



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 8 - SỐ 1
2017

TẬP 457

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

NGHIÊN CỨU ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH LÝ NỘI MÔ GIÁC MẠC BẰNG PHẪU THUẬT GHÉP NỘI MÔ DSAEK

Phạm Thị Thùy Linh*, Phạm Ngọc Đông*, Hoàng Minh Châu*

TÓM TẮT¹

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu trên 56 mắt (51 bệnh nhân) được phẫu thuật DSAEK tại Bệnh viện Mắt Trung ương, độ tuổi trung bình là 62.1 ± 14.2 , 26 bệnh nhân nam, 25 bệnh nhân nữ, trong đó: 35 mắt (62.5%) bệnh giác mạc bong sau phẫu thuật (34 mắt sau phẫu thuật thể thủy tinh, 1 mắt sau cắt bè), 10 mắt loạn dưỡng nội mô Fuchs (17.8%), 5 mắt ghép lại do DSAEK thất bại (8.9%), 4 mắt hội chứng ICE (7.1%), do nguyên nhân khác có 3 mắt. 13 mắt (26.8%) phẫu thuật DSAEK phối hợp với lấy TTT bằng phương pháp phaco, đặt IOL. Các thông số về tình trạng giác mạc, mảnh ghép, thị lực, khúc xạ, mật độ nội mô và các biến chứng trong 6 tháng sau mổ DSAEK được ghi nhận. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công sau mổ 6 tháng là 87.5%. Thị lực trung bình sau đạt mức $> 20/60$ sau mổ 6 tháng là 19 mắt (38.8%). Khúc xạ cầu tương đương sau cắt chỉ tại thời điểm 6 tháng sau mổ là $+1.52 \pm 3.21D$ (từ -4.25 đến +7.5D). 30 mắt (63.8%) viễn thị sau mổ. Độ loạn thị trước cắt chỉ tại thời điểm 6 tháng là $3.25 \pm 2.85D$ (từ 0 đến 9.5D), sau cắt chỉ là $1.49 \pm 1.37D$ (từ 0 đến 7D). Độ dày trung tâm toàn bộ giác mạc sau 6 tháng là $610 \pm 112.5\mu m$ (từ 532 đến $890\mu m$), giảm đáng kể so với trước mổ: $716 \pm 88.2\mu m$ (từ 571 đến $1065\mu m$). Độ dày mảnh ghép giảm sau 6 tháng so với trước mổ: $118 \pm 28.3\mu m$ so với $139 \pm 26.2\mu m$ ($p < 0.05$). Độ dày toàn bộ giác mạc và mảnh ghép tăng trên mắt thất bại ghép so với mắt mổ thành công sau mổ 6 tháng: $890 \pm 51.9\mu m$ và $227 \pm 17.8\mu m$ so với $615 \pm 58.7\mu m$ và $115 \pm 27.5\mu m$. Mật độ nội mô sau ghép 6 tháng là 1592 ± 230 , giảm khoảng 32% so với trước mổ ($p < 0.05$). **Biến chứng:** Thất bại ghép gặp trên 9 mắt (16.7%) trong đó thất bại nguyên phát có 5 mắt (8.9%), thứ phát 4 mắt (7.1%). Bong mảnh ghép có 4 mắt (7.1%), 2 mắt phải chuyển ghép DSAEK lần 2. Thải ghép có 1 mắt (1.7%). Tăng nhãn áp có 4 mắt (7.1%) trong đó có 1 mắt tăng nhãn áp sớm do nghẽn đồng tử, 3 mắt tăng nhãn áp muộn, trong đó có 1 mắt có tiền sử mổ cắt bè. 1 mắt biến chứng phôi mống mắt trong mổ xuất hiện mù tiền phòng ngay sau mổ, đáp ứng điều trị nội khoa. **Kết luận:** Thị lực cải thiện sau ghép DSAEK 6 tháng, tuy nhiên giác mạc có xu hướng viễn thị sau mổ. Tỷ lệ mất tế bào nội mô cao sau mổ 6 tháng. Độ dày giác mạc giảm dần sau mổ. Thất bại nội mô nguyên phát, tăng nhãn áp và bong mảnh ghép là nguyên nhân chủ yếu dẫn đến thất bại ghép.

SUMMARY

STUDY ON DESCMET'S STRIPPING AUTOMATED ENDOTHELIAL KERATOPLASTY (DSAEK)

Subject and Method: A total of 51 patients with 56 operated eyes. 34 pseudophakic bullous keratopathy (PBK), 10 with FED, 5 re-graft DSAEK, 4 ICE syndrome, 3 others, undergoing DSAEK were perspective analyzed. Simultaneous cataract surgery was performed in 13 eyes. Preoperative ocular conditions, best spectacle-corrected visual acuity (BSCVA), spherical equivalent refraction (SE), induced astigmatism, endothelial cell density (ECD), corneal thickness and complications were determined over 6 months postoperatively. **Results:** The 6-month survival rate is 87.5%. In eyes with a functional DSAEK graft and good visual potential ($n=49$), the BSCVA was $\geq 20/60$ in 19 eyes (38.8%). Spherical equivalent is $+1.52 \pm 3.21D$ (-4.25 to +7.5D). Astigmatism is $3.25 \pm 2.85D$ (0 đến 9.5D) before suture removal, $1.49 \pm 1.37D$ (0 đến 7D) after suture removal. The whole corneal and graft thickness reduced compared to before surgery: $610 \pm 112.5\mu m$ and $118 \pm 28.3\mu m$ after 6 months, compared to: $716 \pm 88.2\mu m$ and $139 \pm 26.2\mu m$ ($p < 0.05$), and thicker in fail grafts. Endothelial cell loss averaged 32% compared to before surgery. **Complications:** graft failure 16.7% ($n = 9$), primary graft failure 5.4% ($n = 3$), glaucoma 7.1% ($n = 4$), graft detachment 7.1% ($n = 4$), graft rejection 1.7% ($n = 1$), anterior chamber hypopyon 1.7% ($n = 1$). **Conclusions:** A significant improvement was observed in postoperative best spectacle corrected visual acuity (BSCVA) after DSAEK. Mild hyperopic shift identified. Corneal thickness of the whole cornea and graft reduced after 6 months and have predictive value. ECD is still high after 6 months. Primary endothelial failure, glaucoma and graft detachment are leading causes of graft failure.

Keywords: Descemet's stripping automated endothelial keratoplasty. Fuchs' dystrophy. Pseudophakic bullous keratopathy. Posterior lamellar keratoplasty

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới hơn 50 năm qua, đối với các bệnh lý nội mô giác mạc, phương pháp phẫu thuật chính vẫn là phẫu thuật ghép giác mạc xuyên. Tuy nhiên, bệnh nhân sau ghép giác mạc xuyên thường chậm phục hồi thị lực, có thể gặp các biến chứng liên quan đến kỹ thuật mở nhãn cầu và chỉ khâu: như chảy máu, nhiễm trùng, hở mép mổ, nguy cơ thải ghép cao [1], [2]. Phẫu thuật ghép nội mô có bóc tách màng Descemet - DSAEK, áp dụng cho những tổn thương thuộc màng Descemet và nội mô, đem lại kết quả phẫu thuật tốt hơn cho các bệnh lý nội mô giác mạc.

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thùy Linh

Email: phamthuylinh128@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2017

Ngày duyệt bài: 3/7/2017

đánh dấu bước tiến mới trong điều trị bệnh lý nội mô giác mạc [3]. Năm 2010, các bác sỹ khoa Kết giác mạc bệnh viện Mắt trung ương đã thực hiện thành công phẫu thuật ghép nội mô DSAEK, bước đầu đem lại hướng điều trị mới cho bệnh lý nội mô giác mạc [4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân có bệnh lý nội mô giác mạc có chỉ định ghép giác mạc nội mô, có nhu mô chưa sẹo hoá, đã có các triệu chứng cơ năng như: chói, cộm, chảy nước mắt... đồng ý phẫu thuật và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 7 năm 2013 đến tháng 7 năm 2015 tại khoa Kết Giác mạc BVMTW.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh lý nhu mô hoặc toàn bộ bề dày giác mạc, bệnh nhân có các bệnh lý sẵn có tại mắt như: viêm màng bồ đào trước, bong võng mạc... Bệnh nhân già yếu, bệnh toàn thân nặng, không phối hợp, không có điều kiện theo dõi theo yêu cầu của nghiên cứu, bệnh nhân không khám lại sau mổ.

2.1.3 Tiêu chuẩn chọn mảnh ghép: Những mảnh giác mạc được ngân hàng mắt của Mỹ cắt sẵn, đạt tiêu chuẩn EBAA, đạt độ trong theo tiêu chuẩn của Ngân hàng Mắt – BVMTW, thời gian bảo quản không quá 2 tuần, mật độ tế bào nội mô > 2000tb/mm².

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu.

2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu nghiên cứu được tính theo công thức:

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

Trong đó: p: tỉ lệ thành công ước tính của phẫu thuật ghép nội mô giác mạc: $p = 97\%$; d: độ chính xác tuyệt đối: $d = 0,05$; $Z_{1-\frac{\alpha}{2}} = 1,96$ (hệ số tra trong bảng Z).

Cỡ mẫu dự kiến sẽ là: 50 mẫu. Trong đó: số mắt phẫu thuật là đơn vị tính cho mẫu nghiên cứu.

2.3 Phương tiện nghiên cứu: Các phương tiện khám, phẫu thuật sẵn có tại bệnh viện Mắt TW.

2.4 Đánh giá kết quả phẫu thuật: Bệnh nhân được khám lại ở các thời điểm: sau ra viện 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6

tháng về: Tình trạng mảnh ghép, tình trạng bề mặt tiếp giáp giữa nền ghép và mảnh ghép, tình trạng tiền phòng, số lượng, hình thái tế bào nội mô, tình trạng thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc, khúc xạ mắt, OCT, thị lực, nhãn áp, theo dõi và phát hiện các biến chứng

2.5 Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng chương trình thống kê y học SPSS.

Trong đó: So sánh các giá trị trung bình, tỉ lệ phần trăm bằng test T student và test Barlett. Giá trị p < 0.05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Có 51 bệnh nhân được ghép giác mạc nội mô. Trong số đó, có 1 bệnh nhân được mổ 2 mắt, 4 bệnh nhân được ghép lần 2 trên 1 mắt. Do vậy, tổng số lượt mắt phẫu thuật DSAEK là 56.

3.1 Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:

3.1.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới: Tuổi trung bình của bệnh nhân được phẫu thuật là 62.1 ± 15.7 (từ 20 đến 83). Tỉ lệ nam: nữ là 1: 1.04 (p > 0.05).

3.1.2 Thị lực trước mổ: Có 48/56 mắt, chiếm 85% có thị lực trước mổ dưới mức ĐNT 3m. 2 mắt có thị lực ST (+). Thị lực cao nhất là 20/150.

3.1.3 Chỉ định phẫu thuật: Bệnh giác mạc bong sau mổ thể thủy tinh: 34 mắt (60.7%). 10 mắt (17.8%) loạn dưỡng Fuchs. 5 mắt (8.9%) ghép lại sau thất bại ghép DSAEK. Hội chứng ICE có 4 mắt (7.1%), 1 mắt tổn hại nội mô sau cắt dịch kính bong võng mạc có đặt IOL, một trường hợp do ong đốt, sau mổ glaucoma 1 mắt và một bệnh nhân nghi do Cytomegalo Virus (CMV). 13 mắt (26.8%) phẫu thuật DSAEK phối hợp với lấy TTT bằng phương pháp phaco, đặt IOL.

3.2 Diễn biến trong phẫu thuật, biến chứng:

3.2.1 Đường kính mảnh ghép: Phần lớn có đường kính 8.5mm (30 mắt - 53.7%) và 8mm (15 mắt - 26.7%), đường kính mảnh ghép > 8.5mm và < 8mm dùng trong 11 mắt, chiếm 19.6%.

3.2.2 Các biến chứng trong mổ: Có 1 mắt đứt chỉ treo, khó mở mảnh ghép (1.7%). 2 ca chảy máu mống mắt khi cắt mống mắt chu biên (3.4%), 1 mắt mống mắt phôi qua đường rạch chính (1.7%).

3.3 Kết quả phẫu thuật:

Kết quả \ Thời gian	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Thành công (mắt)	51	50	49
Thất bại nguyên phát (mắt)	2	1	0

Thất bại thứ phát (mắt)	3 (1 sót chất nhân, 2 bong mảnh ghép)	2 (1 thái ghép, 1 tăng nhãn áp)	1 (do CMV)
Số ca thất bại cộng dồn	5	8	9
Tổng	56	53	50
Tỉ lệ thành công	91%	89.2%	87.5%

Sau mổ 1 tháng, 2 mắt thất bại do bong mảnh ghép trong tháng đầu sau phẫu thuật được ghép nội mô lần 2 sớm trong vòng 1 tuần sau mổ và tiếp tục được theo dõi, 3 mắt còn lại chuyển ghép xuyên. 3 tháng sau mổ, 1 mắt tăng nhãn áp phải quang đông thể mi, 2 mắt thất bại ghép còn lại được ghép DSAEK lần 2. Đến thời điểm 6 tháng sau mổ, tỉ lệ ghép thất bại cộng dồn là 16.07%.

3.4 Thị lực: Phân bố thị lực chỉnh kính tối ưu sau mổ của các mắt thành công sau mổ được phân bố như sau:

Thị lực chỉnh kính tối ưu	Sau mổ 1 tháng		Sau mổ 3 tháng		Sau mổ 6 tháng	
	n	%	n	%	n	%
< ĐNT 3m	6	11.8	4	8	3	6.1
ĐNT 3m đến < 20/200	14	27.4	7	14	5	10.2
20/200 đến < 20/60	30	58.9	24	48	20	40.8
20/60 - 20/30	1	1.9	15	30	19	38.8
> 20/30	0	0	0	0	2	4.1
Tổng	51	100	50	100	49	100

Sau 6 tháng, 19 mắt (38.8%) đạt thị lực > 20/60, trong đó có 2 mắt đạt thị lực > 20/30. Số mắt có thị lực < ĐNT 3m đã giảm từ 85% (trước mổ) xuống 6% sau mổ 6 tháng. Có 4 mắt thị lực chỉnh kính tối ưu không tăng, trong đó có 1 mắt không còn thể thủy tinh có tổn hại hắc võng mạc cận thị nặng, 1 mắt đã phẫu thuật bong võng mạc, 2 mắt có tổn thương gai thị do bệnh lý glôcôm.

3.5 Khúc xạ giác mạc: Sau mổ 6 tháng, trên 49 mắt ghép thành công có 3 mắt không đo được khúc xạ máy do sẹo giác mạc. Khúc xạ cầu tương đương trung bình sau cắt chỉ tại thời điểm 6 tháng sau mổ là $+1.52 \pm 3.21D$ (từ -4.25 đến +7.5D). 30 mắt (63.8%) viễn thị sau mổ trong đó có 17 mắt viễn thị nhẹ, 13 mắt viễn thị vừa và nặng. Không khác biệt đáng kể giữa khúc xạ cầu tương đương giữa nhóm mổ DSAEK đơn thuần và nhóm phối hợp Phaco đặt IOL. Độ loạn thị trung bình trước cắt chỉ tại thời điểm 6 tháng

là $3.25 \pm 2.85D$ (từ 0 đến 9.5D) giảm so với độ loạn thị sau cắt chỉ: $1.49 \pm 1.37D$ (từ 0 đến 7D) ($p < 0.05$).

3.6 Độ dày giác mạc:

3.6.1 Độ dày giác mạc chủ và mảnh ghép trước mổ: Độ dày giác mạc bệnh nhân trước ghép trung bình là $716 \pm 88.2\mu m$ ($571\mu m - 1065\mu m$), độ dày mảnh ghép sau cắt chỉ là $139 \pm 26.2\mu m$ ($62\mu m - 170\mu m$).

3.6.2 Độ dày toàn bộ giác mạc và mảnh ghép sau phẫu thuật: Độ dày toàn bộ giác mạc trung bình sau mổ 1 ngày là $798 \pm 126.3\mu m$ (từ 556 - 1043 μm), khác biệt không đáng kể so với trước mổ. Sau 3 tháng là $682 \pm 143.6\mu m$ (từ 529 - 987 μm), giảm so với sau mổ 1 ngày ($p < 0.05$). Sau 6 tháng là $610 \pm 112.5\mu m$ (từ 532 - 890 μm), giảm không đáng kể so với sau mổ 3 tháng ($p > 0.05$).

Độ dày mảnh ghép sau mổ phân bố như sau:

Độ dày mảnh ghép (μm)	Trung tâm	Chu biên	Tỉ lệ độ dày mảnh ghép vùng trung tâm so với chu biên
1 ngày	192 ± 52.7 (100 - 375)	301 ± 63.7 (132 - 610)	1 : 1.57
3 tháng	137 ± 38.7 (93 - 405)	235 ± 49.8 (137 - 480)	1 : 1.71
6 tháng	118 ± 28.3 (80 - 245)	189 ± 42.7 (90 - 451)	1 : 1.60

Sau mổ 6 tháng, độ dày mảnh ghép giảm so với trước mổ và sau mổ 3 tháng ($p < 0.001$). Tỉ lệ độ dày giác mạc trung tâm/chu biên bình thường là 1:1.26. Trong nghiên cứu này, độ dày trung tâm mảnh ghép qua các thời điểm sau mổ đều mỏng hơn nhiều so với chu biên, làm giác mạc sau mổ có dạng thấu kính phân kỳ.

Sau 6 tháng, độ dày trung bình của toàn bộ giác mạc và mảnh ghép trên mắt ghép thành công, tương ứng là: $615 \pm 58.7\mu m$ và $115 \pm 27.5\mu m$, trên mắt ghép thất bại là: $890 \pm 51.9\mu m$ và $227 \pm 17.8\mu m$ ($p < 0.05$).

3.6.3 Biến chứng sau mổ:

Thời gian Biến chứng (mắt)	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Thất bại ghép nguyên phát	2	1	0
Thất bại ghép thứ phát	3 (5.4%) (1sốt chất nhãn, 2 bong mảnh ghép)	2 (3.5%) (1 thái ghép, 1 tăng nhãn áp)	1 (1.7%) (do CMV)
Tăng nhãn áp	1 (1.7%) (do nghiền đồng tử)	1 (1.7%)(sau ghép lại DSAEK)	2 (3.4%)
Bong mảnh ghép	4 (7.1%)	0	0
Thái ghép	1 (1.7%)	0	0
Phản ứng màng bồ đào	1 (1.7%)	0	0

Tính đến thời điểm sau mổ 6 tháng, có 9 mắt thất bại ghép (16.07%) trong đó 2/9 mắt thất bại do bong mảnh ghép, 1/9 do thái ghép. Tăng nhãn áp muộn (5.4%) gặp trên 3 mắt.

Tỉ lệ mất tế bào nội mô sau ghép: Mật độ tế bào nội mô trung bình trước ghép là 2340 ± 390 tế bào/mm². Sau ghép 6 tháng là 1729 ± 230 , giảm 26.1% so với trước mổ ($p < 0.05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Độ tuổi trung bình của người bệnh là 62.1 ± 15.7 , Hầu hết các nghiên cứu đều báo cáo độ tuổi trung bình của bệnh nhân ghép giác mạc DSAEK thuộc nhóm bệnh nhân cao tuổi. Nguyên nhân gây tổn thương nội mô chủ yếu do phẫu thuật thể thủy tinh (60.7%), tỉ lệ mổ do dưỡng Fuchs chiếm 17.8% - thấp hơn so với các nước châu Âu và châu Mỹ. Đa số bệnh nhân đến trong giai đoạn tổn thương thị lực nặng. Ở các nghiên cứu khác, bệnh nhân thường được phẫu thuật sớm hơn, khi thị lực còn ở mức khá cao [5].

4.2 Kết quả phẫu thuật:

4.2.1 Thị lực, khúc xạ: Thị lực tăng tại các thời điểm sau mổ. Sau mổ 6 tháng vẫn có 5 mắt thị lực dưới ĐNT 1m trong đó có 2 mắt thất bại ghép, 3 mắt tổn hại võng mạc. Như vậy, sau phẫu thuật DSAEK, nếu không có biến chứng và tổn hại võng mạc, thị lực đã cải thiện sớm và rõ rệt. Độ loạn thị ở mức độ nhẹ sau cắt chỉ tại thời điểm 6 tháng, giảm đáng kể so với trước cắt chỉ. Giác mạc có xu hướng viễn thị hoá, tương đồng với của nhiều nghiên cứu của các tác giả khác [6].

4.2.2 Độ dày giác mạc: Độ dày của toàn bộ giác mạc và của mảnh ghép giảm dần theo thời gian, rõ rệt trong 3 tháng đầu sau mổ, ít rõ rệt hơn sau mổ 6 tháng so với 3 tháng ($p > 0.05$). Theo các tác giả, độ dày giác mạc ổn định sau mổ 6 tháng [7] tuy độ dày giác mạc sau mổ vẫn dày hơn giác mạc bình thường. Độ dày mảnh ghép ở mắt mổ thành công thấp hơn so với mắt ghép thất bại ($p < 0.05$). Các nghiên cứu khác cũng nhận thấy, độ dày mảnh ghép > 350 micron gặp trên 100% mắt thất bại ghép ở thời điểm 1 tuần sau mổ.

4.2.3 Các biến chứng: Thất bại nội mô thứ phát liên quan nhiều đến bong mảnh ghép. Ngoài ra, tăng nhãn áp, thất bại nội mô nguyên phát là các nguyên nhân chủ yếu dẫn đến thất bại ghép. Thái ghép chiếm 1.7%, thấp hơn sau phẫu thuật ghép xuyên.

4.2.4 Tỉ lệ mất tế bào nội mô: Sau mổ 6 tháng, tỉ lệ mất tế bào nội mô vẫn cao so với ghép xuyên, liên quan chủ yếu đến các thao tác trong quá trình đưa mảnh ghép vào tiền phòng và mở mảnh ghép.

V. KẾT LUẬN

Thị lực cải thiện sau 6 tháng phẫu thuật DSAEK. Giác mạc có xu hướng viễn thị hoá nhẹ, độ loạn thị sau mổ không đáng kể. Độ dày toàn bộ giác mạc và mảnh ghép giảm dần sau mổ, có ý nghĩa tiên lượng sự thành công hay thất bại của phẫu thuật. Thất bại nội mô nguyên phát, tăng nhãn áp và bong mảnh ghép là biến chứng chủ yếu dẫn đến thất bại ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Ngọc Đông HTMC.** Thái ghép sau ghép giác mạc điều trị. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2008; 347(1):16-19.
2. **Cung LX.** Nghiên cứu phẫu thuật ghép giác mạc xuyên điều trị loạn dưỡng giác mạc bẩm sinh di truyền: Trường Đại học Y Hà Nội; 2010.
3. **Mark M.** Fernandez NAA. Endothelial Keratoplasty: From DLEK to DMEK. *Middle East Afr J Ophthalmol*. 2010;17(1):5-8.
4. **Đông PN.** Kết quả bước đầu ghép giác mạc nội mô điều trị bệnh lý nội mô giác mạc. Báo cáo tại Hội nghị nhãn khoa toàn quốc – Vũng Tàu 2011.
5. **Price FW PM.** Descemet's stripping with endothelial keratoplasty: comparative outcomes with microkeratome-dissected and manually dissected donor tissue. *Ophthalmology*. 2006; 113: 1936-1942.
6. **Lee WB JD, Musch DC, Kaufman SC, Reinhart WJ,** Shtein RM. Descemet's stripping endothelial keratoplasty: safety and outcomes: a report by the American Academy of Ophthalmology. *Ophthalmology*. 2009; 116(9):1818-1830.
7. **Di Pascuale M.A. PP, Schlechte C** Corneal deturgescence after Descemet stripping automated endothelial keratoplasty evaluated by Visante anterior segment optical coherence tomography. *Am J Ophthalmol*. 2009;148(1):32-37.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X QUANG VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ CÁC RĂNG THỪA NGẦM VÙNG CỬA HÀM TRÊN Ở BỆNH NHÂN KHÁM NẮN CHỈNH RĂNG

Nguyễn Phú Thắng*

TÓM TẮT²

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hướng xử trí của bệnh nhân răng thừa ngầm vùng phía trước hàm trên của bệnh nhân đến khám nắn chỉnh răng. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 41 bệnh nhân có răng thừa ngầm được thăm khám lâm sàng và chụp phim kiểm tra để đánh giá các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. Sử dụng thống kê toán học để phân tích số liệu thu thập được. **Kết quả:** Về mặt hình thể, tỷ lệ răng thừa ngầm hình nón gặp nhiều nhất (59%), tiếp đến là răng thừa nhiều núm (3,4%), không có trường hợp nào là răng thừa có hình thể giống với răng vĩnh viễn. Các răng thừa ngầm mọc chủ yếu phía vòm miệng, chiếm 89,8%. Hướng xử trí thường gặp là lấy bỏ ngay hoặc trì hoãn. Trên phim cắt lớp chòm tia hình nón, 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 để dễ dàng hơn khi phẫu thuật lấy bỏ răng thừa ngầm. **Kết luận:** Răng thừa ngầm là nguyên nhân gây nhiều biến chứng, ví dụ như gây cản trở răng vĩnh viễn mọc, đặc biệt là các răng thừa vùng phía trước hàm trên. Phát hiện sớm và có phương pháp điều trị đúng sẽ giúp tránh được các biến chứng gây ảnh hưởng đến chức năng và thẩm mỹ của bệnh nhân.

Từ khóa: Răng thừa, phim cắt lớp chòm tia hình nón.

SUMMARY

CLINICAL, RADIOGRAPHIC CHARACTERISTICS AND SOLUTION OF ANTERIOR MAXILLARY IMPACTED SUPERNUMERARIES IN ORTHODONTICS PATIENTS

Objective: This study is aimed at assessing the characteristics, xray examination and initial solution of anterior maxillary impacted supernumeraries. **Subject and method:** A sample of 41 patients with anterior maxillary impacted supernumeraries was selected and assessed by clinical examination and radiographs. Descriptive statistics were used to analyze the data. **Result:** Supernumeraries appear in a variety of shapes, the most common in this study was conical, followed by turbeculate. There is no case with impacted supplemental. Most impacted supernumeraries are located palatally. By using CBCT, doctors could determine accurately the location, morphology and the related structure. Thus, the pathway for surgical intervention may be assessed easier. **Conclusion:** Supernumerary teeth are considered one of the most

significant dental anomalies which may cause malocclusion, especially the anterior maxillary ones. Early diagnosis and treatment of patients with supernumerary teeth are important to prevent or minimize complications.

Keywords: Supernumerary teeth, CBCT

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong các vấn đề gây ảnh hưởng lớn đến thẩm mỹ và chức năng của hàm răng là các răng thừa ngầm, đặt ra nhiệm vụ cho các bác sĩ răng hàm mặt nhằm đưa ra kế hoạch điều trị đầy đủ cụ thể, toàn diện cho bệnh nhân. Để đem lại hiệu quả điều trị tốt nhất cho bệnh nhân, đòi hỏi có sự phối hợp nhịp nhàng của các chuyên khoa khác nhau như chẩn đoán hình ảnh, phẫu thuật trong miệng và nắn chỉnh răng [1]

Các phương pháp chẩn đoán cho phép phát hiện sớm và điều trị dự phòng răng thừa và răng thừa ngầm, bao gồm hỏi tiền sử gia đình, khám lâm sàng và đánh giá trên phim X quang [2]. Trong đó, các hình ảnh Xquang có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị răng thừa mọc ngầm. Ở nước ta cho tới nay vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xquang và hướng xử trí các răng thừa ngầm vùng cửa hàm trên của bệnh nhân đến khám nắn chỉnh răng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 41 bệnh nhân với 49 răng thừa ngầm được lựa chọn theo tiêu chuẩn: có răng thừa ngầm vùng phía trước hàm trên. Loại trừ những bệnh nhân đã hoặc đang điều trị chỉnh nha, bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt có ảnh hưởng đến khớp cắn, bệnh nhân có phục hình vùng răng cửa, bệnh nhân bị thiếu răng vĩnh viễn, có dị tật bẩm sinh hoặc chấn thương vùng hàm mặt ảnh hưởng đến khớp cắn và bệnh nhân không hợp tác.

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

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.

Bước 2: Chụp phim toàn cảnh và phim CT conebeam. Đánh giá các đặc điểm trên phim theo mẫu phiếu nghiên cứu.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Thắng

Email: phuthangdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 9/5/2016

Ngày phản biện khoa học: 12/6/2017

Ngày duyệt bài: 1/7/2017

Bước 3: Phân tích các đặc điểm trên lâm sàng và trên phim Xquang để đưa ra hướng xử trí.

Bước 4: Nhập và xử lý số liệu

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

2.3. 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

3.1. Tỷ lệ hình thái răng thừa ngậm theo giới

Bảng 3.1. Tỷ lệ hình thái răng thừa ngậm theo giới (n=41)

	Hình nón		Hình nhiều núm		U răng		Tổng số
	N	%	N	%	N	%	
Nam	20	66,7	8	26,7	2	6,6	30
Nữ	6	31,6	9	47,4	4	21	19

Nhận xét: Trong 41 bệnh nhân răng thừa ngậm, ở nam, tỷ lệ răng thừa hình nón chiếm 66,7%, tiếp đến là răng nhiều núm (26,7%), u răng chiếm 6,6%. Ở nữ, răng nhiều núm chiếm tỷ lệ cao nhất (47,4%), sau đó đến răng hình nón (31,6%) và u răng (21%). Không trường hợp nào có răng thừa ngậm hình thể giống với răng vĩnh viễn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2. Triệu chứng sờ/nhìn thấy khối phồng trong miệng



Biểu đồ 3.1. Triệu chứng sờ thấy khối phồng trong miệng

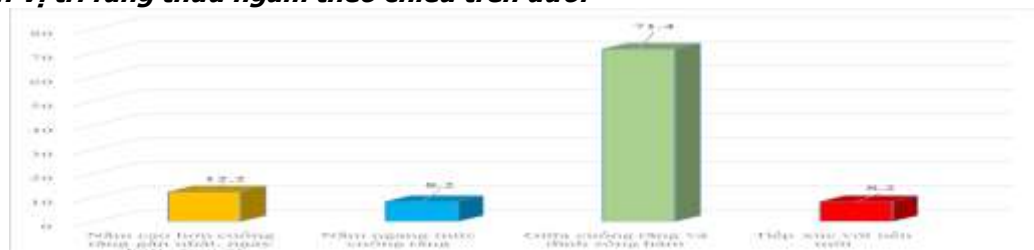
3.3. Hình thể răng thừa ngậm

Bảng 3.2. Hình thể răng thừa ngậm

	Răng hình nón		Răng nhiều núm		Răng giống răng vĩnh viễn		U răng		Tổng số
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Răng thừa ngậm	26	53,1	17	34,7	0	0	6	12,2	49

Nhận xét: Trong tổng số 49 răng thừa ngậm, có 26 răng thừa hình nón, chiếm 53,1%, 17 răng thừa nhiều núm (34,7%), 6 khối u răng (chiếm 12,2%). Không có răng thừa hình thể giống răng vĩnh viễn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3.4. Vị trí răng thừa ngậm theo chiều trên dưới



Biểu đồ 3.2. Vị trí răng thừa ngậm theo chiều trên dưới so với cuống răng vĩnh viễn gần nhất trên phim CLCTHN

Nhận xét: Trong số 49 răng thừa ngậm, theo chiều trên- dưới, vị trí thường gặp nhất là giữa cuống răng với đỉnh sống hàm (71,4%), chỉ có 4 trường hợp răng thừa ngậm nằm cao, tiếp xúc với nền mũi (8,2%).

3.5. Hướng mọc của răng thừa ngậm theo chiều ngoài-trong trên mặt phẳng đứng dọc

Bảng 3.3. Vị trí của răng thừa ngậm theo chiều ngoài – trong (n=49)

Hướng mọc	Phim	Phim CBCT	
		Số lượng (N)	Tỷ lệ (%)
Mọc thẳng sống hàm		5	10,2
Phía vòm miệng		44	89,8
Phía tiền đình		0	0
Tổng số		49	100

Nhận xét: Trong 49 răng thừa ngậm, tỷ lệ răng nằm phía vòm miệng cao nhất với 89,8%. Trên phim CBCT, tỷ lệ xác định được hướng mọc răng thừa là 100%.

3.6. Hướng mọc của răng thừa ngàm**Bảng 3.4.** Hướng mọc của răng thừa ngàm trên phim CLCTHN

Hướng mọc	Răng hình nón		Răng nhiều núm		Răng giống răng vĩnh viễn		Tổng số		p
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Bình thường	0	0	2		0	0	2	4,7	0,02*
Nằm ngang	6	76,9	10	66,7	0	0	16	37,2	
Mọc ngược	20	23,1	5	33,3	0	0	25	58,1	
Tổng số	26	53,1	17	34,7	0	0	43	100	

Nhận xét: Trong số 43 răng thừa ngàm (không tính các u răng), hướng mọc ngược chiếm 58,1%. Chỉ có 2 răng có hướng mọc bình thường (chiếm 4,7%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.7. Phẫu thuật lấy bỏ răng thừa ngàm**Bảng 3.5.** Phẫu thuật lấy bỏ răng thừa (n=41)

	Lấy bỏ ngay		Theo dõi		Tổng số
	N	%	N	%	
Răng thừa ngàm	23	56,1	18	43,9	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định lấy bỏ răng thừa ngàm ngay chiếm 56,1%, theo dõi chiếm 43,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Răng thừa ngàm và giới tính: Ở nam giới, răng thừa ngàm có hình nón chiếm ưu thế, còn ở nữ giới, tỷ lệ răng thừa ngàm hình nhiều núm gặp nhiều nhất. Trong tổng số 49 răng thừa ngàm, có 26 răng thừa hình nón, chiếm 53,1%, 17 răng thừa nhiều núm (34,7%), 6 khối u răng (chiếm 12,2%). Không có răng thừa hình thể giống răng vĩnh viễn.

4.2. Triệu chứng sờ/nhìn thấy khối phòng trong miệng: Trong số 41 bệnh nhân có răng thừa ngàm, tỷ lệ phát hiện khối phòng phía tiền đình bằng 0, khối phòng phía vòm miệng chiếm 22,4% (11 bệnh nhân), 38 bệnh nhân không sờ thấy khối phòng (77,6%). Hầu hết các răng thừa ngàm được phát hiện thông qua phim xquang. Như vậy, chúng ta có thể thấy tầm quan trọng của chẩn đoán hình ảnh trong việc phát hiện và chẩn đoán xác định các răng thừa ngàm nói chung và răng thừa ngàm nói riêng. Theo quan điểm của A. Becker (2012)[3], chỉ định chụp xquang là cần thiết, đặc biệt trong trường hợp răng cửa vĩnh viễn mọc ngàm vì thường có liên quan đến một hay nhiều răng thừa ngàm gây cản trở mọc răng.

4.3. Vị trí của răng thừa ngàm theo chiều ngoài –trong: Trên phim CBCT, chúng tôi có thể xác định được chính xác vị trí của răng thừa ngàm theo chiều ngoài trong. Trong tổng số 49 răng thừa ngàm (tính cả các u răng), 0 có trường hợp nào răng thừa nằm ở vị trí tiền đình, 44 trường hợp nằm phía vòm miệng (chiếm tỷ lệ cao nhất với 89,8%). Răng thừa mọc thẳng song hàm chỉ có 5 trường hợp (10,2%). Kết quả này khá tương đồng với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Rajab và Hamdan (2002) với tỷ

lệ răng thừa nằm ở vòm miệng là 85,2%, mọc thẳng song hàm là 13,9%, 1% răng thừa mọc ở phía tiền đình [4]. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, các răng thừa ngàm mọc chủ yếu phía trong vòm miệng.

4.4. Hướng mọc của răng thừa ngàm trên phim CBCT: Trong số 43 răng thừa ngàm (không tính các u răng), hướng mọc ngược có 25 trường hợp chiếm 58,1%, nằm ngang có 16 trường hợp (37,2%). Như vậy, răng thừa ngàm chủ yếu có hướng mọc bất thường (95,3%), chỉ có 2 răng mọc theo hướng bình thường (chiếm 4,7%). So sánh với nghiên cứu của tác giả Kouichiro Nagamine (1992) đến từ trường đại học nha khoa Meikai, tiến hành trên 57 bệnh nhân, tỷ lệ răng thừa ngàm mọc ngược hướng chiếm ưu thế với 78,9%, răng mọc đúng hướng chỉ chiếm 21,1% [5]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng. Tuy nhiên, kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Rajab và Hamdan (2002) tiến hành trên 152 bệnh nhân tại bệnh viện đại học Jordan với tỷ lệ răng thừa ngàm mọc đúng hướng là 83,1%, mọc sai hướng là 16,9% [4].

4.5. Về chỉ định lấy bỏ răng thừa ngàm: Khác với các răng thừa đã mọc lên trong miệng thường có chỉ định lấy bỏ ngay, thái độ xử trí răng thừa ngàm lại phụ thuộc vào nhiều yếu tố như vị trí, số lượng răng thừa ngàm, tuổi của bệnh nhân, tình trạng đóng kín cuống của các răng lân cận... Đối với các răng thừa ngàm, bác sỹ phẫu thuật cần thời gian làm việc dài hơn cũng như các thao tác phức tạp hơn như: tạo đường vào, mở xương... Trong tổng số 41 bệnh nhân có răng thừa ngàm, 56,1% bệnh nhân có chỉ định nhổ răng thừa ngàm, 43,9% trì hoãn lấy

bỏ và theo dõi. Thời điểm thích hợp để lấy bỏ răng thừa ngầm vẫn còn đang gây tranh cãi [6].

Về mức độ hợp tác của trẻ, trẻ quá nhỏ sẽ khó giải thích về quy trình và những điều cần thiết cho phẫu thuật. Điều này ảnh hưởng lớn đối với các phẫu thuật gây tê, tâm lý lo lắng và sợ hãi của trẻ nhỏ sẽ làm cho việc thực hiện thủ thuật phức tạp và kéo dài hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lựa chọn thời điểm lấy bỏ răng thừa ngầm được cân nhắc dựa trên nhiều yếu tố. Thời điểm gợi ý cho việc phẫu thuật là khi trẻ khoảng 8- 9 tuổi.

V. KẾT LUẬN

Răng thừa ngầm phía trước hàm trên là vấn đề gây ảnh hưởng đến cả chức năng và thẩm mỹ của hàm răng. Nếu không được phát hiện và xử lý kịp thời có thể gây nên những biến chứng như lệch lạc răng, cản trở mọc răng, khe thưa vùng cửa, lệch lạc khớp cắn... Ngày nay, với sự ra đời của phim cắt lớp chùm tia hình nón, các bác sĩ đã có thêm một công cụ đắc lực giúp xác định chính xác vị trí, hình thể cũng như những cấu trúc lân cận xung quanh răng thừa mọc ngầm. nhờ đó có thể đưa ra kế hoạch điều trị đúng

cũng như xác định được đường tiếp cận răng thừa dễ dàng hơn cho các bác sỹ phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ashish Shah, Daljit S.Gill**, Christopher T., et al (2008). *Diagnosis and management of supernumerary teeth*. General Dentistry Journal. **35**. 510-520
2. **Robert E. Primosch et al (1981)**. Anterior supernumerary teeth- assessment and surgical intervention in children. *Pediatric dentistry* Vol3, no 2.204-215.
3. **Adrian Becker (2012)**. Chapter 2: Radiographic methods related to a diagnosis of impacted teeth. *Orthodontic treatment of impacted teeth 3rd edition*, Wiley Blackwell publication ,15.
4. **Rajab L.D., Hamdan M. et al (2002)**. Supernumerary teeth: review of the literature and a survey of 152 cases. *Int J Pediatric Dent* 12, 244-254.
5. **Henrik Koch**, Ole Schwartz, Bjarne Klausen (1986). Indications for surgical removal of supernumerary teeth in the premaxilla. *International Journal of Oral and Maxillofacial surgery* 15(3). 313-281
6. **Gupta, S., & Marwah, N. (2012)**. Impacted Supernumerary Teeth—Early or Delayed Intervention: Decision Making Dilemma. *International journal of clinical pediatric dentistry*, 5(3), 226.
7. **Ashkenazi, M., Greenberg, B. P., Chodik, G., & Rakocz, M. (2007)**. Postoperative prognosis of unerupted teeth after removal of supernumerary teeth or odontomas. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 131(5), 614-619

ẢNH HƯỞNG CỦA LIỆU PHÁP “MỞ PHỔI” TRONG THÔNG KHÍ NHÂN TẠO ĐỐI VỚI DIỄN BIẾN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG SUY HÔ HẤP CẤP TIẾN TRIỂN SAU BỎNG

Trần Đình Hùng*, Đồng Khắc Hưng*, Nguyễn Như Lâm*

TÓM TẮT³

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của liệu pháp “mở phổi” trong thông khí nhân tạo điều trị hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển sau bỏng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 66 BN bỏng có biến chứng ARDS, tuổi 16 đến 60 được chia ngẫu nhiên làm 2 nhóm, nhóm 1 gồm 33 BN được TKNT theo ARDSnetwork, nhóm 2 gồm 33 BN được TKNT “mở phổi”. Các chỉ tiêu theo dõi đánh giá bao gồm kết quả “mở phổi”, PEEP tối ưu, huyết động và khí máu trước và sau thông khí, các biến chứng và kết quả điều trị. **Kết quả:** 29 BN “mở phổi” thành công ngay lần đầu, 4BN còn lại “mở phổi” thành công ở lần thứ 2, giá trị PEEP tối ưu tìm được là $14,82 \pm 1,83 \text{ cmH}_2\text{O}$. Sau “mở phổi” 24 giờ, huyết động, oxy hóa máu và độ giãn nở phổi tĩnh được cải thiện đáng

kể ($p < 0,001$). Tỷ số $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ cải thiện nhanh hơn có ý nghĩa ở nhóm “mở phổi” so với nhóm ARDSnetwork ($p < 0,05$). Các biến chứng sau thông khí và tỷ lệ tử vong tương đương ở 2 nhóm với $p > 0,05$. Số ngày sống sót của các BN tử vong ở nhóm “mở phổi” lớn hơn nhóm ARDSnetwork ($p < 0,05$). **Kết luận:** TKNT “mở phổi” điều trị ARDS trên BN bỏng là an toàn, cải thiện oxy hóa máu và tăng số ngày sống sót sau bỏng.

Từ khóa: Bỏng, ARDS, thông khí nhân tạo.

SUMMARY

EFFECTS OF ARTIFICIAL VENTILATION WITH “OPEN LUNG” MANOEUVRE ON ACUTE RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME AMONG BURN PATIENTS

Aims: Evaluating effects of artificial ventilation with “open lung” manoeuvre on acute respiratory distress syndrome among burn patients. **Patients and methods:** A prospective study was conducted on 66 burn patients with ARDS, aged from 16 to 60. The patients were randomly divided into 2 groups with 33 patients for each: group1 was ventilated as ARDSnetwork and group 2 was applied “open lung”

*Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đình Hùng

Email: drtrandinhhung@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 22/6/2017

Ngày duyệt bài: 4/7/2017

maneuver. Assesment criteria included "open lung" success, optimal PEEP value, haemodynamic changes, arterial blood gas, complication and outcomes.

Results: The first time of "open lung" was successful in 29 patients and 4 remain patient was successful in the second time. Optimal PEEP was $14.82 \pm 1.83 \text{ cmH}_2\text{O}$. After 24 applying "open lung", significant improvement of haemodynamic value, static compliance was recorded ($p < 0.001$). In addition, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ was also significantly improved in "open lung" group as compared to ARDSnetwork group ($p < 0.05$). Complication and mortality rate were equivalent between two groups ($p > 0.05$). Surviving time of death patients was longer than in "open lung" group as compared to ARDSnetwork group ($p < 0.05$).

Conclusion: artificial ventilation with "open lung" maneuver on acute respiratory distress syndrome among burn patients was safe, improving blood oxygenation and Surviving time post burns.

Keywords: Burn, acute respiratory distress syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển (Acute Respiratory Distress Syndrome – ARDS) là một trong các biến chứng nặng ở bệnh nhân (BN) bỏng nặng, làm tăng tỷ lệ tử vong trong bỏng, đặc biệt trên BN có bỏng hô hấp kết hợp [2]. Đặc điểm sinh bệnh học chính của ARDS là tổn thương màng phế nang (PN) - mao mạch lan tỏa dẫn đến tình trạng giảm oxy hóa máu trở với các liệu pháp oxy thông thường. Hiện nay chiến lược thông khí bảo vệ phổi với thể tích khí lưu thông thấp theo ARDS network được sử dụng rộng rãi trên thế giới như là một phương pháp thường quy điều trị ARDS. Tuy nhiên, phương thức thông khí đó vẫn còn một số hạn chế như làm mất tính đồng bộ giữa BN và máy thở, tăng CO_2 máu và không mở được các PN xẹp. Vài phương pháp thông khí gần đây đã được thử nghiệm để khắc phục các hạn chế đó và liệu pháp "mở phổi" là một trong số đó và đã được chứng minh là giúp cải thiện tình trạng oxy hoá máu, an toàn. Tuy nhiên chưa có báo cáo nào về phương thức thông khí này trên BN bỏng có biến chứng ARDS. Nghiên cứu này đánh giá tính khả thi, mức độ an toàn và hiệu quả của liệu pháp "mở phổi" trong thông khí nhân tạo (TKNT) điều trị BN bỏng có biến chứng ARDS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh nhân ở hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm 1*(n = 33)	Nhóm 2*(n = 33)	p
Tuổi	$37,42 \pm 1,81$	$40,94 \pm 2,04$	0,201
Giới tính (nam/nữ)	27/6	25/8	0,363
Diện bỏng chung (%)	$58,85 \pm 3,47$	$50,79 \pm 2,56$	0,066
Diện bỏng sâu (%)	$27,27 \pm 2,95$	$26,39 \pm 2,46$	0,819
Bỏng hô hấp (n, %)	17(51,52)	16(48,48)	0,061

*: Nhóm 1: ARDS network; nhóm 2: "Mở phổi"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 66 BN bỏng có biến chứng ARDS được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Berlin 2012 [5] điều trị tại khoa Hồi sức cấp cứu, Viện bỏng quốc gia từ tháng 11/2013 đến tháng 10/2016, tuổi từ 16 đến 60, diện tích bỏng $\geq 15\%$ diện tích cơ thể và không có chấn thương hoặc bệnh lý kết hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Chia ngẫu nhiên BN làm 2 nhóm, nhóm 1 gồm 33 BN được TKNT theo ARDSnetwork, nhóm 2 gồm 33 BN được TKNT "mở phổi". Thủ thuật "mở phổi" tiến hành theo quy trình của Alexandre B.Cavancanti và cộng sự [6] như sau: Xác định cân nặng lý tưởng, lắp hệ thống sonde hút kín vào đầu ống nội khí quản hoặc ống Sjöberg. Dùng thuốc an thần theo hướng dẫn của hội hồi sức cấp cứu Hoa Kỳ để đạt điểm RASS là 0, dùng thuốc giãn cơ (Tracrium 25mg), với liều ban đầu 0,5mg/kg và duy trì liều 0,42 – 0,48mg/kg/h. Cài đặt máy thở ở chế độ kiểm soát áp lực với FiO_2 ban đầu là 1, tần số 10 lần/phút, tỉ lệ I:E là 1:1, áp lực chênh là $15 \text{ cmH}_2\text{O}$, PEEP là $10 \text{ cmH}_2\text{O}$ và duy trì trong vòng 10 phút, nâng PEEP lên $25 \text{ cmH}_2\text{O}$, sau đó lên 35 duy trì trong vòng 1 phút, cuối cùng lên mức $45 \text{ cmH}_2\text{O}$ duy trì trong 2 phút. Sau khi kết thúc huy động phế nang, tiến hành giảm PEEP về $23 \text{ cmH}_2\text{O}$, chuyển thành kiểu thở kiểm soát thể tích với thể tích khí lưu thông là 5ml/kg, tần số là 20 lần/phút, tốc độ dòng là 30L/phút, sóng vuông và $\text{FiO}_2 = 1$. Đo độ giãn nở phổi tĩnh (C_{satic}) của BN tại máy thở. Sau đó, giảm dần PEEP xuống theo thứ tự 20, 17, 14, 11 cmH_2O và đo C_{satic} sau mỗi 4 phút. PEEP tối ưu được xác định là mức PEEP mà ở đó C_{satic} lớn nhất cộng thêm $2 \text{ cmH}_2\text{O}$. Sau khi "mở phổi", thể tích khí lưu thông và tần số thông khí được đặt theo hướng dẫn của ARDS Network. Các chỉ số đánh giá gồm: Kết quả "mở phổi": thành công hay thất bại; giá trị PEEP tối ưu, thay đổi huyết động, các chỉ tiêu khí máu, diễn biến, biến chứng và kết quả điều trị. Số liệu được phân tích bằng phần mềm Intercool Stata 11.0, $p < 0,05$ được xác định có ý nghĩa thống kê.

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, giới, diện tích lồng, diện tích lồng sâu và tỷ lệ lồng hô hấp giữa hai nhóm với $p > 0,05$

Bảng 3.2. Kết quả thực hiện thủ thuật “mở phổi” (n = 33)

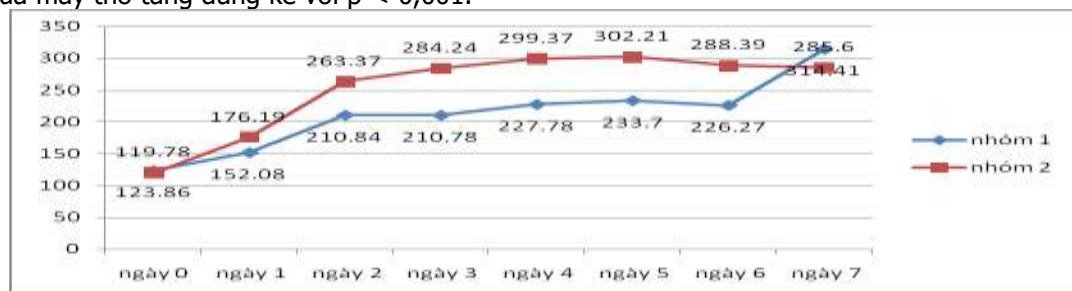
Lần mở phổi	Số BN thành công	Tỷ lệ %
Lần 1	29	87,88
lần 2	4	12,12
Số lần “mở phổi” trung bình trong quá trình điều trị	2±0,66	
PEEP tối ưu trung bình	14,82±1,83 (cmH ₂ O)	

Nhận xét: 29 bệnh nhân “mở phổi” thành công ngay trong lần đầu tiên (chiếm 87,88%). “Mở phổi” lần hai thành công ở 4 bệnh nhân còn lại. Số lần phải “mở phổi” trung bình trong quá trình điều trị là 2±0,66. Mức PEEP tối ưu dao động từ 13 đến 19cmH₂O, trung bình 14,82±1,83 cmH₂O.

Bảng 3.3. Thay đổi một số chỉ tiêu trước và sau thủ thuật “mở phổi” 24h

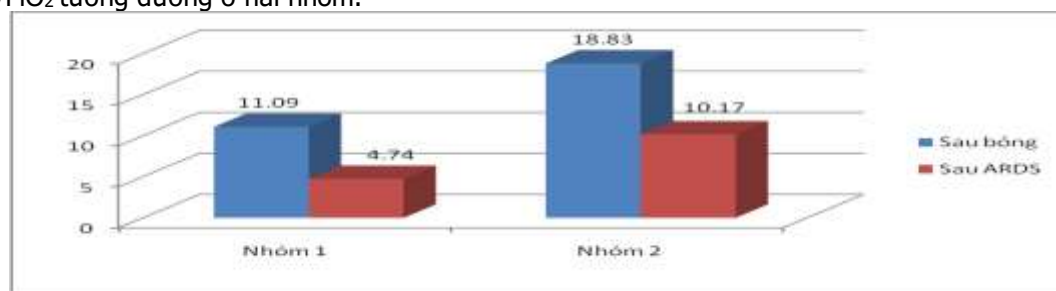
Thông số	Trước (n = 33)	Sau 24h (n = 33)	P
Mạch (lần/phút)	130,82±1,39	124,79±1,78	0,008
Huyết áp trung bình (mmHg)	88,97±1,90	89,85±1,37	0,587
SpO ₂ (%)	88,42±1,11	99,24±0,27	<0,001
PaO ₂ /FiO ₂	119,78±7,37	263,37±11,64	<0,001
Độ giãn nở phổi tĩnh (ml/cmH ₂ O)	33,88±0,91	42,82±1,22	<0,001

Nhận xét: Sau khi “mở phổi” 24h, tần số mạch giảm, huyết áp động mạch trung bình thay đổi không đáng kể và dao động quanh 85mmHg trong khi SpO₂, tỷ số PaO₂/FiO₂ và độ giãn nở phổi tĩnh đo qua máy thở tăng đáng kể với $p < 0,001$.



