Nguyễn Thanh Bình, Trần Văn Hưởng	
39	Tác dụng của điện châm điều trị rối loạn phản xạ nuốt ở bệnh nhân nhồi máu não sau giai đoạn cấp Effects of electrical acupuncture therapy dysphagia in patient with cerebral infarction after the acute period	146
	Đặng Kim Thanh, Nguyễn Văn Thành, Nguyễn Thanh Thủy	
40	Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh thiếu sản động mạch phổi kèm thông liên thất (pa-vsd) tại Bệnh viện Tim Hà Nội Assessment of results of surgical treatment for pulmonary atresia with ventricular septal defect (pa-vsd) at Hanoi Heart Hospital	149
	Nguyễn Sinh Hiền, Tạ Hoàng Tuấn	

- 41 **Một số đặc điểm dịch tễ học và yếu tố nguy cơ của sởi biến chứng viêm phổi nặng ở trẻ em** 153
Some characteristics of epidemiological and risk factors increasing the severity of pneumonia caused by measles in children
Nguyễn Tiến Dũng, Phạm Văn Hưng
- 42 **Thực trạng sốt rét, sốt xuất huyết dengue tại các tỉnh đồng bằng ven biển nam bộ (2003-2013)** 157
Status of malaria and dengue in southern coastal provinces, period of 2003-2013
Bùi Khánh Toàn, Nguyễn Huy Nga, Nguyễn Xuân Trường, Nguyễn Văn Chuyên
- 43 **Thực trạng tăng huyết áp ở người từ 40 tuổi trở lên tại thành phố Vinh Tỉnh Nghệ An** 161
Situation of hypertension in people aged 40 years or older at Vinh City, Nghe An Province
Cao Trường Sinh, Lê Thị Thanh Huyền
- 44 **Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, hành vi nguy cơ và tìm kiếm dịch vụ y tế của bệnh nhân đến khám các bệnh nhiễm trùng lây truyền qua đường tình dục tại Bệnh viện Da liễu Trung ương năm 2014** 165
Some factors related to of knowledge, risk behavior and look for health services of patients visiting the infections through sexual transmission in the Central government Hospital of Dermatology in 2014
Nguyễn Văn Tiến, Đỗ Văn Dung, Đỗ Quốc Hương
- 45 **Phân tích mạng lưới phân phối thuốc của công ty trách nhiệm hữu hạn một thành viên dược phẩm Bali giai đoạn 2013 – 2015** 168
An analysis of the medicine distribution network of Bali pharmaceutical one-member limited liability company in the period 2013 - 2015
Nguyễn Nhật Hải, Nguyễn Thị Song Hà, Vũ Thị Nhật Minh, Nguyễn Đức Vân
- 46 **Thực trạng đau thắt lưng ở nhân viên điều dưỡng của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2016** 172
Prevalence of low back pain among nurses in the Vietnam – Germany Hospital in 2016
Lương Mai Anh, Hoàng Thị Liên, Lê Thị Thanh Xuân, Hà Anh Đức, Nguyễn Ngọc Bích
- 47 **Kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ sốt của bà mẹ có con bị sốt năm điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai** 176
Knowledge and practics for caring a child with fever of the mother having a child with fever admitted to pediatric departement of Bachmai Hospital
Nguyễn Tiến Dũng, Đỗ Thị Kim Chi
- 48 **Nghiên cứu nhu cầu của người bệnh về chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn, năm 2017** 179
A study on acute stroke patients' needs for rehabilitation at Thanh Nhan Hospital, 2017
Đỗ Đào Vũ, Diêm Thị Chung
- 49 **Tương quan của nồng độ acid uric máu với yếu tố nguy cơ tim mạch, mảng xơ vữa động mạch cảnh trên bệnh nhân hội chứng vành cấp** 182
Associations between serum uric acid and cardiovascular risk factors, carotid artery atherosclerosis in patients of acute coronary syndrome

Huỳnh Kim Phụng