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ tỷ số PaO₂/FiO₂ ở hai nhóm sau thông khí

Nhận xét: Tỷ số PaO₂/FiO₂ cải thiện theo thời gian ở cả hai nhóm nghiên cứu, nhóm 2 cải thiện nhanh hơn trong 5 ngày đầu so với nhóm 1 sau thông khí với giá trị $p < 0,05$. Từ ngày thứ 6 tỷ số PaO₂/FiO₂ tương đương ở hai nhóm.



Biểu đồ 3.3. Thời điểm tử vong trung bình của 2 nhóm nghiên cứu (n=41)

Nhận xét: Thời gian sống sót trung bình sau bỏng và sau chẩn đoán ARDS ở nhóm 2 lâu hơn nhóm 1, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Diễn biến bệnh lý sau thời điểm xuất hiện ARDS

Diễn biến		Nhóm 1 (n = 33)		Nhóm 2 (n = 33)		P
		n	%	n	%	
Sốc nhiễm khuẩn	có	12	36,36	11	33,33	>0,05
	không	21	63,64	22	66,67	
Nhiễm khuẩn huyết	có	4	12,12	7	21,21	>0,05
	không					

	không	29	87,88	26	78,79	
Suy thận	có	13	39,39	10	30,30	>0,05
	không	20	60,61	23	69,7	
Suy đa tạng	có	13	39,39	10	30,30	>0,05
	không	20	60,61	23	69,7	

Nhận xét: Tỷ lệ các biến chứng của hai nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Thông khí nhân tạo là biện pháp quan trọng điều trị BN ARDS nhằm cải thiện oxy hóa máu và tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên nếu cài đặt máy thở không đúng có thể gây ra các hiệu ứng sinh lý ảnh hưởng đến kết quả điều trị như: Thiếu oxy máu, suy giảm hoạt tính của màng surfactant, giải phóng các cytokine, phát triển vi khuẩn, xẹp phổi (atelectasis) và chấn thương áp lực (barotrauma). Đã có nhiều biện pháp can thiệp khác nhau trong TKNT điều trị BN ARDS nhưng chưa mang lại hiệu quả và tỷ lệ tử vong còn cao. TKNT "mở phổi" có thể là chìa khóa để giảm tỷ lệ tử vong. Kỹ thuật này không những cải thiện tình trạng oxy hóa máu mà còn ảnh hưởng đến chức năng hoạt động của màng surfactant và điều tiết cytokine. Borger và cộng sự (2006) nghiên cứu mối liên quan giữa tình trạng cải thiện oxy hóa máu với tỷ lệ các đơn vị phổi được huy động dựa vào chụp CT phổi ở BN ARDS cho kết quả: có sự liên quan chặt chẽ giữa tình trạng cải thiện oxy hóa máu với số đơn vị phổi được huy động ($p < 0,0001$) [7]. Tuy nhiên, TKNT "mở phổi" có thực sự an toàn với BN bông nặng, đặc biệt là bông hô hấp không thì chưa có nghiên cứu nào công bố. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 29 BN "mở phổi" thành công ngay trong lần đầu tiên (chiếm tỷ lệ 87,88%), 4 BN còn lại (12,12%) "mở phổi" lần 2 thành công. Số lần "mở phổi" trung bình trong quá trình điều trị là $2 \pm 0,66$ lần. Thực hiện lại thủ thuật "mở phổi" khi giảm áp lực đường thở do hút đờm giải hoặc tụt ống thở là cần thiết, tuy nhiên bản thân thủ thuật cũng có thể sẽ gây nên các biến chứng. Do vậy trong TKNT cần hạn chế tối đa các nguyên nhân gây sụt giảm áp lực đường thở. Tất cả các BN của chúng tôi được lắp hệ thống sonde hút đờm kín trong suốt quá trình TKNT nên số lần "mở phổi" trong nghiên cứu này đã phần nào được hạn chế.

Xác định mức PEEP tối ưu là một bước rất quan trọng trong TKNT "mở phổi" nhằm giúp cho việc cài đặt máy thở hợp lý, tránh các phế nang bị xẹp lại trong quá trình thông khí. Theo Lachmann và cộng sự, để cải thiện tình trạng oxy hóa máu và hạn chế tổn thương phổi do thở máy ở BN ARDS "phải mở phổi và giữ cho phổi được mở". Tác giả cũng cho rằng cần cài đặt mức PEEP từ 10 đến 20 cmH₂O sau "mở phổi" để

tránh tình trạng các PN bị xẹp lại [trích 3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tất cả 33 BN "mở phổi" đều tìm được PEEP tối ưu. Giá trị PEEP tối ưu nằm trong khoảng 13cmH₂O đến 19cmH₂O, trung bình là $14,82 \pm 1,83$ cmH₂O. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả của nhiều tác giả khác: Hodgson (15,0cmH₂O) Lê Đức Nhân (15,6 $\pm$ 2,2)[1], Rotman V (17cmH₂O).

Cải thiện nhanh chóng tình trạng oxy hóa máu và độ giãn nở phổi tĩnh mà không làm tăng nguy cơ tổn thương phổi do thở máy là mục đích của TKNT điều trị ARDS. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng sau "mở phổi" 24 giờ, mạch của BN giảm ($p=0,008$), HATB ổn định, SpO₂, tỷ lệ PaO₂/FiO₂ và độ giãn nở phổi tĩnh cải thiện nhanh chóng so với trước thủ thuật với $p < 0,001$. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Lê Đức Nhân (2012) [1], Amato M.B (1998)[4], Hodgson C.L (2011). Khi so sánh giữa 2 nhóm nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ PaO₂/FiO₂ cả 2 nhóm được cải thiện ngay từ ngày thứ nhất của thông khí và ổn định ở mức cao trong các ngày tiếp theo nhưng ở nhóm TKNT "mở phổi" cải thiện nhanh hơn trong 5 ngày đầu với $p < 0,05$. Đồng thời theo dõi diễn biến bệnh lý sau thông khí ở 2 nhóm nghiên cứu chúng tôi nhận thấy, các biến chứng như nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, suy thận, suy đa tạng tương đương nhau với $p > 0,05$. Điều này cho thấy phương pháp huy động phế nang của chúng tôi có hiệu quả và an toàn.

Khi so sánh tỷ lệ tử vong giữa 2 nhóm thông khí chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ tử vong ở nhóm "mở phổi" thấp hơn nhóm ARDSnetwork (54,55% so với 69,70%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,205$. Khi so sánh kết quả sống sót theo thời gian giữa 2 nhóm thông khí chúng tôi nhận thấy, cho đến ngày thứ 10 sau thông khí số BN sống sót ở nhóm "mở phổi" nhiều hơn nhóm ARDSnetwork, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy số ngày sống sót sau thông khí ở nhóm "mở phổi" nhiều hơn nhóm ARDSnetwork. Điều này phần nào đó nói lên hiệu quả của thông khí "mở phổi" điều trị BN ARDS sau bông.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: TKNT "mở phổi" điều trị ARDS trên BN bông là an toàn,

cải thiện tình trạng oxy hóa máu và độ giãn nở phổi tĩnh. Khi so sánh với nhóm TKNT theo ARDSnetwork, tỷ lệ PaO₂/FiO₂ cải thiện nhanh hơn trong 5 ngày đầu sau đó tương đương nhau, tỷ lệ tử vong tương đương nhưng số ngày sống sót sau thông khí nhiều hơn với p<0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Đức Nhân (2012)**, Nghiên cứu hiệu quả của chiến lược "mở phổi" và chiến lược ARDS network trong thông khí nhân tạo bệnh nhân suy hô hấp cấp tiến triển, *Luận án tiến sĩ y học*, trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Lê Thế Trung (2003)**, Bông và những kiến thức chuyên ngành, *Nhà xuất bản y học - Thành phố Hồ Chí Minh*.
3. **Amato M.B., Barbas C.S.V et al (1995)**, "Beneficial effects of the "open lung approach"

with low distanding pressures in acute respiratory distress syndrome. A prospective randomized study on mechanical ventilation", *Am J Respir crit care med*, vol 152(9pt 1), pp: 1835-46.

4. **Amato M.B., Barbas C.S.V., Medeiros D.M., et al (1998)**, "Effect of protective ventilation strategy on mortality in the acute respiratory distress syndrome", *N Engl J Med*, vol.338, pp. 347 – 354.
5. **ARDS Definition Task Force (2012)**, "Acute respiratory distress syndrome, The Berlin definition", *JAMA*, vol.307, No.23, pp. 2526 – 2533.
6. **ART Investigators.(2012)**, "Rationale, study design, and analysis plan of the Alveolar Recruitment for ARDS Trial (ART): Study protocol for a randomized controlled trial", *Trials*, vol.13:153
7. **Borges J.B, Amato M.B. (2006)**, "Reversibility of Lung Collapse and Hypoxemia in Early Acute Respiratory Distress Syndrome", *Am J of Res and Crit Care Medicine*, vol. 174, pp.268-278.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA TỔN THƯƠNG KHUYẾT ĐẦU MŨI CÁNH MŨI VÀ PHƯƠNG PHÁP TẠO HÌNH TẠI MỘT SỐ BỆNH VIỆN Ở HÀ NỘI TỪ NĂM 2010 – 2015

Bùi Văn Cường¹, Vũ Ngọc Lâm², Phan Ngọc Khóa³

TÓM TẮT⁴

Mục tiêu: Mô tả mối tương quan giữa tổn thương khuyết đầu mũi cánh mũi và phương pháp tạo hình tại một số bệnh viện ở Hà Nội từ năm 2010-2015. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu, tiến cứu. **Kết quả:** 14,46% các tổn thương khuyết nông; 22,22% tổn thương có kích thước trên 2cm áp dụng phương pháp ghép da; 10,84% tổn thương khuyết sâu và tổn thương bẩm sinh áp dụng phương pháp phẫu thuật vạt chuyển; tổn thương khuyết xuyên tổ chức áp dụng phương pháp phẫu thuật vạt trán giữa. **Kết luận:** Một số đặc điểm của tổn thương khuyết đầu mũi cánh mũi (độ sâu, nguyên nhân, kích thước) có liên quan đến phương pháp tạo hình.

Từ khóa: Phẫu thuật tạo hình, khuyết đầu mũi, cánh mũi, tương quan.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE NASAL TIP-ALA DEFECTS AND RECONSTRUCTIVE METHODS IN SEVERAL HOSPITALS IN HANOI FROM YEAR 2010 TO 2015

¹Bệnh viện Da Liễu TƯ,

²Bệnh viện TƯQĐ 108

³Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Văn Cường

Email: buicuong25583@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 8/6/2017

Ngày duyệt bài: 3/7/2017

Objective: Describe the relationship between the nasal tip - ala defects and reconstructive methods in several hospitals in Hanoi from year 2010 to 2015.

Method: using cross-sectional study combined with retrospective and prospective study. **Results:** 14.46% of patients had superficial nasal defects. 22.22% of patients who had a defect larger than 2 cm were performed with skin grafts. 10.84% of patients with deep defects and birth defects were applied with flap surgery. The Nasal defects which exposed and denuded bone and cartilage were repaired with paramedian forehead flaps. **Conclusions:** Several characteristics of the nasal tip and ala defects (depth, cause, size) have relation with reconstructive methods.

Keywords: Reconstructive surgery, nasal tip defects, nasal ala defects, relationship

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi nằm ở tầng giữa mặt có vai trò quan trọng cả về chức năng và thẩm mỹ [1]. Tổn khuyết phần mềm mũi rất thường gặp vì nhiều nguyên nhân: nguyên nhân thứ phát, nguyên phát hoặc do bẩm sinh [2].

Phẫu thuật tạo hình mũi là phẫu thuật sớm nhất được ghi lại vào khoảng 2000 năm trước Công nguyên [1]. Theo thời gian nhiều kỹ thuật đã được sử dụng, mỗi kỹ thuật có ưu và nhược điểm riêng và phát huy hiệu quả khi chỉ định đúng. Những phát hiện mới về tiểu đơn vị giải phẫu thẩm mỹ mũi cùng với sự tiến bộ trong nghiên cứu về cấp máu cho da đã phát hiện ra: vạt trực mạch, vạt mạch xuyên, vạt giãn tổ chức và vạt

từ xa đã mang lại nhiều sự lựa chọn cho phẫu thuật tạo hình mũi [3]. Tạo hình tổn khuyết đầu mũi và cánh mũi là khôi phục lại hình thể không gian 3 chiều của mũi nên rất phức tạp, đây cũng là thách thức đối với nhiều phẫu thuật viên[4].

Việc đánh giá, phân loại tổn khuyết cũng như sử dụng chất liệu - kỹ thuật tạo hình đầu mũi, cánh mũi vẫn luôn được nhiều nhà phẫu thuật tạo hình quan tâm. Tuy nhiên, những nghiên cứu về vấn đề này ở Việt Nam còn chưa nhiều, đặc biệt là nghiên cứu riêng về các phương pháp tạo hình tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi lại càng ít. Để góp phần khảo sát giá trị của những phương pháp tạo hình khuyết đầu mũi, cánh mũi và mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn cho người bệnh chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "*Mô tả mối tương quan giữa tổn thương khuyết đầu mũi cánh mũi và phương pháp tạo hình tại một số bệnh viện ở Hà Nội từ năm 2010 – 2015*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu: 83 bệnh nhân có tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi được phẫu thuật tạo hình 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.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

2.3. Cơ 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. Trong đó, nhóm hồi cứu gồm có 53 bệnh nhân và nhóm tiền cứu gồm 30 bệnh nhân.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

+ **Đối với nhóm hồi cứu:** 53 bệnh nhân có đầy đủ bệnh án lưu trữ trong đó thông tin thu thập được theo mẫu nghiên cứu, có thể liên hệ được với bệnh nhân để kiểm tra kết quả xa sau mổ và có phiếu kiểm tra.

+ **Đối với nhóm tiền cứu:** 30 bệnh nhân có tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi đơn thuần, hoặc tổn thương phối hợp khuyết đầu mũi, cánh mũi hoặc tổn thương khuyết đầu mũi và cánh mũi phối hợp với 1/3 dưới của mũi được phẫu thuật tạo hình và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án, Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, Bệnh nhân có tổn thương nhưng không đủ điều kiện phẫu thuật

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.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: đối tượng nghiên cứu được giải thích về mục đích, nội dung nghiên cứu và chỉ tiến hành nghiên cứu khi được sự chấp nhận của đối tượng nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân về đối tượng được giữ kín; các số liệu thông tin thu thập chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ các phương pháp phẫu thuật bệnh nhân khuyết đầu mũi, cánh mũi

Nghiên cứu tiến hành trên 83 bệnh nhân nhân có tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi được phẫu thuật tạo hình. Trong đó, nam và nữ có tỷ lệ khá tương đồng nhau (50,6% so với 49,4%).

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo đặc điểm của tổn thương

	Đặc điểm	n	%
Nguyên nhân tổn thương	Nguyên phát	19	22,89
	Thứ phát	57	66,68
	Bẩm sinh	7	8,43
Kích thước tổn thương	Dưới 1cm ²	17	20,48
	1- 1,5 cm ²	7	8,43
	1,5- 2cm ²	5	6,02
	≥ 2cm ²	54	65,06
Độ sâu tổn thương	Khuyết nông	18	21,69
	Khuyết sâu (da, tổ chức dưới da, sụn)	30	36,14
	Khuyết xuyên tổ chức da, sụn và niêm mạc	35	42,17
Tổng		83	100

Bảng 1 cho thấy sự phân bố bệnh nhân theo các đặc điểm của tổn thương. Nguyên nhân chủ yếu là nguyên nhân thứ phát chiếm 66,7%, chỉ có 8,4% do bẩm sinh. Vị trí tổn thương cánh mũi chiếm tỷ 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%. Kích thước tổn thương $\geq 2\text{cm}^2$ gặp nhiều nhất với 54 bệnh nhân chiếm 65,06%, tiếp theo là dưới 1cm^2 với 17 bệnh nhân chiếm 20,48%. Kích thước tổn thương từ $1,5-2\text{cm}^2$ chiếm tỉ lệ thấp nhất với 6,02%. Khuyết xuyên tổ chức 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.

Bảng 2. Mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật với độ sâu tổn thương (n=83)

Các phương pháp phẫu thuật	Khuyết nông	Khuyết sâu	Khuyết xuyên tổ chức
Khâu đóng trực tiếp	1 (1,2%)	4 (4,82%)	1 (1,2%)
Ghép da	12 (14,46%)	2 (2,41%)	0 (0%)
Ghép phức hợp sụn vành tai	0 (0%)	1 (1,2%)	4 (4,82%)
Vạt chuyển 1 thùy, 2 thùy	1 (1,2%)	9 (10,84%)	2 (2,41%)
Vạt rãnh mũi bán đảo	2 (2,41%)	2 (2,41%)	6 (7,23%)
Vạt rãnh mũi má đảo	2 (2,41%)	6 (7,23%)	3 (3,61%)
Vạt trán giữa	0 (0%)	3 (3,61%)	7 (8,43%)
Vạt trán cuống mạch thái dương trán	0 (0%)	1 (1,2%)	6 (7,23%)
Hai vạt rãnh mũi má	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,2%)
Vạt trán + rãnh mũi má	0 (0%)	2 (2,41%)	5 (6,02%)
Tổng	18(21,69%)	30(36,14%)	35 (42,17%)
		p<0,0001	

Đối với những tổn thương khuyết nông, phương pháp phẫu thuật hay được sử dụng là ghép da. Trong khi đó, đối với những tổn thương khuyết sâu, phương pháp phẫu thuật hay được lựa chọn lại là vạt chuyển (1 thùy, 2 thùy) và vạt rãnh mũi má đảo. Đối với các tổn thương khuyết xuyên tổ chức thì vạt trán và vạt rãnh mũi má là phương pháp được lựa chọn chủ yếu cho tổn thương này. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p=0,00 < 0,05$.

Bảng 3. Mối liên quan giữa nguyên nhân gây tổn thương và phương pháp tạo hình (n=83)

Các phương pháp phẫu thuật	Nguyên nhân nguyên phát	Thứ phát	Bẩm sinh
Khâu đóng trực tiếp	0 (0%)	5 (8,77%)	1(14,29%)
Ghép da	2 (10,53%)	12 (21,05%)	0 (0%)
Ghép phức hợp sụn vành tai	1 (5,26%)	4 (7,02%)	0 (0%)
Vạt chuyển 1 thùy, 2 thùy	4 (21,05%)	3 (5,26%)	5 (71,43%)
Vạt rãnh mũi bán đảo	4 (21,05%)	6 (10,53%)	0 (0%)
Vạt rãnh mũi má đảo	0 (0%)	10 (17,54%)	1 (14,29%)
Vạt trán giữa	5 (26,32%)	5 (8,77%)	0 (0%)
Vạt trán cuống mạch thái dương trán	1(5,26%)	6 (10,53%)	0 (0%)
Hai vạt rãnh mũi má	0 (0%)	1(1,75%)	0 (0%)
Vạt trán + rãnh mũi má	2 (10,53%)	5 (8,77%)	0 (0%)
Tổng	19(100%)	57(100%)	7 (100%)
		p=0,007	

Với các nguyên nhân tổn thương là nguyên phát, phương pháp phẫu thuật được lựa chọn chủ yếu là vạt trán giữa (26,32%) tiếp theo là vạt chuyển(1thùy, 2 thùy) với 21,05% và vạt rãnh mũi má đảo (21,05%). Đối với nguyên nhân thứ phát, phương pháp phẫu thuật được lựa chọn lại là vạt rãnh mũi má bán đảo (17,54%) và vạt rãnh mũi má đảo (10,65%). Đối với nguyên nhân tổn thương là bẩm sinh thì vạt chuyển (1 thùy, 2 thùy) lại là phương pháp tối ưu nhất với 71,43%. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p=0,007 < 0,05$.

Bảng 4. Phân bố theo kích thước tổn thương và phương pháp tạo hình (n=83)

Kích thước	< 1cm ²	1-1,5 cm ²	1,5-2 cm ²	> 2cm ²
Phương pháp				
Khâu đóng trực tiếp	5 (29,41%)	0 (0%)	0 (0%)	1(1,85%)
Ghép da	1(5,88%)	0 (0%)	1(20%)	12(22,22%)
Ghép phức hợp sụn vành tai	1(5,88%)	4 (57,14%)	0 (0%)	0 (0%)
Vạt chuyển 1 thùy, 2 thùy	7 (41,18%)	2 (28,57%)	2 (40%)	1(1,85%)
Vạt rãnh mũi bán đảo	1(5,88%)	1(14,29%)	1(20%)	7 (12,96%)
Vạt rãnh mũi má đảo	2 (11,76%)	0 (0%)	1(20%)	8 (14,81%)
Vạt trán giữa	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (18,52%)

Vật trán cuống mạch thái dương trán	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7(12,96%)
Hai vật rãnh mũi má	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1(1,85%)
Vật trán + rãnh mũi má	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (12,96%)
Tổng	17(20,48%)	7 (8,43%)	5(6,02%)	54(65,06%)
			$p < 0,0001$	

Phần lớn các kích thước tổn thương đều trên 2cm với 65,06%. Trong đó, phương pháp phẫu thuật chủ yếu đối với những tổn thương trên 2cm này là ghép da (22,22%) và sử dụng vật trán giữa (18,52%). Đặc biệt không có bệnh nhân nào sử dụng phương pháp ghép sụn vành tai đối với kích thước trên 1,5cm. Kết quả có ý nghĩa thống kê với $p = 0,00 < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Về phân loại theo các nhóm nguyên nhân gây tổn khuyết đầu mũi, cánh mũi bảng 1 và cho thấy sự phân bố về các nhóm tổn thương đầu mũi và cánh mũi. Qua đó, tổn thương thứ phát chiếm tỉ lệ cao nhất. Phần lớn các tổn thương đều có kích thước trên 2cm². Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Bạch Minh Tiến năm 2002 [1]. Trong số 83 bệnh nhân có tổn thương khuyết đầu mũi và cánh mũi thì phần lớn các bệnh nhân là khuyết xuyên tổ chức và khuyết sâu. 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% [5].

Về liên quan giữa độ sâu của tổn thương với các phương pháp tạo hình ở bảng 2 thì đối với các tổn thương khuyết nông thì phương pháp tạo hình chủ yếu là ghép da, điều này cũng phù hợp với phân loại tổn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi và phương pháp tạo hình của Baker năm 2011 [6], với những tổn thương khuyết nông khả năng hồi phục sẽ dễ hơn so với những tổn thương khuyết sâu, bởi vậy phương pháp ghép da là phương pháp tối ưu cho vấn đề che phủ trong trường hợp này khi vì hạn chế được thời gian nằm viện mà cũng đạt được yêu cầu về mặt thẩm mỹ, với kỹ thuật đơn giản hơn so với phương pháp tạo hình bằng vật. Đối với các tổn thương khuyết sâu thì phương pháp phẫu thuật chủ yếu lại là sử dụng vật rãnh mũi má và vật tại chỗ bởi vì khuyết sâu cần một khối lượng tổ chức đầy đặn để che phủ nên lựa chọn vật rãnh mũi má và vật tại chỗ là hợp lý. Đối với các tổn thương là khuyết xuyên tổ chức thì phương pháp phẫu thuật được lựa chọn nhiều nhất là vật rãnh mũi má và vật trán, đây là hai phương pháp tốt nhất trong tạo hình mũi khi mà tổn thương mất nhiều tổ chức. Vì vật cho khối lượng mô lớn cho tạo hình, màu sắc tương đồng, vật có thể gấp đôi hay lột phía trong để tạo hình niêm mạc và phủ bên ngoài che phủ. Nghiên cứu mới nhất

của chúng tôi là sử dụng vật trán ứng dụng cuống nuôi động mạch thái dương trán vật cho kích thước lớn, có thể làm mỏng để tạo gấp lại tạo hình niêm mạc, phần còn lại của vật tạo hình che phủ ngoài, điều quan trọng là sẹo được giấu trong đường chân tóc kết quả của chúng tôi cũng giống như Motamed ở Iran năm 2007 sử dụng nhánh trán động mạch thái dương nông điều trị cho 8 bệnh nhân khuyết đầu mũi, cánh mũi [7].

Về mối liên quan giữa nguyên nhân tổn thương và phương pháp tạo hình đối: với tổn thương nguyên phát là những nguyên nhân gây chấn thương ở bảng 3 thì thường lựa chọn chủ yếu phương pháp vật chuyển (1 thùy, 2 thùy), vật rãnh mũi má, vật trán điều này cũng phù hợp với nguyên nhân và đặc điểm tổn thương do chấn thương thì tổn khuyết rộng và sâu mất nhiều tổ chức thì lựa chọn phương pháp trên là phù hợp với nghiên cứu của Bạch Minh Tiến năm 2002 và cũng phù hợp với phân loại của Baker năm 2011, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống kết quả của Muhammad Javaid Pakisstan năm 2011 gặp 80% bệnh nhân chấn thương khuyết đầu mũi, cánh mũi sử dụng vật rãnh mũi má tạo hình. Còn các nguyên nhân thứ phát thường sử dụng phương pháp vật rãnh mũi má dưới dạng vật đảo hay bán đảo, vật trán dưới dạng vật trán giữa hay ứng dụng nhánh trán của động mạch thái dương nông [7] một số ít đã sử dụng phương pháp ghép da cho trường hợp khuyết nông, về mặt tổn thương của tổn thương nguyên phát thường có kích thước rộng và sâu nên vấn đề tạo hình thường đặt ra là sử dụng vật tạo hình để khôi phục tổn khuyết chính vì thế mà vật trán và vật rãnh mũi má chiếm ưu thế trong tổn khuyết này.

Mối liên quan giữa kích thước tổn thương và phương pháp tạo hình, bảng 4 cho ta thấy tổn thương có kích thước lớn hơn 2cm² thường sử dụng phương pháp tạo hình là vật trán giữa, vật trán cuống mạch thái dương trán, vật rãnh mũi má bán đảo chiếm, vật rãnh mũi má đảo chiếm. Dựa vào kết trên chúng ta thấy những tổn thương kích thước lớn thì phương pháp tạo hình

thường sử dụng vật trán và vật rãnh mũi má vì vật cho khối lượng mô lớn để tạo hình. Ngoài ra những tổn thương kích thước lớn thường là khuyết sâu nên lựa chọn phương pháp này là thích hợp cho tạo hình và kết quả này cũng phù hợp với phân loại của Baker năm 2011.

V. KẾT LUẬN

Các đặc điểm của tổn thương khuyết đầu mũi cánh mũi (độ sâu, nguyên nhân, kích thước) có liên quan đến phương pháp tạo hình. Phương pháp ghép da được áp dụng với những tổn thương khuyết nông và những tổn thương trên 2cm; phương pháp vật chuyển (1 thùy, 2 thùy) và vật rãnh mũi má đảo được áp dụng với những tổn thương khuyết sâu và tổn thương nguyên phát; phương pháp vật trán và vật rãnh mũi má được áp dụng cho những tổn thương khuyết xuyên tổ chức và tổn thương thứ phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bạch Minh Tiến (2002)**, "đánh giá kết quả sử dụng vật trán 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.
2. **Trần Lâm Hùng, Trần Thiết Sơn (2002)**, "Một số kỹ thuật tạo hình ứng dụng trong ung thư đầu mặt cổ", *Thông tin Y Dược*. 11. 15-18.
3. **Bryan Rubach, Robert A Guida (2000)**, "Aesthetic restoration of acquired nasal defects", *Operative techniques in otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 11(2), pp. 102-109.
4. **Congenital Alar Defect Arvind S.B (2012)**, "Reconstruction with Auricular Composite Graft", *Al Armeen J Med Sci*, 5(2), pp. 205 - 208.
5. **Kinnari Vyas Yogesh Bhatt, Dhananjay Nakade et al. (2006)**, "Reconstruction of nasal defects our three years experience", *Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery*, 58(1), pp. 51-56.
6. **Shan R. Baker (2011)**, Reconstruction, *Principles of Nasal*, 66.
7. **Fang Jianlin Zhang Ying, Zhu Guoxian et al. (2009)**, "Ultralong pedicled superficial temporal fascia island flaps for lower nasal defect", *Journal of Craniofacial Surgery*, 20(3), pp. 864-867.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN SINH DỤC DƯỚI Ở PHỤ NỮ 19-49 TUỔI CÓ CHỒNG TẠI HUYỆN TIỀN LÃNG HẢI PHÒNG NĂM 2015

Phạm Văn Trung*, Nguyễn Thị Nguyệt**

Từ khóa: Nhiễm khuẩn sinh dục dưới, viêm âm hộ, viêm âm đạo, viêm cổ tử cung.

SUMMARY

THE SITUATION OF LOWER GENITAL TRACT INFECTION IN MARRIED WOMEN AGED 19-49 YEARS OLD IN TIENLANG HAIPHONG IN 2015

Objectives: The study was done to estimate the rate of lower genital tract infection in married women aged 19-49 years old in Tienlang Haiphong in 2015. **Population and method:** The population included 389 women in the age group and the method was cross-sectional study. **Results and Conclusions:** The incidence of lower genital tract infection was 49.6%, mainly in 45-49 age group (54.4%). Women with less or equal primary school level or working on the sea presented 56.3% and 54.4% respectively. Vaginitis was the most encountered type (48.18%) and the cervicitis 24.35%, combined type 14.51%, and finally vulvitis 12.96%. Bacteria presented 46.63%, and then fungi 23.32%, combined cause 25.38%, and finally *Trichomonas* 4.67%. Abnormal leucorrhea was the most common clinical sign (51.81%), genital burning (23.31%) and genital pruritus (19.7%). Pores blister (60.0%) was the most common type of vulvitis, chronic vaginitis (68.82%) was the most common of vaginitis, exhibited cervicitis (57.6%) was the most common type of cervicitis.

Keywords: Lower genital tract infection, vulvitis, vaginitis, cervicitis.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ 19-49 tuổi có chồng tại huyện Tiên Lãng Hải Phòng năm 2015. **Đối tượng và Phương pháp:** Đối tượng gồm 389 phụ nữ trong độ tuổi, phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận:** Tỷ lệ VNĐSDĐ là 49,6% hay gặp ở nhóm phụ nữ 45-49 tuổi (54,4%). Khối phụ nữ tiểu học và dưới và phụ nữ làm nghề đi biển có tỷ lệ cao lần lượt là 56,3% và 54,4%. Viêm AD là hình thái hay gặp chiếm 48,18%, sau đó là viêm CTC 24,35%, viêm hỗn hợp 14,51% và thấp nhất là viêm AH 12,96%. Vi khuẩn gây bệnh chiếm 46,63%, sau đó là nấm 23,32%, nguyên nhân hỗn hợp 25,38%, thấp nhất là do *Trichomonas* 4,67%. Ra khí hư bất thường là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất (51,81%), sau đó là đau rát bộ phận sinh dục (23,31%) và ngứa bộ phận sinh dục (19,7%). Mụn nước lỗ chân lông (60,0%) là hình thái thường gặp của viêm AH, viêm AD mạn (68,82%) là hình thái chính của viêm AD, viêm CTC lộ tuyến (57,6%) là hình thái phổ biến của viêm CTC.

*Bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng

**Trung tâm Y tế dự phòng Tiên Lãng, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Trung

Email: phamtrungptth@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 9/6/2017

Ngày duyệt bài: 3/7/2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm nhiễm đường sinh dục dưới (VNĐSDD) là một trong những bệnh phụ khoa thường gặp nhất ở phụ nữ, cả khi không có thai hay trong thời kỳ thai nghén. Ở các nước đang phát triển, khoảng 20% tổng số phụ nữ đến khám tại các cơ sở y tế là do VNĐSDD.

Trong vài năm gần đây đã có một số nghiên cứu về VNĐSDD nhưng hầu hết là đánh giá trên những người tự đến khám tại các cơ sở y tế, năm 2002 theo báo cáo của Vụ sức khỏe sinh sản, tỷ lệ mắc bệnh VNĐSDD ở phụ nữ của các địa phương trên toàn quốc rất khác nhau với tỷ lệ chung là 51,8% tổng số phụ nữ lứa tuổi sinh đẻ, cao nhất ở Tây Nguyên và vùng Đông Bắc 56,0 - 58,1%, vùng có tỷ lệ thấp nhất là Bắc bộ chiếm 43,6% [1]. Tại Hải Phòng theo nghiên cứu của Đào Văn Lân [5] tỷ lệ VNĐSDD là 63,9%, của Các Văn Tiềm [7] là 41,0% và của Vũ Thanh Tùng là 64,1%.

Tại huyện Tiên Lãng từ trước đến nay chưa có một nghiên cứu nào về tình trạng VNĐSDD. Hơn nữa huyện Tiên Lãng là huyện được chọn trong Đề án 52 của Bộ Y tế để tiến hành chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em kế hoạch hóa gia đình. Từ đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu sau: *Mô tả thực trạng bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ 19-49 tuổi có chồng tại 5 xã ven biển huyện Tiên Lãng năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là những phụ nữ từ 19- 49 tuổi, có chồng hiện đang sinh sống tại 5 xã ven biển huyện Tiên Lãng.

***Tiêu chuẩn chọn:** Không mắc bệnh tâm thần; Ngoài thời kỳ kinh nguyệt vào thời gian khám phụ khoa; Không đặt thuốc AĐ 2 tuần trước khi đến khám; Không thụ rửa AĐ 3 ngày trước khi được khám; Có hộ khẩu hoặc thường trú tại địa phương ít nhất 6 tháng; Đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Không tự nguyện tham gia nghiên cứu; Ngoài độ tuổi tham gia nghiên cứu; Phụ nữ đã được phẫu thuật cắt bỏ tử cung hoàn toàn.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại 5 xã ven biển

huyện Tiên Lãng, Hải Phòng gồm: Hùng thắng, Vinh Quang, Đông Hưng, Tây Hưng và Tiên Hưng từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 12 năm 2015.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu nghiên cứu gồm 389 phụ nữ có đủ tiêu chuẩn kể trên.

2.3.3. Phương pháp chọn mẫu: Chúng tôi tiến hành chọn mẫu nghiên cứu bằng phương pháp chọn ngẫu nhiên nhiều giai đoạn.

2.3.4. Các chỉ số và biến số nghiên cứu: Tỷ lệ viêm đường sinh dục dưới, tỷ lệ theo lứa tuổi, theo nghề, theo xã, triệu chứng cơ năng, hình thái tổn thương âm hộ, âm đạo, cổ tử cung, vi khuẩn gây bệnh.

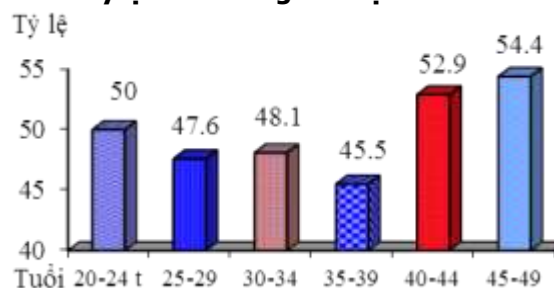
2.3.5. Thu thập thông tin: Gồm phỏng vấn đối tượng nghiên cứu, khám lâm sàng và làm xét nghiệm tìm nguyên nhân gây bệnh.

2.3.6. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu thu được nhập, phân tích nhờ phần mềm thống kê y xã hội học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ viêm đường sinh dục dưới: Tỷ lệ viêm nhiễm sinh dục dưới ở phụ nữ từ 19 đến 49 tuổi có chồng tại 5 xã ven biển huyện Tiên Lãng là 49,6% (193/389).

3.2. Tỷ lệ viêm đường sinh dục dưới theo tuổi



Hình 1. Tỷ lệ VNĐSDD theo lứa tuổi (n=389)

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu nhiều nhất từ 25 đến 29 tuổi, không có dưới 20 tuổi. Tỷ lệ bệnh cao nhất ở nhóm 45-49 tuổi (54,4%), thấp nhất ở nhóm 35-39 tuổi (45,5%).

3.3. Tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới theo học vấn.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới theo học vấn

Trình độ học vấn	Số người điều tra	Số người mắc bệnh	Tỷ lệ (%)
Tiểu học và dưới	28	15	56,3
THCS	228	107	46,9
THPT	123	68	55,3
THCN và trên	10	3	
Tổng	389	193	49,6

Nhận xét: Nhóm đối tượng có học vấn THCS và trên chỉ có 3 trường hợp bệnh, nhóm đối tượng có học vấn tiểu học và dưới mắc bệnh với tỷ lệ cao nhất 56,3%.

3.4. Tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới theo nghề nghiệp

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Số người điều tra	Số người mắc bệnh	Tỷ lệ (%)
Công nhân	72	38	52,8
Nông dân	227	115	50,7
Nuôi trồng thủy sản/Đi biển	51	28	54,9
Khác	39	12	30,8
Tổng	389	193	49,6

Nhận xét: Nhóm đối tượng là người nuôi trồng thủy sản, đánh bắt thủy sản/đi biển có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất 54,9%, nhóm làm nghề nghiệp khác gồm lực lượng vũ trang, nội trợ, buôn bán, nghề tự do có tỷ lệ thấp nhất 30,7%.

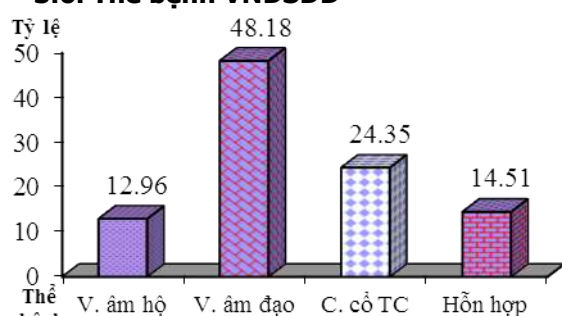
3.5. Triệu chứng cơ năng của viêm nhiễm đường sinh dục dưới

Bảng 3. Các triệu chứng cơ năng bệnh VNĐSDD của các trường hợp bệnh

Triệu chứng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có biểu hiện: - Đau rát bộ phận sinh dục	45	23,31
- Ra khí hư bất thường (hôi)	100	51,81
- Ngứa bộ phận sinh dục	38	19,7
- Không có biểu hiện	10	5,18
Tổng số	193	100,0

Nhận xét: Biểu hiện ra khí hư bất thường là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 51,81% trường hợp bệnh, có 5,18% ca bệnh không có biểu hiện triệu chứng khi mắc bệnh. Triệu chứng đau rát bộ phận sinh dục (23,31%) và ngứa bộ phận sinh dục (19,7%) cũng là triệu chứng gặp với tỷ lệ cao.

3.6. Thể bệnh VNĐSDD



Hình 2. Các thể bệnh của VNĐSDD (n=193)

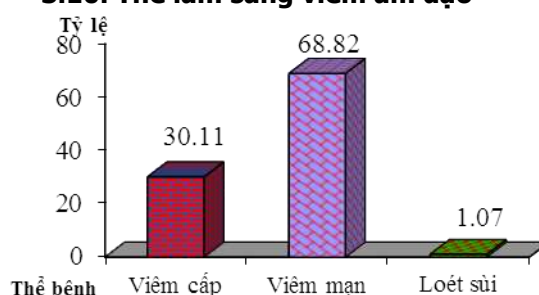
Nhận xét: Viêm AD chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các hình thái viêm (48,18%), viêm AH chiếm tỷ lệ thấp nhất chiếm (12,96%). Viêm CTC gặp với tỷ lệ trung bình là 24,35%.

3.7. Hình thái viêm nhiễm âm hộ (n=25): Mụn nước lở chân lông là hình thái viêm AH hay gặp nhất chiếm 60%, viêm tuyến Bartholin ít gặp nhất chiếm 4%.

3.8. Hình thái viêm cổ tử cung (n=47): Viêm lộ tuyến và nang Naboth là hai hình thái viêm CTC hay gặp nhất chiếm lần lượt 57,6% và 21,2%.

3.9. Tác nhân gây viêm nhiễm đường sinh dục dưới (n=193): Vi khuẩn là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất chiếm 46,63% sau đó là do nguyên nhân hỗn hợp 25,38%. *Trichomonas* chiếm tỷ lệ thấp nhất 4,67%.

3.10. Thể lâm sàng viêm âm đạo



Hình 3. Thể lâm sàng viêm âm đạo (n=93)

Nhận xét: Viêm mạn tính AD là thể hay gặp nhất chiếm 68,82%, thể loét sùi ít gặp nhất chiếm 1,07%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ VNĐSDD theo lâm sàng: Có 49,6% (193/389) đối tượng mắc VNĐSDD (hình 3.1). Kết quả thấp hơn Đào Văn Lân [5], Đoàn Thị Hạnh [3] là 63,9%, 70% theo thứ tự. Tỷ lệ bệnh của chúng tôi cao hơn của Trần Minh Hùng và CS [4] 32,8%, Đỗ Thị Thanh Thu 45,6%. Kết quả của chúng tôi cao hơn kết quả nghiên cứu một số tác giả nước ngoài như Wasserheit JN là 22% và của Caiyan X là 11,4%, Tomusiak A là 8%.

Nhóm 45-49 tuổi (Bảng 3.1) có tỷ lệ cao nhất (54,4%) và nhóm 35-39 tuổi có tỷ lệ thấp nhất. Kết quả phù hợp với Đoàn Thị Hạnh [3] (từ 16,2 đến 22,5%). Nhận xét này cũng phù hợp Các Văn Tiêm [7], và Bùi Quang Chung [1].

Nhóm đối tượng có trình độ học văn tiểu học và thấp hơn có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất 56,3% (bảng 3.2). Kết quả phù hợp với Các Văn Tiềm [7] (49,1%), Đoàn Thị Hạnh [3] (42,2%).

Nghề nuôi trồng đánh bắt hải sản (Bảng 3.3) có tỷ lệ bệnh cao nhất 54,9%. Theo Các Văn Tiềm [7] nghề làm ruộng mắc cao nhất (42,9%), sau đó là công nhân (37,3%), nghề tự do (8%), cán bộ, viên chức (10,4%).

Về vị trí tổn thương viêm chúng tôi thấy có 12,96% là viêm AH, 48,18% viêm AD, viêm CTC là 24,35% và viêm hỗn hợp (viêm AD-CTC) là 14,51% (Hình 3.2). Kết quả phù hợp với Trần Thị Phương Mai [6] (55,5%), Đào Văn Lân [5] (77,3%). Theo Đoàn Thị Hạnh [3] viêm CTC là 55,7%, Các Văn Tiềm [7] 32,9%, Bùi Quang Chung [1] 32,98%.

4.2. Viêm nhiễm đường sinh dục dưới theo cận lâm sàng: Theo kết quả (Hình 3.7) tác nhân gây VNĐSDD gồm vi khuẩn, *Trichomonas*, nấm, *Gardenerella* và do nguyên nhân hỗn hợp. Nguyên nhân hàng đầu mà chúng tôi phân lập được là vi khuẩn chiếm 46,63%, sau đó là do nấm *Candida Albicans* 23,32%, hỗn hợp vi khuẩn nấm là 25,38%, do ký sinh trùng *Trichomonas* 4,67%.

Kết quả cơ bản phù hợp với Bùi Quang Chung [1] và Đoàn Thị Hạnh [3]. Theo tác giả nguyên nhân hàng đầu là do vi khuẩn 41,3%, sau đó là do nấm *Candida Albicans* 21,1% và thứ 3 là do bằng vệ sinh loại cao cấp chiếm 18,2%. Theo Các Văn Tiềm [7] nguyên nhân hàng đầu là vi khuẩn chiếm 61,1%, sau đó là do nấm *Candida Albicans* 19,1%, nguyên nhân hỗn hợp 17,1% và nguyên nhân do *Trichomonas* 2,1%.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ VNĐSDD là 49,6% hay gặp ở nhóm phụ nữ 45-49 tuổi (54,4%). Khối phụ nữ tiểu học và dưới và phụ nữ làm nghề đi biển có tỷ lệ cao lần lượt là 56,3% và 54,4%.

Viêm AD là hình thái hay gặp chiếm 48,18%, sau đó là viêm CTC 24,35%, viêm hỗn hợp 14,51% và thấp nhất là viêm AH 12,96%.

Vi khuẩn gây bệnh chiếm 46,63%, sau đó là nấm 23,32%, nguyên nhân hỗn hợp 25,38%, thấp nhất là do *Trichomonas* 4,67%.

Ra khí hư bất thường là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất (51,81%), sau đó là đau rát bộ phận sinh dục (23,31%) và ngứa bộ phận sinh dục (19,7%).

Mụn nước lở chân lông (60,0%) là hình thái thường gặp của viêm AH, viêm AD mạn (68,82%) là hình thái chính của viêm AD, viêm CTC lộ tuyến (57,6%) là hình thái phổ biến của viêm CTC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2001)** "Chiến lược Quốc gia về chăm sóc bảo vệ sức khoẻ giai đoạn 2001-
2. **Bùi Quang Chung (2012)**, "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới thường gặp
3. **Đoàn Thị Hạnh (2010)**, "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới và các yếu tố liên quan ở phụ nữ 19-53 tuổi có chồng quận Hồng Bàng Hải Phòng năm 2010", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, ĐHY Hải Phòng.
4. **Trần Minh Hùng, Vũ Song Hà, Hoàng Tú Anh (1999)**, "Viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ nông thôn trong độ tuổi sinh đẻ, hiện trạng và những khoảng trống". Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Đào Văn Lân (2009)**, "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới thường gặp và các yếu tố liên quan chính ở phụ nữ 18-52 tuổi tại Kiến An". Luận văn thạc sĩ Y học. Đại học Y Hải Phòng.
6. **Trần Thị Phương Mai (1995)**, "Tình hình nhiễm khuẩn đường sinh dục dưới tại BV BMTSS Hà Nội". Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học (Tập 5) trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Các Văn Tiềm (2011)**, "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới và kiến thức thực hành ở phụ nữ có chồng trong độ tuổi sinh đẻ tại huyện An Lão thành phố Hải Phòng năm 2011". Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Thái Bình.

ĐẶC ĐIỂM TRẢI NGHIỆM KỶ THỊ NAM BÁN DÂM ĐỒNG GIỚI TẠI HÀ NỘI NĂM 2015

Lê Thị Hường*, Lê Minh Giang**

TÓM TẮT⁶

*Cục Phòng, chống HIV/AIDS

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Hường

Email: lehuongvaac@gmail.com

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm trải nghiệm kỷ thị (tự kỷ thị, kỷ thị từ người khác) ở nhóm nam bán dâm đồng giới (NBDDG) tại Hà Nội, 2015. **Phương pháp:**

Ngày nhận bài: 24/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 22/6/2017

Ngày duyệt bài: 5/7/2017

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng. **Kết quả:** Tự kỳ thị là phổ biến trong nhóm NBDĐG (trung vị là 20 trong khoảng min – max là 12 -22). Kết quả nghiên cứu định tính cũng tương đồng và làm rõ hơn khi NBDĐG dùng những từ "miệt thị" về bản thân mình. Trong khi đó, bị người khác kỳ thị là thường gặp ở hầu hết NBDĐG (73,8%) nhưng thường ở mức độ thấp (54,6%). Tuy nhiên, độ trải nghiệm tự kỳ thị ở mức cao (thường xuyên, luôn luôn) lại là bị gia đình không chấp nhận (17,8% luôn luôn) và sợ khám chữa bệnh vì sợ nhân viên y tế kỳ thị (9,1% thường xuyên). Kết quả tương tự trong nghiên cứu định tính và được giải thích rõ hơn là do tự kỳ thị nên họ đã tìm cách che giấu công việc của mình để tránh bị kỳ thị. Vì vậy, trải nghiệm bị kỳ thị chủ yếu là những hành động, ngôn từ kỳ thị từ người xa lạ, xung quanh nơi hành nghề của họ và từ chính khách hàng của mình. **Kết luận:** Hầu như NBDĐG đều tự kỳ thị bản thân về công việc của mình. Họ tự cảm thấy công việc này lèn lèn, hèn hạ và tìm mọi cách che giấu, lảng tránh và dùng những từ miệt thị về bản thân. Bị người khác kỳ thị là thường gặp ở hầu hết NBDĐG nhưng thường ở mức độ thấp vì họ đã tìm cách che giấu công việc của mình. Tuy nhiên, đáng chú ý là việc bị gia đình từ chối và sợ nhân viên y tế từ chối khám chữa bệnh là vấn đề thường gặp nhất, làm rào cản cho đối tượng này tiếp cận với sự chăm sóc từ gia đình và dịch vụ y tế.

Từ khóa: Kỳ thị, tự kỳ thị, bị kỳ thị, nam bán dâm đồng giới.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF STIGMA EXPERIENCING AMONG MEN SEX WORK IN HA NOI, 2015

Objective: Characterization stigma experiencing (self-stigma and discrimination from others) in men sex work with men (MSW) in Hanoi, 2015. **Methods:** Cross-sectional descriptive study combined with qualitative and quantitative research. **Results:** Self-stigma was common in MSW (median of 20, min - max is 12 -22). Qualitative research results were similar and clarified when MSW used the word "disdain" for themselves. Meanwhile, 73.8% MSW were discriminated by others but usually at low level (54.6%). However, high level self-stigma experience (often, always) was not accepted by their family (17.8% always), and fear of examination because of medical staff discrimination (9, 1% regularly). Similar results in qualitative research showed that they tried to conceal his job to avoid discrimination because of self-stigma. Therefore, self-stigma experience was mainly from discriminate word, actions from strangers, around their work place, and from their customers. **Conclusion:** Almost all self-stigma MSW discriminated themselves about their job. They perceived their jobs were humiliating, degrading and tried to conceal and used disparaging words about themselves. Most MSWs were discriminated by others but usually at low level because they tried to conceal their jobs. However, being rejected by family and medical staff was the most common problem, was a barrier to access family care and medical services.

Keywords: Stigma, self-stigma, discrimination, men have sex with men.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khái niệm "nam quan hệ tình dục đồng giới" (Men who have Sex with Men hay là MSM) xuất hiện vào những năm 1990 khi bắt đầu bùng nổ đại dịch HIV/AIDS để chỉ những người có giới tính sinh học là nam có quan hệ tình dục cùng giới. Quần thể nam tình dục đồng giới được ước tính với số lượng 3 – 16% dân số thế giới [1]. Tại Việt Nam, con số này có chiếm khoảng 0,5 – 3% theo số liệu sử dụng tại Ước tính và Dự báo HIV/AIDS giai đoạn 2011 – 2015 và con số tuyệt đối dao động từ 160.544 đến 481.631 [2].

Ở Việt Nam, kỳ thị và mối liên quan của kỳ thị đối với hành vi nguy cơ của nhóm nam NTĐĐG đã được quan tâm nghiên cứu [1]. Mặc dù nhóm NBDĐG cũng đã được quan tâm nhiều hơn trong các nghiên cứu, nhưng còn thiếu các nghiên cứu về đặc điểm kỳ thị. Để hiểu rõ hơn về thực trạng kỳ thị trong nhóm NBDĐG, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đặc điểm trải nghiệm kỳ thị nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội năm 2015".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: NBDĐG trên địa bàn thành phố Hà Nội đủ tất cả các tiêu chuẩn: sinh ra là nam giới, tuổi từ 16 – 29, sống ở Hà Nội ít nhất 1 tháng trước thời điểm điều tra, có quan hệ tình dục với nam giới trong vòng 90 có sự mong đợi về lợi ích vật chất. Gồm 275 mẫu định lượng và 16 mẫu

phỏng vấn định tính. Đối tượng phỏng vấn định tính được chọn lọc thêm 2 tiêu chí là xu hướng tình dục tự nhận và địa điểm thu nhận đối tượng.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng.

Xử lý số liệu:

- Định lượng: Phần mềm Stata 13.0. Phân tích mô tả thông tin nhân khẩu học và kinh tế, đặc điểm giới và xu hướng tình dục theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (biến liên tục) và tỷ lệ %. Phân tích mô tả về kỳ thị (tự kỳ thị và bị người khác kỳ thị) bằng thang điểm chỉnh sửa từ thang điểm đánh giá kỳ thị liên quan đến tình dục đồng giới đã được chuẩn hóa tại Việt Nam [4]. Điểm số cao tương ứng với mức độ kỳ thị cao. Điểm trung bình và độ lệch chuẩn cho mỗi phần được tính toán.

- Định tính: Các cuộc ghi âm phỏng vấn sâu được gỡ băng và lưu vào máy tính dưới dạng file Word để tổng hợp các code, sắp xếp và liên kết các nội dung.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1.1: Đặc điểm nhân khẩu học của nhóm NBDĐG

Đặc điểm	Số lượng (tỷ lệ)	
	Định lượng	Định tính
Tuổi (Trung bình $\pm$ sd)	21,9 $\pm$ 3,1	
Nhóm tuổi: 16-19 tuổi	62 (22,6)	1
20-24 tuổi	155 (56,4)	9
25-29 tuổi	58 (21,1)	6
Địa điểm thu nhận: Cơ sở dịch vụ/Công cộng	148(53,8)/127 (46,2)	9/7
Nơi sinh: Hà Nội/khác	41(14,9)/234 (85,1)	3/13
Tình trạng giáo dục: Đang đi học/Ngừng học	33 (12,0)/242 (88,0)	2/14
Cấp học cao nhất: Cấp 3 trở lên/Dưới cấp 3	89 (32,4)/186 (67,6)	9/7
Xu hướng tình dục: Chỉ thích đàn ông	58	21,1
Thích cả đàn ông và phụ nữ	110	40,0
Chỉ thích phụ nữ	107	38,9

Kết quả bảng 1.1 chỉ ra rằng: Các đối tượng tham gia nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 21,9 (16 - 29), nhóm tuổi từ 20 - 24 chiếm đa số (56,4%). Phần lớn họ đến từ các tỉnh thành phố khác (85,1%).

- 53,8% NBDĐG tham gia nghiên cứu được thu nhận tại các địa điểm dịch vụ là nơi cung cấp các dịch vụ như mát xa, xông hơi, tắm quất có khách hàng là đàn ông và đồng tính, thỉnh thoảng cũng có khách hàng nữ nhưng con số này không nhiều. 46,2% đến từ các điểm công cộng như công viên, vườn hoa, hồ công cộng. 32,4% có trình độ học vấn từ cấp 3 trở lên trong đó đa số đã ngừng học (88%).

- Kết quả nghiên cứu định tính khá tương đồng khi phần lớn NBDĐG đến từ tỉnh/thành phố khác. Chủ yếu đối tượng tự nhận mình là nam (75,6%) thích quan hệ tình dục với nữ (38,9%), 61,1% thích quan hệ tình dục với nam trong đó bao gồm nhóm chỉ thích quan hệ tình dục với

nam và thích cả nam và nữ. 5 trong 8 đối tượng có thích nam giới cũng thích cả nữ giới.

-Thành phố Hà Nội với đặc trưng văn hóa xã hội đa dạng là nơi tập trung nhiều NBDĐG. Địa bàn sinh sống và hành nghề của họ rộng khắp và hoạt động ẩn dụ dưới hai hình thức chủ yếu là các cơ sở dịch vụ massage, tắm quất, nhà nghỉ chỉ có NBDĐG hay các tụ điểm tại nơi công cộng như công viên, vườn hoa... Kết quả định lượng cho thấy, quần thể trong nghiên cứu đa số tự nhận là đàn ông (75,6%) và có hấp dẫn tình dục với nữ giới là 78,9%. Trong đó, có tới 40% thích cả nam lẫn nữ và chỉ có khoảng 1/5 (21,1%) chỉ hấp dẫn tình dục với nam. Điều này phù hợp với nhận định đa dạng về xu hướng tình dục và bản dạng giới của nhóm NBDĐG qua nhiều nghiên cứu trước đây [5], [6].

2. Đặc điểm trải nghiệm kỳ thị NBDĐG

2.1. Trải nghiệm tự kỳ thị

Bảng 2.1: Kết quả trải nghiệm tự kỳ thị theo nghiên cứu định lượng

Tổng điểm Trung bình (A $\pm$ SD) Trung vị (min – max)	Số lượng (%)
	19,0 $\pm$ 2,6; 20 (12-22)
Phân mức: Thấp (<75% bách phân vị của tổng điểm)	174 (63,3)
Cao ($\geq$ 75% bách phân vị của tổng điểm)	101 (36,7)
Mong muốn mình không phải là một nam bán dâm	210 (76,4)
Đã từng cố gắng ngừng công việc để tránh người khác biết	230(83,6)
Nếu kết hôn sẽ không bao giờ nói với vợ rằng đã từng là MSW	232 (84,4%)
Công khai với gia đình sự thật có bán dâm đồng giới	244 (88,7) Chọn câu trả lời "sai"

Kết quả bảng 2.1 chỉ ra rằng:

- Tự kỳ thị là phổ biến trong nhóm NBDĐG (trung vị là 20 trên tổng điểm 22). Trong đó các biểu hiện chủ yếu của họ là mong muốn mình không phải là một nam bán dâm (76,4%), phần đa trong số họ (83,6%) đã từng cố gắng dừng công việc để tránh người khác biết và gần như không ai trong số họ công khai với gia đình sự

thật có làm công việc bán dâm đồng giới khi có 88,7% chọn trả lời "sai" trong câu hỏi này.

- Kết quả nghiên cứu định tính cũng tương đồng khi phần lớn họ tự kỳ thị về bản thân qua việc dùng những ngôn từ miệt thị để nói về mình như:tự nhận là "phò, cave, đĩ đực", công việc là "kính tẩm", "nhục nhã". "Kính tẩm, bẩn cùng thôi. Công việc của mình chả khác gì cave, nhiều

người gọi mình là đĩ đực. Công việc này chả đi đến đâu, nhục nhã quá". (CV Thống Nhất, 21 tuổi, thích cả nam và nữ).

- Đáng chú ý là tự kỳ thị nhóm NBDĐG là kỳ thị kép về "tình dục đồng giới" và "công việc bán dâm" khi đối tượng dù tự nhận mình chỉ thích nam giới nhưng vẫn cho rằng họ là những người "không bình thường" (Massage TNT, 28 tuổi, chỉ thích nam giới). Hay có khi họ lại kỳ thị về công việc bán dâm: "nói mình là gay, chắc sau rồi cũng người thôi. Nhưng nếu phát hiện ra làm

nghề này thì ra đê ở mất". (Adam Hòa, 21 tuổi, thích cả nam và nữ).

- Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam kết hợp cả phương pháp định lượng và định tính để làm rõ trải nghiệm kỳ thị của NBDĐG. Kết quả từ hai phương pháp khá tương đồng và cho thấy tự kỳ thị là phổ biến. Nghiên cứu định tính cho thấy phần đông các đối tượng được hỏi không dám chia sẻ về công việc và giới tính của mình với bất kì ai, nhất là người thân và gia đình.

2.2. Trải nghiệm bị kỳ thị

Bảng 2.2: Kết quả trải nghiệm bị kỳ thị theo nghiên cứu định lượng

Tổng điểm trung bình (A ± SD)	Số lượng (%)
Trung vị (min – max)	11,8 ± 3,8; 11 (8-31)
Phân mức: Không bị người khác kỳ thị (8 điểm)	72 (26,2)
Thấp (<75% bách phân vị của tổng điểm)	150 (54,6)
Cao (≥75% bách phân vị của tổng điểm)	53 (19,2)
Bị gia đình không chấp nhận	49 (17,8) Mức độ thường xuyên
Sợ khám chữa bệnh vì sợ nhân viên y tế kỳ thị	78 (28,4) Mức độ thỉnh thoảng 25 (9,1) Mức độ thường xuyên

Kết quả bảng 2.2 chỉ ra rằng:

- Hầu hết NBDĐG (73,8%) đều bị kỳ thị từ người khác nhưng thường ở mức độ thấp (54,6%). Tuy nhiên, độ trải nghiệm tự kỳ thị ở mức cao (thường xuyên, luôn luôn) lại là bị gia đình không chấp nhận (17,8% luôn luôn) và sợ khám chữa bệnh vì lo ngại nhân viên y tế kỳ thị (9,1% thường xuyên).

- Kết quả định tính cũng tương đồng về mức độ thấp của bị kỳ thị có thể giải thích là do NBDĐG đã tìm cách "che dấu" công việc của mình, họ thường sinh sống và làm việc tại những khu vực riêng thậm chí đã quen và được chủ cơ sở chỉ bảo cách né tránh hay "bảo kê". Do đó, bị kỳ thị chủ yếu từ "người xa lạ" ở xung quanh khu vực hành nghề của họ và "không trực tiếp" mà qua "ánh mắt" hay "sự bàn tán": "Ban ngày ban mặt vợ chồng chồng con, à con gái thì không phải con trai thì không" (Công viên TN, 20 tuổi, chỉ thích nữ).

- Bị kỳ thị đáng chú ý ở đây là từ chính khách hàng của NBDĐG. "Ông ấy ném tiền vào mặt em và chửi mày là súc đàn ông mà mày đi làm những việc như thế này". (CV Thống Nhất, 20 tuổi, thích cả nam và nữ, 1.8). Hay có khi là: "Có ba chữ thôi: đồ chó đĩ đực. Đau quá, cay lắm chứ". (Adam Hòa, 21 tuổi, thích cả nam và nữ, 1.3).

- Trái ngược với việc tự kỳ thị, mức độ bị người khác kỳ thị của NBDĐG tại Hà Nội trong giai đoạn nghiên cứu lại ở mức độ thấp. Ở nghiên cứu định tính, có một vài trường hợp đối tượng bán dâm đồng giới vẫn sống cùng với bạn bè ngay cả khi bạn của họ biết về công việc. Hầu

hết số lượng NBDĐG "không bao giờ" gặp phải các vấn đề vì là một NBDĐG như "bị đánh, gia đình không chấp nhận, mất bạn, mất việc, lòi ra làm trò đùa, chửi mắng, công an phân biệt đối xử". Điều này cũng có thể giải thích do vì tự kỳ thị cao nên đối tượng không để cho ai biết việc bán dâm cho nam giới của mình nên họ không trực tiếp nhận được sự kỳ thị từ những người xung quanh. - Điều đáng bàn luận ở đây là trong nghiên cứu định lượng các đối tượng ghi nhận là có đến 28,4% số họ thỉnh thoảng sợ bị nhân viên y tế từ chối khám chữa bệnh và 9,1% thường xuyên sợ việc này cũng như còn khoảng 3,3% luôn luôn cho rằng họ sẽ bị nhân viên y tế từ chối. Kết quả này cũng tương đồng với nhiều kết quả nghiên cứu khác ở nhóm người có nguy cơ cao và nhiễm HIV/AIDS, trong đó có cả tại Việt Nam, cho thấy kỳ thị và phân biệt đối xử làm giảm nhanh việc tìm kiếm các dịch vụ y tế, chăm sóc sức khỏe [6]. Việc lựa chọn đến cơ sở y tế của nhóm NBDĐG phụ thuộc nhiều vào độ thân quen cũng như thái độ của nhân viên y tế dành cho họ. Ở nghiên cứu định tính, khi được hỏi về lý do không hoặc hạn chế đến cơ sở y tế, các đối tượng hầu như đều nói về lý do sợ gặp phải người quen tại nơi khám bệnh; một số yếu tố khác cũng được nhắc tới như: thái độ của nhân viên y tế, không có thông tin về cơ sở y tế tin cậy, ngại đi một mình... Nhiều đối tượng có phát sinh hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế nhưng trong quá trình tiếp cận lại vấp phải sự cản trở không nhỏ từ việc "dán nhãn", "định khuôn" của cộng đồng. Xã hội không ít người mặc định rằng

những người đi khám tại các cơ sở điều trị bệnh lây truyền qua đường tình dục hành nghề mại dâm, hoặc do "ham của lạ" nên mắc bệnh phải đi khám. Một vài nghiên cứu định tính tương tự cũng ghi nhận điều này [7]. Và một minh chứng điển hình cho nhận định này là nam quan hệ tình dục đồng giới nói chung là nhóm dẫn đầu trong số ca nhiễm HIV mới gần đây.

IV. KẾT LUẬN

Hầu hết NBDĐG đều có trải nghiệm tự kỳ thị ở mức cao. Điều đáng nói hơn đây là sự kỳ thị "kép" cả việc quan hệ tình dục đồng giới lẫn hành vi bán dâm nên họ tự thu mình lại trong thế giới riêng và tìm mọi cách che giấu, lảng tránh gia đình, người thân. Phần lớn NBDĐG (73,8%) trả lời rằng họ đã bị người khác kỳ thị. Tuy mức độ bị người khác kỳ thị là thấp (trung vị 11 trên tổng số 40 điểm) nhưng đáng chú ý việc bị gia đình từ chối và sợ nhân viên y tế từ chối khám chữa bệnh là vấn đề thường gặp nhất. Chính điều này lại tác động lên sự tự kỳ thị của NBDĐG và càng làm tăng lên rào cản để tiếp cận y tế của đối tượng vốn được cho là nguy cơ cao của dịch bệnh lây truyền qua đường tình dục này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **HIV/AIDS Alliance International (2003).** Between men HIV/STI prevention for men who have sex with men. 7-8.
2. **Bộ Y Tế (2013).** HIV/AIDS tại Việt Nam Ước tính và dự báo giai đoạn 2011 - 2015., 8-9.
3. **Huy X. Ha, Michael Ross, Jan M. H. Risser và cs (2014).** Determinants of Homosexuality-Related Stigma Among Men Who Have Sex with Men in Hanoi, Vietnam. *International Journal of Sexual Health*, 26 (3), 200-216.
4. **Huy Ha, Michael W. Ross, Jan M.H. Risser và cs (2013).** Measurement of stigma in men who have sex with men in Hanoi, Vietnam: Assessment of a homosexuality-related stigma scale. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*, 2013, 9.
5. **Lê Minh Giang, Nguyễn Hữu Anh và Mai Thanh Tú (2012).** Nam bán dâm đồng giới kỳ thị và ứng phó với kỳ thị. *Nghiên cứu Gia đình & Giới*, (22 (6)), 119-131.
6. **Nguyen Tuan Anh, Nguyen Hien Tran, Le Giang Truong và cs (2008).** Prevalence and risk factors associated with HIV infection among men having sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam. *AIDS and Behavior*, 12 (3), 476-482.
7. **Moland K. M. và Fylkesnes K. Thanh D. C. (2012).** Persisting stigma reduces the utilisation of HIV-related care and support services in Viet Nam. *BMC health services research*, 12, 428.

NHẬN XÉT MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA THỊ LỰC VÀ KHÚC XẠ NHÃN CẦU VỚI ĐỘ DÀY TRUNG TÂM MÀNH GHEP SAU PHẪU THUẬT DSAEK

Phạm Thị Thùy Linh*, Phạm Ngọc Đông*, Hoàng Minh Châu*

TÓM TẮT

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu trên 21 mắt (19 bệnh nhân) bệnh giác mạc bong sau mổ thể thủy tinh, được phẫu thuật DSAEK tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Độ dày giác mạc trung tâm mảnh ghép được ghi nhận tại thời điểm sau mổ 12 tháng bằng máy OCT chụp bán phần trước. Dựa vào độ dày mảnh ghép sau mổ, 21 mắt được chia thành 2 nhóm: nhóm mảnh ghép $\geq 150\mu\text{m}$ và mảnh ghép $< 150\mu\text{m}$. Thị lực, khúc xạ giác mạc của 2 nhóm sẽ được so sánh bằng kiểm định Mann Whitney. Mối tương quan giữa các thông số được thể hiện qua chỉ số tương quan Pearson. **Kết quả:** Độ dày trung bình của mảnh ghép 12 tháng sau mổ là $174 \pm 37\mu\text{m}$ (từ $120 - 270\mu\text{m}$). Mảnh ghép có độ dày $< 150\mu\text{m}$ cho kết quả thị lực tốt hơn nhóm còn lại: thị lực trung bình ở nhóm mảnh ghép có độ dày $\geq 150\mu\text{m}$ là $0,19 \pm 0,08$, ở nhóm mảnh ghép có độ dày $< 150\mu\text{m}$:

$0,78 \pm 0,04$. ($r = -0,72$, $p < 0,01$). Có mối tương quan ngược chiều ở mức trung bình giữa độ dày trung bình của mảnh ghép và thị lực chỉnh kính tối ưu sau mổ. Khúc xạ cầu tương đương trung bình tại thời điểm 12 tháng sau mổ là $+1,52 \pm 2,12\text{D}$ (từ $-5,25$ đến $+7,5\text{D}$). Độ viễn thị khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mảnh ghép có độ dày $< 150\mu\text{m}$ so với mảnh ghép có độ dày $\geq 150\mu\text{m}$, ($p = 0,03$). Có mối tương quan thuận chiều giữa độ dày mảnh ghép và độ viễn thị ($r = 0,56$, $p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ loạn thị giữa 2 nhóm ($p = 0,55$). Không thấy mối tương quan giữa độ dày mảnh ghép và độ loạn thị ($r = 0,4$, $p = 0,1$). **Kết luận:** Mảnh ghép mỏng cho thị lực sau mổ DSAEK tốt hơn mảnh ghép dày. Có mối tương quan thuận chiều giữa độ dày mảnh ghép và độ viễn thị. Không thấy mối tương quan giữa độ dày mảnh ghép và độ loạn thị.

Từ khóa: Thị lực, khúc xạ nhãn cầu, phẫu thuật DSAEK

SUMMARY

EVALUATING THE VISUAL ACUITY AND REFRACTION ACCORDING TO THE THICKNESS IN DESCEMET'S STRIPPING AUTOMATED ENDOTHELIAL KERATOPLASTY (DSAEK)

Subject and Method: Twenty one eyes of 19 patients who underwent DSAEK for pseudophakic

*Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thùy Linh

Email: phamthuylinh128@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2017

Ngày duyệt bài: 3/7/2017

bullous keratopathy (PBK) were perspective analyzed in this study. Graft thickness was measured with optical coherence tomography (OCT) 12months after DSAEK. Eyes were divided into 2 groups based on the graft thickness: $\geq 150\mu\text{m}$ and $< 150\mu\text{m}$. Best corrected visual acuity (BCVA), eye refraction were assessed and comparisons were done between groups. **Result:** Median thickness of postoperative grafts was $174 \pm 37\mu\text{m}$ (range 120 – 270 μm). There was no significant difference in age, sex, preoperative BCVA, or follow-up period between DSAEK groups. At postoperative 12months, mean BCVA was $0,11 \pm 0,1$ in graft with thickness of more than 150 μm graft group and $0,78 \pm 0,04$ in less than 150 μm graft group. The grafts of less than 150 μm in thickness showed better postoperative BCVA as compared with the grafts of less than 150 μm . Negative correlation between 12months graft thickness and visual acuity (vision falls with increasing thickness) at the level of 72% was found which was a statistically significant correlation ($r = -0,72$, $p < 0,01$). The mean spherical equivalent 12 months post-op was $+1,52 \pm 2,12\text{D}$ (range $-5,25 \rightarrow +7,5\text{D}$). Hypermetropia difference between $< 150\mu\text{m}$ and $\geq 150\mu\text{m}$ graft groups was statistically significant ($p = 0,03$). Positive correlation between graft thickness and hypermetropia at the level of 56% was found which was a statistically significant correlation ($r = 0,56$, $p < 0,05$). The difference of astigmatism between groups was not statistically significant ($p = 0,55$). There was no correlation between graft thickness and astigmatism ($r = 0,4$, $p = 0,1$). **Conclusion:** Thin grafts after DSAEK ensure better visual rehabilitation. There was positive correlation between graft thickness and hypermetropia. There was no correlation between graft thickness and astigmatism, one year after surgery.

Keywords: Visual acuity and refraction, operation DSAEK.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép lớp sau - ghép nội mô, áp dụng cho những tổn thương thuộc màng Descemet và nội mô, được Tillett tiến hành lần đầu tiên vào năm 1956. Các cải tiến kỹ thuật không ngừng sau đó đã giúp phẫu thuật ghép nội mô ngày càng được hoàn thiện, với sự ra đời của kỹ thuật ghép nội mô lớp sâu (DLEK – 1998), ghép nội mô có bóc tách màng Descemet (DSAEK – 2006), ghép nội mô và màng Descemet (DMEK – 2006), trong đó phẫu thuật ghép nội mô DSAEK đem lại kết quả thị lực tốt hơn DLEK, dễ thao tác hơn DMEK, đang ngày càng được áp dụng rộng rãi. Trong các phẫu thuật ghép nội mô nói chung và phẫu thuật ghép DSAEK nói riêng, các tác giả nhận thấy, mảnh ghép càng mỏng, khả năng phục hồi cấu trúc giải phẫu sau mổ gần với cấu trúc bình thường của giác mạc càng tốt, biến đổi khúc xạ nhãn cầu càng thấp nên đem lại kết quả thị lực

càng cao. Tuy nhiên một số tác giả khác không tìm thấy mối tương quan giữa thị lực và khúc xạ nhãn cầu với độ dày mảnh ghép giác mạc [1].

Nghiên cứu này được tiến hành với mục đích xác định mối tương quan giữa độ dày mảnh ghép giác mạc với thị lực và khúc xạ nhãn cầu sau phẫu thuật ghép nội mô DSAEK trên nhóm bệnh nhân bệnh giác mạc bong sau mổ thể thủy tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và mảnh ghép: Tất cả bệnh nhân có bệnh lý giác mạc bong sau mổ thể thủy tinh có chỉ định ghép giác mạc nội mô, có nhu mô chưa sẹo hoá, đã có các triệu chứng cơ năng như: chói, cộm, chảy nước mắt... đồng ý phẫu thuật và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 7 năm 2013 đến tháng 10 năm 2014 tại khoa Kết Giác mạc BVMTW.

Những mảnh giác mạc được ngân hàng mắt của Mỹ cắt sẵn, đạt tiêu chuẩn EBAA, đạt độ trong theo tiêu chuẩn của Ngân hàng Mắt – BVMTW, thời gian bảo quản không quá 2 tuần, mật độ tế bào nội mô $> 2000 \text{ tb/mm}^2$.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh lý nhu mô hoặc toàn bộ bề dày giác mạc, bệnh nhân có các bệnh lý sẵn có tại mắt như: viêm màng bồ đào trước, bong võng mạc, tăng nhãn áp, thất bại ghép... Bệnh nhân già yếu, bệnh toàn thân nặng, không phối hợp, không có điều kiện theo dõi theo yêu cầu của nghiên cứu, bệnh nhân không khám lại sau mổ, bệnh nhân thải ghép, thất bại ghép, tăng nhãn áp sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Các phương tiện khám, phẫu thuật sẵn có tại bệnh viện Mắt TW.

2.2.3. Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân được lập phiếu theo dõi, thăm khám trước mổ, khai thác bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng, đo thị lực, nhãn áp, đo độ dày giác mạc, cắt lớp giác mạc bằng OCT bán phần trước, chụp ảnh giác mạc.

2.2.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật: Sau mổ, bệnh nhân được sử dụng kháng sinh toàn thân, tại chỗ, corticoid toàn thân (với đối tượng nguy cơ thải ghép cao), tại chỗ, các thuốc tăng cường dinh dưỡng giác mạc.

Bệnh nhân được khám lại ở các thời điểm: sau ra viện 1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 9 tháng, 12 tháng về: Tình trạng

mảnh ghép, tình trạng bề mặt tiếp giáp giữa nền ghép và mảnh ghép, tình trạng tiền phòng, số lượng, hình thái tế bào nội mô, tình trạng thể thủy tinh, dịch kính, võng mạc, khúc xạ mắt, OCT, thị lực, nhãn áp, theo dõi và phát hiện các biến chứng

- *Kết quả được chia làm 2 nhóm dựa vào độ dày mảnh ghép trên AS – OCT:*

+ Mảnh ghép có độ dày trung tâm < 150 micron

+ Mảnh ghép có độ dày trung tâm $\geq$ 150 micron

- *Xử lý số liệu:* Số liệu được xử lý bằng chương trình thống kê y học SPSS.

- Trong đó, so sánh các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, tỉ lệ, bằng kiểm định Mann Whitney. Mỗi tương quan giữa các thông số được thể hiện qua chỉ số tương quan Pearson. Giá trị $p < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

IV. KẾT QUẢ

Trong tổng số 53 mắt (45 bệnh nhân) được phẫu thuật DSAEK từ tháng 7/2013 đến tháng 10/2014, có 31 mắt (30 bệnh nhân) được chẩn đoán bệnh giác mạc bong sau mổ thể thủy tinh. Trong đó, 6 mắt thất bại ghép, 2 mắt thải ghép và 2 mắt tăng nhãn áp bị loại khỏi nghiên cứu. Tổng số lượt mắt phẫu thuật DSAEK trong nghiên cứu này là 21 mắt. Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 12,8 tháng. Không có sự khác biệt đáng kể thời gian theo dõi sau mổ giữa các bệnh nhân trong nghiên cứu.

Độ dày giác mạc trung tâm mảnh ghép được

ghi nhận tại thời điểm sau mổ 12 tháng bằng máy OCT chụp bán phần trước. Dựa vào độ dày mảnh ghép sau mổ, 21 mắt được chia thành 2 nhóm: nhóm mảnh ghép có độ dày trung tâm < 150 μ m và nhóm mảnh ghép có độ dày trung tâm $\geq$ 150 μ m.

3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới:

Độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu: 66.1 ± 14.2 (20 – 83). Tỉ lệ nam : nữ là 1 : 1,25 ($p > 0,05$).

3.2. Thị lực, khúc xạ, độ dày mảnh ghép trước mổ: Có 15/21 mắt, chiếm 71.4% có thị lực trước mổ dưới mức 20/400. Thị lực cao nhất là 20/150. Thị lực trung bình trước mổ: $0,04 \pm 0,02$.

Không có sự khác biệt đáng kể về thị lực trước mổ giữa các bệnh nhân trong nghiên cứu.

Độ dày mảnh ghép sau cắt là $142 \pm 28.2\mu$ m (62μ m – 170μ m) ($p > 0,05$).

3.3. Độ dày mảnh ghép, thị lực, khúc xạ sau mổ: Độ dày mảnh ghép trung bình sau mổ 12 tháng là $181,3 \pm 40,3$, có 16 mắt (76,2%) có độ dày mảnh ghép $\geq$ 150 μ m, 5 mắt (23,8%) có độ dày mảnh ghép < 150 μ m.

Độ tuổi trung bình của nhóm mảnh ghép < 150 μ m: 65.2 ± 8.1 (52 – 72), mảnh ghép $\geq$ 150 μ m: $67,1 \pm 5,4$ (54 – 81). Không có sự khác biệt đáng kể về tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Sau mổ 12 tháng, 9 mắt (42,9%) đạt thị lực > 20/60, trong đó có 2 mắt đạt thị lực > 20/30. Số mắt có thị lực < ĐNT 3m đã giảm từ 15 mắt (71,4%) trước mổ, xuống 2 mắt (9,5%) sau mổ 12 tháng.

Thị lực chỉnh kính tối ưu	Trước mổ		Sau mổ 12 tháng	
	n	%	n	%
< ĐNT 3m	15	71,4	2	9,5
ĐNT 3m đến < 20/200	4	19,1	2	9,5
20/200 đến < 20/60	2	9,5	9	42,9
20/60 - 20/30	0	0	6	28,6
> 20/30	0	0	2	9,5
Tổng	21	100	21	100

Thị lực trung bình sau mổ 12 tháng: $0,39 \pm 0,14$. Trong đó thị lực từ 20/40 trở lên đạt được ở 4/5 mắt (80%) trong nhóm mảnh ghép < 150 μ m, 2/16 mắt (12,5%), trong nhóm mảnh ghép $\geq$ 150 μ m đạt thị lực từ 20/40 trở lên.

TLCKTU \ Độ dày MG	< 150 μ m	$\geq$ 150 μ m
< ĐNT 3m	0	2
ĐNT 3m đến < 20/200	0	2
20/200 đến < 20/60	1	9
20/60 - 20/30	3	2
> 20/30	1	1
Tổng	5	16

Thị lực trung bình ở nhóm mảnh ghép $\geq$ 150 μ m là $0,19 \pm 0,08$, ở nhóm mảnh ghép < 150 μ m là $0,78 \pm 0,04$. Thị lực trung bình của nhóm có mảnh ghép mỏng tốt hơn so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Mỗi tương quan giữa thị lực và độ dày mảnh ghép là ngược chiều, có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên chưa đủ mạnh ($r = -0,72$, $p < 0,01$).

Khúc xạ cầu tương đương trung bình tại thời điểm 12 tháng sau mổ là $+1,48 \pm 2,09D$ (từ $-5,25$ đến $+7,5D$). Độ viễn thị khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mảnh ghép có độ dày $< 150\mu m$ so với mảnh ghép có độ dày $\geq 150\mu m$, ($p = 0,03$). Có mối tương quan thuận chiều giữa độ dày mảnh ghép và độ viễn thị ($r = 0,56$, $p < 0,05$).

Khúc xạ cầu (D)	Độ dày mảnh ghép (μm)		P
	≥ 150 (n=16)	< 150 (n=5)	
Trung bình	$0,92 \pm 2,07$	$0,58 \pm 2,48$	0,04
Tương đương TB	$1,56 \pm 2,25$	$1,19 \pm 1,87$	0,03

Độ loạn thị trung bình tại thời điểm 12 tháng là $1,39 \pm 1,27D$ (từ 0 đến $7D$). Không có sự khác biệt rõ rệt về độ loạn thị giữa 2 nhóm ($p = 0,55$).

Không thấy mối tương quan giữa độ dày mảnh ghép và độ loạn thị ($r = 0,4$, $p = 0,1$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Độ tuổi trung bình của người bệnh là $66,1 \pm 14,2$ (20 – 83). Độ tuổi trung bình của nhóm mảnh ghép $< 150\mu m$: $65,2 \pm 8,1$ (52 – 72), mảnh ghép $\geq 150\mu m$: $67,1 \pm 5,4$ (54 – 81). Không có sự khác biệt đáng kể về tuổi giữa 2 nhóm nghiên cứu.

Hầu hết các nghiên cứu đều báo cáo độ tuổi trung bình của bệnh nhân ghép giác mạc DSAEK thuộc nhóm bệnh nhân cao tuổi. Đa số bệnh nhân đến trong giai đoạn tổn thương thị lực nặng. Ở các nghiên cứu khác, bệnh nhân thường được phẫu thuật sớm hơn, khi thị lực còn ở mức khá cao [2].

4.2. Tương quan giữa thị lực và khúc xạ với độ dày mảnh ghép: Độ dày mảnh ghép trung bình sau mổ 12 tháng là $181,3 \pm 40,3\mu m$, có 16 mắt (76,2%) có độ dày mảnh ghép $\geq 150\mu m$, 5 mắt (23,8%) có độ dày mảnh ghép $< 150\mu m$.

Thị lực trung bình sau mổ 12 tháng: $0,39 \pm 0,14$. Thị lực trung bình ở nhóm mảnh ghép $\geq 150\mu m$ là $0,19 \pm 0,08$, ở nhóm mảnh ghép $< 150\mu m$ là $0,78 \pm 0,04$. Trong đó thị lực từ 20/40 trở lên đạt được ở 4/5 mắt (80%) trong nhóm mảnh ghép $< 150\mu m$, 2/16 mắt (12,5%), trong nhóm mảnh ghép $\geq 150\mu m$.

Thị lực trung bình của nhóm có mảnh ghép mỏng tốt hơn so với nhóm còn lại ($p < 0,05$). Nhiều nghiên cứu của các tác giả khác cũng nhận thấy mối tương quan tương tự giữa thị lực và độ dày mảnh ghép trung tâm. Tuy nhiên có một số tác giả không tìm thấy mối tương quan giữa thị lực sau mổ với độ dày mảnh ghép trung tâm [3], [4].

Sau mổ 12 tháng, 9 mắt (42,9%) đạt thị lực $> 20/60$, trong đó có 2 mắt đạt thị lực $> 20/30$. Số mắt có thị lực $< ĐNT 3m$ đã giảm từ 15 mắt (71,4%) trước mổ, xuống 2 mắt (9,5%) sau mổ 12 tháng. Thị lực tăng tại các thời điểm sau mổ. Sau mổ 12 tháng vẫn có 2 mắt thị lực dưới

ĐNT 3m. Độ loạn thị ở mức độ nhẹ sau cắt chỉ tại thời điểm 6 tháng, giảm đáng kể so với trước cắt chỉ. Sau mổ, giác mạc có xu hướng viễn thị hoá, tương đồng với của nhiều nghiên cứu của các tác giả khác [5].

Khúc xạ cầu tương đương trung bình tại thời điểm 12 tháng sau mổ là $+1,48 \pm 2,09D$ (từ $-5,25$ đến $+7,5D$). Độ viễn thị khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm mảnh ghép có độ dày $< 150\mu m$ so với mảnh ghép có độ dày $\geq 150\mu m$, ($p = 0,03$). Có mối tương quan thuận chiều ở mức độ yếu giữa độ dày mảnh ghép và độ viễn thị ($r = 0,56$, $p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Richard Y. Hwang và cộng sự, sau ghép DSAEK, xu hướng viễn thị hoá của nhãn cầu tăng khi độ dày trung tâm mảnh ghép tăng [6].

Độ loạn thị trung bình tại thời điểm 12 tháng là $1,39 \pm 1,27D$ (từ 0 đến $7D$). Không có sự khác biệt rõ rệt về độ loạn thị giữa 2 nhóm ($p = 0,55$). Không thấy mối tương quan giữa độ dày mảnh ghép và độ loạn thị ($r = 0,4$, $p = 0,1$). Một số nghiên cứu khác trên thế giới cũng không tìm thấy mối tương quan giữa độ loạn thị sau mổ với độ dày trung tâm mảnh ghép [7].

V. KẾT LUẬN

Mảnh ghép mỏng cho thị lực sau mổ DSAEK tốt hơn mảnh ghép dày. Có mối tương quan thuận chiều giữa độ dày mảnh ghép và độ viễn thị. Không thấy mối tương quan giữa độ dày mảnh ghép và độ loạn thị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chan-Hui Yi D.-H. L., Eui-Sang Chung, Tae-Young Chung (Aug 2010), "A Comparison of Posterior Lamellar Keratoplasty Modalities: DLEK vs. DSEK", *Korean J Ophthalmol.* **24** (4), pp.195–200.
2. Price FW P. M. (2006), "Descemet's stripping with endothelial keratoplasty: comparative outcomes with microkeratome-dissected and manually dissected donor tissue." *Ophthalmology.* **113**, pp. 1936-1942.
3. Nieuwendaal CP, van Velthoven ME, Biallostorski C. (2009), "Thickness measurements of donor posterior disks after Descemet stripping endothelial keratoplasty with anterior segment optical coherence tomography", *Cornea.* **28**, pp.298-303.
4. Shinton AJ, Tsatsos M, Konstantopoulos A, Goverdhan S, Elsahn AF, Anderson DF, Hossain P. (2012), "Impact of graft thickness on visual acuity

- after Descemet's stripping endothelial keratoplasty", **96(2)**, pp. 246-249
5. **William J. Dupps Jr**, Ying Qian, MD, David M. Meisler. (2008 April), "Multivariate model of refractive shift in Descemet-stripping automated endothelial keratoplasty", *J Cataract Refract Surg.* 34(4), pp. 578-584
 6. **Richard Y. Hwang**, Daniel J. Gauthier, Dana Wallace, Natalie A. Afshari (2011), "Refractive Changes after Descemet Stripping Endothelial Keratoplasty: A Simplified Mathematical Model", *IOVS*, 52(2), 1043-1054
 7. **Banu Torun Acar**, Mehmet Orcun Akdemir, Suphi Acar (2014), "Visual acuity and endothelial cell density with respect to the graft thickness in Descemet's stripping automated endothelial keratoplasty: one year results", *Int J Ophthalmol*, 7(6), 974-979.

PHÂN TÍCH MỘT SỐ CHỈ SỐ VỀ MÔ MỀM TRÊN ẢNH NGHIÊNG CỦA TRẺ EM VIỆT NAM 7 TUỔI

Nguyễn Phú Thắng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá một số chỉ số về mô mềm trên ảnh nghiêng ở nhóm trẻ 7 tuổi. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 233 ảnh chụp mặt nghiêng ở trẻ em 7 tuổi 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 khác biệt không có ý nghĩa thống kê (tỷ lệ 1,1/1). Ở 2 giới, kích thước các tầng mặt có sự khác biệt nhưng lại không có sự khác biệt giữa các loại khớp cắn. Khớp cắn loại I chiếm đa số với 50,6%, tiếp đến là khớp cắn loại II (27,5%) và khớp cắn loại III (21,9%). Trong các chỉ số về góc, 2 chỉ số góc lồi mặt là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, đối với nhóm trẻ khớp cắn loại 3 có giá trị góc lồi mặt lớn hơn 2 nhóm còn lại. **Kết luận:** Khớp cắn có vai trò quan trọng trong chức năng của bộ máy nhai, ảnh hưởng tới thẩm mỹ khuôn mặt và mô mềm.

Từ khóa: Mô mềm, ảnh mặt nghiêng, trẻ em 7 tuổi

SUMMARY

AN ANALYSIS OF SOFT TISSUE FACIAL PROFILE IN VIETNAMESE SEVEN YEAR OLD CHILDREN PHOTOGRAPHS

Objective: This study is aimed at assessing the characteristics of soft tissue facial profile in photographs of a group of seven year old children. **Subject and Method:** A sample of 233 seven year old children was taken profile photographs and assessed. Descriptive statistics were used to analyze the data. **Result:** In this study, males and females frequency were equal with a sex ratio of 1,1/1. Facial height dimension differed significantly from males and females, the Angle classification of malocclusion was similar. The most common in this study was class I malocclusion children, followed by class II malocclusion group (27,5%) and class III group (21,9%). Facial convexity II angle was significantly

greater in group of class III malocclusion children than the others. **Conclusion:** The relationship between Angle classification of malocclusion and orthodontic diagnosis plays an important role for excellent treatment result. In the other hand, dental occlusion has impressive impact on mastication system, facial and soft tissue esthetics.

Keywords: Soft tissue, facial profile in photographs, seven year old children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, trong một xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu về thẩm mỹ khuôn mặt và hàm răng ngày càng được quan tâm nhiều hơn [1]. Nhờ đó, chuyên ngành nắn chỉnh răng ngày càng có những bước phát triển đột phá nhằm mang lại thẩm mỹ cao nhất cho người bệnh. Trong lĩnh vực nắn chỉnh răng, phân tích về mô mềm trước và sau điều trị là rất quan trọng để đạt được khuôn mặt hài hòa. Phim sọ nghiêng không những đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và điều trị mà còn giúp các bác sỹ đưa ra những chỉ số liên quan đến thẩm mỹ mô mềm, được đề ra trong các phương pháp phân tích phim khác nhau. Để theo dõi quá trình điều trị, chỉ định chụp phim sọ nghiêng định kỳ đã được áp dụng một cách rộng rãi, tối ưu hóa việc theo dõi quá trình điều trị. Gần đây, ảnh số hoá cũng đã được dùng để theo dõi sự thay đổi về mô mềm một cách thuận tiện và không xâm lấn [2]. Tuy vậy, đánh giá thẩm mỹ trẻ em khó khăn hơn ở người lớn vì sự phát triển của tăng trưởng xương vùng đầu mặt. Tại thời điểm 7 tuổi là giai đoạn chuyển giao giữa hàm răng sữa và hàm răng hỗn hợp, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này với mục tiêu sau: đánh giá một số chỉ số về mô mềm trên ảnh chụp nghiêng ở nhóm trẻ em Việt Nam 7 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 233 trẻ em Việt Nam 7 tuổi được lựa chọn theo tiêu

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phú Thắng

Email: phuthangdentist@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/5/2017

Ngày phản biện khoa học: 15/6/2017

Ngày duyệt bài: 5/7/2017

chuẩn: Học sinh có bố mẹ, ông bà nội ngoại là người Việt, chưa từng được điều trị nắn chỉnh răng (bao gồm cả hàm tiền chỉnh nha), có răng hàm lớn thứ nhất đã mọc hoàn toàn, không bị sâu vỡ núm, không mất răng sữa sớm. Loại trừ những bệnh nhân đã hoặc đang điều trị chỉnh nha, bệnh nhân có dị tật bẩm sinh, bệnh nhân có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt có ảnh hưởng đến khớp cắn, đang mắc các bệnh liên quan đến vùng hàm mặt (như các khối u lành tính hay ác tính vùng hàm mặt, các viêm nhiễm, áp-xe ở vùng hàm mặt. v.v.) và bệnh nhân không hợp tác.

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

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.

Bước 2: Chụp ảnh mặt nghiêng của các đối tượng nghiên cứu.

Bước 3: Phân tích một số chỉ số trên ảnh chụp mặt nghiêng.

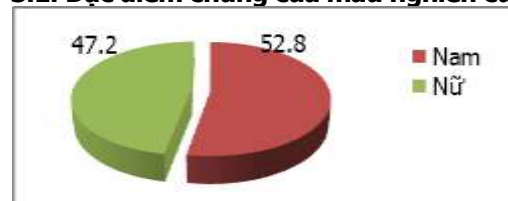
Bước 4: Nhập và xử lý số liệu

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

2.3. 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 NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ theo giới của mẫu nghiên cứu

Nhận xét: Nghiên cứu bao gồm 233 trẻ trong đó có 110 trẻ gái và 123 trẻ trai, sự khác biệt về giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

3.2. Phân bố các loại khớp cắn

Bảng 3.1. Phân bố các loại khớp cắn theo giới

		Phân loại khớp cắn			Tổng
		Khớp cắn loại 1	Khớp cắn loại 2	Khớp cắn loại 3	
Giới tính	Nam	60	33	30	123
	Nữ	58	31	21	110
	Tổng	118	64	51	233

Nhận xét: Sự phân bố về khớp cắn cho thấy: sai khớp cắn loại 1 chiếm đa số (50,6%), tiếp theo là sai khớp cắn loại II với 27,5%, ít nhất là sai khớp cắn loại 3 (21,9%).

Bảng 3.2. Giá trị của các biến theo giới

	Giới	N	X	SD	P
G1-Sn	Nam	123	60.29	4.921	0.029
	Nữ	110	58.91	4.653	
Sn-Me	Nam	123	56.85	6.118	0.000
	Nữ	110	53.65	4.573	
N-Gn	Nam	123	93.37	6.642	0.001
	Nữ	110	90.65	5.181	
Ls-Sn/ Li-Pg	Nam	123	130.84	13.556	0.114
	Nữ	110	133.74	14.352	
N-Sn-Pg	Nam	123	166.77	6.515	0.373
	Nữ	110	166.03	6.030	

Nhận xét: Các chỉ số về kích thước có sự khác biệt về giới, 2 góc lồi mặt và góc liên môi có giá trị không khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nam và nữ.

Bảng 3.3. Giá trị của các kích thước (mm) các góc (độ) theo giới và khớp cắn

Khớp cắn	Giới tính	G1-Sn	Sn-Me	N-Gn	Ls-Sn/Li-Pg	N-Sn-Pg
Khớp cắn loại 1	nam	SD	4.321	5.952	6.482	13.354
		X	59.71	56.34	92.83	133.26
	Nữ	SD	4.715	4.344	4.792	14.580
		X	59.16	53.76	90.97	131.11
	Tổng	SD	4.508	5.361	5.766	13.952
		X	59.44	55.07	91.92	132.20
Khớp cắn loại 2	nam	SD	5.908	6.878	6.889	14.132

	Nữ	X	60.19	58.67	93.72	128.49	165.10
		SD	4.964	5.023	5.918	13.967	6.360
	Tổng	X	58.87	53.80	90.53	136.48	165.92
		SD	5.468	6.486	6.586	14.508	6.139
		X	59.55	56.32	92.18	132.36	165.50
Khớp cắn loại 3	nam	SD	4.794	5.275	6.821	12.889	7.522
		X	61.56	55.84	94.06	128.56	168.91
	Nữ	SD	4.123	4.678	5.245	13.472	5.710
		X	58.25	53.02	89.97	136.96	167.63
	Tổng	SD	4.780	5.182	6.491	13.653	6.802
		X	60.20	54.68	92.38	132.02	168.38
Tổng	nam	SD	4.921	6.118	6.642	13.556	6.515
		X	60.29	56.85	93.37	130.84	166.77
	Nữ	SD	4.653	4.573	5.181	14.352	6.030
		X	58.91	53.63	90.65	133.74	166.03
	Tổng	SD	4.835	5.665	6.137	13.983	6.288
		X	59.64	55.33	92.09	132.21	166.42

Nhận xét: Đánh giá các chỉ số trên mô mềm về chiều cao các tầng mặt, chỉ số GI-Sn trung bình $59,44 \pm 4,508\text{mm}$ ở nhóm khớp cắn loại I; $55,55 \pm 5,468\text{mm}$ ở nhóm khớp cắn loại II; $60,2 \pm 4,78\text{mm}$ ở nhóm khớp cắn loại III. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Về khoảng cách Sn-Me, chỉ số trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là $59,64 \pm 4,835\text{mm}$, chỉ số N-Gn trung bình $92,09 \pm 6,137\text{mm}$

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Tỷ lệ nam/ nữ của mẫu nghiên cứu khá tương đồng với tỷ lệ là 1,1/1 và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Tuấn Anh (2017) với tỷ lệ nam/nữ là 1/1 [3].

4.2. Đặc điểm khớp cắn theo phân loại của Angle: Khớp cắn loại I chiếm đa số với 50,6%, tiếp đến là khớp cắn loại II (27,5%) và khớp cắn loại III (21,9%). Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Antanas (2009) trên nhóm trẻ từ 7-15 tuổi có tỷ lệ sai khớp cắn loại I chiếm 68,4%, loại II là 27,7% và sai khớp cắn loại III là 2,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [4].

4.3. Đặc điểm một số chỉ số trên mô mềm: Có sự khác biệt trong chiều cao các tầng mặt giữa 2 giới với kích thước ở trẻ trai lớn hơn trẻ gái. Không có sự khác biệt về góc 2 môi và góc lồi mặt về giới.

Sự tăng trưởng đầu mặt bao gồm nhiều yếu tố, với nhóm trẻ cùng độ tuổi, môi trường thì các yếu tố dẫn đến sự khác biệt bao gồm chủng tộc, di truyền, chức năng, trong đó có cả yếu tố về giới. Năm 2000, Trần Thuý Nga thực hiện nghiên

Trong đó: X là giá trị trung bình, SD là độ lệch chuẩn cứu dọc trên phim sọ nghiêng trẻ từ 3 -5 tuổi cho thấy hướng tăng trưởng sọ mặt ở nam xuống dưới nhiều hơn và nữ ra trước nhiều hơn [5]. Trong nghiên cứu về kích thước chiều cao các tầng mặt theo tuổi đột sống cổ của Hồ Thị Thuý Trang và Hoàng Tử Hùng kích thước của nam lớn hơn nữ ở cả 5 giai đoạn tuổi xương CVBA I đến CVBA V [6]. Vì vậy yếu tố về giới là một yếu tố qua trọng trong việc xác định khuôn hướng phát triển sọ mặt trong giai đoạn tăng trưởng. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê nào về kích thước tầng mặt giữa, dưới và chiều cao mặt hình thái giữa 3 loại khớp cắn.

Răng hàm lớn thứ nhất mọc vào thời điểm 6 tuổi và quá trình mọc tiền chức năng đến thời điểm chạm mặt phẳng cắn cùng với hướng phát triển ra trước và xuống dưới tại thời điểm 7 tuổi chưa làm thay đổi kích thước dọc của tầng mặt dưới. Tại thời điểm 7 tuổi sự phát triển theo chiều rộng là xu hướng mạnh nhất, sự phát triển chiều cao ngoài sự phát triển của phức hợp nền sọ - hàm mặt còn có sự thay thế bộ răng sữa bằng bộ răng hỗn hợp nên chiều trên dưới còn phát triển tới tận độ tuổi trưởng thành. So sánh kích thước trung bình của tầng mặt giữa lớn hơn tầng mặt dưới có ý nghĩa thống kê với $p < 0.001$ cho thấy kích thước tầng mặt dưới của trẻ 7 tuổi chưa phát triển so với tiêu chuẩn tần cổ điển tỷ lệ tầng mặt giữa và dưới là 1:1 ở người trưởng thành. Điều này cho thấy sự phát triển của hàm dưới trong tương lai với thời gian phát triển dài hơn sẽ thay đổi tỷ lệ tại thời điểm 7 tuổi [7].

Góc lồi mặt II trong khớp cắn loại 3 là lớn nhất, trong khi đó không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa loại 1 và loại 2. Khớp cắn

loại 3 được ghi nhận bằng tương quan giữa nướu gần ngoài của răng hàm lớn hàm trên ở sau rãnh ngoài của răng hàm lớn hàm dưới. Do nghiên cứu chỉ thực hiện trên ảnh chụp nghiêng, cần kết hợp cùng film cephalometric để đánh giá vị trí ra trước thật sự của xương hàm dưới và tìm ra mối liên hệ để có thể tiên lượng khuynh hướng phát triển của xương hàm dưới.

Các giá trị chiều đứng cho thấy: không có sự khác biệt giữa các loại khớp cắn. Sự phát triển của hàm trên và hàm dưới tại thời điểm 7 tuổi chưa tạo nên sự khác biệt của tầng mặt giữa, dưới cũng như chiều dài mặt hình thái. Sự khác biệt về góc lồi mặt II của khớp cắn loại 3 gợi ý vị trí ra trước của hàm dưới so với 2 loại còn lại.

V. KẾT LUẬN

Các giá trị thu được tại thời điểm 7 tuổi cho thấy không có nhiều sự khác biệt về kích thước dọc của các tầng mặt giữa các loại khớp cắn với nhau. Đây là mốc để bắt đầu theo dõi sự phát triển riêng biệt của hàm trên và hàm dưới qua quá trình phát triển của bộ răng hỗn hợp và bộ răng vĩnh viễn sau này. Sự phát triển của 2 hàm với tốc độ và thời gian khác nhau tạo nên sự đa dạng trong kích thước và hình thái khuôn mặt thay đổi qua các giai đoạn từ 7 tuổi đến khi trưởng thành. Cần bắt được các chỉ số tại thời

điểm 7 tuổi qua ảnh chụp nghiêng có thể dự đoán khuynh hướng phát triển và lên kế hoạch điều trị sớm cho các bất cân xứng mặt- hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kook MS., Jung S., Park HJ. et al (2014). A comparison study of different facial soft tissue analysis methods. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*, 42(5), 648-656.
2. Dylewski L., Antoszewska J. (2012). Photography in orthodontics: trends and current standards. *Journal of Stomatology*, 65(3), 739-750.
3. Trần Tuấn Anh (2017). Nghiên cứu một số đặc điểm hình thái, chỉ số đầu- mặt ở nhóm người Việt độ tuổi từ 18-25 tuổi có khớp cắn bình thường và khuôn mặt hài hòa. Luận án tiến sĩ y học. 19.
4. Sidlauskas, A. and Lopatienė, K. et al (2009). The prevalence of malocclusion among 7–15-year-old Lithuanian schoolchildren. *Medicina (Kaunas)*, 45(2), pp.147-52.
5. Trần Thúy Nga (2014). Nghiên cứu sự tăng trưởng cấu trúc sọ mặt răng theo phân tích Ricketts ở trẻ 12-15 tuổi và đánh giá giá trị tiên đoán với giá trị thực tế tại Cần Thơ. Luận án tiến sĩ y học. 35.
6. Hồ Thị Thuỳ Trang, Hoàng Tử Hùng (2013). Sự thay đổi kích thước chiều cao tầng mặt theo tuổi xương đốt sống cổ: Nghiên cứu dọc trên phim sọ nghiêng giai đoạn 8-18 tuổi. Tạp chí y học Thành phố Hồ Chí Minh. 45-46.
7. Võ Trương Như Ngọc (2014). *Phân tích kết cấu đầu – Mặt và thẩm mỹ khuôn mặt*, Nhà xuất bản y học Hà Nội. 56

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM TIM QUA THỰC QUẢN TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ THẬN CÓ BIẾN CHỨNG HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH CHỦ DƯỚI

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT⁹

Mục tiêu: nghiên cứu giá trị của phương pháp siêu âm tim qua thực quản để theo dõi trong phẫu thuật cắt ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả tất cả các bệnh nhân bị ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới được mổ cắt thận và lấy huyết khối tĩnh mạch chủ dưới, được theo dõi trong mổ bằng siêu âm tim qua thực quản từ 11/2001 đến 6/2003 tại Bệnh viện tim và bệnh viện Hurier, Trung tâm viện trưởng Đại học thành phố Lille, Pháp. **Kết quả:** có 8 bệnh nhân ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới trong thời gian nghiên cứu, 1 bệnh nhân phẫu thuật với tim phổi máy, 3

bệnh nhân mổ cắt thận và thay đoạn tĩnh mạch chủ dưới. Tất cả các bệnh nhân đều được điều trị thành công và được xuất viện. Có gặp một trường hợp phát hiện được huyết khối 2 x 4cm di chuyển vào tim phải và đi lên phổi trái gây tắc động mạch phổi nhưng bệnh nhân dung nạp tốt không có triệu chứng lâm sàng nguy hiểm. Tuy nhiên, chụp cắt lớp phổi sau 1 tháng không còn hình ảnh huyết khối và không có di căn phổi chứng tỏ huyết khối do cục máu đông tạo thành chứ không phải do tế bào ung thư. **Kết luận:** siêu âm tim qua thực quản là một phương pháp theo dõi rất có ích và có giá trị tốt trong phẫu thuật cắt thận và lấy huyết khối tĩnh mạch chủ dưới trong ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới.

Từ khóa: siêu âm tim qua thực quản, ung thư thận, huyết khối tĩnh mạch chủ dưới.

SUMMARY

THE VALUES OF THE TRANSESOPHAGEAL ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENT WITH RENAL CELL CARCINOMA AND VENA CAVAL EXTENSION UNDERGOING RADICAL NEPHRECTOMY

*Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2017

Ngày duyệt bài: 17.7.2017

Objective: To study the validity of transesophageal echocardiography for intraoperative surveillance of patient with renal cell carcinoma and vena caval extension undergoing radical nephrectomy.

Patients and method of study: retrospective study describing all patients with kidney cancer with inferior vena thrombosis undergoing renal ablation and inferior vena cava thrombosis ablation, from 11/2001 to 6/2003 at the Heart Hospital and Hurier Hospital of University Hospital Center of Lille City, France.

Results: There were 8 patients with renal cancer with inferior vena cava thrombosis during the study period, 1 patient with cardiopulmonary bypass, 3 with radical nephrectomy and vena caval reconstruction. All patients were successfully treated and discharged. There was a case of detecting a 2 x 4cm thrombus moving to the right atrial and gone to the left lung to block the pulmonary arteries but the patient tolerated well without any clinically dangerous symptoms. However, after 1month pulmonary tomography was no found a thrombotic picture and no lung metastases showed blood clots formed by clots rather than cancer cells. **Conclusion:** Transesophageal echocardiography is a useful in intraoperative confirmation of complete thrombus removal and diagnosis of pulmonary embolism.

Key words: esophageal echocardiography, kidney cancer, inferior vena cava thrombosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Siêu âm tim qua thực quản đã được sử dụng như là một phương pháp theo dõi có giá trị trong mổ. Do vị trí giải phẫu của thực quản nằm sát tâm nhĩ trái nên hình ảnh siêu âm thu được rất đẹp và rõ nét, phương pháp siêu âm này cho phép quan sát được trực tiếp các buồng tim, chức năng của tim và các mạch máu lớn, đặc biệt có thể quan sát được 5 – 7cm tĩnh mạch chủ dưới đoạn đổ vào tâm nhĩ phải. Hiện nay, siêu âm tim qua thực quản không chỉ được sử dụng để theo dõi trong phẫu thuật tim mạch mà còn được sử dụng trong các các loại phẫu thuật khác: phẫu thuật thần kinh, phẫu thuật lồng ngực và cả phẫu thuật tiết niệu (cắt thận trong ung thư thận có biến chứng huyết khối tĩnh mạch chủ dưới). Trong phẫu thuật cắt thận ung thư có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới, siêu âm tim qua thực quản được sử dụng trong phẫu thuật để chẩn đoán ngay lập tức sự di chuyển của huyết khối tĩnh mạch trong mổ, ngoài ra, nó còn được sử dụng để đánh giá tiền gánh thất trái và đánh giá kết quả của phẫu thuật ngay sau mổ

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Số lượng BN (n = 8)	Tỷ lệ %
Giới tính: Nam	4	50%
Nữ	4	50%
Vị trí ung thư thận: Thận phải	6	75%
Thận trái	2	25%
Phân loại huyết khối tĩnh mạch chủ dưới theo Kearney: Loại A	3	37,5%

[2],[3]. Chúng tôi tiến hành đề tài này tại Trung tâm viện trưởng Đại học thành phố Lille, Cộng hòa Pháp, nhằm mục tiêu: nghiên cứu giá trị của phương pháp siêu âm tim qua thực quản để theo dõi trong phẫu thuật cắt ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân bị ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới được mổ cắt thận và lấy huyết khối tĩnh mạch chủ dưới, được theo dõi trong mổ bằng siêu âm tim qua thực quản từ tháng 11 năm 2001 đến tháng 6 năm 2003 tại Bệnh viện tim và bệnh viện Hurier, Trung tâm viện trưởng Đại học thành phố Lille, Cộng hòa Pháp.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.3 Trang thiết bị sử dụng trong nghiên cứu: Máy siêu âm FIVE của hãng GE (Mỹ), đầu dò siêu âm qua thực quản tần số 5,5 Hz.

Máy gây mê, máy theo dõi trong gây mê hồi sức, hệ thống theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn, theo dõi áp lực tĩnh mạch trung ương.

2.4 Cách thức tiến hành: Các bệnh nhân được gây mê nội khí quản bằng: propofol, sufentanil, atracurium, duy trì mê bằng sevofluran nồng độ 1 - 2% và N₂O /O₂ tỷ lệ 1/1.

Tất cả các bệnh nhân đều được theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn (động mạch quay) và huyết áp tĩnh mạch trung ương (tĩnh mạch dưới đòn). Đầu dò siêu âm qua thực quản được đặt qua miệng sau khi bệnh nhân đã được gây mê.

*Cách xác định tĩnh mạch chủ dưới trên siêu âm tim qua thực quản

Siêu âm tim qua thực quản theo dõi liên tục có thể phát hiện sự di động của huyết khối và theo dõi quá trình lấy huyết khối, ngoài ra còn theo dõi các thông số về chức năng tim, phân số tổng máu, co bóp của thất trái, đo được huyết áp động mạch phổi và áp lực tâm nhĩ phải dựa vào hiệu ứng Doppler. Các thông số theo dõi về huyết động, về thời gian phẫu thuật, số lượng máu mất, tiến triển của bệnh nhân trong và sau mổ...

Loại B Loại C	2 3	25% 37,5%
Loại phẫu thuật: Có dùng tim phổi máy Không dùng tim phổi máy	1 7	12,5% 87,5%
Phẫu thuật thay đoạn tĩnh mạch chủ dưới: Có Không	3 5	37,5% 62,5%

Bảng 3.2. Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu

Thông số	Giá trị trung bình	Min - max
Thời gian phẫu thuật (giờ)	3,0 ± 0,6	2 - 4
Thời gian kẹp tĩnh mạch chủ dưới (phút)	26,57 ± 16,3	10 - 75
Thời gian ở phòng Hồi sức tích cực (ngày)	3,5 ± 1,6	1 - 7
Thời gian nằm viện (ngày)	14,63 ± 6,5	7 - 22

Bảng 3.3. Đặc điểm về gây mê hồi sức

Thông số	BN số 1	BN số 2	BN số 3	BN số 4	BN số 5	BN số 6	BN số 7	BN số 8
Di chuyển của huyết khối	không	không	không	không	không	không	không	có
Giảm HAĐM TB khi kẹp tĩnh mạch chủ (%)	16	10	14	18	28		4,5	13
Tăng tần số tim khi kẹp tĩnh mạch chủ (%)	8	14	6	40	2,8		8	10
Mất máu trong mổ (ml)	2900	700	250	4400	3000		900	400
Truyền máu trong mổ (ml)	500	250	250	1500	750	500	500	0
Truyền dịch tinh thể (ml)	3000	500	2500	2000	2000	2000	1000	2500
Truyền dịch keo (ml)	3000	2500	1000	3500	2000	1750	1500	2000
Bài niệu trong m (ml/kg/giờ)	0,75	1,1	0,71	0,54	1,18	0,63	0,14	0,25

Trường hợp đặc biệt số 8: Bệnh nhân 70 tuổi, ung thư thận phải có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới mức độ A theo phân loại của Kearney. Chỉ định mổ cắt thận phải và vá tĩnh mạch chủ dưới. Phẫu thuật ngày 4/6/2003 tại Bệnh viện Hurier, Trung tâm viện trường Đại học, thành phố Lille, Pháp. Gây mê nội khí quản, theo dõi huyết áp động mạch xâm lấn (động mạch quay) và áp lực tĩnh mạch trung ương (tĩnh mạch dưới đòn). Theo dõi trong mổ bằng siêu âm tim qua thực quản, sử dụng ba mặt cắt: qua tĩnh mạch chủ dưới đoạn đổ vào nhĩ phải; qua nhĩ phải, thất phải và van ba lá; qua tĩnh mạch trên gan. Khi theo dõi liên tục siêu âm qua thực quản, không nhìn thấy huyết khối trong tĩnh mạch chủ trên và trong nhĩ phải, chức năng tâm thu thất trái và áp lực động mạch phổi tâm thu bình thường. Khi đang mổ, theo dõi trên siêu âm tim qua thực quản nhìn thấy một huyết khối di chuyển từ nhĩ phải xuống thất phải và đi lên động mạch phổi. Kích thước huyết khối là 2 x 4cm. Sau khi huyết khối đi lên động mạch phổi, các chỉ số huyết động và hô hấp của bệnh nhân không thay đổi: mạch 70 lần/phút, huyết áp động mạch trung bình 65mmHg, SpO₂ 97%, EtCO₂ 30mmHg. Áp lực động mạch phổi tâm thu tăng từ 21mmHg lên 45mmHg. Không giãn các buồng tim, không

rối loạn chức năng thất trái, không thay đổi dòng máu tĩnh mạch phổi. Thời gian phẫu thuật là 3 giờ, phẫu thuật cắt thận phải, lấy huyết khối tĩnh mạch chủ dưới và vá lại thành tĩnh mạch chủ dưới. Máu mất trong mổ 400ml, không phải truyền máu. Bệnh nhân tỉnh sau 20 phút, rút ống nội khí quản. Theo dõi ở phòng Hồi sức tích cực 4 ngày, xuất viện sau 10 ngày. Điều trị chống đông bằng Heparin truyền tĩnh mạch phổi hợp với thuốc kháng vitamin K. Chụp cắt lớp động mạch phổi sau mổ 48 giờ thấy hình ảnh huyết khối động mạch phổi, ở vị trí động mạch phổi ở thùy dưới phổi trái. Ngoài ra không thấy hình ảnh huyết khối nào khác. Chụp cắt lớp động mạch phổi sau 1 tháng không còn hình ảnh huyết khối động mạch phổi, không thấy di căn phổi, nhu mô phổi bình thường.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: siêu âm tim qua thực quản là một phương pháp theo dõi rất có ích và có giá trị tốt trong phẫu thuật cắt thận và lấy huyết khối tĩnh mạch chủ dưới trong ung thư thận. Phương pháp này cho phép phát hiện các diễn biến trong mổ như sự di chuyển của huyết khối. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã phát hiện thấy 1 trường hợp huyết

khối di chuyển trong mổ trong tổng số 8 trường hợp phẫu thuật ung thư thận nhờ vào siêu âm tìm qua thực quản.

Theo y văn, David B. đã sử dụng siêu âm tìm qua thực quản để theo dõi trong ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới cho 13 bệnh nhân. Tác giả đã phát hiện được 2 trường hợp biến chứng trong mổ: một trường hợp di chuyển của huyết khối vào tâm nhĩ phải, sau đó phải mở tâm nhĩ phải lấy huyết khối; 1 trường hợp tắc mạch do khí điều trị bằng chọc hút khí qua da [1]. Kết quả của tác giả cho thấy tỷ lệ di chuyển của huyết khối tĩnh mạch chủ dưới trong mổ cắt thận do ung thư là không phải hiếm gặp vì chúng tôi cũng gặp với tỷ lệ 12,5% (1/8 trường hợp). Điều này cũng phần nào giải thích tỷ lệ tử vong khá cao của phẫu thuật cắt thận trong ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới (có thể lên tới 5 – 10%). Tuy nhiên, một số biến chứng có thể dung nạp tốt như trường hợp tắc mạch phổi do huyết khối trong nghiên cứu của chúng tôi không gây triệu chứng lâm sàng nguy hiểm nào. Sau 48 giờ, chúng tôi đã chụp cắt lớp động mạch phổi để khẳng định lại chẩn đoán và xác định chính xác vị trí tắc động mạch phổi. Một câu hỏi đặt ra là: đây là huyết khối do cục máu đông hay do các tế bào ung thư? Để trả lời câu hỏi này, chúng tôi đã tiến hành chụp cắt lớp động mạch phổi kiểm tra lại cho bệnh nhân sau khi mổ 1 tháng. Kết quả chụp cho thấy: huyết khối động mạch phổi đã biến mất mà không thấy hình ảnh di căn phổi ở các vị trí khác. Thông thường, huyết khối trong tĩnh mạch chủ dưới ở bệnh nhân ung thư thận thường có hai thành phần: từ tế bào ung thư và từ cục máu đông bám vào. Trong trường hợp của chúng tôi, huyết khối di chuyển nằm ở phía ngoài của đoạn huyết khối tĩnh mạch chủ nên có thể là do cục máu đông tạo thành.

Phẫu thuật cắt thận và lấy huyết khối trong ung thư thận là loại phẫu thuật có tỷ lệ tai biến và tử vong cao nhưng vẫn là phương pháp điều trị chính vì ung thư thận ít nhạy cảm với hóa chất và liệu pháp hormon (chỉ 12 – 20% đáp ứng với điều trị bằng phương pháp miễn dịch với Interferon).

Về thay đổi huyết động sau kẹp tĩnh mạch chủ dưới, trong nghiên cứu của chúng tôi, sự thay đổi huyết động này được dung nạp tốt: huyết áp động mạch trung bình giảm 14,78% và tần số tim chỉ tăng lên 12%. Theo y văn, bệnh nhân dung nạp tốt với kẹp tĩnh mạch chủ dưới. Bình thường 1/3 lượng máu tĩnh mạch chủ dưới

là từ tĩnh mạch thận, 1/3 từ tĩnh mạch chủ dưới thận và 1/3 từ tĩnh mạch trên gan. Do đó, khi kẹp tĩnh mạch chủ đoạn dưới gan thường bệnh nhân vẫn dung nạp tốt về huyết động. Tuy nhiên, dẫn lưu máu tĩnh mạch chủ về tim còn theo tuần hoàn bàng hệ: tĩnh mạch trong cột sống, tĩnh mạch Azygos và tĩnh mạch cột sống lên, thời gian để tạo tuần hoàn bàng hệ là 3 tuần. Do đó, nếu bệnh nhân sau kẹp tĩnh mạch chủ dưới mà không dung nạp về huyết động thì phải phẫu thuật với tim phổi máy, đặc biệt loại huyết khối loại A theo phân loại của Kearney thì phải mổ ở bệnh viện tim vì cần dùng hệ thống tim phổi nhân tạo trong mổ [4].

Lượng máu mất trong mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 1 407 ml, đây là loại phẫu thuật gây mất máu nhiều, do đó, phải có chiến lược truyền máu kịp thời, cần chuẩn bị trước mổ cả hồng cầu khối và các chế phẩm máu. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi không cần dùng vận mạch, chỉ có một số ít cần dùng vận mạch trong và sau mổ do bệnh nhân tuổi cao hoặc do mắc bệnh tim mạch trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm tìm qua thực quản là một phương pháp theo dõi liên tục có giá trị cao trong phẫu thuật có nhiều nguy cơ tắc mạch phổi như phẫu thuật cắt thận trong ung thư thận có huyết khối tĩnh mạch chủ dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi đã phát hiện được 1 trường hợp (trong tổng số 8 ca mổ) có huyết khối di chuyển trong mổ gây tắc động mạch phổi. Cần có những nghiên cứu tiến cứu lớn hơn để đưa ra phác đồ chung khi gây mê hồi sức đối với nhóm bệnh nhân này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. David B, Sigman D, Hansnain N. (1999); "Real-time transesophageal echocardiography for intraoperative surveillance of patient with renal cell carcinoma and vena caval extension undergoing radical nephrectomy", *The journal of Urology*, vol 161:30-38.
2. Denault A.Y, Couture P, Mc Kenty S et al (2002), "Perioperative of transesophageal echocardiography by anesthesiologist impact in noncardiac surgery and in the intensive care unit"; *Can J Anaesth*,49(3):287-293.
3. Komanapalli CB, Tripathy U, Sokoloff M, Daneshmand S, Das A, Slater MS. "Intraoperative renal cell carcinoma tumor embolization to the right atrium: Incidental by transesophageal echocardiography". *Anesth Analg*. 2006;102:378-9.
4. Scetbon V, Ponsot Y, Gattegno B et al (1985), "Les thromboses cave inferieure dans les cancers du rein. Experience de vingts annees". *Ann. Urol* 19: 429-432.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM SỬ DỤNG ĐA CHẤT TRÊN BỆNH NHÂN RỐI LOẠN TÂM THẦN LIÊN QUAN SỬ DỤNG CHẤT ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT¹⁰

Đặt vấn đề: Thuật ngữ "sử dụng đa chất" được biết đến rộng rãi hơn bằng nghiên cứu việc sử dụng nhiều hơn một chất trong một thời gian xác định. **Mục đích nghiên cứu:** Mô tả được đặc điểm đối tượng sử dụng đa chất ở bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan sử dụng chất. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả tiền cứu, cắt ngang, phỏng vấn 33 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn tâm thần liên quan sử dụng chất điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe tâm thần từ tháng 01/2016 đến tháng 05/2016. Số liệu thu thập được phân tích và xử lý bằng phương pháp thống kê, Excel. **Kết quả nghiên cứu:** Về các chất sử dụng, hầu hết đối tượng đều có sử dụng ATS, chiếm 96,97%, cần sa với 60,61%, rượu là 45,45%, các chất heroin chỉ có 21,21%, ketamin là 6,06%. Mô hình sử dụng đa chất: hầu hết là sử dụng 2 chất (75,76%) trong đó cần sa + ATS chiếm đa số (54%), tiếp đến là rượu + ATS (32%), ATS+heroin và rượu + cần sa rất ít, chỉ có 8% và 4%. Mô hình sử dụng 3 chất, (ATS + cần sa +rượu) và (ATS + heroin + rượu) chiếm tỷ lệ như nhau, 37,5%; (ATS + cần sa + ketamin) chiếm tỷ lệ ít hơn, 25%. **Kết luận:** nghiên cứu chỉ ra rằng số lượng người sử dụng một chất gây nghiện duy nhất đang trở nên ít đi, sử dụng đa chất cũng đang dần phổ biến hơn ở cộng đồng, đặc biệt là các thành phố lớn, và sự ảnh hưởng của nó ngày càng nghiêm trọng.

Từ khóa: ICD – 10, ATS

SUMMARY

RESEARCHING SOME FEATURES OF USING DIVERSITY ON PERSONAL DISORDERS OF RELIGIOUS DISORDERS RELATING TO USING THE SUBSTANCE INFECTIOUS TREATMENT IN MENTAL HEALTH INSTITUTE BACH MAI HOSPITAL

Introduction: The term "multi-substance use" is more widely known by studying the use of more than one substance for a specified period of time. **Purpose of the study:** Describe the characteristics of multiple use in patients with substance use related mental disorders. **Study design:** Descriptive study design, cross-sectional analysis, interviewed 33 patients diagnosed with mental disorders related to inpatient substance use at the Mental Health Institute from

January 2016 to May 0516. Collected data were analyzed and processed by statistical methods, Excel. **Research Results:** In terms of substance use, almost all subjects used ATS, accounting for 96.97%, marijuana at 60.61%, alcohol at 45.45%, heroin at 21.21%, Ketamine is 6.06%. **Multivariate models:** Most of them are using 2 substances (75.76%) in which marijuana+ATS is the majority (54%), followed by alcohol + ATS (32%), ATS + heroin and alcohol + Very little marijuana, only 8% And 4%. The three-drug model, ATS + marijuana + and alcohol (ATS + heroin + alcohol) accounted for the same proportion, 37.5%; (ATS + marijuana + ketamine) accounts for less, 25%. **Conclusion:** Research indicates that the number of people who use a single drug is becoming less, with the use of multiple drugs also becoming more common in the community, especially in big cities, and in the image. Its enjoyment increasingly serious.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, các chất gây nghiện xuất hiện ngày càng nhiều. Các chất gây nghiện tác động vào hệ thần kinh trung ương, gây biến đổi hoạt động chức năng của não bộ, sử dụng lặp lại nhiều lần sẽ dẫn đến trạng thái lệ thuộc, thèm muốn. Người nghiện lâu ngày sẽ dẫn tới thay đổi nhân cách, rối loạn hành vi, dễ vi phạm pháp luật, gây hậu quả nặng nề cho bản thân, gia đình và xã hội.

Thuật ngữ "sử dụng đa chất" được biết đến rộng rãi hơn bằng mô tả việc sử dụng nhiều hơn một chất trong một thời gian xác định, đồng thời hoặc vào các thời điểm khác nhau cho mục đích điều trị hoặc giải trí. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng số lượng người sử dụng một chất gây nghiện duy nhất đang trở nên ít đi, dần dần đi theo xu thế sử dụng đa chất. Nghiên cứu của trung tâm giám sát về ma túy Châu Âu 2010 (European Monitoring Centre for Drugs Addiction- EMCDDA 2010) cho thấy đa chất đang ngày càng trở thành xu hướng và được sử dụng khá phổ biến trong xã hội hiện nay, tỷ lệ người dùng đa chất gần 40% ở các quốc gia phát triển, 36% ở các nước đang phát triển và các nước chậm phát triển tỷ lệ này là 22,5% trong tổng số những người có sử dụng các chất gây nghiện. Ở nước ta trong những năm gần đây, sử dụng đa chất cũng đang dần phổ biến hơn ở cộng đồng, đặc biệt là các thành phố lớn, và sự ảnh hưởng của nó ngày càng nghiêm trọng.

Trên Thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về đa chất. Ở Việt Nam chưa có nhiều

*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: 27.6.2017
Ngày duyệt bài: 6.7.2017

nghiên cứu về sử dụng đa chất, đặc biệt là đánh giá việc sử dụng đa chất trên các bệnh nhân có rối loạn tâm thần liên quan sử dụng chất. Chính vì vậy, chúng tôi chọn đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm sử dụng đa chất trên bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan sử dụng chất điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần" với mục đích: *Mô tả được đặc điểm đối tượng sử dụng đa chất ở bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan sử dụng chất.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu 33

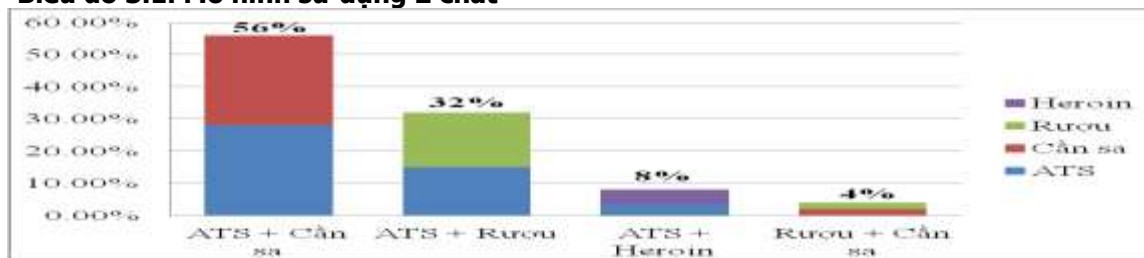
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Các chất và thời gian sử dụng

Các chất	Số BN	Tỷ lệ (%)	Thời gian TB sử dụng (tháng)
Các sản phẩm có cồn: bia, rượu vang, rượu mạnh...	15	45,45	53,13
Cần sa: cỏ, tài mà ,marijuana, hash...	20	60,61	29,1
Các chất kích thích dạng Amphetamin: hồng phiến, đá, thuốc lắc-ecstasy...	32	96,97	43,47
Chất dạng thuốc phiện: heroin, morphine, methadone, codeine...	7	21,21	51,86
Chất gây ảo giác: ketamin, LSD acid, nấm, PCP, ...	2	6,06	30
Cocain: coke, crack...	0	0	0
Chất yếu dịu hoặc gây ngủ: seduxen, Serepax, Rohypnol...	0	0	0
Dung môi hữu cơ: keo, nitrous, glue, petrol, paint thinne...	0	0	0

Nhận xét: 96,97% đối tượng sử dụng ATS, 60,61% sử dụng cần sa, 45,45% sử dụng rượu, 21,21% dùng heroin, 6,06% dùng ketamin. Rượu được sử dụng trung bình 53,13 tháng, đối tượng sử dụng ít nhất là 5 tháng, lâu nhất là 18 năm. Heroin, các chất dạng thuốc phiện được sử dụng trung bình 51,86 tháng, đối tượng sử dụng ít nhất là 1 năm, nhiều nhất là 6 năm. ATS được sử dụng trung bình 43,47 tháng, đối tượng sử dụng ít nhất là 1 lần, nhiều nhất là 18 năm. Cần sa được sử dụng trung bình 29,1 tháng, đối tượng sử dụng ít nhất là duy nhất 1 lần, bệnh nhân sử dụng lâu nhất là 7 năm.

Biểu đồ 3.1. Mô hình sử dụng 2 chất



Nhận xét: Trong mô hình kết hợp 2 chất: ATS kết hợp cần sa là 56%. ATS kết hợp rượu là 32%. ATS kết hợp heroin là 8%. Cần sa kết hợp rượu là 4%

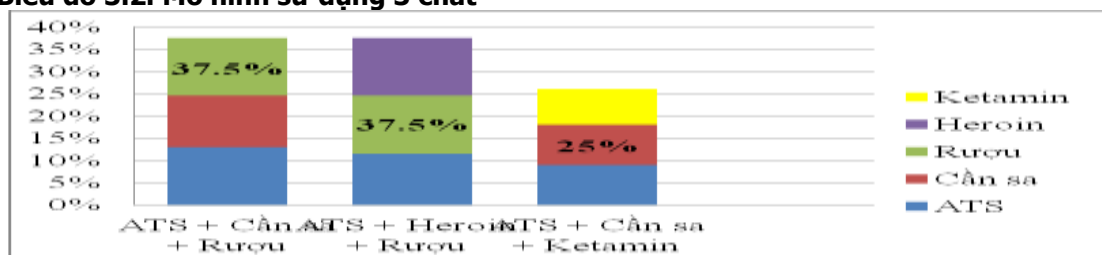
Bảng 3.2. Mô hình kết hợp đa chất

	Rượu	ATS	Cần sa	Heroin	Ketamin	Dung môi HC	Chất êm dịu	Cocain
Rượu	XXX	14	4	3	0	0	0	0
ATS	14	XXX	19	5	2	0	0	0
Cần sa	4	19	XXX	0	2	0	0	0
Heroin	3	5	0	XXX	0	0	0	0
Ketamin	0	2	2	0	XXX	0	0	0
Dung môi HC	0	0	0	0	0	XXX	0	0
Chất êm dịu	0	0	0	0	0	0	XXX	0
Cocain	0	0	0	0	0	0	0	XXX

Nhận xét: Đối tượng sử dụng rượu: (93,35% kết hợp ATS. 26,67% kết hợp cần sa. 20% kết hợp heroin). Đối tượng sử dụng cần sa: (95% kết hợp ATS. 20% kết hợp rượu. 10% kết hợp Ketamin).

Đối tượng sử dụng ATS: (59,37% kết hợp cần sa. 43,75% kết hợp rượu. 15,63% kết hợp heroin. 6,25% kết hợp Ketamin). Các đối tượng sử dụng ketamin, 100% kết hợp cần sa và ATS.

Biểu đồ 3.2. Mô hình sử dụng 3 chất



Nhận xét: Trong mô hình kết hợp 3 chất: (ATS + cần sa + rượu và ATS + cần sa + ketamin là 37,5%). (ATS + cần sa + ketamin là 25%)

Bảng 3.3. Tần suất sử dụng

Tần suất	Rượu		ATS		Cần sa		Heroin		Ketamin	
	BN	(%)	BN	(%)	BN	(%)	BN	(%)	BN	(%)
Hằng ngày	5	33,33	0	0	0	0	0	0	0	0
Hằng tuần	10	66,67	30	93,97	16	80	7	100	2	100
Hằng tháng	0	0	1	3,03	3	15	0	0	0	0
Hằng năm	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 lần	0	0	1	3,03	1	5	0	0	0	0
Tổng	15	100	32	100	20	100	7	100	2	100

Nhận xét: Đối tượng dùng rượu: 33,33% sử dụng hằng ngày. 66,67% sử dụng hằng tuần. (Đối tượng dùng ATS: 93,97% sử dụng hằng tuần. 3,03% sử dụng hằng tháng, 3,03% dùng 1 lần). Đối tượng dùng cần sa: (80% sử dụng hằng tuần, 15% sử dụng hằng tháng, 5% dùng 1 lần). Đối tượng dùng heroin và ketamin, 100% sử dụng tần suất hằng tuần.

Bảng 3.4. Cách thức sử dụng các chất

Đường dùng	Rượu		ATS		Cần sa		Heroin		Ketamin		Tổng	
	BN	(%)	BN	(%)	BN	(%)	BN	(%)	BN	(%)	BN	(%)
An, uống	15	100	9	28,13	1	5	0	0	0	0	15	45,46
Tiêm chích	0	0	0	0	0	0	1	14,29	0	0	1	3,03
Hút, hít	0	0	27	84,38	20	100	7	100	2	100	28	84,85
Hít sâu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Viên đạn	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Đường sử dụng hút, hít chiếm 84,85% đối tượng sử dụng. Đường hút, hít: 100% đối tượng dùng cần sa, ketamin, heroin sử dụng và 83,84% đối tượng dùng ATS sử dụng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm các chất sử dụng: Theo thống kê bảng 1 cho thấy hầu hết các đối tượng đều sử dụng ATS chiếm tỷ lệ sử dụng là 96,97%, tiếp đến là cần sa với tỷ lệ sử dụng là 60,61%, rượu cũng được sử dụng đáng kể với tỷ lệ là 45,45%. Heroin, ketamin chiếm tỷ lệ thấp với 21,21% và 6,06%. Không ghi nhận được trường hợp nào sử dụng cocaine, các dung môi hữu cơ hay các chất gây êm dịu, gây ngủ. Theo một nghiên cứu đánh giá thăm dò ý kiến toàn quốc năm 2001 về việc sử dụng chất gây nghiện của dân chúng Úc từ 14 tuổi trở lên, cho thấy 90,4% đã uống rượu, 33,1% đã hút cần sa, 15% đã sử dụng ATS, 7,6% sử dụng các chất gây ảo giác, 4,4% sử dụng Cocain, 1,6% sử dụng Heroin và 3,2% sử dụng thuốc an thần. Cuộc khảo sát năm 2011 của ESPAD sinh viên 16 tuổi tại 35 nước

châu Âu cho thấy sự phổ biến của việc sử dụng các chất gây nghiện phổ biến trong 30 ngày: 57% có rượu say và 7% đã hút cannabis, cũng trong cuộc khảo sát này, ghi nhận được 23,9% có sử dụng chất trong đó 8,7% ghi nhận sử dụng rượu, 6,8% sử dụng cần sa và 6,1% ghi nhận sử dụng chất ma túy bất hợp pháp.

Heroin và các chất dạng thuốc phiện là chất gây nghiện xuất hiện và được sử dụng sớm nhất, do đó thời gian sử dụng có thể dài hơn so với các chất gây nghiện xuất hiện sau. Hơn nữa sử dụng heroin gây trạng thái lệ thuộc chất khá cao, đối tượng khi ngưng chất sẽ dẫn tới trạng thái cai, khó có thể bỏ được, do đó sẽ tiếp tục tìm cách sử dụng lại, chính vì thế thời gian sử dụng heroin và các chất dạng thuốc phiện có thể kéo dài. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sử dụng heroin trung bình trên nhóm đối

tượng nghiên cứu là 51,86 tháng, đứng thứ 2 sau rượu và các sản phẩm chứa cồn. Tuy nhiên, hiện nay tỷ lệ sử dụng heroin đang dần có xu hướng giảm đi, do đó thời gian sử dụng của nó cũng sẽ có xu hướng thấp hơn.

Cần sa được sử dụng phổ biến được bào chế dưới nhiều dạng như dầu, trà, dạng hút hít hay tiêm chích, tác dụng nhanh và đem lại cảm giác hưng phấn. Đây cũng là một xu thế mới của giới trẻ, đặc biệt cần sa thường được sử dụng theo nhóm đồng, khả năng gây trạng thái lệ thuộc không cao như các chất gây nghiện khác, do đó nó thường được sử dụng khi tụ tập bạn bè, không thường sử dụng thường xuyên. Chính vì vậy thời gian sử dụng của cần sa cũng chưa cao, theo nghiên cứu của chúng tôi là 29,1 tháng.

4.2. Mô hình các chất kết hợp: Theo nghiên cứu của chúng tôi, ATS là chất hay được sử dụng kết hợp nhất trong nhóm đối tượng sử dụng đa chất. Trong số đối tượng sử dụng ATS, 59,38% kết hợp với cần sa, 43,75% kết hợp với rượu, 15,63% với heroin và 6,25% với ketamin. Theo một nghiên cứu về mô hình sử dụng đa chất trên nhóm đối tượng sử dụng thuốc lắc thường xuyên cho thấy thuốc lắc được sử dụng với rượu là 88,9%, với cần sa là 87%, với các chất dạng thuốc phiện là 98,1%. ATS có nhiều dạng bào chế, sử dụng thuận tiện theo nhiều cách thức, do đó dễ dàng kết hợp với các chất dạng uống như rượu cũng như được hút, hít chung với cần sa, heroin hay ketamin hoặc kết hợp nhiều chất. Trong số đối tượng sử dụng rượu, 93,35% kết hợp ATS, 26,67% kết hợp với cần sa, 20% kết hợp với heroin. Điều này hoàn toàn phù hợp với một nghiên cứu về việc sử dụng đa chất trên nhóm sinh viên đại học cho thấy, trong số những đối tượng có sử dụng rượu, 37,6% có sử dụng rượu cùng cần sa, 42,7% có sử dụng rượu và ecstasy, 41,2% sử dụng rượu và amphetamin, 25% sử dụng rượu và LSD.

Với các đối tượng sử dụng cần sa, chúng tôi nhận thấy có tới 95% kết hợp với ATS, 20% kết hợp với rượu và 10% kết hợp với ketamin. Cũng theo nghiên cứu trên nhóm sinh viên đại học, trong số đối tượng có sử dụng cần sa, có 28,2% sử dụng cùng rượu, 27,6% sử dụng cùng ecstasy, 44,9% sử dụng cùng amphetamin, 40,5% sử dụng cùng LSD. Kết quả của chúng tôi cũng thu được 71,43% đối tượng dùng heroin kết hợp với ATS, 42,86% kết hợp với rượu. 2 đối tượng sử dụng ketamin đều dùng cùng với cần sa và ATS.

4.3. Số lượng chất sử dụng kết hợp: Biểu đồ 1. Mô hình sử dụng đa chất hầu hết là sử dụng 2 chất kết hợp hoặc 3 chất kết hợp. Trong

đó phần lớn là kết hợp 2 chất, chiếm 75,76%. Số đối tượng dùng kết hợp 3 chất là 24,24%. Kết quả này phù hợp với một nghiên cứu cho quần thể thanh thiếu niên 16 tuổi ở 35 nước châu Âu năm 2011, với 15,3% có sử dụng một chất gây nghiện, 8,6% sử dụng đa chất trong đó 5,3% sử dụng 2 chất, 3,3% sử dụng 3 chất, tương với tỷ lệ sử dụng 2 chất/3 chất là 61,63%/38,37%. Theo nghiên cứu của chúng tôi trong mô hình sử dụng kết hợp 2 chất, phần lớn đối tượng sử dụng kết hợp ATS và cần sa, chiếm tới 54% tổng số bệnh nhân sử dụng kết hợp 2 chất. Một số lượng đáng kể đối tượng sử dụng kết hợp ATS và rượu, chiếm 32%. Một số ít đối tượng sử dụng heroin và ATS, chiếm 8% và chỉ có 4% là sử dụng kết hợp rượu và cần sa. Một nghiên cứu tại châu Âu 2011, 23,9% ghi nhận sử dụng chất, kết hợp sử dụng của cần sa với 1 chất ma túy bất hợp pháp chiếm 6,5% tổng số đối tượng nghiên cứu; Rượu với 1 chất ma túy bất hợp pháp là 3,8%; cần sa với rượu là 4,9%. Trong (Biểu đồ 3) sử dụng kết hợp 3 chất, tỷ lệ kết hợp sử dụng (ATS + Cần sa + Rượu) và (ATS + Heroin + Rượu) chiếm tỷ lệ như nhau, 37,5%. Sự kết hợp (ATS + Cần sa + Ketamin) chiếm tỷ lệ ít hơn, 25%. Cũng theo nghiên cứu tại 35 nước châu Âu 2011, 23,9% ghi nhận sử dụng chất, kết hợp sử dụng rượu, cần sa và 1 chất ma túy bất hợp pháp chiếm 2,1% tổng số đối tượng nghiên cứu.

4.4. Đặc điểm cách thức sử dụng đa chất: Qua bảng 3.3 kết quả, cho thấy đối tượng sử dụng thường xuyên đa chất chiếm tỷ lệ thấp: tần suất sử dụng hằng ngày chỉ được sử dụng đối với đối tượng có sử dụng rượu, chiếm 33,33% tổng số đối tượng sử dụng rượu. Với tất cả các chất được sử dụng đều được đối tượng sử dụng với tần suất hằng tuần, tần suất sử dụng hằng tháng chiếm tỷ lệ nhỏ 3,03% đối tượng sử dụng ATS và 15% sử dụng cần sa. Không ghi nhận trường hợp nào sử dụng tần suất hằng năm, có 1 trường hợp chỉ sử dụng ATS và cần sa duy nhất 1 lần.

ATS có tới 93,97% đối tượng sử dụng với tần suất hằng tuần, chỉ có 3,03% sử dụng với tần suất hằng tháng và 3,03% mới sử dụng duy nhất 1 lần. Tác giả Nguyễn Kim Việt và cộng sự năm 2013 nhóm sử dụng thường xuyên ATS là 29,7%, sử dụng không thường xuyên là 70,3%. Theo Dunn và cộng sự (2007) theo dõi dọc trong 6 tháng khoảng một nửa (48%) báo cáo sử dụng ATS tuần một lần đến hàng tháng và 23% báo cáo sử dụng thuốc lắc nhiều hơn một lần một tuần. Đối với việc sử dụng cần sa, hầu hết cũng được sử dụng hằng tuần, chiếm tới 80%, do cần

sa không gây lệ thuộc cao, một số đối tượng chỉ sử dụng với mục đích giải trí cùng nhóm bạn, do đó tần suất sử dụng không cao như ATS hay các chất dạng thuốc phiện, vẫn có 15% sử dụng hằng tháng, 5% mới sử dụng 1 lần.

Heroin và ketamin, 100% bệnh nhân sử dụng với tần suất hằng tuần. Heroin và ketamin có thời gian bán hủy ngắn (2-3 giờ), đặc biệt là heroin gây lệ thuộc thuốc nhiều, đối tượng thường xuyên tìm đến sử dụng, do đó tần suất sử dụng hằng tháng, hằng năm không được đối tượng sử dụng. Tần suất sử dụng với các chất này hoàn toàn phù hợp với thực tế, do sử dụng heroin, ketamin hay cần sa và ATS đều là việc sử dụng bất hợp pháp, việc mua bán không được sự quản lý của các cơ quan chức năng do đó số lượng các chất mà bệnh nhân có thể có để sử dụng bị hạn chế. Chính vì vậy, hầu hết các chất này đều được sử dụng với tần suất hằng tuần là chủ yếu.

4.5. Cách thức sử dụng đa chất: Theo kết quả thu được bảng 4 cho thấy sử dụng đa chất theo đường hút, hít chiếm đa số, tỷ lệ sử dụng lên tới 84,85%, đường ăn, uống có 45,46% sử dụng, chỉ có 3,03% có sử dụng đường tiêm, chích, không có đối tượng nào sử dụng đường hít sâu và viên đạn. Cách thức sử dụng theo đường hút, hít được sử dụng với hầu hết các chất, với 100% bệnh nhân có sử dụng cần sa, heroin và ketamin, 84,38% bệnh nhân có sử dụng ATS. Do các chất này được sử dụng phổ biến dưới dạng bột, đốt cháy lên hít khói hoặc hút qua tẩu, dễ dàng sử dụng, do đó sử dụng đường hút, hít là chủ yếu. Mặt khác, các chất này cũng thường được sử dụng chung, hút, hít là cách thức sử dụng chung các chất thuận tiện nhất, do đó hay được dùng với nhiều chất. ATS có dạng bào chế dạng viên nén, cũng sử dụng đường uống rất tiện lợi, theo nghiên cứu của chúng tôi 28,13% số đối tượng có sử dụng ATS bằng đường uống. Cần sa cũng được sử dụng theo đường uống dưới dạng các loại trà, tuy nhiên tỷ lệ rất nhỏ, theo nghiên cứu của chúng tôi cách thức sử dụng này chiếm 5%. Sử dụng các chất theo đường ăn, uống an toàn, ít nguy cơ hơn nên dù tác dụng có chậm nhưng vẫn được các đối tượng sử dụng. Các chất gây nghiện cũng có thể được sử dụng theo đường tiêm chích để tác dụng nhanh hơn, kết quả của chúng tôi cũng chỉ ghi nhận 1 trường hợp có sử dụng tiêm chích đối với heroin.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 33 bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan sử dụng đa chất điều trị nội trú tại Viện

sức khỏe Tâm thần từ tháng 01 đến tháng 05 năm 2016, chúng tôi rút ra được những kết luận sau: Về các chất sử dụng, hầu hết đối tượng đều có sử dụng ATS, chiếm 96,97%, tiếp đến là cần sa với 60,61%, rượu là 45,45%, các chất heroin chỉ có 21,21%, ketamin là 6,06%. Thời gian sử dụng chất trung lâu nhất là rượu (53,13 tháng), tiếp đến là heroin (51,86 tháng), ATS (43,47 tháng), cần sa (29,1 tháng). Mô hình sử dụng đa chất: hầu hết là sử dụng 2 chất (75,76%) trong đó cần sa+ ATS chiếm đa số (54%), tiếp đến là rượu +ATS (32%), ATS+heroin và rượu + cần sa rất ít, chỉ có 8% và 4%. Mô hình sử dụng 3 chất, (ATS + cần sa +rượu) và (ATS + heroin + rượu) chiếm tỷ lệ như nhau, 37,5%; (ATS + cần sa + ketamin) chiếm tỷ lệ ít hơn, 25%. Tần suất chủ yếu sử dụng chất là hằng tuần, 100% bệnh nhân sử dụng heroin và ketamin, 93,97% ATS, 80% cần sa và 66,67% rượu sử dụng hằng tuần. Phần lớn đối tượng sử dụng thành nhóm (60,61%), tại các quán bar (93,94%). Sử dụng theo đường hút, hít là phương thức sử dụng hay được sử dụng nhất (84,54% tổng số bệnh nhân sử dụng đường này).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David Baldwin (2006):** "Human psychopharmacology clinical and experimental, Southampton, UK, June 2006"
2. **Anna Kokkevi, Eleftheria Kanavou, Clive Richardson, et al (2014) :** "Polydrug Use by European Adolescents in the Context of Other Problem Behaviours" *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 2014;31(4)323-42
3. **Nguyễn Kim Việt, Trần Hữu Bình, Lê Thị Thu Hà, và cộng sự (2013).** " Nghiên cứu đặc điểm ảo giác trên bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan sử dụng Amphetamin". *Tạp chí Y học thực hành*, số 10/2013
4. **Dunn, M, Degenhardt, LJ, Campbell, (2007):** "Australian trends in ecstasy and related drug markets 2006 , Findings from the Ecstasy and Related Drugs Reporting System (EDRS)", *Produced by the National Drug Law Enforcement Research Fund (NDLERF)*. Canberra, Australian Capital Territory 260..ISBN: 978-1-921532-98-6
5. **Sadock Benjamin J, Sadock Virginia A, Kaplan Harold I, et al (2009),** *Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry*, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa. ; London.
6. **Everett H. Ellinwood, George King and Tong H. Lee (2000):** "Chronic Amphetamine Use and Abuse". *Preparation of the manuscript was supported by a NIDA FIRST Award*, 1R29-08899
7. **Pauline Kenny, Angela Harney, Nicole K Lee (2011):** "Treatment utilization and barriers to treatment: Results of a survey of dependent methamphetamine users". *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2011, 6(3): 10.1186/1747-597X-6-3.

KHẢO SÁT XU HƯỚNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TIÊM TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI 11 BỆNH VIỆN TUYẾN HUYỆN THUỘC TỈNH AN GIANG

Hoàng Thy Nhac Vũ*

TÓM TẮT¹¹

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua việc hồi cứu dữ liệu sử dụng kháng sinh dạng tiêm trong giai đoạn 01- 12/2015 nhằm khảo sát thực trạng sử dụng kháng sinh tiêm tại 11 bệnh viện tuyến huyện tỉnh An Giang. Kết quả ghi nhận 22840 người bệnh được điều trị bằng kháng sinh tiêm. Có 13% người bệnh có tiêm ít nhất 2 lượt kháng sinh. Cephalosporin chiếm 84% tổng lượt điều trị bằng kháng sinh tiêm. Có 16 nhóm chẩn đoán được chỉ định tiêm kháng sinh, trong đó 3 trường hợp có tỉ lệ cao nhất về số lượng kháng sinh sử dụng, và số người bệnh được điều trị, đó là viêm phổi, viêm nhiễm hệ tiêu hóa và mổ lấy thai. Nghiên cứu chọn mẫu toàn bộ, đảm bảo kết quả mang tính đại diện cho thực trạng sử dụng kháng sinh tiêm tại các bệnh viện tuyến huyện thuộc tỉnh An Giang, giúp Sở Y tế An Giang và các bệnh viện có thêm căn cứ khoa học cho việc điều chỉnh ngân sách dành cho kháng sinh đường tiêm, từ đó tối ưu hóa công tác khám chữa bệnh tại Bệnh viện.

Từ khóa: người bệnh nội trú, kháng sinh tiêm, cephalosporin.

SUMMARY

STUDY THE REALITY OF USING INJECTABLE CEPHALOSPORINS AMONG INPATIENTS AT 11 HOSPITALS IN AN-GIANG PROVINCE

A cross-sectional retrospective study was designed to investigate the reality of using injectable antibiotics at 11 hospitals in An-Giang province. The study was conducted through reviewing the medical inpatient data at 11 hospitals over the 01-12/2015 period. There were 22840 inpatients included in the study. Among these inpatients, 13% was administered injectable antibiotics at least two times during their treatment. There was 84% of cases in which inpatients received cephalosporins for their treatment. 22840 inpatients were divided into 16 groups related to diagnostic categories, in which 'pneumonia', 'gastrointestinal infections' and 'cesarean' had the largest numbers of cases and units used. Using total sampling method ensures that results of this study represent the reality of using injectable antibiotics at hospitals in An-Giang province. These results are science-based evidence which enables authorities in An-Giang Health Department and hospitals to supply efficiently injectable antibiotics on their budget. Thus, this will optimize the effect of medical examination and treatment at hospitals.

*Khoa Dược - Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ
Email: hoangthyhacvu@uphcm.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 3.7.2017
Ngày duyệt bài: 18.7.2017

Keywords: injectable antibiotics, inpatients, cephalosporin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với thực trạng đề kháng kháng sinh hiện nay, vấn đề quản lý sử dụng kháng sinh hợp lý trở thành một yêu cầu bắt buộc trong điều trị tại các cơ sở y tế. Nhiều nghiên cứu gần đây trên thế giới [1,2] cũng như tại Việt Nam [3-5] quan tâm khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn. Trong năm 2015, Bộ Y tế đã ban hành các tài liệu hướng dẫn sử dụng kháng sinh hợp lý, nhằm tăng cường quản lý việc sử dụng kháng sinh được hiệu quả [6,7].

An Giang là một tỉnh có mô hình bệnh tật kép, với một số bệnh nhiễm trùng, truyền nhiễm như bệnh viêm đường hô hấp, nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, sốt xuất huyết, cúm, có tỉ lệ khá cao trong những năm gần đây. Kháng sinh là một trong những thuốc quan trọng trong danh mục thuốc tại các bệnh viện tại An Giang. Những thông tin về việc sử dụng kháng sinh sẽ là căn cứ khoa học quan trọng đối cơ sở y tế cũng như cơ quan quản lý nhằm giúp việc đánh giá thực trạng sử dụng kháng sinh tại các bệnh viện được chính xác và đầy đủ, từ đó có cơ sở giúp việc đánh giá và hoạch định các chính sách đảm bảo sử dụng kháng sinh an toàn giúp điều trị bệnh được tối ưu. Trong tình hình đó, nghiên cứu thực hiện nhằm khảo sát xu hướng sử dụng kháng sinh tiêm tại 11 bệnh viện tuyến huyện thuộc tỉnh An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua việc hồi cứu dữ liệu sử dụng kháng sinh dạng tiêm trong điều trị nội trú tại 11 bệnh viện tuyến Huyện tỉnh An Giang trong năm 2015. Nghiên cứu loại bỏ các trường hợp sử dụng kháng sinh tiêm truyền; các kháng sinh mua nhưng chưa sử dụng; các trường hợp được điều trị bằng kháng sinh tiêm nhưng có ngày nhập viện năm 2015 và xuất viện vào năm 2016; hoặc trường hợp không có thông tin lưu trong phần mềm quản lý của bệnh viện. Mẫu nghiên cứu bao gồm 22840 người bệnh nội trú có sử dụng kháng sinh tiêm trong giai đoạn từ tháng 01/2015 đến 12/2015 tại 11 bệnh viện tuyến huyện tỉnh An Giang.

Thu thập và tổng hợp dữ liệu: nghiên cứu thu thập thông tin sử dụng từng loại kháng sinh tiêm bao gồm tên thuốc, thành phần hoạt chất, hàm lượng, cơ sở sử dụng, chẩn đoán kèm theo của từng trường hợp điều trị cho 22840 người bệnh trong mẫu nghiên cứu. Việc sử dụng kháng sinh tiêm được mô tả theo hoạt chất và theo mục đích sử dụng kháng sinh.

Phương pháp phân tích thống kê áp dụng: việc mô tả các đặc điểm xu hướng sử dụng kháng sinh của mẫu nghiên cứu được thực hiện thông qua tần số và tỉ lệ phần trăm. Dữ liệu được tổng hợp bằng Microsoft excel 2010 và phân tích bằng phần mềm thống kê R (phiên bản 3.1.3).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 12 tháng tiến hành thu thập dữ liệu, nghiên cứu ghi nhận có 22840 người bệnh được điều trị bằng kháng sinh tiêm tại 11 bệnh viện tuyến Huyện tỉnh An Giang năm 2015 đạt tiêu chí chọn mẫu. 22840 người bệnh trong mẫu nghiên cứu được tiêm kháng sinh liên quan đến 10 hoạt chất, tương ứng với 27 thuốc, chia thành 3 nhóm chính là Penicillin, Aminoglycoside, và Cephalosporin. Các nhóm kháng sinh này không được sử dụng tại tất cả 11 bệnh viện trong mẫu nghiên cứu. Cụ thể, Aminoglycoside chỉ được sử dụng tại 9 bệnh viện, chiếm 14% tổng lượt điều trị, Penicillin chỉ sử dụng được tại 4 bệnh viện, chiếm 2% lượt điều trị và Cephalosporin được sử dụng tại 11 bệnh viện, chiếm 84% tổng lượt điều trị trong mẫu nghiên cứu. Xét về các hoạt chất được sử dụng, nghiên cứu ghi nhận cefotaxim được sử dụng ở tất cả 11 bệnh viện, gentamicin được sử dụng tại 9 bệnh viện, ceftazidim được sử dụng tại 7 bệnh viện. Các hoạt chất còn lại

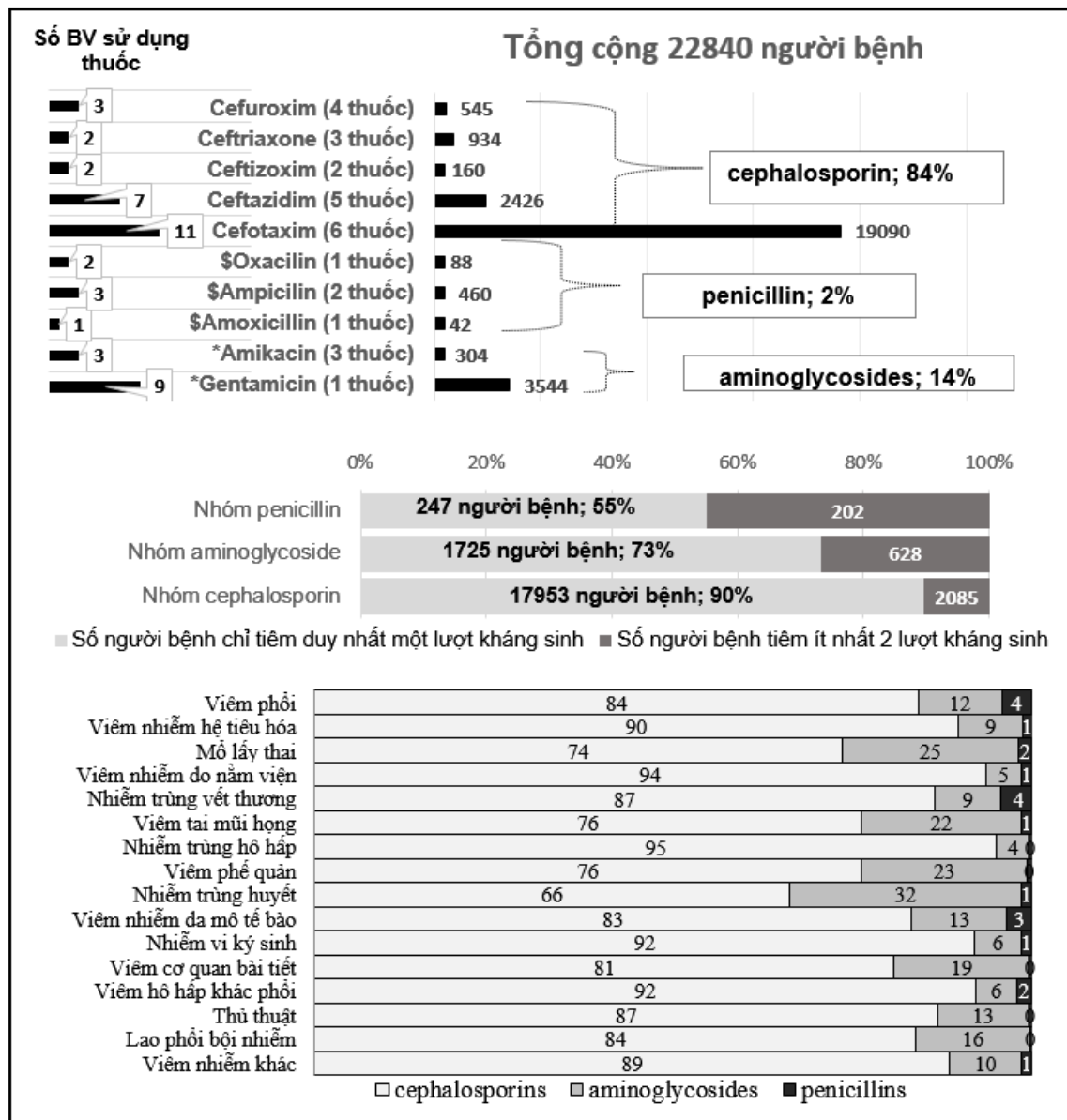
chỉ được từ 1 – 3 bệnh viện sử dụng. Bên cạnh sự đa dạng về hoạt chất, kháng sinh tiêm được sử dụng với các hàm lượng khác nhau bao gồm 80mg, 125 mg, 500mg, 750mg; 1g; 1,5g và 2g; trong đó thông dụng nhất là hàm lượng 1g. Hoạt chất có nhiều thuốc nhất là cefotaxim, với 6 thuốc, tiếp theo là ceftazidim (5 thuốc) và cefuroxim (4 thuốc). Nhóm cephalosporins là nhóm kháng sinh được lựa chọn thường xuyên cho người bệnh trong mẫu nghiên cứu với 12/16 chỉ định có tỉ lệ lựa chọn nhóm kháng sinh này trên 80%. Nhóm aminoglycosides có tỉ lệ chỉ định điều trị nhiều thứ 2 trong mẫu nghiên cứu và dao động từ 4%-32%. Nhóm penicillins có số lượt chỉ định điều trị gần như không đáng kể trong mẫu nghiên cứu với tỉ lệ từ 1%-4%. Số người bệnh được chỉ định duy nhất 1 kháng sinh đường tiêm chiếm ưu thế với 19916 người bệnh, chiếm 87%. Trong các trường hợp phối hợp kháng sinh, phối hợp 2 kháng sinh là phối hợp được ghi nhận nhiều nhất, chiếm 12% mẫu nghiên cứu. Phối hợp 3 kháng sinh chiếm 1% với 166 người bệnh. Hai phối hợp 4 kháng sinh và 5 kháng sinh lần lượt có số người bệnh được chỉ ở mỗi nhóm là 5 người bệnh và 1 người bệnh. (Hình 1).

Dựa vào mục đích sử dụng kháng sinh tiêm, nghiên cứu nhóm thành 16 nhóm, trong đó có các nhóm mục đích có tỉ lệ cách biệt bao gồm viêm phổi, viêm nhiễm hệ tiêu hóa và mổ lấy thai. Trong mẫu nghiên cứu, tỉ lệ người bệnh sử dụng kháng sinh tiêm với vai trò là thuốc điều trị hỗ trợ chiếm 11,8%. Cefotaxim là hoạt chất chiếm tỉ lệ sử dụng lớn nhất và vượt trội với 69,2% tổng số lượt điều trị và 74,5% tổng cơ sở sử dụng so với tổng giá trị của mẫu nghiên cứu. (Bảng 1).

Bảng 1: Mô tả xu hướng sử dụng kháng sinh theo mục đích điều trị

	Số lượt điều trị có tiêm kháng sinh	Cơ sở kháng sinh tiêm sử dụng
	n = 27593 lượt (%)	n = 330292 đơn vị (%)
Nhóm chẩn đoán		
Viêm phổi	6155 (26,9)	77597 (23,5)
Viêm nhiễm hệ tiêu hóa	3882 (17,0)	43609 (13,2)
Mổ lấy thai	2556 (11,2)	56135 (17,0)
Viêm nhiễm do nấm viện	1236 (5,4)	22484 (6,8)
Vết thương	1176 (5,1)	16638 (5,0)
Viêm tai mũi họng	1131 (5,0)	10528 (3,2)
Nhiễm trùng hô hấp	1048 (4,6)	20045 (6,1)
Viêm phế quản	1041 (4,6)	15724 (4,8)
Nhiễm trùng huyết	738 (3,2)	6843 (2,1)
Viêm nhiễm da mô tế bào	725 (3,2)	12830 (3,9)
Nhiễm vi ký sinh	697 (3,1)	8386 (2,5)
Viêm nhiễm cơ quan bài tiết	570 (2,5)	8990 (2,7)

	Số lượt điều trị có tiềm kháng sinh	Cơ sở kháng sinh tiềm sử dụng
	n = 27593 lượt (%)	n = 330292 đơn vị (%)
Thủ thuật	555 (2,4)	7977 (2,4)
Viêm hô hấp khác phổi	541 (2,4)	8627 (2,6)
Lao phổi bội nhiễm	450 (2,0)	8826 (2,7)
Viêm nhiễm khác	339 (1,5)	5053 (1,5)
Nhóm bệnh kèm theo		
Có bệnh kèm theo	5465 (23,9)	82867 (25,1)
Không có bệnh kèm theo	17375 (76,1)	247425 (74,9)
Mục đích điều trị		
Kháng sinh là thuốc điều trị chính	20124 (88,1)	282224 (85,4)
Kháng sinh là thuốc điều trị hỗ trợ	2716 (11,9)	48068 (14,6)



Hình 1: Mô tả đặc điểm chung của việc sử dụng kháng sinh tiềm trong mẫu nghiên cứu

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả xu hướng sử dụng kháng sinh dạng tiêm trong 12 tháng liên tục tại 11 bệnh viện cùng tuyến tại tỉnh An Giang. Mẫu nghiên cứu chiếm 25% tổng lượt điều trị nội trú tại 11 bệnh viện lấy mẫu. Có 27 thuốc kháng sinh tiêm được sử dụng, ứng với 10 hoạt chất, thuốc 3 nhóm kháng sinh khác nhau. Trong đó chủ yếu là các cephalosporin thế hệ thứ 3, với số lượng cefotaxim vượt trội. Kết quả này từng được ghi nhận trong các nghiên cứu khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong nội trú tại Việt Nam [3,5]. Trong 11 bệnh viện cùng tuyến, có sự khác nhau về số lượng hoạt chất được sử dụng cũng như loại thuốc mà các bệnh viện lựa chọn. Mẫu nghiên cứu có 13% người bệnh được tiêm ít nhất 2 lượt kháng sinh trở lên, trong đó đa phần là dùng 2 kháng sinh, với kết quả ghi nhận chủ yếu là sử dụng cephalosporin với gentamycin, hoặc dùng 2 loại cephalosporin (cefotaxim và ceftazidim). Với nhiều nguy cơ và tác dụng có hại khi sử dụng đường tiêm trong điều trị kháng sinh, việc cân nhắc chuyển việc điều trị từ đường tiêm sang đường uống hợp lý và đúng thời điểm cũng là một trong những vấn đề cần được quan tâm. Trong "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện" của Bộ Y tế [7], cefotaxim dạng tiêm là một trong các kháng sinh được khuyến cáo điều trị xương khớp, nghĩa là chuyển từ đường tiêm sang đường uống khi việc điều trị tình trạng nhiễm khuẩn có tiến triển tốt.

Nhiều nghiên cứu tại Việt Nam khảo sát việc sử dụng cephalosporin, tuy nhiên rất ít tài liệu tham khảo cung cấp các dữ liệu chi tiết về việc sử dụng cephalosporin tại Việt Nam nên việc so sánh kết quả của nghiên cứu còn hạn chế. Việc sử dụng nguồn dữ liệu điện tử giúp việc thu thập số lượng mẫu lớn được thuận lợi và chính xác, tạo điều kiện cho việc áp dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ trong thời gian 12 tháng tại toàn bộ 11 bệnh viện tuyến huyện. Kết quả thu được vì vậy có tính đại diện trong việc cung cấp những kết quả chi tiết về đặc điểm sử dụng kháng sinh tại các bệnh viện tuyến huyện nói riêng và trong toàn tỉnh An Giang nói chung.

Nghiên cứu chưa khai thác thông tin sử dụng kháng sinh cùng hoạt chất ở nhiều dạng dùng khác nhau để có cái nhìn đầy đủ hơn về xu hướng sử dụng kháng sinh. Những nghiên cứu tiếp theo có thể tiến hành phân tích đặc điểm sử dụng của các kháng sinh tiêm với nhiều tiêu chí

cụ thể hơn, xem xét đến hồ sơ bệnh án của người bệnh để việc đánh giá xu hướng sử dụng kháng sinh được đầy đủ và toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã mô tả đặc điểm xu hướng sử dụng kháng sinh dạng tiêm trong điều trị nội trú trên một lượng mẫu lớn, mang tính đại diện cho quần thể nghiên cứu. Kết quả của nghiên cứu bổ sung các thông tin về sử dụng kháng sinh tiêm tại tỉnh An Giang nói chung và tại các bệnh viện tuyến huyện nói riêng, giúp cho Sở Y tế An Giang và các bệnh viện có thêm căn cứ khoa học trong dự trù thuốc nói chung và kháng sinh nói riêng, từ đó tối ưu hóa công tác quản lý sử dụng kháng sinh tại cơ sở y tế.

Lời cảm ơn: nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn Ban giám đốc và các Trưởng Khoa Dược của 11 bệnh viện tuyến huyện, xin cảm ơn Ban giám đốc SYT An Giang đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho nhóm nghiên cứu trong quá trình thu thập thông tin và thực hiện nghiên cứu. Tác giả xin cảm ơn DS Trần Thị Ngọc Vân, sinh viên Thái Điền Bảo Trân, sinh viên Hoàng Thị Bích Thảo đã hỗ trợ trong quá trình tổng hợp và xử lý dữ liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Llop CJ, Tuttle E, Tillotson GS, Laplante K, File TM (2017). "Antibiotic treatment patterns, costs, and resource utilization among patients with community acquired pneumonia: a US cohort study". *Hospital Practice*, 45(1): p. 1-8.
2. Lee GI, Bak KH, Chun HJ, Choi KS (2016). "Effect of Using Local Intrawound Vancomycin Powder in Addition to Intravenous Antibiotics in Posterior Lumbar Surgery: Midterm Result in a Single-Center Study". *Korean J Spine*, 13(2): p. 47-52.
3. Hoàng Thy Nhac Vũ, Cù Thanh Tuyền, Nguyễn Minh Tâm, Nguyễn Thị Kim Tuyền (2016). "Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh tại bệnh viện quận 7 thành phố Hồ Chí Minh giai đoạn 01/01/2014-31/12/2014". *Tạp chí Y Học Thực Hành*, 1030(12/2016): tr. 95 - 99.
4. Huỳnh Thị Ngọc Hạnh, Trần Thị Ngọc Vân, Hoàng Thy Nhac Vũ (2017). "Nghiên cứu việc sử dụng kháng sinh trong dự phòng mổ sanh tại bệnh viện Hùng Vương thành phố Hồ Chí Minh". *Tạp chí Y Học Thực Hành*, 1030(12/2016): tr. 99 - 102.
5. Hoàng Thy Nhac Vũ, Vũ Thanh Tùng (2017). "So sánh đặc điểm sử dụng kháng sinh trong điều trị ngoại trú và nội trú tại Bệnh viện Phổi tỉnh Đồng Nai". *Tạp chí Dược học* 492(04/2017), tr. 12-14.
6. Bộ Y tế (2015). "Hướng dẫn sử dụng kháng sinh", ban hành kèm theo Quyết định số 708/QĐ-BYT.
7. Bộ Y tế (2016). "Hướng dẫn thực hiện quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện", ban hành kèm theo Quyết định 772/QĐ-BYT 2016".

ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI BẰNG TRẮC NGHIỆM ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC MONTREAL (MOCA)

Lê Văn Ích¹, Nguyễn Xuân Thanh²,
Vũ Thị Thanh Huyền^{2,3}, Phạm Thắng²

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu: Đánh giá chức năng nhận thức trên người cao tuổi bằng trắc nghiệm đánh giá nhận thức Montreal (MOCA). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng trắc nghiệm MOCA đánh giá trên 241 đối tượng nghiên cứu ≥ 60 tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Giá trị chẩn đoán được đánh giá bằng diện tích dưới đường cong (AUC), độ nhạy (Se) và độ đặc hiệu (Sp). **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 1,36; tuổi trung bình là $69,5 \pm 11,2$ (năm); số năm đi học trung bình là $7,7 \pm 4,3$ (năm). Tỷ lệ suy giảm nhận thức trên người cao tuổi là 64,7%. AUC của MOCA đối với khả năng phát hiện suy giảm nhận thức là 0,940. Điểm cắt tối ưu là 19/20, với độ nhạy và độ đặc hiệu của MOCA đối với chẩn đoán sàng lọc suy giảm nhận thức lần lượt là 94,2% và 77,6%. **Kết luận:** Tỷ lệ suy giảm nhận thức trên người cao tuổi tương đối cao. Trắc nghiệm MOCA là công cụ hữu ích và có thể sử dụng trong sàng lọc suy giảm nhận thức trên người cao tuổi.

Từ khóa: suy giảm nhận thức, sàng lọc, trắc nghiệm MOCA.

SUMMARY

COGNITIVE ASSESSMENT OF OLDER ADULTS BY MONTREAL COGNITIVE TEST (MOCA)

Objective: to assess the cognitive function of the older people by the Montreal Cognitive Assessment (MOCA). **Subjects and Methods:** A descriptive cross-sectional study using MOCA tests evaluated on 241 subjects aged 60 years or older at the National Geriatric Hospital. The diagnostic value was determined by the area under the curve (AUC), the sensitivity (Se) and the specificity (Sp). **Results:** The ratio of female/male was 1.36; the average age of subjects was 69.5 ± 11.2 (years); the mean years of education was 7.7 ± 4.3 years. The rate of cognitive impairment in the elderly was 64.7%. AUC of MOCA for cognitive impairment detection was 0.940. The optimal cut-off value for detection of cognitive impairment was 19/20, in which the sensitivity and specificity of MOCA for cognitive impairment screening were 94.2% and 77.6%, respectively. **Conclusions:** The prevalence of cognitive impairment among older adults was relatively high. The MOCA test is a useful tool for screening cognitive impairment in the elderly.

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện Lão khoa Trung ương

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Ích

Email: levanichnga9999@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 24.7.2017

Keywords: cognitive impairment, screening, MOCA test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sa sút trí tuệ là một trong những gánh nặng sức khỏe toàn cầu, đặc biệt là ở người cao tuổi [1]. Tính đến năm 2015 số người mắc sa sút trí tuệ trên toàn thế giới ước tính khoảng 46,8 triệu người [2]. Diễn biến của sa sút trí tuệ kéo dài nhiều năm, bệnh nhân dần sống phụ thuộc vào người chăm sóc và cuối cùng tử vong chủ yếu do nhiễm khuẩn. Do vậy, bên cạnh tác động tới người bệnh, sa sút trí tuệ còn là gánh nặng kéo dài đối với gia đình, người chăm sóc và hệ thống y tế [2].

Sa sút trí tuệ được điều trị và quản lý ngay từ giai đoạn sớm sẽ có hiệu quả tốt hơn, giúp cải thiện chức năng nhận thức, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân [1]. Do vậy nhu cầu đặt ra là chẩn đoán sớm sa sút trí tuệ, trong đó các trắc nghiệm đánh giá nhận thức trên lâm sàng đóng vai trò quan trọng [3]. Có nhiều bộ trắc nghiệm đánh giá nhận thức đã và đang được sử dụng trên thế giới và cho thấy giá trị nhất định trong chẩn đoán sàng lọc sa sút trí tuệ. Một trong số đó là trắc nghiệm đánh giá nhận thức Montreal (MOCA) [4]. Trắc nghiệm này được thực hiện khá nhanh, đánh giá được tương đối toàn diện chức năng nhận thức và đã được nghiên cứu đánh giá nhiều nơi trên thế giới cho thấy hiệu quả sàng lọc phát hiện suy giảm nhận thức. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá chức năng nhận thức trên người cao tuổi bằng trắc nghiệm đánh giá chức năng nhận thức MOCA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám vì có phần nào suy giảm nhận thức, ý thức tỉnh, tiếp xúc tốt, bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: đang có bệnh lý cấp tính hoặc đợt cấp của bệnh lý mạn tính gây ảnh hưởng đến khả năng làm trắc nghiệm thần kinh – tâm lý (nhồi máu cơ tim, đột quy, viêm phổi,...), có khiếm khuyết về chức năng giao tiếp bao gồm không nói được, giảm thị lực, giảm thính lực mà không thể làm trắc nghiệm thần

kinh – tâm lý được, đối tượng hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện. Quá trình thu thập số liệu được tiến hành theo mẫu bệnh án thống nhất. Các chỉ số nghiên cứu: tuổi, giới, trình độ học vấn (số năm đi học), nghề nghiệp (lao động chân tay, lao động trí óc), nơi sống (thành thị, nông thôn), các lĩnh vực nhận thức trong bộ trắc nghiệm MOCA (trí nhớ, ngôn ngữ, thị giác không gian, chức năng điều hành và chú ý), suy giảm nhận thức được đánh giá

bằng bộ trắc nghiệm MOCA.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Giá trị chẩn đoán được đánh giá bằng diện tích dưới đường cong (AUC), độ nhạy (Se) và độ đặc hiệu (Sp). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

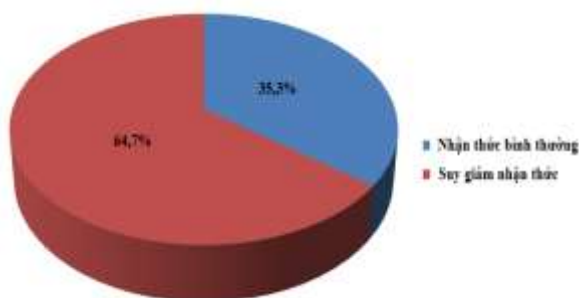
3.1. Đặc điểm chung: Mẫu nghiên cứu chúng tôi thu được là 241 đối tượng. Đặc điểm chung về nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm nhân khẩu học của mẫu nghiên cứu

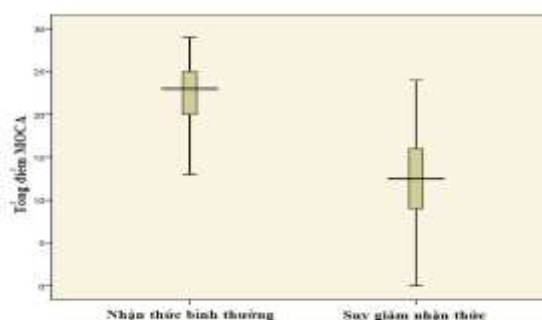
Đặc điểm	Nhận thức bình thường (n = 85)	Suy giảm nhận thức (n = 156)
Tuổi (năm) Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	61,9 $\pm$ 11,3	73,6 $\pm$ 8,7
Trình độ học vấn (số năm đi học) Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	9,9 $\pm$ 3,2	6,5 $\pm$ 4,3
Giới, số lượng (n, tỷ lệ %): Nam Nữ	36 (42,4) 49 (57,6)	60 (38,5) 96 (61,5)
Nghề nghiệp, số lượng (tỷ lệ %) Lao động chân tay Lao động trí óc	42 (49,4) 43 (50,6)	121 (77,6) 35 (22,4)

Tuổi trung bình nhóm nhận thức bình thường là 61,9 $\pm$ 11,3, thấp hơn nhóm suy giảm nhận thức là 73,6 $\pm$ 8,7, trình độ học vấn của nhóm nhận thức bình thường cao hơn nhóm suy giảm nhận thức. Tỷ lệ nữ/nam là 1,36. Tỷ lệ lao động trí óc ở nhóm nhận thức bình thường cao hơn ở nhóm suy giảm nhận thức.

3.2. Đánh giá chức năng nhận thức trên người cao tuổi bằng trắc nghiệm đánh giá nhận thức MOCA



Biểu đồ 1: Tỷ lệ suy giảm nhận thức trên người cao tuổi đánh giá bằng trắc nghiệm MOCA



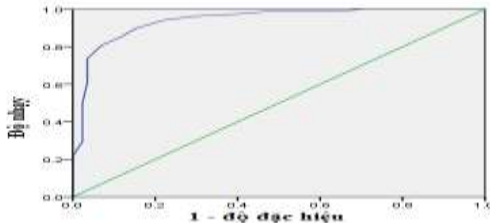
Biểu đồ 2: Phân bố điểm trung bình của trắc nghiệm MOCA theo chức năng nhận thức

Trung bình tổng điểm MOCA ở nhóm nhận thức bình thường là 22,1 $\pm$ 3,9 và ở nhóm suy giảm nhận thức là 12,3 $\pm$ 4,7; sự khác biệt giữa hai nhóm là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 2: Đánh giá các lĩnh vực nhận thức trong bộ trắc nghiệm MOCA

Lĩnh vực nhận thức	Nhận thức bình thường (n = 85) Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Suy giảm nhận thức (n = 156) Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Giá trị p
Trí nhớ	1,7 $\pm$ 1,7	0,5 $\pm$ 1,0	<0,001
Ngôn ngữ	5,0 $\pm$ 1,0	3,9 $\pm$ 1,4	<0,001
Thị giác không gian	3,2 $\pm$ 1,1	1,0 $\pm$ 1,3	<0,001
Chức năng điều hành	0,9 $\pm$ 0,9	0,1 $\pm$ 0,4	<0,001
Chú ý	5,2 $\pm$ 0,9	3,1 $\pm$ 1,6	<0,001

Điểm từng lĩnh vực nhận thức trong trắc nghiệm MOCA ở nhóm nhận thức bình thường đều cao hơn ở nhóm suy giảm nhận thức và sự khác biệt đều có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 3: Đường cong ROC thể hiện giá trị chẩn đoán sàng lọc suy giảm nhận thức của trắc nghiệm MOCA

Diện tích dưới đường cong của trắc nghiệm MOCA là 0,940. Điểm cắt chẩn đoán tối ưu là 19/20 với độ nhạy 94,2% và độ đặc hiệu 77,6%.

IV. BÀN LUẬN

Tổng điểm MOCA ở hai nhóm nhận thức bình thường và suy giảm nhận thức trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là $22,1 \pm 3,9$ và $12,3 \pm 4,7$ là thấp hơn so với tác giả Memoria C.M và cộng sự tương ứng là $26,3 \pm 2,6$ và $16,4 \pm 3,9$ [5], có thể giải thích do trình độ học vấn của nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. So với nghiên cứu của tác giả Chu L.W [6] thì điểm trắc nghiệm MOCA tương ứng là $24,4 \pm 3,2$ và $11,3 \pm 5,1$ là khá tương đương nhau do trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Chu L.W là tương đương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì điểm trắc nghiệm MOCA của nhóm nhận thức bình thường là cao hơn của nhóm suy giảm nhận thức và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của các tác giả Memoria C.M và Chu L.W [5],[6].

Điểm từng lĩnh vực nhận thức của trắc nghiệm MOCA ở nhóm nhận thức bình thường đều cao hơn nhóm suy giảm nhận thức và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu của các tác giả Chu L.W [6] và Freitas S. [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, diện tích dưới đường cong của trắc nghiệm MOCA phân biệt giữa nhận thức bình thường và suy giảm nhận thức là 0,940; so với một số tác giả như Memoria C.M là 0,990 [5]; tác giả Chu L.W là 0,990 [6] và tác giả Freitas S. là 0,980 [7] là khá tương đương nhau và đều là những giá trị diện tích dưới đường cong rất tốt ($> 0,9$).

Điểm cắt chẩn đoán tối ưu của trắc nghiệm MOCA để chẩn đoán sàng lọc suy giảm nhận thức trong nghiên cứu của chúng tôi là 19/20, thấp hơn so với trong nghiên cứu của tác giả Memoria C.M là 22/23 [5] và tương tự nghiên cứu của tác giả Chu L.W cũng là 19/20 [6], điều này có thể được giải thích do trình độ học vấn và sự khác biệt về văn hóa trong nhóm đối tượng nghiên cứu của tác giả Memoria C.M thực hiện trên người Brazil và tác giả Chu L.W thực hiện trên người Trung Quốc có nhiều đặc điểm tương đồng về văn hóa so với người Việt Nam.

Ở điểm cắt 19/20 thì độ nhạy và độ đặc hiệu trong sàng lọc suy giảm nhận thức của trắc nghiệm MOCA trong nghiên cứu của chúng tôi là 94,2% và 77,6% so với trong nghiên cứu của Chu L.W là 94% và 92% [6], còn trong nghiên cứu của Memoria C.M là 91% và 100% [5] thì độ nhạy là tương đương và độ đặc hiệu thấp hơn.

Như vậy, MOCA là trắc nghiệm sàng lọc suy giảm nhận thức có giá trị trên người Việt Nam với độ nhạy và độ đặc hiệu tốt. Với khả năng đánh giá được nhiều lĩnh vực chức năng nhận thức, MOCA có giá trị trong sàng lọc nhiều thể sa sút trí tuệ khác nhau.

Nghiên cứu này của chúng tôi còn một số hạn chế, đó là chưa đánh giá được giá trị của MOCA trong sàng lọc suy giảm nhận thức nhẹ và trong sàng lọc suy giảm nhận thức ở cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ suy giảm chức năng nhận thức trên người cao tuổi tương đối cao. Trắc nghiệm MOCA là công cụ hữu ích và có thể sử dụng trong sàng lọc sa sút trí tuệ trên người Việt Nam tại các cơ sở khám chữa bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prince M., Albanese E., Guerchet D., et al (2014). "World Alzheimer Report 2014, Dementia and Risk Reduction: An analysis of protective and modifiable factors". *Alzheimer's Disease International, London*.
2. Prince M., Wimo A., Guerchet M., et al (2015). "World Alzheimer Report 2015, The Global Impact of Dementia: An analysis of prevalence, incidence, cost and trends". *Alzheimer's Disease International, London*.
3. Laske C., Sohrabi H.R, Frost S.M, et al (2015). "Innovative diagnostic tools for early detection of Alzheimer's disease". *Alzheimer's & Dementia*, 11(5), 561-578.
4. Nasreddine Z.S, Phillips N.A, Bedirian V., et al (2005). "The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment". *J Am Geriatr Soc*, 53(4), 695-699.
5. Memoria C.M, Yassuda M.S, Nakano E.Y, et al (2013). "Brief screening for mild cognitive impairment: validation of the Brazilian version of

- the Montreal cognitive assessment". *Int J Geriatr Psychiatry*, 28(1), 34-40.
6. Chu L.W, Ng K.H, Law A.C, et al (2015). "Validity of the Cantonese Chinese Montreal Cognitive Assessment in Southern Chinese". *Geriatr Gerontol Int*, 15(1), 96-103.
7. Freitas S., Simoes M.R., Alves L. et al. (2013). "Montreal cognitive assessment: validation study for mild cognitive impairment and Alzheimer disease". *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 27(1), 37-43.

NGHIÊN CỨU XỬ TRÍ THAI PHỤ GIẢM TIỂU CẦU CHƯA RÕ NGUYÊN NHÂN TRONG CHUYỂN DẠ

Nguyễn Quảng Bắc*

TÓM TẮT¹³

Mục tiêu: Đánh giá thái độ xử trí với thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân trong chuyển dạ. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Số lượng tiểu cầu trung bình của sản phụ khi chuyển dạ đẻ thường là $71,24 \pm 26,23$ G/l. Số lượng tiểu cầu trung bình của sản phụ khi chuyển dạ mổ lấy thai là $58,47 \pm 25,53$ G/l. Trong 166 bệnh nhân nghiên cứu, có 106 bệnh nhân phải truyền tiểu cầu chiếm tỷ lệ 63,9%, có 60 bệnh nhân không phải truyền tiểu cầu chiếm tỷ lệ 36,1%. Có 128 bệnh nhân mổ lấy thai, có 37 bệnh nhân đẻ thường và có 1 bệnh nhân đẻ forceps. **Kết luận:** Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 50 G/l thì được chủ động truyền tiểu cầu và chủ động mổ lấy thai.

Từ khóa: Giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân.

SUMMARY

STUDY ON MANAGEMENT OF UNKNOWN THROMBOCYTOPENIA DURING LABOR

Objective: To evaluate management of unknown thrombocytopenia during labor. **Methods:** this is a retrospective and prospective study. **Results:** Mean of platelet of patients during normal delivery was $71,24 \pm 26,23$ G/l, that of patients during C-section was $58,47 \pm 25,53$ G/l. 106 out of 166 patients were platelet transfused (63,9%). 36,1% of patients with no platelet transfusion. 128 patients with C-section, 37 patients with normal delivery and 1 patient with forceps. **Conclusion:** Patients whose platelet level under 50 G/l, required platelet transfusion and C-section.

Key words: Unknown thrombocytopenia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở phụ nữ mang thai, giảm tiểu cầu là một trong những nguyên nhân có thể gây chảy máu sau đẻ thậm chí tử vong cho mẹ và sơ sinh do rối loạn quá trình đông cầm máu [1]. Giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân vẫn chưa có phương pháp điều trị đặc hiệu mà vẫn chỉ dừng lại ở điều

trị triệu chứng là ức chế miễn dịch, các phương pháp hiện nay ít nhiều đều có ảnh hưởng đến thai nhi. Do vậy việc điều trị giảm tiểu cầu trên phụ nữ có thai rất phức tạp vì phải cân nhắc rất kỹ về liều lượng lẫn thời gian nhằm mang lại hiệu quả cao nhất đồng thời hạn chế đến mức tối đa tác dụng phụ lên thai nhi [2]. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu về giảm tiểu cầu ở phụ nữ có thai và đặc biệt là giảm tiểu cầu khi chuyển dạ. Do vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu xử trí thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân trong chuyển dạ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán là giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân đang mang thai và kết thúc thai nghén tại bệnh viện phụ sản trung ương từ tháng 1 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2016 thỏa mãn các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Phụ nữ có thai, xét nghiệm máu ngoại vi có số lượng tiểu cầu ≤ 100 G/l.
- Sản phụ chỉ có 01 thai và có tuổi thai ≥ 22 tuần.
- Chuyển dạ đẻ tại bệnh viện phụ sản TW.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án ghi rõ ràng, đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp giảm tiểu cầu do các bệnh lý khác: suy tủy xương, bệnh lý ác tính, bệnh hệ thống do virus, do thuốc...
- Các trường hợp giảm tiểu cầu đẻ ở nơi khác chuyển đến viện

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp cứu hồi cứu và tiền cứu có theo dõi dọc.

- Hồi cứu: Từ 01/01/2013 đến 31/12/2015

- Tiền cứu: Từ 01/01/2016 đến 30/06/2016.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu: Lấy mẫu toàn bộ các thai phụ được chẩn đoán là giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân được theo dõi tại Bệnh

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 26.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 25.7.2017

viện Phụ sản Trung ương từ ngày 01 tháng 01 năm 2013 đến hết tháng 6 năm 2016.

2.2.3. Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Trong nghiên cứu của chúng tôi từ tháng 1-2013 đến hết tháng 6-2016 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có 166 thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân, đủ tiêu chuẩn lựa chọn có tuổi thai khi chuyển dạ đẻ từ 31 đến 42 tuần, kết quả thu được như sau:

Bảng 1. Mối liên quan giữa thái độ xử trí và số lượng tiểu cầu

Kết thúc thai nghén	n	Số lượng tiểu cầu trung bình	P
Đẻ thường	37	71,24±26,23	0,022
Forceps	1	83	
Mổ lấy thai	128	58,47±25,53	
Tổng số	166		

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu trung bình của sản phụ khi chuyển dạ đẻ thường là 71,24±26,23G/l. Số lượng tiểu cầu trung bình của sản phụ khi chuyển dạ mổ lấy thai là 58,47±25,53G/l, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2. Số đơn vị máu trung bình truyền khi chuyển dạ

Các sản phẩm máu	Số thai phụ	Số đơn vị máu trung bình
KHC	6	1,67±0,52
KTC (KTC máy, thường)	106	2,76±2,39
HTTĐL	2	2

Nhận xét: Khi chuyển dạ có 106 sản phụ phải truyền tiểu cầu, số đơn vị khối tiểu cầu trung bình phải truyền cho 1 sản phụ là 2,76±2,39 (đơn vị).

- Có 6 sản phụ phải truyền khối hồng cầu, số đơn vị khối hồng cầu trung bình phải truyền cho 1 sản phụ là 1,67±0,52 (đơn vị).

- Có 2 sản phụ phải truyền huyết tương tươi đông lạnh, số đơn vị huyết tương tươi đông lạnh trung bình phải truyền cho 1 sản phụ là 2 đơn vị.

Bảng 3. Mối liên quan giữa số lượng tiểu cầu và truyền tiểu cầu.

Số lượng tiểu cầu	Truyền tiểu cầu		Không truyền tiểu cầu		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
80 < SLTC ≤ 100	11	33,9	35	76,1	0,0
50 < SLTC ≤ 80	41	64,1	23	35,9	
20 < SLTC ≤ 50	39	95,1	2	4,9	
SLTC ≤ 20	15	100,0	0	0,0	
SLTC trung bình	49,5±24		82,62±13,1		

Nhận xét: Trong 166 bệnh nhân nghiên cứu, có 106 bệnh nhân phải truyền tiểu cầu chiếm tỷ lệ 63,9%, có 60 bệnh nhân không phải truyền tiểu cầu chiếm tỷ lệ 36,1%. Trong nhóm bệnh nhân phải truyền tiểu cầu thì số lượng tiểu cầu trung bình của bệnh nhân là 49,5±24G/l, trong nhóm bệnh nhân không phải truyền tiểu cầu thì số lượng tiểu cầu trung bình của bệnh nhân là 82,62±13,1G/l, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa thái độ xử trí và số lượng tiểu cầu

Thái độ xử trí SLTC (G/l)	Mổ lấy thai		Đẻ thường		Đẻ forceps		p
	n	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
80 < SLTC ≤ 100	28	60,9	17	37,0	1	2,1	0,009
50 < SLTC ≤ 80	51	79,7	13	20,3	0	0,0	
20 < SLTC ≤ 50	37	90,2	4	9,8	0	0,0	
SLTC ≤ 20	12	80,0	3	20,0	0	0,0	

Nhận xét: Trong 166 bệnh nhân nghiên cứu thì có 128 bệnh nhân mổ lấy thai, có 37 bệnh nhân đẻ thường và có 1 bệnh nhân đẻ forceps.

- Trong số 15 bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 20G/l thì có 12 bệnh nhân mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 80%, có 3 bệnh nhân đẻ thường chiếm tỷ lệ 20%.

- Nhóm bệnh nhân có số lượng tiểu cầu trên

50G/l thì số lượng tiểu cầu càng tăng tỷ lệ đẻ thường càng tăng, tỷ lệ mổ lấy thai càng giảm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Theo nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 1, thì khi chúng tôi so sánh số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm bệnh nhân đẻ thường và mổ lấy

thai thì nhóm mổ lấy thai có số lượng tiểu cầu trung bình là $58,47 \pm 25,53 \text{ G/l}$, nhóm đẻ thường là $71,24 \pm 26,23 \text{ G/l}$, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê. Theo Weibert K.E thì số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm mổ lấy thai là $75,0 \pm 25,0 \text{ G/l}$, của nhóm đẻ đường âm đạo là $88,0 \pm 25,0 \text{ G/l}$ [3], theo Young Woon Won thì số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm mổ lấy thai là $49,0 \pm 32,5 \text{ G/l}$, của nhóm đẻ đường âm đạo là $67,0 \pm 33,4 \text{ G/l}$ [4], như vậy nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả này. Tuy nhiên, theo Kiều Thị Thanh thì số lượng tiểu cầu trung bình của nhóm mổ lấy thai $107,3 \pm 89 \text{ G/l}$ cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo $75,5 \pm 30,9 \text{ G/l}$ [5].

Theo nghiên cứu của chúng tôi thì những sản phụ có số lượng tiểu cầu thấp thường được mổ lấy thai nhằm kiểm soát tình trạng chảy máu của sản phụ khi chuyển dạ đẻ, đặc biệt với những bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 50 G/l thì nguy cơ xuất huyết não khi bệnh nhân rặn đẻ rất cao. Chính vì vậy, bệnh nhân có số lượng tiểu cầu thấp thường được mổ lấy thai đặc biệt là đối với bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 50 G/l . Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi thì cũng có 6 bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 50 G/l là chuyển dạ đẻ thường, các bệnh nhân này là con dạ khi vào viện thì cổ tử cung đã mở hết, đầu lọt thấp có trọng lượng thai trung bình nên đã được cho đẻ đường âm đạo.

Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 2 cho thấy khi chuyển dạ có 60 thai phụ không phải truyền tiểu cầu, có 106 thai phụ phải truyền tiểu cầu bao gồm cả tiểu cầu máy và tiểu cầu thường, số đơn vị tiểu cầu trung bình truyền cho mỗi sản phụ là 2,76 đơn vị, trong nhóm truyền tiểu cầu thì có 43 thai phụ truyền 2 đơn vị tiểu cầu là chủ yếu chiếm tỷ lệ 40,56%, có 33 thai phụ chỉ truyền 1 đơn vị tiểu cầu chiếm tỷ lệ 31,1%. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân truyền khối tiểu cầu khi chuyển dạ đẻ là chủ yếu, ngoài ra còn có 6 bệnh nhân phải truyền khối hồng cầu và có 2 bệnh nhân phải truyền huyết thanh tươi đông lạnh. Bệnh nhân truyền khối hồng cầu là trường hợp bệnh nhân sau mổ đẻ có tai biến chảy máu phải mổ lại cắt tử cung nên phải truyền máu, còn các trường hợp truyền máu khác là do bệnh nhân có tình trạng thiếu máu có nguy cơ chảy máu nên cần phải truyền máu. Bệnh nhân truyền huyết thanh tươi đông lạnh đó là bệnh nhân mổ đẻ lần đầu, thai 39 tuần, có số lượng tiểu cầu khi vào viện và khi chuyển dạ lần lượt là 3 G/l và 10 G/l , khi mổ lấy thai bệnh nhân được truyền 6 khối tiểu cầu máy và 2 đơn vị huyết thanh tươi đông lạnh, bệnh nhân còn lại là

sau mổ đẻ có biến chứng chảy máu nên đã được tiến hành cắt tử cung và được truyền 6 đơn vị khối hồng cầu và 2 đơn vị huyết thanh tươi đông lạnh.

Trong nhóm truyền tiểu cầu thì 100% sản phụ có số lượng tiểu cầu giảm nặng (số lượng tiểu cầu dưới 20 G/l) thì đều phải truyền tiểu cầu. Nhóm sản phụ có số lượng tiểu cầu từ $20-50 \text{ G/l}$ thì có tới 39 bệnh nhân phải truyền tiểu cầu chiếm 95,1%, chỉ có 2 bệnh nhân sau đẻ không thấy chảy máu và xét nghiệm công thức máu thấy số lượng tiểu cầu tăng nên không truyền tiểu cầu. Khi số lượng tiểu cầu càng tăng thì tỷ lệ truyền tiểu cầu càng giảm sự khác biệt về truyền tiểu cầu giữa các nhóm bệnh nhân có số lượng tiểu cầu khác nhau là có ý nghĩa thống kê, điều này chứng tỏ việc truyền tiểu cầu hay không truyền tiểu cầu khi chuyển dạ đẻ là phụ thuộc vào số lượng tiểu cầu của sản phụ, còn số đơn vị tiểu cầu truyền cho từng sản phụ không những phụ thuộc vào số lượng tiểu cầu của từng sản phụ mà còn phụ thuộc vào thai phụ là con so hay con dạ, tình trạng lâm sàng của sản phụ và tình trạng mất máu khi đẻ của từng sản phụ. Chúng tôi nhận thấy số lượng tiểu cầu của sản phụ khi chuyển dạ tăng dần thì tỷ lệ truyền tiểu cầu cũng giảm dần kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Dương [6].

Theo kết quả nghiên cứu tại bảng 4 cho thấy 100% sản phụ có số lượng tiểu cầu khi chuyển dạ dưới 20 G/l đều phải truyền tiểu cầu, trong đó có 3 sản phụ là đẻ đường âm đạo với số lượng tiểu cầu khi chuyển dạ lần lượt là 8 G/l , 10 G/l , 19 G/l . Các sản phụ này đều sinh con đủ tháng và khi sinh mẹ con đều ổn định, có 95% sản phụ có số lượng tiểu cầu khi chuyển dạ từ $20-50 \text{ G/l}$ là phải truyền tiểu cầu, chỉ có 2 sản phụ là không phải truyền tiểu cầu đó là có 1 trường hợp mổ lấy thai 39 tuần khi số lượng tiểu cầu vào viện và khi chuyển dạ lần lượt là 31 G/l , 42 G/l và 1 trường hợp đẻ đường âm đạo 33 tuần với số lượng tiểu cầu khi vào viện và khi chuyển dạ lần lượt là 53 G/l , 50 G/l . Cả hai trường hợp này sản phụ không có biểu hiện xuất huyết cũng như không có dấu hiệu chảy máu nên không được truyền tiểu cầu và đến khi ra viện mẹ và con đều ổn định. Nghiên cứu của Ozkan H trên 29 thai phụ bị giảm tiểu cầu thì có tới 72,5% số bệnh nhân được theo dõi đẻ đường âm đạo mà không có biến chứng nào với mẹ [7]. Còn theo nghiên cứu của Kiều Thị Thanh (2010) [5], Nguyễn Thị Thùy Dương (2013) [6] và Young-Woong Won [4] thì tỷ lệ chảy máu ở 2 nhóm mổ lấy thai và đẻ đường âm đạo là không có sự khác biệt.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có số lượng tiểu cầu dưới 50G/l thì được chủ động truyền tiểu cầu và chủ động mổ lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Belkin A. Levy A và Sheiner E (2009).** Perinatal outcomes and complications of pregnancy in women with immune thrombocytopenic purpura. *J Matern Fetal Neonatal Med*, 22 (11), 1080 - 1085.
2. **Đỗ Trung Phần (2004).** Bài giảng Huyết học - Truyền máu sau đại học, Bộ môn Huyết học - Truyền máu, Trường Đại học Y Hà Nội, Nhà xuất bản Y học, 235-247.
3. **K. E. Webert, R. Mittal, C. Sigouin và cộng sự (2003).** A retrospective 11-year analysis of obstetric patients with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Blood*, 102 (13), 4306-4311.
4. **Young - Woong Won và cộng sự (2005).** Clinical aspect of pregnancy and Delivery in patients with Chronic Idiopathic Thrombocytopenic Purpura. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 20, 129 - 134.
5. **Kiều Trị Thanh (2006-2010).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thái độ xử trí đối với thai phụ xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp cao học chuyên ngành sản phụ khoa Trường đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Thùy Dương (2013).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và đánh giá hiệu quả điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu ở phụ nữ có thai tại bệnh viện Bạch Mai, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú chuyên ngành Huyết học-Truyền máu Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **H. Ozkan, M. Cetinkaya, N. Koksai và cộng sự (2010).** Neonatal outcomes of pregnancy complicated by idiopathic thrombocytopenic purpura. *J Perinatol*, 30 (1), 38-44.

ĐỘ NHẠY VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP BẰNG ĐÀO TẠO GHI CHÉP NGUYÊN NHÂN TỬ VONG ĐỐI VỚI CÁC BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM Ở DIỄN CHÂU, NGHỆ AN

Nguyễn Văn Thương¹, Lê Trần Ngoan²

TÓM TẮT¹⁴

Đặt vấn đề: Mục tiêu nhằm phân tích độ nhạy, độ đặc hiệu của ghi nhận nguyên nhân tử vong, và hiệu quả can thiệp tập huấn tại huyện Diễn Châu, Nghệ An. Phương pháp: Thực hiện 3 cuộc điều tra: Lần 1 là điều tra thường quy toàn bộ các trường hợp tử vong trong năm 2014; lần 2 là điều tra sau tập huấn can thiệp; lần 3 là điều tra hộ gia đình bằng bộ công cụ Verbal Autopsy. Độ nhạy, độ đặc hiệu của hai cuộc điều tra lần 1 và 2 được phân tích. Kết quả: Trong 1.581 trường hợp tử vong, có 1.190 trường hợp có nhập viện. Trước tập huấn can thiệp, độ nhạy của ba nhóm ung thư, đái tháo đường và tim mạch lần lượt là 79%, 23% và 87% (Tổng số) và 79%, 26% và 87% (Nhóm có nhập viện). Sau tập huấn can thiệp, chỉ số này lần lượt là 87%, 50% và 87% (Tổng số) và 87%, 57% và 88% (Nhóm có nhập viện). Độ nhạy sau can thiệp cao hơn có ý nghĩa thống kê đối với hai nhóm ung thư và đái tháo đường, $p < 0,05$. Kết luận: Hội thảo tập huấn phương pháp và kỹ thuật ghi nhận nguyên nhân tử vong trong cộng đồng làm tăng chất lượng số liệu tử vong đối với ung thư và đái tháo đường.

Từ khóa: Độ nhạy, ghi nhận tử vong, đào tạo nâng cao chất lượng, ICD-10

SUMMARY

¹Sở Y tế tỉnh Nghệ An

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trần Ngoan

Email: letngoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2017

Ngày duyệt bài: 12.7.2017

SENSITIVITY AND IMPROVED QUALITIES OF MORTALITY REGISTRATION OF NON-COMMUNICABLE DISEASES AFTER A TRAINING WORKSHOP INTERVENTION AT DIEN CHAU, NGHE AN

Background: Objectives were to examine sensitivity and specificity of mortality registration and improved qualities after a training workshop intervention at Dien Chau, Nghe An. **Methods:** Three surveys were performed: First survey was a routine data collection of all cases of death occurred in 2014; Second survey was a data collection after a training workshop intervention; and Third survey was a household survey using the designed Verbal Autopsy questionnaires. Sensitivity and specificity of the first and second surveys was estimated. **Results:** Among total 1,581 deaths, there were 1,190 cases were admitted hospitals. Before a training workshop intervention, sensitivity of data of cancer, diabetes, and heart diseases was 79%, 23% and 87% (total) and 79%, 26% and 87% (admitted hospitals). After a training workshop intervention, sensitivity of those groups was 87%, 50% and 87% (total) and 87%, 57% and 88% (admitted hospitals). Sensitivity of cancer, diabetes was significantly improved, $p < 0.05$. **Conclusions:** A training workshop intervention improves data quality of mortality registration of cancer and diabetes.

Keywords: Sensitivity, mortality registration, workshop training intervention, ICD-10.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh không lây nhiễm được Tổ chức Y tế thế giới (World Health Organization – WHO) phân loại thành 4 nhóm chính, bao gồm các

bệnh tim mạch, các bệnh ung thư, đái tháo đường, các bệnh mạn tính đường hô hấp (Viêm phế quản mạn, hen phế quản và bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính) (1). Theo WHO, nước ta có 208.000 nam và 222.000 nữ tử vong năm 2008 và 203.300 nam và 175.700 nữ tử vong năm 2014 do các bệnh không lây nhiễm (1, 2). Các số liệu này thay đổi tùy thời điểm và nam ít hơn nữ năm 2008 là không phù hợp với thực trạng ở nước ta, lý do là WHO đã mượn số liệu của các nước trong khu vực tính cho Việt Nam. Năm 2013, Bộ Y tế công bố có 69,6% số tử vong trong bệnh viện là do các bệnh không lây nhiễm

(3). Số liệu của Bộ Y tế có hạn chế là không tính được tỷ lệ tử vong và số bệnh nhân cho nước ta. Năm 2008, riêng hai nhóm ung thư và tim mạch là nguyên nhân tử vong 52,1% của tổng số tử vong, tỷ lệ chuẩn hóa tuổi trên 100.000 là 96,1 đối với ung thư và 114,3 đối với các bệnh tim mạch (4). Nghệ An là tỉnh lớn, số dân 2.978.700 năm 2013 (3), chưa có số liệu tử vong nói chung và do các bệnh không lây nhiễm nói riêng. Mục tiêu: Mục tiêu nhằm phân tích độ nhạy, độ đặc hiệu của ghi nhận nguyên nhân tử vong năm 2014, và hiệu quả can thiệp bằng tập huấn tại huyện Diễn Châu, Nghệ An.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Danh sách tử vong điều tra định kỳ: 1601 trường hợp của 37 xã-thị trấn (Lần 1)		
		->Loại 67 trường hợp không thuộc năm 2014
Danh sách tử vong điều tra sau tập huấn: 1610 trường hợp của đủ 39 xã-thị trấn (Lần 2)		
		->Loại 29 trường hợp không thuộc năm 2014
Điều tra hộ gia đình bằng bộ câu hỏi Verbal Autopsy: 1581 trường hợp (Lần 3)		Có 9 hộ đã di chuyển đi nơi khác, Verbal Autopsy được 1572 trường hợp
Được bệnh viện chẩn đoán và điều trị: 1190	Không được bệnh viện chẩn đoán và điều trị: 391	

Phương pháp nghiên cứu mô tả được vận dụng và thực hiện 3 cuộc điều tra: Lần 1 là điều tra thường quy toàn bộ các trường hợp tử vong trong năm 2014 bằng mẫu phiếu "Báo cáo nguyên nhân tử vong" theo mẫu sổ ghi chép tử vong A6; lần 2 là điều tra sau tập huấn can thiệp về phương pháp và kỹ thuật ghi chép nguyên nhân tử vong, dùng mẫu phiếu "Báo cáo nguyên nhân tử vong"; lần 3 thực hiện sau cùng là điều tra hộ gia đình bằng bộ công cụ Verbal Autopsy. Nội dung tập huấn can thiệp nâng cao chất lượng bao gồm: i) khái niệm nguyên nhân tử vong (Nguyên nhân chính, nguyên nhân trực tiếp, nguyên nhân phụ); ii) Các nhóm nguyên nhân tử vong chính (54) và các dấu hiệu lâm sàng lúc bệnh nguy hiểm nhất; iii) Mã ICD-10 cho 245 nhóm nguyên nhân phổ biến ở nước ta

và mã ICD-10 chi tiết; và iv) Hướng dẫn nhập danh sách tử vong và mã ICD-10 vào Excel để báo cáo và lưu số liệu. Trong 1 ngày tập huấn, lý thuyết và thực hành được phối hợp cung cấp kiến thức cho toàn bộ 39 cán bộ của 39 trạm Y tế xã và 5 cán bộ Trung tâm Y tế huyện. Đề tài này được hội đồng Y Đức của trường Đại học Y Hà Nội thông qua ngày 25/11/2008

III. KẾT QUẢ

Trong 1.581 trường hợp tử vong được điều tra bằng Verbal Autopsy, có 1.190 trường hợp có nhập viện các bệnh viện tuyến trung ương (9,6%), tỉnh (25,2%), huyện (21,6%) và các bệnh viện khác 19,0%). Có 391 trường hợp không nhập viện (24,7%), Bảng 1.

Bảng 1. Phân bố nơi khám và chữa bệnh

Bệnh viện	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số	%	Số	%	Số	%
Trung ương	106	11.2	45	7.1	151	9.6
Tỉnh	287	30.3	111	17.5	398	25.2
Huyện	181	19.1	160	25.2	341	21.6
Có nhập viện trong quá khứ	146	15.4	154	24.3	300	19.0
Không nhập viện trước khi mất	227	24.0	164	25.9	391	24.7
Tổng số	947	100.0	634	100.0	1,581	100.0

Trước tập huấn can thiệp, độ nhạy của ba nhóm ung thư, đái tháo đường và tim mạch lần lượt là 79%, 23% và 87% (Tổng số) và 79%, 26% và 87% (Nhóm có nhập viện). Độ đặc hiệu

của ba nhóm này lần lượt là 90%, 100% và 76% (Tổng số) và 89%, 100% và 79% (Nhóm có nhập viện). Dự báo dương của ba nhóm này lần lượt là 75%, 67% và 68% (Tổng số) và 80%,

86% và 73% (Nhóm có nhập viện). Dự báo âm của ba nhóm này lần lượt là 92%, 99% và 91% (Tổng số) và 89%, 99% và 90% (Nhóm có nhập viện). Bảng 2 và bảng 3.

Sau tập huấn can thiệp, độ nhạy của ba nhóm ung thư, đái tháo đường và tim mạch lần lượt là 87%, 50% và 87% (Tổng số) và 87%, 57% và 88% (Nhóm có nhập viện). Độ đặc hiệu của ba

nhóm này lần lượt là 95%, 100% và 89% (Tổng số) và 95%, 100% và 90% (Nhóm có nhập viện). Dự báo dương của ba nhóm này lần lượt là 88%, 87% và 82% (Tổng số) và 91%, 93% và 85% (Nhóm có nhập viện). Dự báo âm của ba nhóm này lần lượt là 95%, 99% và 92% (Tổng số) và 93%, 99% và 92% (Nhóm có nhập viện). Bảng 4 và bảng 5.

Bảng 2. Độ nhạy và độ đặc hiệu của định kỳ hàng năm ghi nhận tử vong, tổng số

Nhóm bệnh		Nhóm tổng số			Chỉ số	Tỷ lệ %	95% CI	
		Không	Có	Tổng số				
Ung thư	Không	989	87	1,076	Độ nhạy	79%	77%	81%
	Có	113	335	448	Độ đặc hiệu	90%	88%	91%
	Tổng số	1,102	422	1,524	Dự báo dương	75%	73%	77%
					Dự báo âm	92%	91%	93%
Đái tháo đường	Không	1,495	20	1,515	Độ nhạy	23%	21%	25%
	Có	3	6	9	Độ đặc hiệu	100%	100%	100%
	Tổng số	1,498	26	1,524	Dự báo dương	67%	64%	69%
					Dự báo âm	99%	98%	99%
Tim mạch	Không	729	76	805	Độ nhạy	87%	85%	88%
	Có	228	491	719	Độ đặc hiệu	76%	74%	78%
	Tổng số	957	567	1524	Dự báo dương	68%	66%	71%
					Dự báo âm	91%	89%	92%

(95% CI: 95% khoảng tin cậy); Có 48 bệnh nhân bị bỏ sót trong cuộc điều tra lần 1 này.

Bảng 3. Độ nhạy và độ đặc hiệu của định kỳ hàng năm ghi nhận tử vong, nhóm có nhập viện

Nhóm bệnh		Nhóm có nhập viện			Chỉ số	Tỷ lệ %	95% CI	
		Không	Có	Tổng số				
Ung thư	Không	673	84	757	Độ nhạy	79%	77%	82%
	Có	80	323	403	Độ đặc hiệu	89%	88%	91%
	Tổng số	753	407	1,160	Dự báo dương	80%	78%	82%
					Dự báo âm	89%	87%	91%
Đái tháo đường	Không	1,136	17	1,153	Độ nhạy	26%	24%	28%
	Có	1	6	7	Độ đặc hiệu	100%	100%	100%
	Tổng số	1,137	23	1,160	Dự báo dương	86%	84%	88%
					Dự báo âm	99%	98%	99%
Tim mạch	Không	547	59	606	Độ nhạy	87%	85%	89%
	Có	148	406	554	Độ đặc hiệu	79%	76%	81%
	Tổng số	695	465	1,160	Dự báo dương	73%	71%	76%
					Dự báo âm	90%	89%	92%

(95% CI: 95% khoảng tin cậy); Có 30 bệnh nhân có nhập viện bị bỏ sót trong cuộc điều tra lần 1 này. Kết quả phân tích toàn bộ danh sách tử vong (1.581 trường hợp), độ nhạy sau can thiệp tăng đối với các nhóm ung thư, đái tháo đường, và không tăng đối với nhóm tim mạch, lần lượt là 8% ($p < 0,05$), 27% ($p < 0,05$) và 0% ($p = 0,86$). Kết quả phân tích riêng cho nhóm có nhập viện (1.190 trường hợp), độ nhạy sau can thiệp tăng đối với các nhóm ung thư, đái tháo đường, và tăng rất nhỏ đối với nhóm tim mạch, lần lượt là 8% ($p < 0,05$), 31% ($p < 0,05$) và 1% ($p = 0,75$), Bảng 6.

Bảng 4. Độ nhạy và độ đặc hiệu sau can thiệp bằng tập huấn kỹ thuật, tổng số

Nhóm bệnh		Nhóm tổng số			Chỉ số	Tỷ lệ %	95% CI	
		Không	Có	Tổng số				
Ung thư	Không	1,085	57	1,142	Độ nhạy	87%	85%	89%
	Có	52	378	430	Độ đặc hiệu	95%	94%	96%
	Tổng số	1,137	435	1,572	Dự báo dương	88%	86%	90%
					Dự báo âm	95%	94%	96%
Đái tháo đường	Không	1,544	13	1,557	Độ nhạy	50%	48%	52%
	Có	2	13	15	Độ đặc hiệu	100%	100%	100%

	Tổng số	1,546	26	1,572	Dự báo dương	87%	85%	88%
					Dự báo âm	99%	99%	100%
Tim mạch	Không	886	75	961	Độ nhạy	87%	85%	89%
	Có	111	500	611	Độ đặc hiệu	89%	87%	90%
	Tổng số	997	575	1572	Dự báo dương	82%	80%	84%
					Dự báo âm	92%	91%	94%

(95% CI: 95% khoảng tin cậy)

Bảng 5. Độ nhạy và độ đặc hiệu sau can thiệp bằng tập huấn kỹ thuật, nhóm có nhập viện

Nhóm bệnh		Nhóm có nhập viện			Chỉ số	Tỷ lệ %	95% CI	
		Không	Có	Tổng số				
Ung thư	Không	733	54	787	Độ nhạy	87%	85%	89%
	Có	37	366	403	Độ đặc hiệu	95%	94%	96%
	Tổng số	770	420	1,190	Dự báo dương	91%	89%	92%
					Dự báo âm	93%	92%	95%
Đái tháo đường	Không	1,166	10	1,176	Độ nhạy	57%	54%	59%
	Có	1	13	15	Độ đặc hiệu	100%	100%	100%
	Tổng số	1,167	23	1,190	Dự báo dương	93%	91%	94%
					Dự báo âm	99%	99%	100%
Tim mạch	Không	645	57	702	Độ nhạy	88%	86%	90%
	Có	72	416	488	Độ đặc hiệu	90%	88%	92%
	Tổng số	717	473	1,190	Dự báo dương	85%	83%	87%
					Dự báo âm	92%	90%	93%

(95% CI: 95% khoảng tin cậy)

IV. BÀN LUẬN

Hội thảo tập huấn phương pháp và kỹ thuật ghi nhận nguyên nhân tử vong trong cộng đồng làm tăng chất lượng số liệu tử vong có ý nghĩa thống kê, đối với ung thư và đái tháo đường, cả 2 nhóm này có độ đặc hiệu đều nhỏ hơn 80% trước khi được tập huấn về phương pháp và kỹ thuật. Nhóm bệnh tim mạch đã có độ nhạy rất cao, đến 87% trước khi tập huấn phương pháp và kỹ thuật, sau tập huấn có sự thay đổi nhỏ, không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này gợi ý

việc can thiệp bằng hội thảo tập huấn phương pháp và kỹ thuật ghi nhận nguyên nhân tử vong trong cộng đồng đối với các nhóm nguyên nhân tử vong có độ nhạy nhỏ hơn 80% sẽ đem lại sự cải thiện tốt, tăng chất lượng số liệu và có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân ở huyện Diêm Châu bị tử vong trong năm 2014 đã có hơn 75% được khám, chẩn đoán và điều trị tại các bệnh viện, tỷ lệ % này phù hợp với kết quả nghiên cứu tại ba tỉnh Bắc Ninh, Lâm Đồng, và Bến Tre năm 2008 (4).

Bảng 6. Độ nhạy và hiệu quả can thiệp theo nhóm nguyên nhân

Nhóm nguyên nhân		Tổng số		Có nhập viện	
		Độ nhạy (95%CI)	p	Độ nhạy (95%CI)	p
Ung thư	Sau can thiệp	0,87 (0,84- 0,90)		0,87 (0,84- 0,90)	
	Trước can thiệp	0,79 (0,76- 0,83)		0,79 (0,75- 0,83)	
	Khác nhau	0,08 (0,03- 0,13)	< 0,01	0,08 (0,03- 0,13)	< 0,01
Đái tháo đường	Sau can thiệp	0,50 (0,31- 0,69)		0,57 (0,36- 0,77)	
	Trước can thiệp	0,23 (0,07- 0,39)		0,26 (0,08- 0,44)	
	Khác nhau	0,27 (0,02- 0,52)	0,04	0,31 (0,03- 0,57)	0,04
Tim mạch	Sau can thiệp	0,87 (0,84- 0,90)		0,88 (0,85- 0,91)	
	Trước can thiệp	0,87 (0,84- 0,89)		0,87 (0,84- 0,90)	
	Khác nhau	0 (-0,04- 0,04)	0,86	0,01 (-0,04- 0,05)	0,75

(95% CI: 95% khoảng tin cậy)

V. KẾT LUẬN

Phát triển dữ liệu tử vong cho huyện Diêm Châu đủ 39 xã và thị trấn là kết quả khích lệ cho việc phát triển ghi chép tử vong cho cả tỉnh Nghệ An cũng như cho cả nước. Kết quả nghiên cứu nguyên nhân tử vong ở huyện Diêm Châu phù hợp với kết quả toàn quốc năm 2005-2006 đã ghi nhận được

95% của tổng số 10.769 xã/phường trên cả nước. Ghi nhận tử vong qua hệ thống ghi chép nguyên nhân tử vong trong ngành Y tế bằng mẫu A6-YTCS là khả thi và giai đoạn này có cung cấp số liệu nguyên nhân tử vong tốt trong cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2014) **Global status report on noncommunicable diseases 2014**. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>, pp. 150-161 (Geneva, World Health Organization).
2. WHO (2011) **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/, pp. 150-161 (Geneva, World Health Organization).
3. Bộ Y Tế (2014) *Niên giám thống kê Y Tế 2013* (Hà Nội, Bộ Y Tế - Nhà Xuất bản Y học).
4. STEVENSON, M. R., HUNG, D. V., HUONG, H. T. et al. (2015) Evaluation of the Vietnamese A6 Mortality Reporting System: All-Cause Mortality, *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 27, 733-42.
5. WHO (2007) **Verbal Autopsy Standards: Ascertain and attributing causes of death** (Geneva, Switzerland, World Health Organization).
6. WHO (2003) **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision.** (World Health Organisation).
7. SILVA, I. D. S. (1999) *Cancer epidemiology: Principle and methods* (Lyon, France, IARC - WHO).

BA BỆNH NHÂN MẮC TĂNG SẢN THƯỢNG THẬN BẨM SINH THỂ THIỂU HỤT 21-HYDROXYLASE ĐIỀU TRỊ MUỘN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Thị Ngọc Anh*, Nguyễn Việt Hoa*,
Trần Thị Chi Mai***, Trần Minh Điền**, Vũ Chí Dũng**

TÓM TẮT¹⁵

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị ở 3 bệnh nhân tăng sản thượng thận bẩm sinh (TSTTBS) được phát hiện và điều trị muộn tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Ba bệnh nhân, tuổi từ 6-17 được chẩn đoán xác định TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase bằng định lượng các hormon trong máu và chất chuyển hóa trong nước tiểu bằng kỹ thuật sắc ký khí - khối phổ. Ba bệnh nhân cần điều trị phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Triệu chứng TSTTBS gồm dấu hiệu bất thường ở bộ phận sinh dục như phì đại âm vật, lỗ đái thấp, ẩn tinh hoàn, mọc lông mu sớm, rậm lông. Xét nghiệm máu đặc trưng bởi nồng độ cortisol thấp, ACTH (Adrenocorticotrophic hormone), testosterone và 17-OHP (17-hydroxy progesterone) cao. Định lượng steroid niệu đặc trưng bởi tăng nồng độ pregnanetriol (PT), tỷ lệ PT/ (Tetrahydrocortisone + Tetrahydrocortisol + 5 α -Tetrahydrocortisol) cao giúp chẩn đoán xác định. Hai trong ba bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tạo hình bộ phận sinh dục và ba bệnh nhân được bổ sung hydrocortisone hàng ngày. **Kết luận:** 3 bệnh nhân TSTTBS do thiếu hụt 21-hydroxylase được chẩn đoán xác định, điều trị bổ sung hydrocortisone và phẫu thuật tạo hình bộ phận sinh dục.

Từ khóa: tăng sản thượng thận bẩm sinh, nam hóa, dậy thì sớm.

SUMMARY

THREE PATIENTS WITH CONGENITAL ADRENAL HYPERPLASIA BY 21-HYDROXYLASE DEFICIENCY WERE DIAGNOSED AND TREATED AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: Describe clinical signs, clinical tests, treatment of three patients with Congenital adrenal hyperplasia (CAH) who were diagnosed and late treated at Viet Duc hospital. **Subjects and Methods:** three patients from 6 to 17 years old with CAH by 21-hydroxylase deficiency diagnosed by determination of blood and urine steroid hormone concentrations using gas chromatography-mass spectrometry (GC-MS). The patients were treated by hormone replacement therapy and the genital operation. This is a cross-sectional study. **Results:** clinical signs and symptoms of patients with CAH includes abnormal of extra genital, macroclitoral, hypospadias, early puberty. Blood cortisol concentration was lower and Adrenocorticotrophic hormone, testosterone and 17-hydroxy progesterone levels were higher than reference intervals. In these patients, urine pregnanetriol concentration and ratio of PT/ (Tetrahydrocortisone + Tetrahydrocortisol + 5 α -Tetrahydrocortisol) were higher than reference intervals. Two of three patients were treated by surgical after therapy with hormone replacement. **Conclusions:** Three patients with CAH by 21-hydroxylase were diagnosed, treated successfully by operation and hormone supplement.

Keywords: Congenital adrenal hyperplasia (CAH), virilization, early puberty.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng sản thượng thận bẩm sinh là bệnh lý bẩm sinh, di truyền gen lặn trên nhiễm sắc thể thường gây rối loạn sinh tổng hợp hormon steroid tuyến thượng thận [2]. Tần suất mắc TSTTBS

*Bệnh viện Việt Đức

**Bệnh viện Nhi trung ương

***Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Anh

Email: ngocanhbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 26.7.2017

khác nhau giữa các chủng tộc, trung bình khoảng 1: 10000 đến 1: 15000 trẻ sơ sinh [3]. Bệnh gặp ở cả nam và nữ với triệu chứng phì đại âm vật giống dương vật ở nữ, xuất hiện các dấu hiệu dậy thì sớm ở nam [2],[7]. Nguyên nhân gây TSTTBS là do thiếu hụt một trong các enzym tham gia tổng hợp cortisol như 21-hydroxylase, 11 β -hydroxylase, 3 β -hydroxysteroid dehydrogenase... [2],[5],[6],[7]. Thiếu hụt 21-hydroxylase thường gặp nhất chiếm 90-95% các trường hợp TSTTBS [5],[6]. Giảm tổng hợp cortisol làm tăng tổng hợp ACTH mạn tính dẫn đến tăng sản tuyến thượng thận, tăng tổng hợp các hormon sinh dục vỏ thượng thận testosterone, androstenedione... Trẻ mắc TSTTBS nếu điều trị muộn sẽ ảnh hưởng nhiều đến sự phát triển thể chất, tinh thần, khả năng sinh sản, thậm chí ảnh hưởng đến tính mạng nếu có rối loạn nước và điện giải kèm theo. Do vậy, ứng dụng GC-MS chẩn đoán xác định các thể TSTTBS tại Việt Nam là rất cần thiết.

Tại khoa phẫu thuật nhi - bệnh viện Việt Đức, từ tháng 10/2015 đến tháng 8/2016, chúng tôi

gặp 3 trường hợp chẩn đoán TSTTBS ở độ tuổi 6-17 tuổi. Các công bố thông tin về bệnh nhân đã được sự đồng ý của người bệnh và gia đình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 3 bệnh nhân mắc TSTTBS được chẩn đoán, điều trị phẫu thuật tại khoa phẫu thuật Nhi – bệnh viện Việt Đức từ tháng 10/2015 đến tháng 8/2016.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang, mô tả bệnh lâm sàng.

Xét nghiệm điện giải đồ, FSH, LH, testosterone, estradiol... thực hiện trên máy sinh hóa và miễn dịch tự động của Roche.

Siêu âm ổ bụng, giải phẫu bệnh được thực hiện tại bệnh viện Việt Đức.

Xét nghiệm cortisol, ACTH, nhiễm sắc thể thực hiện tại Mediatec.

Xquang đo tuổi xương tại bệnh viện Nhi TW.

Định lượng 17OHP bằng kỹ thuật ELISA. Định lượng steroid niệu bằng kỹ thuật sắc ký khí khối phổ (GC-MS) tại khoa Hóa sinh –BV Nhi TW.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng của ba bệnh nhân TSTTBS.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, nhiễm sắc thể của 3 bệnh nhân TSTTBS

Bệnh nhân	Tên	Tuổi	Nhiễm sắc thể	Cao (cm)	Triệu chứng
BN 1	Tráng Thị H	6	46,XX	123	Phì đại âm vật, sạm da. Nam hóa độ III theo Prader.
BN 2	Vàng A N	8	46, XX	132	Nam hóa rõ, phì đại âm vật, mọc lông mu sớm. Prader độ III
BN 3	Giàng A T	17	46, XX	138	Nam hóa hoàn toàn, phì đại âm vật, rậm lông Prader IV. Sạm da.

Ba bệnh nhân người dân tộc H'mông sinh sống tại các tỉnh miền núi phía bắc là Hà Giang và Yên Bái. Ba bệnh nhân là nữ, đều có dấu hiệu bất thường ở bộ phận sinh dục: phì đại âm vật, không sờ thấy tinh hoàn, lỗ đài thấp ở gốc âm vật, mức độ nam hóa nặng từ độ III đến độ IV theo Prader.

Bệnh nhân 1: Tráng Thị H, dân tộc H'mông, sinh năm 2009 tại Hà Giang. Khám lần đầu ngày 8/10/2015 do phì đại âm vật, mã bệnh án VD-33834. Trẻ sinh ra là nữ, có biểu hiện phì đại âm vật từ sau khi sinh đến khi 2-3 tuổi âm vật phì đại giống dương vật. Trẻ có em gái 3 tuổi và em trai 10 tháng tuổi chưa phát hiện và điều trị TSTTBS.

Triệu chứng lâm sàng khi vào viện trẻ có ngoại hình bé gái, cơ bắp phát triển, da xạm. Chiều cao 123cm, cao hơn bạn cùng tuổi. Bộ phận sinh dục ngoài giống với nam nhưng không sờ thấy tinh hoàn, âm vật dài khoảng 4cm, môi lớn nhẵn nhéo, sẫm màu giống bìu (Prader độ III), lỗ đài thấp ở gốc âm vật (ảnh 1).

Siêu âm ổ bụng: không thấy tinh hoàn trong ống bẹn, bìu, lỗ bẹn sâu, tử cung và phần phụ hai bên không thấy bất thường.

Xét nghiệm máu: cortisol lúc 20 giờ thấp, ACTH, 17-OH Progesterone, testosterone cao. X-quang đo tuổi xương khoảng 12 tuổi. Nhiễm sắc thể 46, XX. Định lượng steroid niệu cho hình ảnh sắc ký đồ và sản phẩm chuyển hóa của steroid trong nước tiểu đặc trưng cho TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase (hình 2).

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase và được khám và điều trị nội tiết bổ sung hydrocortisone hàng ngày và tăng liều trong phẫu thuật hay khi ốm, stress. Phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục nữ theo nguyện vọng của bệnh nhân và gia đình ngày 13/11/2015. Phẫu tích thấy niệu đạo và âm đạo đổ chung vào xoang niệu sinh dục ở phía ngoài gần cửa âm hộ, phẫu thuật tạo hình âm vật, môi lớn, tách riêng niệu đạo và âm đạo. Trẻ ổn định, ra viện ngày 23/11/2015. Hiện tại bệnh nhân khỏe mạnh, ổn định.

Bệnh nhân 2: Bệnh nhân Vàng A N, sinh năm 2008, dân tộc H'mông, tỉnh Yên Bái. Khám lần đầu ngày 12/07/2016 do ẩn tinh hoàn hai bên, dậy thì sớm, mã bệnh án 0105-VD-2679.

Trẻ sinh ra có dấu hiệu phì đại âm vật khoảng 1cm, không sờ thấy tinh hoàn hai bên, gia đình nghĩ là bé trai bị ẩn tinh hoàn. Trẻ phát triển theo hướng nam giới, thích chơi với bạn trai, chiều cao tăng nhanh hơn mức bình thường. Khi 7 tuổi có dấu hiệu mọc lông mu, trứng cá. Khám thấy trẻ ngoại hình nam giới, chiều cao 135cm, da sáng, có ít trứng cá trên mặt. Cơ quan sinh dục: nhiều lông mu (giai đoạn P3), không sờ thấy tinh hoàn hai bên, âm vật phì đại 4cm, lỗ đài thấp, nam hóa độ III theo Prader (ảnh 2), tuyến vú chưa phát triển.

Xét nghiệm nhiễm sắc thể: 46, XX. Xét nghiệm máu thấy tăng nồng độ testosterone và 17OH-Progesterone. Giảm nồng độ cortisol 8 giờ và 20 giờ.

Siêu âm: không thấy tinh hoàn trong bìu, lỗ bẹn sâu và ống bẹn hai bên.

Xét nghiệm định lượng steroid niệu cho hình ảnh trên sắc ký đồ và nồng độ các sản phẩm chuyển hóa steroid niệu thể thiếu hụt 21-hydroxylase.

Bệnh nhân mắc TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase, nam hóa độ III. Bệnh nhân được tư vấn về nội tiết, giới tính, sinh sản và điều trị hydrocortisone suốt đời.

Ngày 16/08/2016 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt bỏ tử cung, buồng trứng hai bên. Dự kiến thì hai, sẽ đưa niệu đạo ra đầu âm vật như dương vật của nam giới theo nguyện vọng của bệnh nhân và gia đình. Điều trị tăng liều hydrocortisone trong và sau phẫu thuật, phẫu thuật thành công, an toàn, không có dấu hiệu suy thượng thận cấp. Hiện tại trẻ ổn định.

Bệnh nhân 3: Bệnh nhân Giàng A T, dân tộc H'mông, sinh năm 1998 tại Hà Giang. Khám lần

đầu ngày 8/10/2015 lúc 17 tuổi với lý do ẩn tinh hoàn hai bên, lỗ đài thấp, mã bệnh án VD-33837. Bệnh nhân sinh ra giống như bé trai nhưng không sờ thấy tinh hoàn hai bên. Em phát triển bình thường như bạn cùng lứa đến khoảng 10 tuổi thì chiều cao không tăng lên thêm nữa. Bệnh nhân là con thứ 6 trong gia đình có 8 con, các anh chị em của bệnh nhân chưa ai được khám và điều trị TSTTBS.

Bệnh nhân có ngoại hình của nam giới (ảnh 3), chiều cao 138cm thấp hơn rất nhiều so với chiều cao trung bình cùng tuổi và giới, cơ bắp phát triển, tuyến vú không phát triển, giọng nói trầm như nam giới. Cơ quan sinh dục ngoài giống như nam giới: rậm lông, lỗ đài thấp, không sờ thấy tinh hoàn hai bên, âm vật 5cm (Prader độ IV).

Siêu âm ổ bụng cho kết quả: không thấy tinh hoàn hai bên trong bìu, lỗ bẹn sâu, ống bẹn hai bên, có tử cung và buồng trứng hai bên kém phát triển so với tuổi.

Xét nghiệm máu cho thấy nồng độ testosterone, 17OHP rất cao, nồng độ FSH, LH rất thấp, xét nghiệm nhiễm sắc thể 46, XX.

Xét nghiệm định lượng steroid niệu bằng kỹ thuật GC-MS cho kết quả sắc ký đồ và nồng độ các sản phẩm chuyển hóa của steroid trong nước tiểu đặc trưng cho TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase.

Đây là bệnh nhân nữ, mắc TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase, nam hóa mức độ IV theo Prader. Về giới tính, có thể phẫu thuật theo hướng trở thành nam giới bao gồm cắt bỏ tử cung và buồng trứng hai bên, phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục ngoài và đưa âm đạo ra đầu âm vật như dương vật nam giới. Bệnh nhân có thể lựa chọn tạo hình cơ quan sinh dục ngoài thành nữ. Bệnh nhân chưa đồng ý phẫu thuật.



Ảnh 1: Bộ phận sinh dục Tráng Thị H, 6 tuổi, nữ.



Ảnh 2: Bộ phận sinh dục Vàng A N, 8 tuổi, nữ.



Ảnh 3: Ngoại hình Giàng A T, 17 tuổi, nữ.

3.2. Đặc điểm xét nghiệm

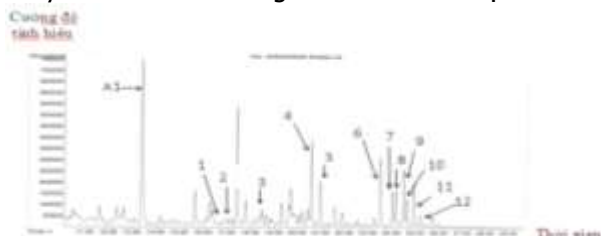
Bảng 2: Đặc điểm xét nghiệm của 3 bệnh nhân TSTTBS.

Xét nghiệm	Tráng Thị H	Vàng A N	Giàng A T	Đơn vị	Trị số bình thường
Natri	144	136	138	mmol/L	135-145
Kali	4,1	4,5	4,1	mmol/L	3,4-5,0
Cortisol 8h	178,7	83,65	-	nmol/L	171-536
Cortisol 20h	58,96	47,49	-	nmol/L	64-327
ACTH	196	-	-	pg/mL	7,2-63,3
Estradiol	-	28,1	42	pg/mL	Nữ: 12,5-498
Testosterone	7,1	5,6	31,14	nmol/L	Nữ: 0,1- 1,67

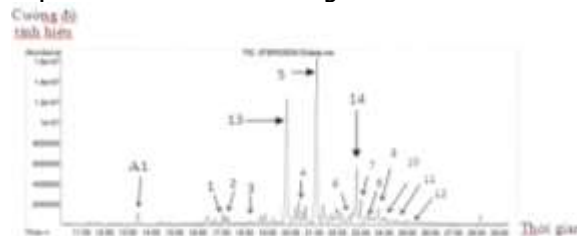
LH	-	0,1	0,01	IU/L	Nữ: 1,0-95,6
FSH	-	0,2	0,04	IU/L	Nữ: 1,7-21,5
17-OH P	40,2	12,9	42,2	ng/mL	0,07 – 1,7

Nhận xét: Nồng độ các chất điện giải natri, kali trong giới hạn bình thường. Cortisol thấp, ACTH, testosterone, 17OHP tăng cao.

3.3. Kết quả xét nghiệm định lượng steroid niệu: Mỗi mẫu bệnh phẩm được phân tích steroid niệu trên hệ thống GC-MS, kết quả được biểu thị dưới dạng sắc ký đồ toàn thể, mỗi đỉnh là một sản phẩm chuyển hóa steroid trong nước tiểu. Mẫu bệnh nhân H được so với mẫu bình thường như sau:



Hình 1: Sắc ký đồ mẫu bình thường



Hình 2: Sắc ký đồ Tráng thị H

A1 là chuẩn nội Androstanol được đưa vào mỗi mẫu một lượng như nhau để hiệu chỉnh sự mất mát trong quá trình tách chiết.

Bảng 3: Nồng độ các sản phẩm chuyển hóa steroid trong nước tiểu.

STT	Xét nghiệm	Bệnh nhân			Đơn vị
		Tráng Thị H	Vàng A N	Giàng A T	
1	Androsterone (A)	14,61	41,02	1086,85	μmol/L
2	Etiocholanolone (E)	11,00	11,58	623,99	μmol/L
3	Dehydroepi androsterone (DHEA)	9,05	6,35	506,59	μmol/L
4	Pregnanediol (PD)	8,54	11,36	28,78	μmol/L
5	Pregnanetriol (PT)	169,65	159,55	470,11	μmol/L
6	Tetrahydro cortisone (THE)	4,84	6,76	49,53	μmol/L
7	Tetrahydro cortisol (THF)	0,96	2,11	12,24	μmol/L
8	5α- Tetrahydro cortisol (5α-THF)	0,81	0,64	15,73	μmol/L
9	α-Cortolone	1,69	1,61	15,66	μmol/L
10	β- Cortolone	0,36	0,35	3,63	μmol/L
11	α- Cortol	1,32	2,06	12,02	μmol/L
12	β- Cortol	0,03	0,21	2,95	μmol/L
PT/(THE + THF + 5α-THF)		25,67	16,72	5,86	
Kết luận		Thiếu hụt 21-hydroxylase	Thiếu hụt 21-hydroxylase	Thiếu hụt 21-hydroxylase	

Nhận xét: 12 sản phẩm chuyển hóa của steroid niệu đánh số từ 1 đến 12 trong bảng 4 và hình 1, 2 tương ứng. Nồng độ PT và tỷ lệ PT/ (THE+THF+5α-THF) rất cao ở cả ba bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Về lâm sàng: Ba bệnh nhân Tráng Thị H, Vàng A N và Giàng A. T là nữ, đều biểu hiện rất rõ các dấu hiệu thừa testosterone như phì đại âm vật từ lúc mới sinh, cơ bắp phát triển, dậy thì sớm lúc 7 tuổi của N, giọng nói trầm, sở thích và thói quen của nam giới của N và T. Ngay từ nhỏ T và N luôn nghĩ mình là nam giới và những người thân của các bệnh nhân cũng tin T và N là nam giới. Chiều cao của bệnh nhân TSTTBs thường vượt trội khi nhỏ và ngừng tăng trưởng rất sớm khi có dấu hiệu dậy thì nên chiều cao lúc trưởng thành bị hạn chế. Tráng Thị H và Vàng A N khám lúc 6 và 8 tuổi nên có chiều cao tốt hơn

bạn cùng tuổi khoảng +2SD theo tổ chức y tế thế giới WHO, trong khi T chỉ cao 138 cm thấp hơn 15cm so với tuổi.

Về xét nghiệm: Bảng 2 cho thấy ba bệnh nhân đều có nồng độ testosterone và 17OH P rất cao so với giới hạn tham chiếu. Nồng độ cortisol thấp đặc biệt ở thời điểm 20 giờ của H và N riêng H được làm ACTH thấy kết quả rất cao do cơ chế feedback. Bên cạnh đó là giảm nồng độ FSH, LH của N và T khiến cho tử cung và buồng trứng không phát triển do không kích thích được tuyến sinh dục nữ như buồng trứng, tử cung hoạt động. Cả ba bệnh nhân được phát hiện và điều trị ở tuổi 6, 8 và 17 tuổi là rất muộn, vì các dấu hiệu rối loạn phát triển giới tính được thể hiện rõ từ sau khi sinh ra đến khoảng 2 hoặc 3 tuổi. Nguyên nhân của việc chẩn đoán và điều trị muộn có thể do ba ca bệnh không có rối loạn nước-điện giải nên không đe dọa tính mạng khi

chưa điều trị, ba bệnh nhân là người dân tộc H'mông có điều kiện sống và sinh hoạt khó khăn.

Về định lượng steroid niệu: Kỹ thuật định lượng steroid niệu bằng sắc ký khí khối phổ được thực hiện lần đầu tại khoa Hóa sinh – Bệnh viện Nhi trung ương từ năm 2016. Kỹ thuật có độ nhạy, độ đặc hiệu cao là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định các thể thiếu hụt enzym trong TSTTBS nhờ mẫu hình đặc trưng của sắc ký đồ và nồng độ sản phẩm chuyển hóa hormon steroid cũng như tỷ lệ tiền chất/hormon sản phẩm. Thiếu hụt 21-hydroxylase rất thường gặp gây TSTTBS, đặc trưng bởi 17-hydroxypregnanolone (17OHPN) là sản phẩm chuyển hóa của 17OHP, pregnanetriol (PT) là sản phẩm chuyển hóa của 17-hydroxy progesterone tiền chất của cortisol và pregnanetriolone (PTL) tăng cao trên sắc ký đồ [4]. Nồng độ PT rất cao, tỷ lệ PT/ (THE + THF + 5 α -THF) tăng cao là tiêu chuẩn chẩn đoán xác định thiếu hụt 21-hydroxylase, bình thường tỷ lệ này rất thấp, trung vị là 0,03 và giới hạn trên là 0,15 theo nghiên cứu Angela KL [1]. Ba bệnh nhân đều có đủ tiêu chuẩn đặc trưng để chẩn đoán xác định TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase. Lần đầu tiên, TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase được chẩn đoán xác định bằng kỹ thuật GC-MS tại Việt Nam.

Về điều trị: Cả 3 bệnh nhân TSTTBS đều được tư vấn tâm lý, điều trị nội tiết và phẫu thuật giới tính theo sự lựa chọn của bệnh nhân nhằm tạo tâm lý thoải mái cho người bệnh và cuộc sống tình dục tương đối bình thường mặc dù nhiều bệnh nhân không thể có con. Điều trị hydrocortisone suốt đời nhằm bổ sung hormon thiếu, liều dùng hormon được tăng lên khi bệnh

nhân bị ốm, sốt, phẫu thuật nhằm tránh cơn suy thượng thận cấp đồng thời hạn chế tăng tiết testosterone tuyến thượng thận giúp giảm hiện tượng thừa testosterone ở bệnh nhân mắc TSTTBS.

V. KẾT LUẬN

Ba ca lâm sàng chẩn đoán muộn TSTTBS thể thiếu hụt 21-hydroxylase tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức, đã được phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục và điều trị nội tiết đảm bảo ca phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Angela KLH, Martina R, Laura L, David S, Jane McNeilly et al (2015).** The pitfalls associated with urinary steroid metabolite ratios in children undergoing investigations for suspected disorders of steroid synthesis. *J Pediatr Endocrinol*: 1-10.
2. **Biason LA, Zachmann M (1996).** Disorders of Steroid synthesis and metabolism. *Physician's Guide to the laboratory diagnosis of metabolic diseases*, Second edition, Springer, 551-572.
3. **Heitty J van der Kamp and Jan MW (2004).** Neonatal screening for congenital adrenal hyperplasia. *European Journal of Endocrinology* 151, 71-75.
4. **Homma K, Hasegawa T, Takeshita E, Wantanabe K et al (2004).** Elevated urine pregnanetriolone definitively establishes the diagnosis of classical 21-Hydroxylase deficiency in term and preterm neonates. *J Clin Endocrinol Metab* 89: 6087-6091.
5. **New MI and Willson RC (1999).** Steroid disorders in children: Congenital adrenal hyperplasia and apparent mineralocorticoid excess. *PNAS*, vol 96, no 22: 12790-12797.
6. **New MI, Oksana L, Karen LS, Alan P et al (2013).** Congenital Adrenal Hyperplasia, *Genetic Steroid Disorders*, Elsevier, San Diego, CA.
7. **Walter L.M, George PC (2001).** Part IV: The Adrenal cortex. *Endocrinology & metabolism*, fourth edition, McGraw-Hill, Inc. 387-524.

ĐÁNH GIÁ ĐÀO TẠO CHA MẸ VỀ KIẾN THỨC CAN THIỆP SỚM CHO TRẺ TỰ KỶ TẠI KHOA TÂM THẦN BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đào Thị Thủy¹, Nguyễn Thị Thanh Mai², Lê Thị Hoàn³

TÓM TẮT¹⁶

Nghiên cứu mô tả tiến cứu nhằm đánh giá kết quả trước và sau đào tạo cho cha mẹ về kiến thức can thiệp sớm trẻ tự kỷ tại khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu trên 58 cha/mẹ trẻ tự kỷ (mẹ

chiếm 72,4%), độ tuổi trung bình là 32,9 $\pm$ 5,7 ở nông thôn chiếm 56,9% và thành thị là 43,1%, kết quả này không có sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn. Kết quả sau đào tạo tăng lên 86,2% cha mẹ biết khái niệm về tự kỷ, 82,8% cha mẹ hiểu nguyên nhân gây tự kỷ, 81% cha mẹ hiểu tự kỷ có hành vi đi kèm, 94,8% cha mẹ biết biểu hiện của tự kỷ là giảm tương tác xã hội và tỉ lệ cha mẹ biết biểu hiện của tự kỷ là chậm nói chiếm 96,6%, cha mẹ dành thời gian can thiệp trung bình đã nâng lên 3,2 $\pm$ 1,7 giờ/ngày, và 21,2 $\pm$ 12,6 giờ/tuần. Sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Tự kỷ, cha mẹ, kiến thức, đào tạo, can thiệp.

SUMMARY

¹Khoa Tâm thần, Bệnh Viện Nhi Trung Ương

²Bộ môn Nhi, Đại học Y Hà Nội

³Viện đào tạo YHDP và YTCC, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đào thị Thủy

Email: thuydt75@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 26.7.2017

ASSESS PARENT TRAINING ON EARLY INTERVENTION KNOWLEDGE FOR AUTISM SPECTRUM DISORDER PSYCHIATRIC DEPARTMENT THE NATIONAL HOSPITAL OF PAEDIATRICS

To evaluate pre and post-training outcomes for parents on early intervention knowledge of autistic children in the psychiatric department of the National Hospital of Paediatrics. The study included 58 parents with autism (mother 72.4%), mean age 32.9 ± 5.7 , rural 56.9%, and urban 43.1%. There is no difference between urban and rural. The follow-up results increased to 86.2% of parents know the concept of autism, 82.8% of parents understood the cause of autism, 81% of parents understood autism with accompanying behavior, 94.8% of parents Mothers who showed signs of autism reduced social interaction and autistic manifestation rates of autism were 96.6% speech impaired, parents spent the median intervention time increasing to 3.2 ± 17 h/day, and 21.2 ± 12.6 hours/week. Significant differences are statistically significant.

Keywords: Autism, parents, knowledge, training, intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phổ tự kỷ (ASD) là một bệnh lý rối loạn phát triển thần kinh – tâm thần, với biểu hiện chung là suy giảm rõ rệt và lan tỏa trong tương tác xã hội, giao tiếp kèm theo những hành vi định hình cứng với ý thích bị thu hẹp [1]. Trong những năm gần đây tự kỷ là một vấn đề mang tính thời sự được nhiều người quan tâm, một trong những lý do là tỉ lệ mắc có xu hướng gia tăng ở nhiều nước trên thế giới nói chung cũng như ở Việt Nam nói riêng. Tại Việt Nam, hiện chưa có một số liệu thống kê cụ thể về tỷ lệ trẻ tự kỷ trong cả nước, theo số liệu thống kê tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ trẻ đến khám tự kỷ tăng lên rõ rệt: trong 5 năm từ 2011 – 2015 có 15.524 lượt trẻ được chẩn đoán rối loạn tự kỷ [3].

Ở Việt Nam, trước đây mô hình can thiệp trẻ tự kỷ chủ yếu tập trung vào can thiệp tại các trung tâm tư nhân và trong các bệnh viện, trong khi mô hình can thiệp cho trẻ tự kỷ tại nhà với gia đình đóng vai trò quan trọng chưa được xây dựng nhiều. Trong 10 năm gần đây, khoa Tâm

thần – Bệnh viện Nhi Trung ương đã thực hiện mô hình lồng ghép can thiệp sớm trẻ tự kỷ và đào tạo cho cha mẹ trẻ tự kỷ về kiến thức trong can thiệp sớm tại nhà, nhằm áp dụng chiến lược can thiệp "lấy gia đình làm trung tâm" nhằm nâng cao hơn nữa khả năng hòa nhập cho trẻ tự kỷ. Tuy nhiên, từ đó đến nay chưa có nghiên cứu nào khảo sát về kiến thức của cha mẹ trong quá trình thực hiện này.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu "Kết quả đào tạo cha mẹ về kiến thức can thiệp sớm cho trẻ tự kỷ tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương" với mục tiêu: "Đánh giá kết quả trước đào tạo và sau đào tạo cho cha mẹ về kiến thức can thiệp sớm trẻ tự kỷ tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Là 58 cha mẹ có con được chẩn đoán và can thiệp sớm tự kỷ tại Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương đồng ý tham gia nghiên cứu từ ngày 1/9/2016 đến ngày 30/4/2017.

2.2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả tiến cứu

2.3. Cỡ mẫu: Toàn bộ cha mẹ có con được chẩn đoán và can thiệp tự kỷ tại Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương, trong thời gian từ ngày 1/9/2016 đến ngày 30/4/2017, ước tính 180 lượt cha mẹ tham gia đào tạo trước - sau (50 cha/mẹ).

2.4. Cách chọn mẫu: Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện (Chọn tất cả các cha/mẹ có con can thiệp tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian nghiên cứu). Số liệu được thu thập dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn cha mẹ đã được thiết kế cấu trúc. *Trả lời ĐÚNG* là cha/mẹ chọn câu trả lời đúng theo đáp án trong bảng phỏng vấn về kiến thức.

2.5. 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 rồi được phân tích bằng phần mềm STATA 12.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, đào tạo, tìm hiểu thông tin của cha mẹ trước khi vào đào tạo tại khoa Tâm thần

Đặc điểm		Cha mẹ (58 cha/mẹ)	
		n	%
Nhóm tuổi	Tuổi trung bình	$\bar{x} \pm SD$ (min – max)	
		$32,9 \pm 5,7$ (23 – 46)	
	< 30 tuổi	17	29,3
	30 – 35 tuổi	25	43,1
	> 35 tuổi	16	27,6

Đào tạo trước đây	Chưa được đào tạo	58	100
Nguồn cung cấp thông tin	Sách báo	21	36,2
	Ti vi	25	43,1
	Mạng internet	29	50,0
	Cán bộ y tế, tâm lý, giáo viên	27	46,5
	Bạn bè	11	19,0
	Hội cha mẹ trẻ tự kỷ	0	0,0

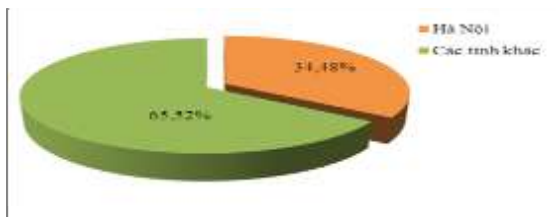
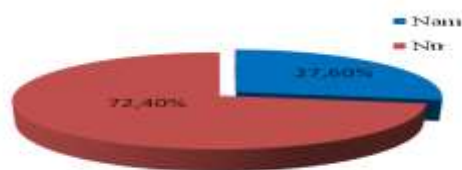
Nhận xét: Tuổi cha mẹ thấp nhất là 23, cao nhất là 46 tuổi, trung bình $32,9 \pm 5,7$ tuổi.

- 100% cha mẹ chưa được đào tạo trước khi tham gia nghiên cứu tại khoa Tâm thần và chưa hề biết đến Hội cha mẹ trẻ tự kỷ.

- Thông tin cha mẹ biết về tự kỷ đa số qua truyền thông (internet là 50%, ti vi 43,1%)

- Xấp xỉ 1/2 số cha mẹ tham gia nghiên cứu biết thông tin về tự kỷ và can thiệp tự kỷ qua cán bộ y tế, nhà tâm lý, giáo viên chuyên biệt.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của cha mẹ trẻ tự kỷ



Biểu đồ 1. Đặc điểm về giới

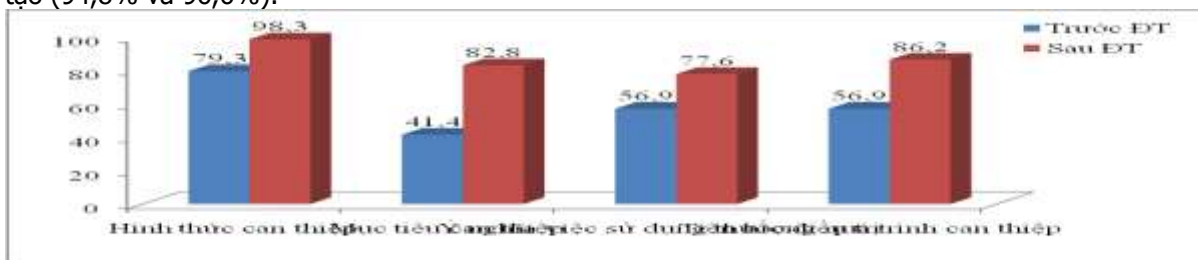
Biểu đồ 2. Đặc điểm về nơi sống

Nhận xét: Người mẹ tham gia đào tạo nhiều hơn bố (72,4%). Phần lớn cha mẹ trong nghiên cứu sống ở các tỉnh (65,52%).

Bảng 3.3. Kết quả cha mẹ trả lời đúng kiến thức về khái niệm, nguyên nhân, biểu hiện của chứng tự kỷ trước - sau đào tạo

Đặc điểm		Trước ĐT		Sau ĐT		P
		n	(%)	n	(%)	
Khái niệm về bệnh		26	44,8	50	86,2	0,0001
Nguyên nhân gây bệnh		16	27,6	48	82,8	0,0001
Biểu hiện bệnh	Tương tác XH	37	63,8	55	94,8	0,0001
	Ngôn ngữ	50	86,2	56	96,6	0,047
	Hành vi	20	34,5	47	81,0	0,0001

Nhận xét: Trước đào tạo: có 44,8% cha mẹ có hiểu biết đúng về khái niệm bệnh tự kỷ và 27,6% cha mẹ có kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh. Sau đào tạo, tỷ lệ này tăng lên 86,2% cha mẹ có hiểu biết đúng về khái niệm bệnh tự kỷ và 82,8% cha mẹ có kiến thức đúng về nguyên nhân gây bệnh. Tỷ lệ cha mẹ nhận biết được biểu hiện hành vi của chứng tự kỷ tăng lên rõ rệt từ 34,5% trước đào tạo lên 81,0% sau đào tạo. Cha mẹ nhận biết được biểu hiện giảm tương tác xã hội và chậm ngôn ngữ cũng tăng lên sau đào tạo với tỷ lệ lần lượt là: trước đào tạo (63,8% và 86,2%); sau đào tạo (94,8% và 96,6%).



Biểu đồ 3.1. Kết quả cha mẹ trả lời đúng kiến thức về can thiệp cho trẻ tự kỷ trước - sau đào tạo

Nhận xét: Trước đào tạo, tỷ lệ 41,4% cha mẹ hiểu mục tiêu can thiệp trẻ tự kỷ, 79,3% cha mẹ hiểu hình thức can thiệp và 56,9% cha mẹ hiểu ý nghĩa của sử dụng thuốc và tiên lượng can thiệp tự kỷ. Sau đào tạo: tỷ lệ cha mẹ nhận thức đúng về hình thức can thiệp và mục tiêu can thiệp tự kỷ đều tăng lên với kết quả là 98,3%; 82,8%; tỷ lệ cha mẹ nhận thức đúng về ý nghĩa của việc sử dụng

thuốc đối với chứng tự kỷ tăng lên 77,6% và tỷ lệ cha mẹ nhận thức đúng tiên lượng quá trình can thiệp tăng lên 86,2%.

Bảng 9. Kiến thức của cha mẹ về thời gian dành cho can thiệp trẻ tự kỷ trước và sau đào tạo

Mức độ thời gian dành cho trẻ	$\bar{X} \pm SD$ (min – max)		p
	Trước đào tạo	Sau đào tạo	
Thời gian can thiệp trẻ giờ / ngày	1,5 $\pm$ 1,0 (0 – 3)	3,2 $\pm$ 1,7 (1 – 8)	0,0001
Thời gian can thiệp trẻ giờ/ tuần	7,8 $\pm$ 6,8 (0 – 21)	21,2 $\pm$ 12,6 (2 – 56)	0,0001

Nhận xét: Sau đào tạo cha mẹ đã can thiệp cho trẻ thấp nhất là 2 giờ/tuần, cao nhất là 56 giờ/tuần, trung bình là 21,2 $\pm$ 12,6 giờ/tuần. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,0001<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm về tuổi và giới: Với mục đích đánh giá đào tạo kiến thức can thiệp sớm cho cha mẹ trẻ tự kỷ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 58 cha mẹ có con can thiệp tự kỷ từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 4 năm 2017. Trong 100% số cha mẹ là cha mẹ đẻ và phần lớn là người mẹ (chiếm 72,4%). Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình 32,9 $\pm$ 5,7, chủ yếu độ tuổi từ 30 tuổi đến 46 tuổi chiếm tỷ lệ 70,7%.

- Về đặc điểm nơi sinh sống: Nghiên cứu cho thấy 65,52% cha mẹ sinh sống ở các tỉnh khác, vì vậy nhu cầu đào tạo của cha mẹ ở các tỉnh là rất lớn, trong khi các bệnh viện tuyến dưới chưa có cơ sở đào tạo cho cha mẹ. Thực tế, tại Hà Nội đã có rất nhiều trung tâm can thiệp trẻ tự kỷ, nhưng có tới 34,48% đối tượng nghiên cứu là người Hà Nội. Điều này cho thấy, bệnh viện Nhi trung ương là cơ sở y tế đào tạo cha mẹ trẻ tự kỷ có uy tín và chất lượng tốt. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu ở nông thôn chiếm 56,9%, thành thị là 43,1%, kết quả này cho thấy không có sự khác biệt về nhu cầu đào tạo của cha mẹ trẻ tự kỷ giữa thành thị và nông thôn.

4.2. Kết quả trước đào tạo và sau đào tạo cho cha mẹ về kiến thức can thiệp sớm trẻ tự kỷ tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương.

- Quá trình tìm hiểu thông tin kiến thức của cha mẹ trẻ tự kỷ trước khi đào tạo tại khoa Tâm thần: Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% cha mẹ trẻ tự kỷ chưa được đào tạo về can thiệp trước khi vào Khoa Tâm thần, Hội cha mẹ trẻ tự kỷ ở khắp các tỉnh thành, thuộc mạng lưới cha mẹ trẻ tự kỷ Việt Nam đã được thành lập từ nhiều năm nay. Tuy nhiên, tham gia nghiên cứu của chúng tôi, 100% cha mẹ tự kỷ đều chưa biết đến Hội cha mẹ trẻ tự kỷ, trong quá trình tham gia đào tạo tại Bệnh viện Nhi Trung ương, họ đã biết đến Hội cha mẹ trẻ tự kỷ. Đây là cơ hội quý báu để họ cùng nhau chia sẻ thông tin, kiến thức, kinh nghiệm nuôi dạy trẻ tự kỷ sau này. Nguồn cung cấp thông tin về tự kỷ

của cha mẹ chủ yếu thông qua truyền hình (43,1%), internet (50%) và 46,5% từ cán bộ y tế. Như vậy, khảo sát nhỏ này cho thấy, cần đẩy mạnh hơn các lĩnh vực tuyên truyền về vai trò thực hành can thiệp sớm cho trẻ tự kỷ tại nhà trên các kênh thông tin đại chúng và nâng cao hơn kiến thức về tự kỷ cho các cán bộ y tế ở tuyến chăm sóc sức khỏe ban đầu.

- Thay đổi của kiến thức của cha mẹ về khái niệm và nguyên nhân mắc chứng tự kỷ: Trong nghiên cứu của chúng tôi trước can thiệp, khái niệm “tự kỷ là gì” chỉ có 44,8% cha mẹ hiểu đúng về khái niệm này. Tuy nhiên sau can thiệp, số cha mẹ hiểu đúng khái niệm tự kỷ đã tăng lên 86,2%, với mức ý nghĩa thống kê p<0,05. Khi cha mẹ nhận chẩn đoán con mình mắc chứng tự kỷ, họ vô cùng bàng hoàng, shock, với câu hỏi đầu tiên là do nguyên nhân gì? Có nhiều cha mẹ thường đổ lỗi cho bản thân đã quá bận công việc, không quan tâm đến con, hay cho con xem tivi, điện thoại, do gen, v.v... Cho đến nay, tự kỷ vẫn chưa khẳng định chính xác nguyên nhân, tuy nhiên các nhà nghiên cứu đã chỉ ra nhiều yếu tố kết hợp mà yếu tố chính là các biến đổi về gen/di truyền, tổn thương não, vẫn dễ xảy ra khi mang thai, sinh đẻ và tuổi cha mẹ cao khi sinh con v.v... Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trước khóa đào tạo, cha mẹ hiểu đúng về nguyên nhân tự kỷ chiếm 27,6%, sau đào tạo tỷ lệ này tăng lên 82,8% (p < 0,05).

- Thay đổi của kiến thức của cha mẹ về biểu hiện của chứng tự kỷ: Trước khóa đào tạo, có 63,8% cha mẹ lựa chọn giảm tương tác xã hội, 86,2% giảm ngôn ngữ và 34,5% hành vi định hình. Đánh giá sau khóa đào tạo, cha mẹ có lựa chọn cao nhất là giảm ngôn ngữ 96,6%, giảm tương tác là 94,8% và 81% cha mẹ lựa chọn hành vi định hình. Kết quả trên cho thấy, hiệu quả của khóa đào tạo đã giúp cho cha mẹ hiểu đúng về biểu hiện đặc trưng cơ bản của tự kỷ. Sau khóa đào tạo, cha mẹ cần thực hiện vai trò của mình trong tuyên truyền, phát hiện sớm tự kỷ trong cộng đồng.

- Thay đổi của kiến thức của cha mẹ về can thiệp cho trẻ tự kỷ: Khi con nhận chẩn đoán tự kỷ, nhiều cha mẹ cho rằng, hay chỉ là chậm nói giống như ai đó trong gia đình. Họ còn do dự, chờ đợi con phát triển thêm và chỉ tập

trung vào chăm sóc thể chất. Có những cha mẹ chỉ cho con đi học ở trường mầm non và uống thuốc bổ thần kinh. Cha mẹ chưa đặt mình là giáo viên chuyên biệt can thiệp giáo dục đặc biệt và tích cực tại nhà. Tuy nhiên, sau khi tham gia khóa đào tạo tại Khoa Tâm thần – Bệnh viện Nhi Trung ương, tỷ lệ cha mẹ nhận thức được vai trò của mình như là một giáo viên chuyên biệt can thiệp tích cực tại nhà cho trẻ đã tăng lên 98,3% và mục tiêu can thiệp chủ yếu là để trẻ được nâng cao nhận thức và khả năng hòa nhập xã hội với 82,8%.

Tự kỷ là rối loạn phát triển có thể kèm theo các rối loạn khác như: tăng động, chậm phát triển, rối loạn ăn uống, rối loạn giấc ngủ,... Vì vậy, sử dụng thuốc cho trẻ tự kỷ chỉ để bổ sung vi dưỡng chất hoặc điều trị các rối loạn đi kèm chứ không phải là để chữa những tổn thương ở não hoặc để trẻ nói được như trẻ bình thường như phần lớn cha mẹ nhận định trước đào tạo. Các cha mẹ đã hiểu rõ được tác dụng của thuốc đối với quá trình can thiệp cho trẻ tự kỷ sau khi tham gia khóa đào tạo (77,6%) và tiên lượng can thiệp cho trẻ tự kỷ là không chữa khỏi hoàn toàn (86,2%).

- Thay đổi về kiến thức của cha mẹ đối với việc dành thời gian dạy trẻ tại nhà: Nghiên cứu của Trung tâm phát triển Khuyết tật tại Trường Đại học Washington can thiệp và đào tạo liên tục 12 tuần cho 98 cha mẹ tại cộng đồng 98 trẻ có biểu hiện tự kỷ ở độ tuổi từ 12 tháng đến 24 tháng, DQ = 60%. Số giờ can thiệp 4 giờ/ngày và 5 ngày/tuần/8 tuần liên tục. Kết quả cho thấy, trẻ cải thiện cơ bản về chỉ số DQ tổng thể và có thêm ngôn ngữ (với $p=0,005$). Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, quá trình đào tạo cho cha mẹ tại Khoa Tâm thần kết hợp với can thiệp trẻ tích cực, phần lớn cha mẹ hiểu rõ hơn về quy trình can thiệp. Họ đã duy trì thường xuyên, liên tục hằng ngày để can thiệp sớm cho con. Kết quả sau đào tạo, cha mẹ đã dành ít nhất 1 giờ/ngày và nhiều nhất là 8 giờ/ngày để

dạy trẻ, thời gian can thiệp trung bình đã nâng lên $3,2\pm 1,7$ giờ/ngày, $21,2\pm 12,6$ giờ/tuần, sự khác biệt rõ rệt có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Từ nghiên cứu đào tạo kiến thức cho 58 cha mẹ tại khoa tâm thần bệnh viện Nhi Trung ương cho thấy tỉ lệ cha mẹ hiểu về khái niệm, nguyên nhân, biểu hiện và chiến lược can thiệp sớm cho trẻ tự kỷ đã được nâng lên. Cha mẹ có con chẩn đoán tự kỷ cần được hiểu rõ về nhận thức, tìm hiểu cách dạy trẻ qua từng giai đoạn phát triển, giúp trẻ hòa nhập xã hội là trách nhiệm của tất cả mọi người. Vì vậy, đào tạo kiến thức cho cha mẹ trẻ tự kỷ cần nhân rộng tại các tuyến y tế cơ sở, trung tâm giáo dục đặc biệt tư nhân và công lập.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tâm thần học Mỹ (2000)**, *Công cụ chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, xuất bản lần thứ 4 có sửa đổi - DSM IV - TR*, 58 - 63.
2. **CDC (2014)**, *Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Surveillance Summaries Monitoring Network*, United States.
3. **Thành Ngọc Minh, Nguyễn Mai Hương và Nguyễn Thị Hồng Thúy (2016)**, *Công tác khám, đánh giá trẻ mắc rối loạn phổ tự kỉ tại Khoa Tâm thần - Bệnh viện Nhi Trung Ương 2011-2015*, Hội nghị Nhi Khoa.
4. **Trần Văn Lý (2014)**, *Đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng của trẻ tự kỷ và kết quả mô hình can thiệp toàn diện cho trẻ tự kỷ tại Trung tâm phục hồi chức năng trẻ tàn tật Thụy An*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, đại học Y Hà Nội.
5. **Hội tâm thần học Mỹ (2000)**, *Công cụ chẩn đoán và thống kê các rối loạn tâm thần, xuất bản lần thứ 4 có sửa đổi - DSM IV*.
6. **Joan E.A., Joel D.B. và Janet E.F. (2012)**, *Guide to Evidence-based Interventions Autism Spectrum Disorders*, U.S.
7. **Deb Keen and Sylvia Rodger (2012)**, *Working with Parents of a Newly Diagnosed Child with an AUTISM SPECTRUM DISORDER*, Jessica. Kingsley London and Philadelphia, 116 Pentonville Road London N1 9JB, UK and 400 Market Street, Suite 400 Philadelphia, PA 19106, USA.

NGUYÊN NHÂN VÀ ĐẶC ĐIỂM KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM DỊCH MÀNG PHỔI TẠI BỆNH VIỆN 19-8 – BỘ CÔNG AN

Hoàng Thị Hòa**, Trần Văn Tính*, Trần Thị Minh Tâm**

TÓM TẮT¹⁷

*Bệnh viện 19-8, Bộ Công An

**Trường Đại học kỹ thuật y tế Hải Dương.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Hòa

Email: hoanghoa234yb@gmail.com

Mục tiêu: Đánh giá nguyên nhân và một số đặc điểm chỉ số xét nghiệm dịch màng phổi tại Bệnh viện 19.8 – Bộ Công an. **Đối tượng và phương pháp**

Ngày nhận bài: 6.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2017

Ngày duyệt bài: 18.7.2017

nguyên cứu: Nghiên cứu hồi cứu và mô tả cắt ngang 67 mẫu dịch chọc hút lần đầu màng phổi tại bệnh viện 19.8 từ 20/03/2017 đến 09/06/2017. **Kết quả nghiên cứu:** Nguyên nhân chủ yếu gặp là do lao 46,3%, thứ hai là viêm phổi 20,9%, ung thư 14,9%, ít gặp hơn là các nguyên nhân ngoài phổi. Xét nghiệm: xét nghiệm máu 31,3% trường hợp có hemoglobin giảm, 58,2% bạch cầu tăng; 1,5% dịch màng phổi thấy AFB dương tính; 98,2% các mẫu dịch protein $\geq 30\text{g/l}$ có rivalta dương, 80% mẫu dịch protein $< 30\text{g/l}$ có rivalta âm; màu sắc dịch màng phổi dịch thâm thường gặp là màu vàng nhạt (50%), dịch tiết hay gặp nhất màu vàng chanh (70,2%), tế bào học: 65,7% bạch cầu lympho tăng, 20% trường hợp ung thư phát hiện tế bào ác tính. Nhuộm phosphatase kiềm bạch cầu dương tính 61,9% ở nhóm nhiễm khuẩn gấp 2,3 lần so với nhóm không nhiễm khuẩn.

Từ khóa: Dịch màng phổi, tràn dịch màng phổi, xét nghiệm.

SUMMARY

ETIOLOGIES AND CHARACTERISTICS OF PLEURAL EFFUSIONS RESULTS IN 19-8 HOSPITAL

Objectives: To evaluate etiologies, characteristics of tests patients with pleural effusions. **Subjects and methods:** Reprospective and cross-sectional study on 67 pleural fluids in 19.8 hospital from 20/03/2017 to 09/06/2017. **Results and Conclusions:** Found that tuberculosis was the cause in 46.3%, pneumonia 20.9%, cancer 14.9%. Test somebody's blood: 23.9% hemoglobin decreased, 58.2% white blood cells increased. 1.5% Acid Fast Bacilli (AFB) was seen on microscopy in pleural fluid. Pleural fluids had protein $< 30\text{g/l}$, that had 80% rivalta test negative. Pleural fluids had protein protein $\geq 30\text{g/l}$, that had 98.2% rivalta test positive. Cytology: 65.7% lymphocyte cells decreased, oncotic cytology was positive in 20% (2/10) of cases. Rate of positive alkaline phosphatase was 61.9% on infective patients, and is 2,3 times uninfected patients.

Keywords: Pleural fluid, pleural effusion, test.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi là một trong các hội chứng bệnh lý thường gặp trong lâm sàng các bệnh nội khoa. Theo Kookoolis và CS (2014), ở Mỹ hàng năm có khoảng 1.000.000 người bị tràn dịch màng phổi [7]. Ở Việt Nam, Ngô Quý Châu và cộng sự (2010) trong 768 trường hợp TDMP gặp 86,6% dịch màng phổi là dịch tiết, lao chiếm 49,2%, ung thư 20% là nguyên nhân chủ yếu gây tràn dịch màng phổi [1]. Để chẩn đoán nguyên nhân gây bệnh, các xét nghiệm hình thái học và nhuộm phosphatase kiềm bạch cầu trong dịch màng phổi bằng chọc hút hoặc rửa phế quản là các xét nghiệm được ưu tiên chỉ định. Khi phổi hợp kết quả của các xét nghiệm hóa sinh, tế bào và vi sinh sẽ giúp chẩn đoán chính xác hơn. Vì vậy, đề tài được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá đặc điểm kết quả xét nghiệm dịch

màng phổi ứng dụng trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 67 mẫu dịch chọc dò màng phổi của bệnh nhân được chẩn đoán tràn dịch màng phổi lần đầu và chưa điều trị.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 20/03/2017 đến 09/06/2017.

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện 19.8, Bộ công an

3. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ bao gồm tất cả các đối tượng đạt yêu cầu từ 8/2016 – 6/2017.

- Các thông tin nghiên cứu: Kết quả máu ngoại vi, phản ứng rivalta và định lượng protein dịch, nhuộm Ziehl neelsen tìm Acid fast bacilli dịch, tế bào học dịch màng phổi.

- Kết quả được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung về nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung về giới

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	47	70,1
Nữ	20	29,9
Tổng	67	100%

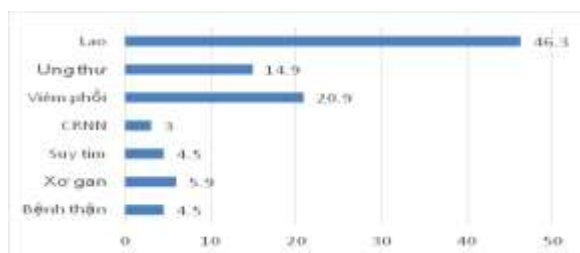
Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi ở nam cao hơn nữ (nam/nữ = 2,3).

Bảng 2: Đặc điểm chung về nhóm tuổi

Giới	Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	<18	0	0,0
	18-60	33	49,3
	>60	14	20,9
Nữ	<18	0	0
	18-55	15	22,4
	>55	5	7,4
Tổng		67	100%
Tuổi trung bình		47,7$\pm$20	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tràn dịch màng phổi ở nam giới và nữ giới cùng ở trong độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao nhất (nam: 49,3% và nữ: 22,4%).

2. Chẩn đoán xác định căn nguyên tràn dịch màng phổi



Biểu đồ 1: Nguyên nhân tràn dịch màng phổi
Nhận xét: Nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi lao chiếm tỷ lệ cao nhất 46,3% và thấp nhất là 3% chưa rõ nguyên nhân.

3. Một số đặc điểm kết quả xét nghiệm của bệnh nhân tràn dịch màng phổi

3.1. Kết quả tổng phân tích mẫu máu của bệnh nhân

Bảng 3: Kết quả tổng phân tích máu

Xét nghiệm máu			Số lượng	Tỷ lệ %
Lượng hemoglobin	120-160g/l		46	68,7
	80-119g/l		20	29,8
	<80g/l		1	1,5
Số lượng bạch cầu	<5 G/L		3	4,5
	5 - 9 G/L		25	37,3
	> 9 G/L		39	58,2
Công thức bạch cầu	BC đoạn (%)	45 – 75	40	59,7
		>75	23	34,3
	Lympho (%)	<25	59	88,0
		25 - 45	8	12,0

Nhận xét: Số trường hợp thiếu máu chiếm 31,3%, số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính tăng tương ứng là 58,2% và 34,3%.

3.2. Kết quả phân tích mẫu dịch của bệnh nhân

3.2.1. Các chỉ số vật lý

Bảng 4: Đặc điểm màu sắc dịch màng phổi

Màu sắc dịch	Dịch thâm		Dịch tiết		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Vàng chanh	3	30	40	70,2	43	64,1
Đỏ máu	2	20	15	26,2	17	25,4
Đục mủ	0	0	1	1,8	1	1,4
Vàng nhạt	5	50	1	1,8	6	9,1
Tổng	10	100	57	100	67	100

Nhận xét: Hầu hết là dịch màu vàng chanh (70%).

3.2.1. Kết quả xét nghiệm

Bảng 5: Kết quả xét nghiệm tìm AFB trong dịch màng phổi

Xét nghiệm AFB	Số lượng	Tỷ lệ %
Dương tính	1	1,5
Âm tính	66	98,5
Tổng	67	100

Nhận xét: AFB dương tính 1 trường hợp (1,5%).

Bảng 6: Kết quả nồng độ protein, phản ứng rivalta dịch màng phổi

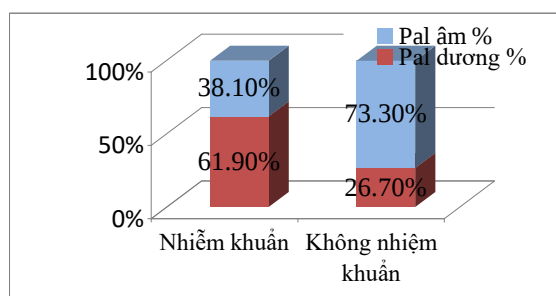
Rivalta	Rivalta (+)		Rivalta (-)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dương	56	98,2	2	20
Âm	1	1,8	8	80
Tổng	58	100	9	100

Nhận xét: 92,2% Rivalta dương trong tổng số mẫu dịch có protein $\geq 30\text{g/l}$, 80% Rivalta âm trong số mẫu có protein $< 30\text{g/l}$.

Bảng 7: Đặc điểm các loại tế bào của dịch màng phổi

Nguyên nhân		Lao (n=31)	Ung thư (n=10)	Viêm phổi (n=14)	Tất cả nguyên nhân (n=67)
		SL (tỷ lệ %)	SL (tỷ lệ %)	SL (tỷ lệ %)	SL (tỷ lệ %)
Bạch cầu trung tính	$\leq 50\%$	30 (96,8%)	10 (100%)	12 (85,7%)	60 (89,6%)
	$> 50\%$	1 (3,2%)	0 (0%)	2 (14,3%)	7 (10,4%)
Lympho	$\leq 75\%$	11 (35,5%)	5 (50%)	10 (71,4%)	23 (34,3%)
	$> 75\%$	21 (64,5%)	5 (50%)	4 (28,6%)	44 (65,7%)
Gặp tế bào bạch cầu thoái hóa		3 (9,7%)	5 (50%)	4 (28,6%)	17 (25,4%)
Gặp tế bào ác tính		0 (0%)	2 (20%)	0 (0%)	2 (3%)

Nhận xét: có 65,7% bạch cầu lympho tăng, 10,4% bạch cầu trung tính tăng, gặp 25,4% bạch cầu thoái hóa, trong 10 ca ung thư 2 ca (20%) tìm thấy tế bào ác tính. Nguyên nhân lao thấy 64,5% bạch cầu lympho tăng.



Biểu đồ 2: Kết quả nhuộm hóa học tế bào phosphatase kiềm bạch cầu

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ dương tính với nhuộm phosphatase kiềm bạch cầu ở nhóm có nhiễm khuẩn cao hơn 2,3 lần so với tỷ lệ dương tính ở nhóm không có nhiễm khuẩn ($p > 0,95$).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Qua kết quả nghiên cứu, tỷ lệ nam giới bị tràn dịch màng phổi chiếm 70,1% và nữ giới chiếm 29,9%. Kết quả nghiên cứu này có cao hơn so với kết quả của Bùi Xuân Tám (1999) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam là 64% [5]. Nói chung tỷ lệ tràn dịch màng phổi xảy ra ở nam giới cao hơn nữ giới rất nhiều - nam/nữ gần bằng 2,34/1. Lý giải cho kết quả này là do có liên quan đến nghề nghiệp, cách sống ở nam giới có nhiều nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố nguy cơ và nguồn lây nhiễm dễ dàng tiến triển thành bệnh hơn ở nữ giới. Các thói quen liên quan đến giới tính như là hút thuốc lá, uống rượu bia, chăm sóc sức khỏe gây ảnh hưởng tới hệ miễn dịch. Ngoài ra còn liên quan đến yếu tố đặc thù của bệnh viện ngành Công an.

Về đặc điểm độ tuổi bệnh nhân: độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $47,7 \pm 20$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 19, tuổi lớn nhất là 93 tuổi. Kết quả của nghiên cứu tương đồng với kết quả của Ngô Quý Châu và cộng sự năm 2010 [1]. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi, nhóm tuổi từ 18-60 chiếm tỷ lệ cao nhất ở nam và nữ, tổng 71,7%. Kết quả cho thấy rằng hiện nay tràn dịch màng phổi gặp hầu hết ở lứa tuổi lao động. Có thể lý giải được rằng trong độ tuổi này thì tiếp xúc rất nhiều với các yếu tố nguy cơ gây bệnh. Đồng thời phần lớn số bệnh nhân tràn dịch màng phổi là do lao, điều này là phù hợp với độ tuổi dễ mắc lao trong các nghiên cứu [4]. Kết quả nghiên cứu không gặp trường hợp nào dưới 18 tuổi vì đặc thù Bệnh viện 19-8 không có khoa nhi.

2. Nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi: Nghiên cứu có 86,6% dịch màng phổi của bệnh nhân là dịch tiết (57 mẫu) và 13,4% dịch

màng phổi là dịch thấm (10 mẫu). Kết quả này tương đồng với kết quả của Ngô Quý Châu và cộng sự năm 2010 có 82,5% trường hợp là dịch tiết và 17,5% trường hợp là dịch thấm [1]. Trong các nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi dịch thấm, nguyên nhân thường gặp là xơ gan (6,0%), suy tim (4,5%), bệnh thận (4,5%). Trong khi với các nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết các nhóm nguyên nhân hàng đầu là lao (46,3%), viêm phổi (20,9%), ung thư (14,9%) và còn 3% số trường hợp tràn dịch màng phổi chưa rõ nguyên nhân.

Điều này phù hợp với thực trạng nhiễm lao với tỷ lệ lớn và độ tuổi trẻ ở nước ta. Nguyên nhân do đặc thù của bệnh lao là một bệnh rất dễ lây qua đường hô hấp và tình trạng lao kháng thuốc khá phổ biến hiện nay [3].

3. Kết quả xét nghiệm

- Đặc điểm kết quả xét nghiệm công

thức máu: Số lượng bạch cầu trong máu tăng trong 58,2% bệnh nhân bị tràn dịch có nguyên nhân nhiễm khuẩn, có mối tương quan giữa số lượng tăng số lượng bạch cầu máu với mức độ nhiễm khuẩn ($p > 0,95$). Về công thức bạch cầu: 34,3% mẫu nghiên cứu có tỷ lệ bạch cầu trung tính tăng và gặp chủ yếu trong trường hợp nhiễm trùng mạn tính hoặc viêm không đặc hiệu.

- Đặc điểm về màu sắc dịch màng phổi:

Kết quả nghiên cứu cho thấy: đối với dịch thấm 50% số trường hợp dịch màng phổi có màu vàng nhạt, điều này là hợp lý theo tính chất vật lý của dịch thấm. Không gặp trường hợp nào dịch thấm có màu đục mù. Với nhóm dịch tiết: 70,2% số trường hợp dịch màng phổi có màu vàng chanh, 26,2% là đỏ máu, đục mù và vàng nhạt đều gặp 1,8%. Kết quả phù hợp với nghiên cứu của Ngô Quý Châu 2010 [1]. Sự phân bố màu sắc dịch khá hợp lý vì đa số nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi là do lao vì thế màu vàng chanh (70,2%) chiếm ưu thế.

- Kết quả AFB trong dịch màng phổi:

Kết quả nghiên cứu cho thấy xét nghiệm AFB trong dịch màng phổi có 1 trường hợp dương tính (1,5%). Kết quả này gặp thấp và phù hợp với công bố của Ngô Quý Châu (2010) (0%) [1]. Tỷ lệ tìm thấy AFB trong dịch màng phổi là không cao và khác nhau giữa các nghiên cứu là do khả năng tìm thấy AFB còn phụ thuộc vào thời gian bị bệnh, mức độ bệnh và mật độ vi khuẩn có mặt trong dịch màng phổi.

- Đặc điểm kết quả xét nghiệm hóa sinh

dịch: Kết quả nghiên cứu cho thấy có 98,2% Rivalta dương trong tổng số mẫu dịch có protein $\geq 30g/l$, 80% Rivalta âm trong số mẫu có protein

<30g/l. Thường có mối quan hệ giữa lượng protein trong dịch với rivaletta: protein $\geq 30\text{g/l}$ thường có rivaletta dương và ngược lại [2], những trường hợp kết quả còn chưa tương đồng giữa lượng protein trong mẫu dịch và phản ứng rivaletta có thể do yếu tố quyết định phản ứng rivaletta là proten đặc biệt trong dịch quyết định chứ không đơn thuần do số lượng protein quyết định.

- Đặc điểm tế bào học dịch màng phổi:

Kết quả nghiên cứu cho thấy: có 65,7% số trường hợp tỷ lệ bạch cầu lympho tăng và 10,4% bạch cầu trung tính tăng. Kết quả này là hợp lý khi phần lớn nguyên nhân gây tràn dịch màng phổi là do lao với 64,5%; nguyên nhân do lao và quá trình viêm mạn khiến cho tăng lympho bào. Các trường hợp nhiễm khuẩn mạn tính như lao thường gây tăng lympho bào [6], phù hợp với kết quả của nghiên cứu này.

Nghiên cứu cũng ghi nhận 100% các trường hợp tìm thấy tế bào ác tính đều thuộc nhóm có chẩn đoán cuối cùng là bị ung thư, nhưng tỷ lệ tìm thấy tế bào ung thư trong mẫu dịch chỉ chiếm 20% các ca có kết luận là ung thư (2/10). Tỷ lệ này phù hợp với kết quả của Trịnh Thị Hương (2007) với 20,2% tìm thấy tế bào ác [1].

- Đặc điểm nhuộm phosphatase kiềm bạch cầu: Bộ kits nhuộm phosphatase kiềm bạch cầu HICYTEC sử dụng trong nghiên cứu đạt độ nhạy 85,7%, độ đặc hiệu 99,1%. Kết quả nhuộm tế bào bạch cầu đa nhân dịch màng phổi cho thấy: ở nhóm nhiễm khuẩn (lao, viêm phổi, chưa rõ nguyên nhân) phosphatase kiềm dương tính với tỷ lệ khá cao (61,9%), nhóm ung thư và dịch thẩm dương tính mức độ thấp hơn (26,7%). Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ dương tính với nhuộm phosphatase kiềm bạch cầu ở nhóm có nhiễm khuẩn cao hơn 2,3 lần so với tỷ lệ dương tính ở nhóm không có nhiễm khuẩn ($p > 0,95$). Mức độ dương tính của lý thuật nhuộm phosphatase kiềm bạch cầu đoạn trong máu ngoại vi tỷ lệ thuận với tình trạng nhiễm khuẩn của bệnh nhân [5]. Việc tiến hành nhuộm phosphatase kiềm bạch cầu đoạn trong mẫu dịch cũng cho thấy có mối tương quan

tương tự như trong máu ngoại vi trên các bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi (biểu đồ 2).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 67 mẫu dịch màng phổi hút từ bệnh nhân bị tràn dịch điều trị tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 8/2016 đến tháng 6/2017 cho thấy: nguyên nhân tràn dịch chủ yếu do lao (46,3%), viêm phổi không đặc hiệu (20,9%) và ung thư (14,9%). 31,3% bệnh nhân bị tràn dịch có thiếu máu. Dịch màu vàng chanh chiếm 64,1%; 1,5% mẫu dịch có AFB (+), 80% Rivalta dương trong tổng số bệnh nhân có protein <30g/l và 98,2% rivaletta dương trong tổng số bệnh nhân có protein $\geq 30\text{g/l}$. 65,7% mẫu dịch có tăng lympho và 10,4% tăng bạch cầu trung tính; gặp tế bào ác tính trong 20% bệnh nhân bị ung thư. Phản ứng nhuộm phosphatase kiềm bạch dương tính trong mẫu dịch ở nhóm bệnh nhân nhiễm khuẩn cao hơn 2,3 lần so với nhóm không nhiễm khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu và cộng sự (2010).** *Đặc điểm cận lâm sàng và nguyên nhân của tràn dịch màng phổi tại trung tâm hô hấp bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn thạc sĩ Y học, ĐHY Hà Nội.
2. **Nguyễn Thế Khánh, Phạm Dương Tử (2004).** *Hóa nghiệm sử dụng trong lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 477 - 484, 671 - 678.
3. **Nguyễn Giang Nam (2008).** *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tràn dịch màng phổi do lao tại Bệnh viện lao và bệnh phổi Thái Nguyên*, Luận văn thạc sĩ y học, ĐHTH Thái Nguyên.
4. **Trần Văn Tính, Bùi Thanh Hương, Nguyễn Đắc Thảo, Đinh Ngọc Quân (2015).** *Nghiên cứu chế tạo bộ kit nhuộm hóa học tế bào để chẩn đoán các dòng tế bào trong bệnh ung thư máu*, Đề tài cấp Bộ, Bộ Công an.
5. **Bùi Xuân Tám (1999).** *Bệnh màng phổi. Bệnh hô hấp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 881 - 979.
6. **Trần Hoàng Thành (2009).** *Tìm hiểu giá trị của tế bào dịch màng phổi trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi do lao*, *Y học thực hành*, số 6, tập 664, trang 37-39.
7. **Kookoolis et al (2014).** *Mortality of hospitalized patients with pleural effusions. Pulmonary & Respiratory Medicine*, 4(3): 184.

GIÁ TRỊ CỦA BỘ KÍT NHUỘM ESTERASE ĐẶC HIỆU HICYTEC TRONG PHÂN LOẠI BẠCH CẦU CẤP DÒNG TỬY

Vũ Thị Ngọc Mai*, Trần Thị Thanh Tâm**,
Nguyễn Ngọc Dũng***, Ngô Thị Thảo*, Trần Văn Tính****

TÓM TẮT¹⁸

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Mục tiêu: Đánh giá giá trị của kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC trong phân loại bạch cầu cấp dòng tủy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mẫu tủy của bệnh nhân chọc tủy lần đầu, chưa điều trị, chẩn đoán là bệnh bạch cầu cấp tại Viện Huyết học - Truyền máu TW và mẫu máu của người khỏe mạnh đến khám sức khỏe tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an. **Kết quả:** Mức độ phù hợp về phân loại thể bệnh trong bệnh bạch cầu cấp dòng tủy của kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC so với kết quả chẩn đoán xác định của Viện Huyết học - Truyền máu TW là 96,55% theo tiêu chuẩn FAB; độ nhạy, độ đặc hiệu của bộ kit lần lượt là $95,3 \pm 2,2\%$, $89,8 \pm 4,0\%$. **Kết luận:** Bộ kit esterase đặc hiệu HICYTEC có thể sử dụng để phân loại các thể bệnh bạch cầu cấp dòng tủy theo tiêu chuẩn FAB. Quy trình nhuộm đã được đồng bộ trong bộ kit HICYTEC 10 phương pháp gồm 5 bước, dễ triển khai, thời gian 1 giờ và với chi phí thấp.

Từ khóa: esterase đặc hiệu, bạch cầu cấp dòng tủy, phương pháp miễn dịch.

SUMMARY

THE VALUE OF HICYTEC SPECIFIC ESTERASE KIT IN CLASSIFYING ACUTE MYELOID LEUKEMIA

Objects: Assess the value of the specific esterase kit with immunological method in classifying acute myeloid leukemia. **Subjects and methods:** the patient were first time marrow, weren't treated, was diagnosed to get acute leukemia at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion and the blood sample of healthy people had medical examination at 19-8 hospital, Ministry of Public Security. **Results:** The relevance of the classification of disease to patients in acute myeloid leukemia by the HICYTEC specific esterase kit compared with the diagnosis determined by the National Institute of haematology and Blood Transfusion is 96.55% follow the FAB standards; the sensitivity and specificity of the specific esterase kit is $95,3 \pm 2,2\%$, $89,8 \pm 4,0\%$. **Conclusions:** The HICYTEC specific esterase kit can be used to classify acute myeloid leukemia may follow standards FAB. Procedure include 5-step, easy to deploy, time 1 hour and low cost.

Keywords: specific esterase, acute myeloid leukemia, immunological method.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bạch cầu cấp là bệnh lý ác tính có tính chất dòng của tế bào gốc[1]. Phân loại bạch cầu cấp theo tiêu chuẩn FAB chủ yếu dựa trên kết quả của hình thái học - hóa học tế bào, bổ sung

thêm miễn dịch và di truyền[2][3]. Ưu điểm của phương pháp nhuộm hóa học tế bào: rẻ tiền (giá thành chỉ bằng 1/10 so với phương pháp miễn dịch và di truyền), không cần máy móc hiện đại, dễ triển khai. Theo Trần Ngọc Vũ và cộng sự (2014), tỷ lệ phù hợp chẩn đoán giữa hình thái học - hóa học tế bào và miễn dịch là 89,1%[4]. Ba phương pháp nhuộm hóa học tế bào thường được dùng trong phân loại dòng bạch cầu cấp tại các bệnh viện: PAS, peroxidase, sudan B. Tuy nhiên, ba phương pháp này chưa đặc hiệu cho việc phân loại bạch cầu cấp dòng tủy. Hiện nay, trung tâm Huyết học - Truyền máu, Bệnh viện 19-8, Bộ Công an đã nghiên cứu chế tạo thành công bộ kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC có giá trị trong chẩn đoán, phân loại bạch cầu cấp dòng tủy. Tuy vậy, sản phẩm cần được đánh giá qua giai đoạn thử nghiệm thực tế trước khi đưa vào sản xuất ứng dụng rộng rãi tại tuyến cơ sở. Vì vậy, "Giá trị của bộ kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC trong phân loại bệnh bạch cầu cấp dòng tủy" là đề tài có ý nghĩa khoa học, thực tiễn, kinh tế - xã hội cấp thiết.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- 30 mẫu máu người khỏe mạnh đến khám sức khỏe tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an để đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của bộ kit.
- 108 mẫu tủy của bệnh nhân chọc tủy lần đầu, chưa điều trị được chẩn đoán bạch cầu cấp tại Viện Huyết học - Truyền máu TW.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Thời gian thu thập số liệu: 20/03/2017 đến 09/06/2017.

3. Phương pháp thu thập mẫu bệnh nhân và số liệu

- Thu thập các mẫu tủy của bệnh nhân chọc tủy lần đầu, chưa điều trị, được chẩn đoán là bệnh bạch cầu cấp tại Viện Huyết học - Truyền máu TW. Mỗi mẫu dần 7 tiêu bản, nhuộm bằng bộ nhuộm HICYTEC 7 kỹ thuật: PAS, peroxidase (PER), sudan B (SD), esterase đặc hiệu (CE), esterase không đặc hiệu (NSE), esterase không đặc hiệu ức chế NaF (NSE - NAF).

- Thu thập dữ liệu kết quả chẩn đoán xác định thể bệnh của Viện Huyết học - Truyền máu TW dựa trên kết quả của các phương pháp: hình thái học - hóa học tế bào, miễn dịch và di truyền. Cỡ mẫu nghiên cứu dự kiến là 30 mẫu, kết quả lấy đến mẫu thứ 108 thì thu được 53 mẫu có kết luận bệnh bạch cầu cấp, trong đó có 30 mẫu mắc bạch cầu cấp dòng tủy thì dừng thu thập.

****Công ty TNHH HICYTEC Việt Nam**

*****Viện Huyết học - Truyền máu TW**

******Bệnh viện 19-8, Bộ Công An**

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Ngọc Mai

Email: vungocmai230795@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.6.2017

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2017

Ngày duyệt bài: 25.7.2017

- Tiến hành đọc kết quả và phân loại thể bệnh bạch cầu cấp dòng tủy bằng kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC phối hợp với phương pháp hình thái học và hóa học tế bào theo tiêu chuẩn FAB, so sánh với kết luận xác định của Viện Huyết học - Truyền máu TW.

- Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC và hóa chất

của Sigma trên 30 mẫu máu. Mỗi tiêu bản đánh giá trên trên 100 tế bào bạch cầu có nhân theo công thức 1.

$$\text{Độ nhạy (\%)} = \frac{(+)\text{ thật}}{(+)\text{ thật} + (-)\text{ giả}} \quad (\text{Công thức 1})$$

$$\text{Độ đặc hiệu (\%)} = \frac{(-)\text{ thật}}{(-)\text{ thật} + (+)\text{ giả}}$$

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Tỷ lệ mắc bệnh bạch cầu cấp trên tổng số bệnh nhân chẩn đoán mắc bệnh

Kết luận	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu cấp	53	49,1
Bệnh khác	55	50,9
Tổng	108	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh bạch cầu cấp là 49,1%.

Bảng 2: Phân loại dòng bạch cầu cấp

Thể bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu cấp dòng tủy	30	56,6
Bạch cầu cấp dòng lympho	22	41,5
Bạch cầu cấp lai tủy - lympho	1	1,9
Tổng	53	100,0

Nhận xét: Bệnh bạch cầu cấp dòng tủy chiếm tỷ lệ 56,6%, cao hơn bệnh bạch cầu cấp dòng lympho trong những bệnh nhân mắc bệnh.

Bảng 3: Bảng phân loại bạch cầu cấp theo giới tính

Giới tính	Số mẫu tủy bị bệnh bạch cầu cấp		Số mẫu tủy bị bệnh bạch cầu cấp dòng tủy	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	27	50,9	11	36,7
Nữ	26	49,1	19	63,3
Tổng	53	100	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ mắc bệnh bạch cầu cấp ở nam cao hơn nữ, nam/nữ = 1,04;

Tỷ lệ mắc bệnh bạch cầu cấp dòng tủy ở nữ cao hơn nam, nữ/nam = 1,7.

Bảng 4: Phân loại bạch cầu cấp dòng tủy theo độ tuổi và giới tính

Giới	Độ tuổi	Số Lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	<18	2	6,7
	18 - 60	5	16,7
	>=60	4	13,3
Nữ	<18	1	3,3
	18 - 55	10	33,3
	>=55	8	26,7
Tổng		30	100,0

Nhận xét: Ở nam và nữ tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh bạch cầu cấp tập trung chủ yếu ở độ tuổi lao động (nam: 16,7% và nữ 33,3%).

2. Đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của kit nhuộm esterase đặc hiệu trên mẫu máu người khỏe mạnh

Bảng 5: Độ nhạy, độ đặc hiệu của kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC

Kít nhuộm	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)
HICYTEC	95,3 ± 2,2	89,8 ± 4,0
Sigma	94,2 ± 2,8	90,3 ± 4,0

Nhận xét: Kít nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC đạt độ nhạy 95,3 ± 2,2%, độ đặc hiệu 89,8 ± 4,0%, hóa chất của hãng Sigma đạt độ nhạy 94,2 ± 2,8%, độ đặc hiệu 90,3 ± 4,0% (p = 0,95).

3. Kết quả ứng dụng kít nhuộm esterase đặc hiệu trong phân loại thể bệnh bạch cầu cấp

3.1. Kết quả phân loại bạch cầu cấp dòng tủy

Bảng 6: Mức độ phù hợp về phân loại bạch cầu cấp dòng tủy bằng phương pháp hình thái học và 6 kỹ thuật nhuộm bằng bộ kit HICYTEC với kết luận của viện Huyết học - Truyền máu TW

Thể bệnh	Viện HH – TM TW		Bộ kit HICYTEC		Sai khác	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
M0	0	0,00	0	0,00	0	0,00
M1	1	3,33	1	3,45	0	0,00
M2	3	10,00	3	10,34	0	0,00
M3	4	13,33	3	10,34	1	3,45
M4	15	50,00	15	51,72	0	0,00
M5	7	23,33	7	24,14	0	0,00
M6	0	0,00	0	0,00	0	0,00
M7	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Tổng	30	100,00	29	100,00	1	3,45

Nhận xét: Kết quả cho thấy có sự phù hợp 29/30 bệnh nhân về mặt thể bệnh (96,55%).

3.2. Mức độ dương tính khi nhuộm esterase đặc hiệu của các tế bào dòng tủy ở các thể bệnh

Bảng 7. Tỷ lệ CE dương tính

Thể	M1	M2	M3	M4	M5
A (%)	10	52,7 ± 16	55,3 ± 25	37,7 ± 19	6,7 ± 5,3
B (%)	9	99,3 ± 1,2	96,3 ± 5,2	92,8 ± 20,3	99 ± 1,7
C (%)	2	57 ± 20,8	42 ± 10,5	28,5 ± 13,6	2,0 ± 1,2
D (%)	2	65,7 ± 16,8	47,5 ± 16,9	28,7 ± 11,7	1,9 ± 1,3

Nhận xét: Tỷ lệ CE dương tính trong số các tế bào có nhân trong tủy ở thể M2, M3, M4 đạt giá trị trong khoảng 30 đến 80% (M2: 52,7±16%, M3: 55,3±25%, M4: 37,7±19%). Tỷ lệ CE dương tính trong tổng số tế bào blasts (%) ở thể M2, M3, M4 đạt khoảng 20 đến 80% (M2: 57±20,8, M3: 42±10,5, M4: 28,5±13,6)

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Qua bảng 1 cho thấy tỷ lệ phát hiện bạch cầu cấp trên các bệnh nhân chọc tủy lần đầu, chưa điều trị, được chẩn đoán bị bạch cầu cấp tại Viện Huyết học - Truyền máu TW là 49,1%. Phân loại bạch cầu cấp theo tiêu chuẩn FAB, bạch cầu cấp dòng tủy chiếm tỷ lệ 56,6%, cao hơn nhóm bạch cầu cấp dòng lympho, phù hợp với nghiên cứu của Trần Ngọc Vũ và cộng sự tại khoa Nhi - Bệnh viện TW Huế. Theo nghiên cứu này, nhóm bạch cầu cấp dòng tủy (55,45%) chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm bạch cầu cấp dòng lympho (44,55%). Về giới: Bệnh gặp ở cả hai giới, tuy nhiên tỷ lệ mắc bệnh của nam giới cao hơn nữ giới, nam/nữ = 1,04 (xem bảng 3) và thấp hơn so với công bố của Siegel M. P. H. R. và cộng sự ghi nhận tại Mỹ năm 2014 là 1,322 (30.900 nam/23.370 nữ)[7]. Đối với bạch cầu cấp dòng tủy, tỷ lệ mắc bệnh của nữ giới lại cao hơn nam giới (nữ/nam = 1,7)

Về độ tuổi: bảng 4 cho thấy bệnh bạch cầu cấp dòng tủy gặp ở mọi lứa tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi lao động (nam 16,7% và nữ 33,3%).

2. Về độ nhạy, độ đặc hiệu của bộ kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC: Kết quả đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu của bộ kit esterase đặc hiệu trên 30 mẫu máu của người khỏe mạnh đến khám tại Bệnh viện 19-8, Bộ Công an lần lượt là 95,3 ± 2,2%, 89,8 ± 4,0%, Phân tích Anova cho thấy độ nhạy, độ đặc hiệu giữa kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC và hóa chất của Sigma là tương đương nhau ($p = 0,95$).

3. Kết quả ứng dụng kit nhuộm esterase đặc hiệu trong phân loại thể bệnh bạch cầu cấp

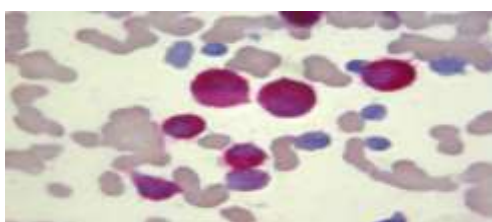
3.1. Kết quả phân loại bạch cầu cấp dòng tủy: Kết quả phân loại thể bệnh tại Viện Huyết học - Truyền máu TW dựa trên 3 phương pháp: hình thái học - hóa học tế bào, miễn dịch và di truyền cho thấy trong các thể bạch cầu cấp dòng tủy: thể M4 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), không có trường hợp nào bệnh nhân mắc thể M0, M6 và M7 (bảng 6). Mức độ phù hợp phân loại thể bệnh bạch cầu cấp dòng tủy theo phương pháp hình thái học - hóa học tế bào bằng kit nhuộm đạt 96,55% so với kết luận thể bệnh của Viện Huyết học - Truyền máu TW (xem bảng 5).

3.2. Mức độ dương tính khi nhuộm esterase đặc hiệu của các tế bào dòng tủy ở các thể bệnh: Mức độ phù hợp trong phân loại bạch cầu cấp dòng tủy của kit nhuộm esterase đặc hiệu so với các phương pháp hóa học tế bào khác trong bộ kit đồng bộ HICYTEC 7 phương pháp (bảng 7) đạt 96,55%.

- Thể M1: Trên tiêu bản bệnh nhân mắc thể M1, >90% SLTB blast dương tính với peroxidase, sudan, >90% SLTB blast âm tính với NSE. Như

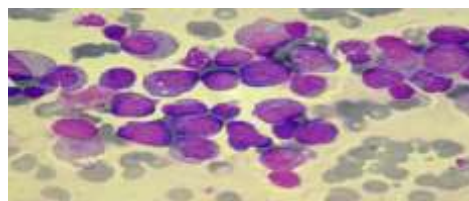
vậy, xác định được các tế bào blast thuộc dòng tủy. Thể M1 thường có mức độ dương tính với CE yếu vì thể M1 là bạch cầu cấp nguyên tủy bào chưa biệt hóa, hầu hết là các tế bào non đầu dòng (>90%), kết quả nghiên cứu gặp một mẫu có tỷ lệ CE dương tính trong tổng số tế bào có nhân trong tủy đạt 9% là phù hợp.

- **Thể M2:** 3 trường hợp được chẩn đoán thể M2 bằng bộ kit nhuộm HICYTEC chiếm 10,34%, phù hợp với kết quả chẩn đoán tại Viện Huyết học - Truyền máu TW. Theo tiêu chuẩn FAB, thể M2: $\geq 3\%$ blasts dương tính với peroxidaza, sudan B, CE và $\geq 3\%$ blast âm tính với kỹ thuật nhuộm NSE - NAF. Các tế bào càng trưởng thành thì càng dương tính mạnh. Do ở thể M2 là bạch



Hình 1. Ảnh nhuộm CE mẫu tủy của BN Hoàng Văn N - thể M2

- **Thể M4:** là thể hỗn hợp tủy - mono. Theo kết quả chẩn đoán bằng bộ kit nhuộm HICYTEC có 15 trường hợp có kết quả thể M4, chiếm 50,0%. Khó khăn lớn nhất của việc kết luận thể M4 theo tiêu chuẩn FAB là tỷ lệ tế bào mono và dòng tủy rất biến động và một số tế bào do đột biến có thể mất một số chất hóa học hoặc enzyme trên nguyên sinh chất tế bào nên dẫn đến không nhận định được kết quả. Để phân biệt được các



Hình 3. Ảnh nhuộm giemsa mẫu tủy của BN Trần Thị H - thể M4

- **Thể M5:** là thể bạch cầu cấp dòng tủy trong đó chủ yếu là tế bào dòng mono, các tế bào thuộc dòng mono chiếm >80% số lượng tế bào trong tủy trong đó: thể M5a có $\geq 80\%$ tế bào monoxit là monoblast, thể M5b có <80% tế bào monoxit là monoblast[5]. Kết quả chẩn đoán bằng bộ kit nhuộm HICYTEC cho thấy có 7 trường hợp thể M5, trong đó có 4 trường hợp M5a và 3 trường hợp M5b, phù hợp với kết quả chẩn đoán tại Viện Huyết học - Truyền máu TW (xem bảng 5). Nhuộm hóa học tế bào chỉ lên

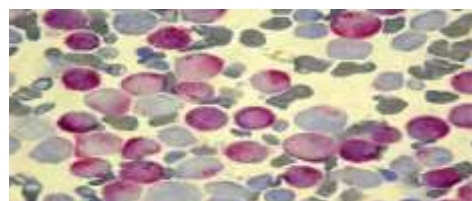
cầu cấp dòng tủy có biệt hóa, các tế bào blast đã có sự xuất hiện enzyme và các thành phần của các tế bào trưởng thành mà hóa học tế bào phát hiện được nên tỷ lệ CE dương tính trên mẫu tủy của ba bệnh nhân thể M2 từ 30 đến 80%, phù hợp với tỷ lệ tế bào dòng tủy.

- **Thể M3:** Trong số 30 trường hợp được chẩn đoán bạch cầu cấp dòng tủy theo tiêu chuẩn FAB có 3 trường hợp được chẩn đoán thể M3 chiếm tỷ lệ 10,34% (xem bảng 5). Về hóa học tế bào, thể M3 có kết quả tương tự thể M2 về tỷ lệ CE dương tính. Đặc điểm khác biệt của thể M3 so với thể M2 là sự xuất hiện của các thể Auer tập trung thành từng bó trên nguyên sinh chất tế bào, có thể phát hiện được trên tiêu bản giemsa.



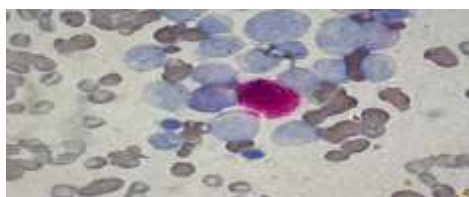
Hình 2. Ảnh nhuộm CE mẫu tủy của BN Nguyễn Thị N - Thể M3

tế bào dương tính với phương pháp PER, SD là tế bào thuộc dòng tủy hay dòng mono, dựa vào tỷ lệ CE dương tính với các tế bào trong mẫu tủy. Đối với những bệnh nhân thể M4, tỷ lệ CE dương tính từ 20 đến 80%, phù hợp tiêu chuẩn hình thái học của thể M4: tỷ lệ tế bào dòng tủy thể M4 chiếm 30-80%, dòng mono chiếm 20-80% tế bào là monoxit.



Hình 4. Ảnh nhuộm esterase đặc hiệu mẫu tủy của BN Trần Thị H - thể M4

dương tính nhẹ đối với nhuộm peroxidaza, sudan B và dương tính lan tỏa nhẹ với nhuộm PAS, âm tính đối với nhuộm esterase đặc hiệu; do tế bào dòng mono chiếm >80% số tế bào có nhân trong tủy. Kỹ thuật nhuộm dùng để phân biệt thể M5a và M5b là nhuộm esterase không đặc hiệu, các tế bào blast dòng mono bị ức chế hoàn toàn khi bổ sung thêm NaF vào dung dịch nhuộm. Theo Hayhoe và cs (1994) thì 80% các tế bào monoxit dương tính ở mức độ mạnh và trung bình, 20% dương tính yếu[6].



Hình 5. Ảnh nhuộm esterase đặc hiệu mẫu tủy của bệnh nhân Hoàng Thị T - thể M5a



Hình 6. Ảnh nhuộm nhuộm esterase đặc hiệu mẫu tủy của bệnh nhân Nguyễn Hữu D - thể M5b

V. KẾT LUẬN

Độ nhạy và độ đặc hiệu của bộ kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC khi phân loại tế bào bạch cầu trong mẫu máu người khỏe mạnh đạt tương ứng là $95,3 \pm 2,2\%$ và $89,8 \pm 4,0\%$, tương đương với hóa chất của Sigma ($p=0,95$). Sử dụng bộ kit nhuộm esterase đặc hiệu HICYTEC kết hợp với hình thái học và các phương pháp nhuộm hóa học tế bào khác để phân loại bạch cầu cấp dòng tủy trên các mẫu tủy của bệnh nhân chọc tủy lần đầu đạt mức độ phù hợp so với kết quả chẩn đoán xác định của Viện Huyết học - Truyền máu TW là 96,55% theo tiêu chuẩn FAB; Tỷ lệ CE dương tính ở các thể bệnh bạch cầu cấp là phù hợp với tiêu chuẩn phân loại FAB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Triệu Vân (2014)**, Một số hiểu biết hiện nay về bệnh nguyên, bệnh sinh, điều trị và tiên lượng bệnh lơ xê mi cấp, *Một số chuyên đề Huyết học-Truyền máu*, Tập 5, NXB Y học, tr. 225-244.
2. **Trần Văn Tính, Lê Đức Ngọc (1993)**, Cải tiến

- phương pháp đánh giá một số thay đổi hóa sinh trong tế bào bạch cầu ung thư dòng tủy, *Kỷ yếu Hội nghị hóa học toàn quốc Việt Nam lần thứ 3*, tr.179.
3. **Trần Văn Tính, Nguyễn Anh Trí, Nguyễn Đình Triệu (2000)**, Nghiên cứu áp dụng chương trình Hyperchem để tính toán cơ chế động học và tối ưu hóa trong phản ứng nhuộm esterase không đặc hiệu bạch cầu người, *Tạp chí thông tin y dược học (03)*, tr.18-24.
4. **Trần Ngọc Vũ, Nguyễn Duy Thăng, Phan Thị Thu Hoa, Trần Thị Phương Túy, Phan Hoàng Duy, Ngô Tứ Cường, Hoàng Thị Thanh Trang, Tôn Nữ Trà Mai (2014)**, Nghiên cứu ứng dụng của hóa học tế bào và giá trị bổ sung của dấu ấn miễn dịch trong chẩn đoán, phân loại lơ xê mi cấp, *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 423, tr. 189-195.
5. **Barnes A. (1994)**, *Acute leukemias: The F.A.B classification and more*, Resource exchange intern'l-Vietnam.
6. **Hayhoe F. G. J., Quaglini D. (1994)**, *Haematological cytochemistry*, Edinburgh Churchill Livingstone, London
7. **Siegel M. P. H. R., Deepa Naishadham MA, MS and Ahmedin Jemal D. V. M., PhD (2015)**, *Cancer statistics*, CA Cancer J Clin, vol 65(1), pp. 5-29.

NGHIÊN CỨU CÁC TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN CỦA GÂY TÊ TỦY SỐNG TRONG PHẪU THUẬT TIẾT NIỆU KHI SỬ DỤNG MỘT SỐ BIỆN PHÁP TRUYỀN DỊCH

Nguyễn Đức Lam*

TÓM TẮT¹⁹

Mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu khi sử dụng ba biện pháp truyền dịch: NaCl 9‰ ngay trước gây tê tủy sống, Voluven 6% ngay trước gây tê tủy sống và NaCl 9‰ cùng lúc với gây tê tủy sống. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 90 bệnh nhân được gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu, chia thành 3 nhóm bằng nhau: Nhóm I: Truyền tĩnh mạch 20 ml/kg dung dịch NaCl 9‰ trước khi gây tê tủy

sống 20-25 phút. Nhóm II: Truyền tĩnh mạch 7ml/kg dung dịch Voluven 6% trước khi gây tê tủy sống 20-25 phút. Nhóm III: Truyền tĩnh mạch 20ml/kg dung dịch NaCl 9‰ đồng thời với thời điểm gây tê tủy sống. **Kết quả:** Tỷ lệ tụt huyết áp trên 20% của ba nhóm là: 80% ở nhóm I; 0% ở nhóm II và 60% ở nhóm III. Test nâng chân dương tính ở 10% bệnh nhân ở nhóm I. Tỷ lệ nôn, buồn nôn là 0% ở nhóm II, trong khi tỷ lệ này là 6,7% ở cả hai nhóm còn lại. Các tác dụng không mong muốn khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm nghiên cứu. **Kết luận:** Trong ba biện pháp truyền dịch, truyền Voluven 6% trước gây tê tủy sống ít gây các tác dụng không mong muốn nhất, sau đó là truyền NaCl 9‰ cùng lúc gây tê tủy sống, cuối cùng là biện pháp truyền NaCl 9‰ ngay trước gây tê tủy sống.

Từ khóa: tụt huyết áp, sau gây tê tủy sống, truyền dịch keo, dịch tinh thể, phẫu thuật tiết niệu.

SUMMARY

*Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Lam

Email: lamgmhs75@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 17.7.2017

Ngày duyệt bài: 28.7.2017

EVALUATION THE EFFECT OF PREVENTION OF HYPOTENTION AFTER SPINAL ANESTHESIA OF SOME FLUID ADMINISTRATION METHODS FOR UROLOGICAL SURGERY

Objectives: To evaluate the side effects of spinal anesthesia for urological surgery using three IV infusion methods: NaCl 9‰ before spinal anesthesia, Voluven 6‰ before spinal anesthesia and NaCl 9‰ concurrently with spinal anesthesia. **Patients and method:** Randomized controlled trial of 90 patients undergoing spinal anesthesia for urological surgery, divided into 3 groups: Group I: IV infusion 20ml/kg of NaCl 9‰ before spinal anesthesia 20-25 minutes. Group II: IV infusion 7ml/kg of Voluven 6‰ before spinal anesthesia 20-25 minutes. Group III: IV infusion 20ml/kg of NaCl 9‰ concurrently with spinal anesthesia. **Results:** Hypotension rates of more than 20% in the three groups were: 80% in group I; 0% in group II and 60% in group III. The positive foot up test was performed in 10% of patients in group I. The nausea and vomiting rate was 0% in group II, while the rate was 6.7% in both groups. There is no statistically significant difference of side effects of tree group. **Conclusion:** The IV infusion of Voluven 6‰ before spinal anesthesia was associated with less side effects, followed by NaCl 9‰ at the time of spinal anesthesia, and the last were NaCl 9‰ before spinal anesthesia.

Key words: hypotension after spinal anesthesia, colloid infusion, crystalloid fluid, urological surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển của y học chuyên ngành Gây mê hồi sức đã có những bước phát triển lớn đặc biệt trong lĩnh vực gây tê vùng nhằm hạn chế các tác dụng không mong muốn của các kỹ thuật gây tê vùng kinh điển như gây tê tủy sống. Dự phòng một trong những tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống là tụt huyết áp do phong bế thần kinh giao cảm gây giãn mạch người ta cần bù nhanh khối lượng tuần hoàn bằng truyền dịch và dùng thuốc co mạch. Có nhiều biện pháp truyền dịch và nhiều loại dịch truyền nhưng các nghiên cứu gần đây cho thấy: truyền dịch keo hoặc truyền dịch tinh thể đồng thời trong khi gây tê tủy sống có thể hạn chế được tỷ lệ tụt huyết áp. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về các biện pháp truyền dịch này cho bệnh nhân phẫu thuật tiết niệu ở Việt Nam, vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Đánh giá các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống để phẫu thuật tiết niệu khi sử dụng ba biện pháp truyền dịch: NaCl 9‰ ngay trước gây tê tủy sống, Voluven 6‰ ngay trước gây tê tủy sống và NaCl 9‰ truyền cùng lúc với gây tê tủy sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 90 bệnh nhân được phẫu thuật tiết niệu tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2010.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân xếp loại ASA I và ASA II, bệnh nhân hợp tác và không có chống chỉ định với gây tê tủy sống, tuổi 18 - 65, cân nặng ≥ 40 kg.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh tim mạch, dị ứng với marcain, fentanyl, cuộc mổ kéo dài > 2 giờ, chảy máu nhiều, gây tê tủy sống thất bại, huyết áp tâm thu ≥ 170 mmHg hoặc < 100 mmHg.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

2.3. Cách thức tiến hành: Bệnh nhân được khám trước mổ 1 ngày, giải thích cho bệnh nhân về phương pháp vô cảm sẽ được tiến hành và về nội dung nghiên cứu để bệnh nhân hiểu và cùng hợp tác với thầy thuốc, tránh lo lắng, sợ hãi.

Trước khi gây tê tủy sống bệnh nhân được theo dõi mạch, huyết áp động mạch không xâm lấn, tần số thở, bão hòa oxy mao mạch trước khi tiền mê. Tiền mê: cả 3 nhóm đều dùng hypnovel 1mg trước khi gây tê tủy sống 15 phút, Atropin 0,5mg tiêm tĩnh mạch nếu nhịp chậm < 60 lần/phút. Bốc thăm ngẫu nhiên để chia bệnh nhân vào 3 nhóm nghiên cứu.

Tiến hành truyền dịch theo ba phương pháp ở ba nhóm khác nhau:

- Nhóm I: truyền tĩnh mạch 20ml/kg dung dịch NaCl 9‰ trước khi gây tê tủy sống 20-25 phút.

- Nhóm II: truyền tĩnh mạch 7ml/kg dung dịch Voluven 6‰ trước khi gây tê tủy sống 20-25 phút.

- Nhóm III: truyền tĩnh mạch 20ml/kg dung dịch NaCl 9‰ đồng thời với thời điểm gây tê tủy sống.

Gây tê tủy sống ở vị trí L2 - 3. Thuốc tê sử dụng là bupivacain phối hợp với Fentanyl 50mcg. Liều thuốc tê bupivacain được tính theo cân nặng (40 - 50kg liều 6 mg; 50 - 60 kg liều 7mg; 60 - 70 kg liều 7,5mg).

Sau gây tê tủy sống, truyền dịch duy trì như nhau ở cả ba nhóm bằng dung dịch NaCl 9‰ liều 100ml/giờ và đặt bệnh nhân nằm ngửa 5 phút, sau đó làm liệu pháp nâng chân 45° (Nếu độ chênh lệch huyết áp tâm thu > 10mmHg là có thiếu thể tích tuần hoàn (test +), nếu độ chênh lệch huyết áp tâm thu < 10mmHg là không thiếu thể tích tuần hoàn (test -)).

Tụt huyết áp khi huyết áp tâm thu < 90 mmHg hoặc < 80% mức nền. Điều trị bằng tiêm tĩnh mạch Ephedrin 10 mg/lần, tiêm nhắc lại khi huyết áp chưa nâng lên kèm truyền dịch NaCl 9‰ 500ml/10 phút. Nếu sau 5 lần tiêm ephedrin

mà vẫn tụt huyết áp thì sử dụng thêm Adrenalin bơm tiêm điện.

Các thông số nghiên cứu: mức độ ức chế cảm giác, vận động, tỷ lệ tụt huyết áp và mạch chậm,

ảnh hưởng trên hô hấp và các tác dụng không mong muốn như: đau đầu, nôn, buồn nôn, rét run, ngứa...

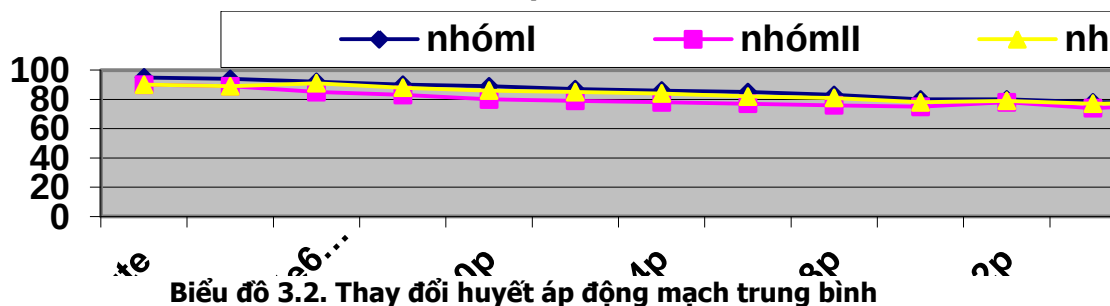
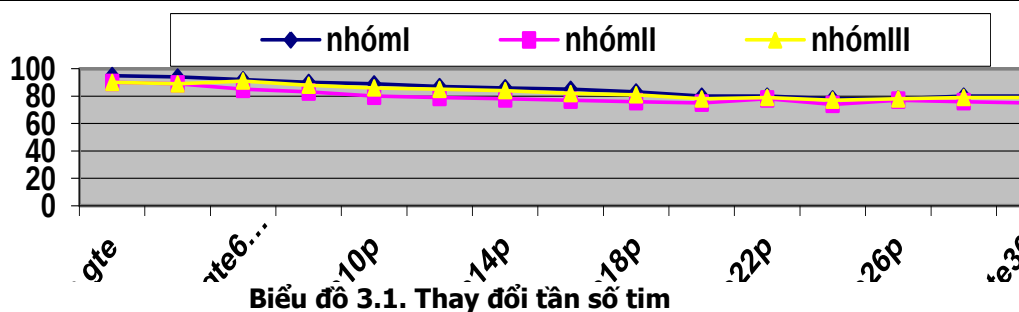
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nhóm		Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	p
Các chỉ số	min÷max	19 - 64	19 - 65	26 - 60	> 0,05
	$\bar{x} \pm SD$	46,3 ± 11,582	45,6 ± 12,778	45,5 ± 9,619	
Cân nặng	min÷max	42 - 68	40 - 70	43 - 67	> 0,05
	$\bar{x} \pm SD$	50,9 ± 5,175	52,63 ± 5,968	52,40 ± 6,089	
Nam	n(%)	11 (36,7%)	19 (63,3%)	11 (36,7%)	> 0,05
Nữ	n(%)	19 (63,3%)	11 (36,7%)	19 (63,3%)	> 0,05

Bảng 3.2. Đặc điểm về gây mê hồi sức và phẫu thuật

	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	p
Lượng thuốc tê bupivacain sử dụng (mg)	6,97 ± 0,18	7,0 ± 0,37	7,13 ± 0,34	> 0,05
Lượng ephedrine sử dụng (mg)	10,3 ± 2,7	0	7,7 ± 2,1	< 0,05
Lượng atropine sử dụng (mg)	0	0,3 ± 0,18	0	< 0,05
Thời gian chờ tác dụng gây tê tủy sống (phút)	4,13 ± 0,35	4,07 ± 0,25	4,1 ± 0,31	> 0,05
Thời gian vô cảm của gây tê tủy sống (giờ)	1,98 ± 0,67	1,95 ± 0,59	2,04 ± 0,21	> 0,05
Thời gian phục hồi vận động hoàn toàn (giờ)	4,17 ± 0,75	3,96 ± 0,63	4,51 ± 0,82	> 0,05
Thời gian phẫu thuật (giờ)	1,01 ± 0,36	1,04 ± 0,11	1,02 ± 0,9	> 0,05
Lượng NaCl 9‰ truyền trong mổ (ml)	1 826,7 ± 62,7	983,3 ± 91,3	1 683,3 ± 215,1	< 0,05
Lượng Voluven 6% truyền trong mổ (ml)	0	500	0	< 0,05



Bảng 3.3. Các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống

Triệu chứng	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	Nhóm III (n = 30)	p
Test nâng chân(+)	3 (10%)	0	0	< 0,05
Tụt huyết áp > 20%	24 (80%)	0 (0%)	18 (60%)	< 0,05
Đau đầu	1 (3,3%)	0	0	> 0,05
Nôn	2 (6,7%)	0	2 (6,7%)	< 0,05
Rét run	5 (16,7%)	3 (10%)	5 (16,7%)	> 0,05
Dị ứng	0	0	0	> 0,05

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá đồng nhất giữa ba nhóm về các đặc điểm chung như: tuổi, giới, cân nặng... ($p > 0,05$). Do đó, không ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Về các đặc điểm của gây tê tủy sống trong phẫu thuật tiết niệu (bảng 3.2), lượng thuốc tê bupivacain sử dụng trong gây tê tủy sống ở cả ba nhóm cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, vì vậy sẽ không ảnh hưởng đến tỷ lệ tụt huyết áp động mạch sau gây tê tủy sống ở cả ba nhóm nghiên cứu. Thời gian chờ tác dụng của gây tê tủy sống, thời gian vô cảm và thời gian phục hồi vận động hoàn toàn sau gây tê tủy sống cũng không có sự khác biệt giữa ba nhóm nghiên cứu.

Tác dụng không mong muốn thường gặp nhất của gây tê tủy sống là gây tụt huyết áp động mạch do ức chế hệ thần kinh giao cảm gây giãn mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu lấy mức giảm huyết áp động mạch trên 20% mức huyết áp nền của bệnh nhân thì tỷ lệ tụt huyết áp của ba nhóm tương ứng là: 80% ở nhóm I; 0% ở nhóm II và 60% ở nhóm III. Theo biểu đồ 3.2, huyết áp động mạch trung bình của nhóm I và nhóm III giảm nhiều nhất vào thời điểm 16 - 18 phút sau gây tê tủy sống, trong khi huyết áp động mạch trung bình của nhóm II có giảm nhẹ và ổn định suốt cuộc mổ. Tần số tim cũng có xu hướng giảm sau khi gây tê tủy sống nhưng vẫn duy trì trong giới hạn bình thường. Như vậy, phương pháp truyền dịch keo Voluven 6% liều 7ml/kg trước khi gây tê tủy sống 20 - 25 phút giúp giảm được tỷ lệ tụt huyết áp sau gây tê tủy sống so với truyền dịch tinh thể, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu nước ngoài [1],[2],[3]. Đối với các dung dịch tinh thể, khi so sánh tác dụng chống tụt huyết áp của truyền dịch ngay trước khi gây tê tủy sống (pre-loading) và truyền dịch đồng thời với thời điểm gây tê tủy sống (co-loading) thì truyền dịch đồng thời với thời điểm gây tê tủy sống ít gặp tụt huyết áp hơn [3],[4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết luận này

(nhóm truyền dịch đồng thời với gây tê tủy sống có tỷ lệ tụt huyết áp động mạch thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm truyền dịch trước gây tê tủy sống).

Tụt huyết áp sau gây tê tủy sống còn liên quan đến tỷ lệ nôn, buồn nôn trong mổ do tụt huyết áp gây thiếu oxy ở trung tâm nôn trên não gây phản xạ nôn hoặc cảm giác buồn nôn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nôn là 6,7% ở nhóm I và nhóm III trong khi không có bệnh nhân nào ở nhóm II bị nôn, điều này được giải thích do các bệnh nhân ở nhóm II ít bị tụt huyết áp hơn nên ít gây nôn, buồn nôn hơn [2], [5].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi có sử dụng một phương pháp đánh giá thể tích tuần hoàn bằng test nâng chân sau gây tê tủy sống: đặt bệnh nhân nằm ngửa 5 phút, sau đó nâng chân bệnh nhân lên 45° , nếu độ chênh lệch huyết áp tâm thu > 10mmHg so với huyết áp tâm thu trước khi nâng chân là có thiếu thể tích tuần hoàn (test +), nếu độ chênh lệch huyết áp tâm thu < 10mmHg là không thiếu thể tích tuần hoàn (test -). Trong nghiên cứu của chúng tôi có 10% bệnh nhân ở nhóm I có test nâng chân dương tính, điều này chứng tỏ bệnh nhân có thiếu khối lượng tuần hoàn và việc truyền dịch tinh thể trước gây tê tủy sống 20 - 25 phút ít có tác dụng dự phòng tụt huyết áp có thể do dịch đã thoát ra ngoài lòng mạch sau đó.

Một trong những tác dụng không mong muốn khác của gây tê tủy sống là có thể gây bí tiểu, trong nghiên cứu của chúng tôi do tất cả các bệnh nhân mổ tiết niệu đều được đặt thông tiểu nên không đánh giá được tác dụng không mong muốn này. Tuy nhiên, theo Gabriele Baldini thì tỷ lệ bí tiểu tăng cao gấp 2,3 lần ở những bệnh nhân được truyền > 750ml dịch [6]. Ngoài ra, với thể tích dịch tinh thể được truyền trong mổ khá lớn ($1\,826,7 \pm 62,7\text{ml}$ ở nhóm I; $1\,683,3 \pm 215,1\text{ml}$ ở nhóm III) thì có thể nguy cơ gây quá tải tuần hoàn hoặc ảnh hưởng đến hô hấp ở các bệnh nhân già yếu, có bệnh tim mạch hoặc bệnh lý hô hấp kèm theo.

V. KẾT LUẬN

Trong ba liệu pháp truyền dịch để dự phòng tụt huyết áp sau gây tê tủy sống trong phẫu thuật tiết niệu: truyền dịch NaCl 9‰ ngay trước gây tê, truyền Voluven 6% ngay trước gây tê và truyền NaCl 9‰ cùng lúc gây tê thì biện pháp truyền Voluven 6% trước gây tê ít gây các tác dụng không mong muốn nhất, sau đó là biện pháp truyền NaCl 9‰ cùng lúc với gây tê tủy sống, cuối cùng là biện pháp truyền NaCl 9‰ ngay trước gây tê tủy sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dyer RA, Farina Z.** "Crystalloid preload versus rapid crystalloid administration after induction of spinal anesthesia for elective cesarean delivery". *Anesthesia intensive care*, 32, 351-357, 2004.
2. **Ko J.S** (2007): *International journal of obstetric anesthesia*, 16, 8-12.
3. **Mashimo T, Tanigami H** "Effects of crystalloid and colloid preload on blood volume undergoing spinal anesthesia for elective cesarean delivery".
4. **Madi-Jebara** (2008), "Prevention of hypotension after spinal anesthesia for elective cesarean section": six percent hetastarch (Voluven) versus lactated ringer solution", *J Med Liban*, 56 (4): 203-207.
5. **Morgan PJ, Halpern SH, Tarshis J** (2001), The effects of an increase of central blood volume before spinal anesthesia for elective cesarean delivery: a qualitative systematic review. *Anesth Analg* 2001; 92:997-1005.
6. **Gabriele Baldini, Hema Bagry, Armen Aprikian et al** (2009), Postoperative Urinary Retention: Anesthetic and Perioperative Considerations, *Anesthesiology* 5 2009, Vol.110, 1139-1157.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG RỐI LOẠN TÂM THẦN Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN TRẦM CẢM TỪ 45 TUỔI TRỞ LÊN ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI VIỆN SỨC KHỎE TÂM THẦN

Nguyễn Văn Dũng*

TÓM TẮT²⁰

Đặt vấn đề: Các biểu hiện rối loạn tâm thần ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm trên 45 tuổi là một rối loạn phổ biến trong chuyên ngành tâm thần học. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm loạn thần của rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên tại Viện Sức khỏe Tâm thần. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân có rối loạn trầm cảm từ 45 tuổi trở lên đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn trầm cảm có loạn thần theo ICD-10 (1992) với các mã chẩn đoán F31.5, F32.3, F33.3, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần. Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 16.0. **Kết quả:** Triệu chứng loạn thần hay gặp nhất là hoang tưởng (96,6%). Ảo giác chiếm 19%, thường đi kèm hoang tưởng trong đó hoang tưởng tự buộc tội chiếm tỉ lệ cao nhất (51,8%), tiếp theo là hoang tưởng bị truy hại (30,4%). Một bệnh nhân có thể có nhiều hoang tưởng cùng xuất hiện. Ảo giác chủ yếu là ảo thanh (81,8%), có nội dung chủ yếu là phê phán, kết tội, thường xuất phát bên trong cơ thể, nhiều giọng và gây ra rối loạn hành vi. Ảo khứu chiếm tỉ lệ thấp. **Kết luận:** Triệu chứng loạn thần hay gặp hơn ở nữ và ở nhóm tuổi 45-59. Không có sự khác biệt về tỉ lệ loạn thần theo tuổi và giới. Hoang tưởng nghi bệnh thường gặp nhiều nhất và có tần suất biểu hiện khác nhau và ít nhiều đều gây ra rối loạn hành vi ở bệnh nhân.

Từ khóa: ICD-10, rối loạn cảm xúc, rối loạn trầm cảm.

SUMMARY

RESEARCH OF CLINICAL PSYCHOTICALLY DISEASES IN PATIENTS WITH DISABILITIES FROM 45 YEARS TO BETTER INFECTIOUS TREATMENT AT THE MENTAL HEALTH INSTITUTE

Introduction: The manifestations of mental disorders in patients with depressive disorder over age 45 are a common disorder in the psychiatry profession. **Objective:** Describe the psychotic characteristics of depressive disorder in patients aged 45 years or older at the Mental Health Institute. **Methods:** A descriptive study of 58 patients with depressive disorder from 45 years of age. Up to the diagnostic criteria for depressive disorder with ICD-10 (1992) with diagnostic codes F31.5, F32.3, F33.3, inpatient treatment at the Mental Health Institute. Data processing using SPSS 16.0 software. **Results:** The most common psychotic symptoms were paranoid (96.6%). Falsehood

accounted for 19%, often accompanied by paranoia in which self-accused paranoia accounted for the highest proportion (51.8%), followed by paranoid (30.4%). A patient may have many paranoid appearances. Illnesses are mostly virtual (81.8%), with the main content being defamation, condemnation, often innards, voices and behavioral disorders. The low-grade taurus. **Conclusion:** Symptoms are more common in women and in the age group 45-59. There is no difference in the incidence of psychosis by age and sex. Susceptible myths are most common and have a varying frequency of manifestations and more or less cause behavioral disturbance in patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một hội chứng rối loạn cảm xúc (khí sắc) biểu hiện quá trình ức chế toàn bộ hoạt động tâm thần: cảm xúc bị ức chế, tư duy bị ức chế, hoạt động bị ức chế. Trầm cảm có loạn thần được đặc trưng bởi sức khỏe thể chất kém hơn, tiền sử gia đình bị trầm cảm cao hơn, đáp ứng kém với thuốc chống trầm cảm, và khí sắc giảm nghiêm trọng. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm điển hình trong dân số chung theo tiêu chuẩn DSM-IV có hoặc không có loạn thần là 2,4%. Trong đó trầm cảm có loạn thần chiếm 0,4%. Các triệu chứng loạn thần trong trầm cảm bao gồm: hoang tưởng, ảo giác và sống sờ trầm cảm.

Triệu chứng hoang tưởng, ảo giác trong trầm cảm được chia làm hai loại: phù hợp với khí sắc và không phù hợp với khí sắc. Đặc trưng của loạn thần phù hợp với khí sắc là những hoang tưởng, ảo giác phù hợp với chủ đề trầm cảm bao gồm: không xứng đáng, bị tội, bị bệnh, chết, hư vô và trừng phạt thích đáng. Triệu chứng loạn thần không phù hợp với khí sắc bao gồm: hoang tưởng bị hại (không liên quan trực tiếp đến chủ đề trầm cảm), ý nghĩ bị cài đặt, ý nghĩ bị phát thanh, hoang tưởng bị chi phối. Từ 45 tuổi trở lên, con người bước sang giai đoạn tiền lão. Cơ thể có nhiều thay đổi đặc biệt là sự thoái triển của tất cả các cơ quan trong cơ thể ở nhiều mức độ khác nhau. Cùng với nó là những stress tâm lý liên quan đến vấn đề nghỉ hưu; thay đổi vai trò trong gia đình, xã hội; sự mất mát người thân; các bệnh cơ thể đồng diễn. Chính vì lý do đó trầm cảm ở nhóm tuổi này có những điểm khác biệt so với những độ tuổi khác về đặc điểm triệu chứng trầm cảm, cũng như đặc điểm triệu chứng loạn thần.

*Viện sức khỏe tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Dũng
Email: drdungbm@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 8.4.2017
Ngày phản biện khoa học: 29.6.2017
Ngày duyệt bài: 6.7.2017

Cho đến nay, ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của trầm cảm nhưng chưa có nghiên cứu nào sâu về đặc điểm loạn thần của trầm cảm ở nhóm tuổi từ 45 trở lên. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm loạn thần của rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên tại Viện Sức khỏe Tâm thần" với mục tiêu sau: *Mô tả đặc điểm loạn thần của rối loạn trầm cảm ở bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên tại Viện Sức khỏe Tâm thần.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm 58 bệnh nhân có rối loạn trầm cảm từ 45 tuổi trở lên đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn trầm cảm có loạn thần theo ICD-10 (1992) với các mã chẩn đoán F31.5, F32.3, F33.3, điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia.

Thời gian: Từ tháng 10/2015 đến tháng 08/2016. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

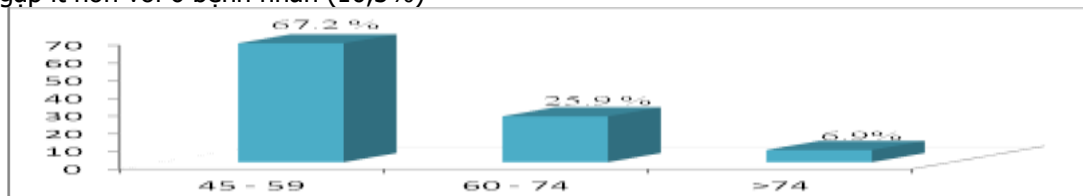
Xử lý số liệu theo phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm thể trầm cảm

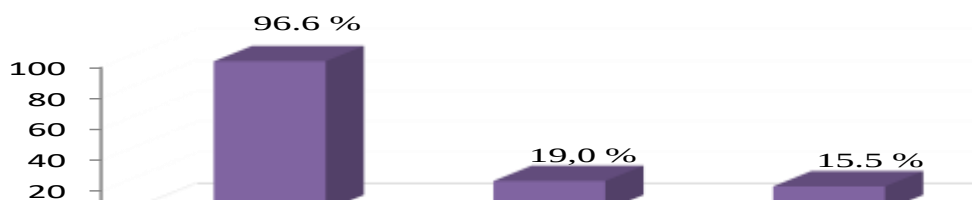
<i>Thể trầm cảm</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Trầm cảm lưỡng cực	6	10,3
Giai đoạn trầm cảm	27	46,6
Trầm cảm tái diễn	25	43,1
Tổng	58	100

Nhận xét: Thể bệnh hay gặp nhất là giai đoạn trầm cảm chiếm 46,6%. Rối loạn cảm xúc lưỡng cực gặp ít hơn với 6 bệnh nhân (10,3%)



Biểu đồ 3.1. Sự phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Nhận xét: Nhóm tuổi 45-59 trong nghiên cứu chiếm tỉ lệ cao nhất 67,2%. Tiếp theo đó là bệnh nhân ở nhóm tuổi 60-74 chiếm tỉ lệ 25,9%. Số bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên rất ít 4 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 6,9%). Tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 57,05 ± 9,14.



Biểu đồ 3.2. Đặc điểm chung của triệu chứng loạn thần

Nhận xét: Triệu chứng loạn thần hay gặp nhất chủ yếu là hoang tưởng với 56 bệnh nhân (96,5%). Ảo giác ít khi đơn độc, chủ yếu kết hợp với hoang tưởng với tỉ lệ 15,5%. Chỉ có 1 bệnh nhân có triệu chứng sống sờ trầm cảm.

Bảng 3.2. Đặc điểm hoang tưởng, ảo giác theo nhóm tuổi

Triệu chứng	Tuổi	45 – 59		≥ 60		p
		n	%	n	%	
Hoang tưởng đơn độc		32	82,1	15	78,9	0,52
Ảo giác đơn độc		1	2,5	1	5,3	
Hoang tưởng + ảo giác		6	15,4	3	15,8	0,62
Tổng		39	100	19	100	

Nhận xét: Hoang tưởng đơn độc vẫn là triệu chứng loạn thần chiếm tỉ lệ cao nhất với 82,1% ở nhóm tuổi 45-59 và 78,9% ở nhóm ≥60 tuổi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng hoang tưởng giữa hai nhóm tuổi. (p>0,05)

3.3. Đặc điểm của các hoang tưởng khác

Đặc điểm	Hoang tưởng	HT tự buộc tội		HT bị truy hại		HT bị thiệt hại	
		<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
Tần suất xuất	Từng lúc	16	55,2	9	52,9	4	50

hiện	Liên tục	13	44,8	8	47,1	4	50
Chi phối hành vi	Có	26	89,7	7	41,2	5	62,5
	Không	3	10,3	10	58,8	3	37,5
Tổng		29	100	17	100	8	100

Nhận xét: Hoang tưởng tự buộc tội xuất hiện từng lúc (55,2%), gây ra rối loạn hành vi 89,7%. Hoang tưởng bị truy hại từng lúc (52,9%) và không gây rối loạn hành vi (58,8). Các hoang tưởng khác xuất hiện với tần số khác nhau và ít nhiều gây rối loạn hành vi.

Bảng 3.4. Đặc điểm ảo giác theo nhóm tuổi

Ảo giác	Tuổi	45 – 59		≥ 60	
		n	%	n	%
Ao thanh		6	85,7	3	75,0
Ao khứu		1	14,3	1	25,0
Tổng		7	100	4	100

Nhận xét: Ở cả hai nhóm ảo thanh vẫn chiếm tỉ lệ cao nhất là 85,7% ở tuổi 45-59 và ≥60 tuổi là 75,0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ảo giác giữa hai nhóm tuổi với $p > 0,05$

Bảng 3.5. Đặc điểm nội dung vị trí, số giọng của ảo thanh

Ảo thanh		n	%
Nội dung	Ao thanh thô sơ	2	22,2
	Bình luận về nhân phẩm, xui khiến	2	22,2
	Phỉ báng, kết tội	3	33,4
	Khuyến bảo, nhắc nhở	2	22,2
Vị trí	Trong cơ thể	8	88,9
	Ngoài cơ thể	1	11,1
Số giọng	Một giọng	2	22,2
	Nhiều giọng	5	55,6
	Không xác định	2	22,2
Tổng		9	100

Nhận xét: Ảo thanh có nội dung phỉ báng, kết tội chiếm tỉ lệ cao nhất 33,4%. Ảo thanh bình luận về nhân phẩm, xui khiến, ảo thanh thô sơ và ảo thanh có nội dung khuyến bảo, nhắc nhở chiếm tỉ lệ như nhau. Ảo thanh chủ yếu xuất phát từ bên trong cơ thể (88,9%) và với nhiều giọng khác nhau (55,6%).

3.6. Đặc điểm hành vi tự sát

Mức độ	Tính chất chi phối	Do chi phối của hoang tưởng		Do chi phối của ảo giác		Khác		Tổng (N=58)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Y tưởng tự sát		3	5,2	2	3,4	9	15,5	14	24,1
Toan tự sát		5	8,6	0	0	2	3,5	7	12,1
Tổng		8	13,8	2	3,4	11	18,9	21	36,2

Nhận xét: Trong số bệnh nhân nghiên cứu có 36,2% bệnh nhân có hành vi tự sát. Ý tưởng tự sát chiếm 24,1%. Hành vi tự sát do sự chi phối của hoang tưởng, ảo giác chiếm 17,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Phân bố bệnh theo nhóm tuổi: Trong số 58 bệnh nhân nghiên cứu có 9 bệnh nhân nam và 49 bệnh nhân nữ, chiếm tỉ lệ 15,5% và 84,5%; tỉ lệ nữ/nam xấp xỉ 5,44/1. Sự khác biệt về giới tính có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Theo biểu đồ 3.1, tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm tuổi 45-59 chiếm tỉ lệ cao nhất (67,2%), 25,9% là tỉ lệ của nhóm tuổi 60-74 và nhóm tuổi từ 75 trở lên thấp nhất chỉ chiếm 6,9%. Điều đó cho thấy rằng, rối loạn trầm cảm có loạn thần thường gặp nhất ở nhóm tuổi 45-59 và tỉ lệ trầm cảm giảm dần ở các nhóm tuổi cao hơn. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $57,05 \pm 9,14$. Ở nhóm tuổi trung niên từ 45-59, cơ thể bắt đầu có nhiều thay đổi. Tình trạng sức khỏe

bắt đầu giảm sút, một số bệnh cơ thể bắt đầu xuất hiện; kèm theo đó là sự thay đổi về vai trò trong gia đình, xã hội và công việc. Đặc biệt là phụ nữ ở độ tuổi này xảy ra tình trạng tiền mãn kinh và mãn kinh gây ra những thay đổi về mặt sinh học và tâm lý. Do vậy nhóm tuổi này rất dễ khởi phát một giai đoạn trầm cảm mới.

4.2. Đặc điểm thể bệnh: Theo bảng 3.1, giai đoạn trầm cảm chiếm tỉ lệ cao nhất (46,6%) sau đó đến trầm cảm tái diễn và rối loạn lưỡng cực là thấp nhất. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan (2012) giai đoạn trầm cảm chiếm tỉ lệ cao nhất 71,4%, 55,5% và 51,1%; trong khi trầm cảm lưỡng cực chiếm tỉ lệ rất thấp 5,3%, 3,2% và 6,6%. Theo Bruce và cộng sự khi nghiên cứu về

trầm cảm ở những bệnh nhân cao tuổi được chăm sóc tại nhà thấy có 73 trên 539 bệnh nhân (chiếm 13,5%) được chẩn đoán trầm cảm, hầu hết là bệnh nhân bị trầm cảm lần đầu, một giai đoạn kéo dài hơn 2 tháng. Một nghiên cứu khảo sát về trầm cảm ở người cao tuổi dành cho phòng khám đa khoa chuyên biệt, trong 17.000 lượt khảo sát tại 10 phòng khám đa khoa khác nhau có 231 bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn trầm cảm (F32) và 152 bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn trầm cảm tái diễn (F33) theo ICD 10, trong đó có 134 bệnh nhân hơn 65 tuổi.

4.3. Đặc điểm chung của triệu chứng loạn thần: Biểu đồ 3.2 chỉ ra rằng hoang tưởng là triệu chứng loạn thần chủ yếu với tỉ lệ 96,6%. Ảo giác chiếm tỉ lệ thấp hơn 19%. 10 bệnh nhân (15,6%) có hoang tưởng và ảo giác kết hợp. Sững sờ trầm cảm chỉ có ở 1 bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan (2012), hoang tưởng chiếm 93,3%, hoang tưởng kết hợp với ảo giác chiếm 33,3%, chỉ có 6,7% là ảo giác đơn độc. Nhiều nghiên cứu về trầm cảm ở tuổi trung niên và cao tuổi đều thấy rằng hoang tưởng gặp nhiều hơn ảo giác ở bệnh nhân cao tuổi mắc trầm cảm có loạn thần.

4.4. Đặc điểm hoang tưởng: Trong trầm cảm có loạn thần, hoang tưởng phù hợp với khí sắc: hoang tưởng tự buộc tội, nghi bệnh, hư vô xuất hiện thường xuyên hơn là các hoang tưởng không phù hợp với khí sắc cũng là kết quả trong nghiên cứu của Serretti và cộng sự (1999). Tổng quan của 6 nghiên cứu ở người trưởng thành hoang tưởng phổ biến nhất ở bệnh nhân bị trầm cảm loạn thần là hoang tưởng tự buộc tội, bị truy hại (44-69%), hoang tưởng phổ biến thứ hai là hoang tưởng nghi bệnh (11-36%). Trong đó có một nghiên cứu 160 bệnh nhân nhập viện điều trị, tỉ lệ bệnh nhân có hoang tưởng tự buộc tội cao (82,5%), trong khi đó hoang tưởng bị thiệt hại (52%) phổ biến hơn hoang tưởng nghi bệnh (39%) hoặc hoang tưởng bị truy hại (30%), và hoang tưởng hư vô hiếm gặp hơn (13%).

Từ kết quả bảng 3.2. Đặc điểm hoang tưởng theo nhóm tuổi: Trong bảng 3.3. Đặc điểm các hoang tưởng khác: Hoang tưởng tự buộc tội xuất hiện từng lúc (55,2%), gây ra rối loạn hành vi 89,7%. Hoang tưởng bị truy hại từng lúc (52,9%) và không gây rối loạn hành vi (58,8). Các hoang tưởng khác xuất hiện với tần số khác nhau và ít nhiều gây rối loạn hành vi. Trong hoang tưởng tự buộc tội, bệnh nhân thường cho rằng mình có nhiều tội lỗi; có nhiều thiếu sót, sai lầm trong quá khứ gây ảnh hưởng

và là gánh nặng cho con cháu và người xung quanh; cảm thấy mình không xứng đáng được hưởng sự quan tâm, chăm sóc như hiện tại. Vì vậy bệnh nhân thường hay chờ đợi sự trừng phạt, sám hối về tội lỗi mình mắc phải. Đôi khi dẫn đến ý tưởng và hành vi tự sát để được giải thoát.

Hoang tưởng tự buộc tội xuất hiện liên tục (66,7%) và hành vi chịu sự chi phối của hoang tưởng chiếm 71,0%, các hoang tưởng khác ít nhiều đều gây rối loạn hành vi là kết quả nghiên cứu về trầm cảm có loạn thần ở người già của Nguyễn Thị Phương Loan (2012).

4.4. Đặc điểm triệu chứng ảo giác: Trong nghiên cứu cho thấy ảo giác thì ảo thanh chiếm tỉ lệ cao nhất là 81,8%. Ảo khứu có tỉ lệ 18,2%. Ảo giác xúc giác và thị giác không gặp trong nghiên cứu. Các nghiên cứu về rối loạn trầm cảm ở tuổi trung niên và cao tuổi cho kết quả ảo thanh chiếm tỉ lệ cao nhất. Ảo thanh xuất hiện thường xuyên hơn các loại ảo giác khác là kết quả nghiên cứu của Serretti và cộng sự (1999). Bệnh nhân trầm cảm có loạn thần là ảo giác thì hầu hết là ảo thanh, theo Parker và cộng sự (1991) và Baethge và cộng sự (2005). Với cỡ mẫu nhỏ hơn, trong 15 bệnh nhân rối loạn trầm cảm điển hình có triệu chứng loạn thần thì 9 bệnh nhân có ảo thanh, không có ảo giác khác. Trầm cảm có ảo giác thì ảo thanh xuất hiện thường xuyên nhất 65,7% trong trầm cảm lưỡng cực và 65,6% trong trầm cảm đơn cực, tiếp theo là ảo giác thị giác và ảo giác về cơ thể, ảo khứu chiếm tỉ lệ thấp hơn 18,8% với trầm cảm lưỡng cực và 12,5% với trầm cảm đơn cực. Ảo khứu gặp trong trầm cảm là 19% bệnh nhân. Bảng 4.4. Đặc điểm ảo giác theo nhóm tuổi. ở cả hai nhóm, ảo thanh vẫn chiếm tỉ lệ cao nhất là 85,7% ở tuổi 45-59 và ≥ 60 tuổi là 75,0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về ảo giác giữa hai nhóm tuổi với $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Dũng (2007) khi thấy rằng các loại ảo giác ảo thanh thường gặp ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi. Dù ở nhóm dưới 60 tuổi có xu hướng nhiều ảo giác hơn, nhưng sự khác biệt về ảo giác giữa hai nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê. Điều này phù hợp với kết quả của Brodaty và cộng sự (1991) khi không thấy sự khác biệt giữa trầm cảm ở người trẻ và trầm cảm ở người cao tuổi.

4.5. Đặc điểm nội dung vị trí, số giọng của ảo thanh: Theo bảng 4.5, ảo thanh có nội dung phi báng, kết tội chiếm tỉ lệ cao nhất 33,4%. Ngoài ra còn có ảo thanh thô sơ và nội dung khác. Ảo thanh chủ yếu xuất phát từ bên trong cơ thể (88,9%) và với nhiều giọng khác

nhau (55,6%). Một nghiên cứu vào năm 1999 chỉ ra rằng ảo thanh có nội dung đánh giá thấp bản thân xuất hiện thường xuyên. Bệnh nhân thường nghe thấy tiếng nhiều người bình luận về đạo đức, nhân phẩm của mình, thấy nhiều tiếng nói chê bai dèm pha bản thân và gia đình, kể lể về các thiếu sót, khuyết điểm mà bệnh nhân từng mắc phải.

4.6. Đặc điểm hành vi tự sát: Trong số bệnh nhân nghiên cứu 36,2% bệnh nhân có hành vi tự sát. Ý tưởng tự sát chiếm 24,1%. Hành vi tự sát do sự chi phối của hoang tưởng, ảo giác chiếm 17,2%. Đặc biệt là tự sát do sự chi phối của triệu chứng loạn thần. Trầm cảm làm tăng nguy cơ tự sát theo tuổi. Mặc dù ý tưởng tự sát giảm dần theo tuổi, nhưng ở người già sự xuất hiện ý tưởng tự sát lại đặt họ vào nguy cơ cao hơn. Trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Loan (2012), hành vi tự sát chiếm 31,1% và ý tưởng tự sát chiếm 40% bệnh nhân nghiên cứu. Trầm cảm có loạn thần ở người già có thể có toan tự sát với nguy cơ cao hơn. Do trầm cảm ở nhóm tuổi này thường bị các triệu chứng cơ thể hoặc bệnh cơ thể che lấp. Đặc biệt người cao tuổi thường sống một mình, thiếu sự giám sát của con cái nên khả năng thực hiện hành vi tự sát dễ dàng hơn. Khi so sánh về đặc điểm tự sát, nhóm trầm cảm có loạn thần có ý tưởng và toan tự sát cao hơn, hành vi tự sát nhiều hơn và bạo lực hơn nhóm không có loạn thần. Điều này gợi ý rằng trầm cảm có loạn thần có nguy cơ tự sát cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng loạn thần hay gặp hơn ở nữ và ở nhóm tuổi 45-59. Không có sự khác biệt về tỉ lệ loạn thần theo tuổi và giới.

Triệu chứng loạn thần hay gặp nhất là hoang tưởng (96,6%). Ảo giác chiếm 19%, thường đi kèm hoang tưởng.

Hoang tưởng tự buộc tội chiếm tỉ lệ cao nhất (51,8%), tiếp theo là hoang tưởng bị truy hại (30,4%). Một bệnh nhân có thể có nhiều hoang tưởng cùng xuất hiện.

Các hoang tưởng khác có tần suất biểu hiện khác nhau và ít nhiều đều gây ra rối loạn hành vi ở bệnh nhân.

Ảo giác chủ yếu là ảo thanh (81,8%), có nội dung chủ yếu là phi báng, kết tội, thường xuất phát bên trong cơ thể, nhiều giọng và gây ra rối loạn hành vi. Ảo khứu chiếm tỉ lệ thấp.

TÀI LIỆU NGHIÊN CỨU

1. Ohayon M.M, Schatzberg A.F (2002). Prevalence of Depressive Episodes With Psychotic Features in the General Population. *Am J Psychiatry*, **159**, 1855-1861.
2. Nguyễn Thị Phương Loan (2012), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trầm cảm có loạn thần ở người cao tuổi*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Hori M, Shiraishi H, Koizumi J (1993). Delusional depression and suicide. *Jpn J Psychiatry Neurol*, **47**, 4, 811-817.
4. Baldwin R.C (1995). Delusional depression in elderly patients: Characteristics and relationship to age at onset. *Int J Geriatr Psychiatry*, **10**, 981-985.
5. Serretti A, Lattuada E, Cusin C, et al. (1999). Clinical and demographic features of psychotic and nonpsychotic depression. *Compr Psychiatry*, **40**, 5, 358-362.
6. Baethge C, Baldessarini R.J, Freudenthal K, et al. (2005). Hallucinations in bipolar disorder: characteristics and comparison to unipolar depression and schizophrenia. *Bipolar Disord*, **7**, 2, 136-145.
7. Parker G, Hadzi-Pavlovic D, Hickie I, et al. (1991). Psychotic depression: a review and clinical experience. *Aust N Z J Psychiatry*, **25**, 2, 169-180.

SO SÁNH 2 PHƯƠNG PHÁP MỞ VÀ KHÔNG MỞ TĨNH MẠCH CỬA TRONG PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN CÓ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH CỬA

TÓM TẮT²¹

Đặt vấn đề: Huyết khối tĩnh mạch cửa được xem là một trong những yếu tố tiên lượng xấu cho bệnh

*Khoa U Gan Bệnh Viện Chợ Rẫy

**Bộ Môn Ngoại tổng quát Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trí

Email: dr.phanminhtri.md@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 13.7.2017

Ngày duyệt bài: 21.7.2017

Nguyễn Đình Song Huy*, Phan Minh Trí**

nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG). Các phương pháp điều trị tối ưu để đạt hiệu quả tối cao về mặt an toàn và tiên lượng lâu dài vẫn còn đang bàn cãi. Chúng tôi muốn so sánh 2 phương pháp: cắt trọn khối u gan kèm huyết khối tĩnh mạch cửa (HKTCM) với phương pháp mở tĩnh mạch cửa trong phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tế bào gan có huyết khối tĩnh mạch cửa. **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh kết quả trong và sau phẫu thuật giữa 2 phương pháp cắt trọn khối u gan kèm HKTCM với mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả loạt ca. Trong thời gian nghiên cứu từ 01/2014 đến

12/2015 với 57 bệnh nhân UTBMTBG có chỉ định phẫu thuật lần đầu tiên, có 2 phương pháp phẫu thuật được sử dụng: cắt trọn khối u gan kèm HKTMC (nhóm I, n=34) và mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối rồi cắt gan (nhóm II, n=23). **Kết quả:** Có 43 bệnh nhân có vị trí HKTMC type II (75,4%). Thời gian mổ trung bình là 151 phút (nhóm I) trong khi ở nhóm II là 178 phút, khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p=0,0083$). Lượng máu mất trung bình ở nhóm I là 430ml và ở nhóm II là 563ml ($p=0,14$). Lượng máu truyền trung bình lần lượt là 840ml và 800ml ở 2 nhóm với tỉ lệ truyền máu chung là 29,8%. Tỉ lệ biến chứng chung là 8,75%, ở nhóm I là 5,25% và nhóm II là 3,5% ($p=0,12$). **Kết luận:** Giữa 2 phương pháp phẫu thuật nhìn chung không có sự khác biệt nhiều về kết quả sau mổ. Tuy nhiên phương pháp mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối cho thấy sự hữu ích trong việc lấy sạch huyết khối về mặt đại thể trong trường hợp HKTMC type II mà huyết khối xâm lấn quá gần ngã ba tĩnh mạch cửa hay nằm ở cả 2 nhánh tĩnh mạch cửa.

Từ khóa: Ung thư tế bào gan, huyết khối tĩnh mạch cửa

SUMMARY

PEELING OFF TECHNIQUE VERSUS EN-BLOC RESECTION TECHNIQUE IN TREATMENT FOR HEPATOCELLULAR CARCINOMA WITH PORTAL VEIN THROMBOSIS

Background: Portal venous tumor thrombus (PVTT) is considered as an poor prognosis factor in patients with hepatocellular carcinoma (HCC). The best choice for treatment method has not yet been discussed to achieve maximizing both safety and long-term outcome. We performed this study to compare the surgical outcomes of hepatocellular carcinoma (HCC) patients with portal vein thrombosis (PVT) between 2 technique: peeling off (PO) and en-bloc resection technique. **Objectives:** To compare the surgical outcomes of hepatocellular carcinoma (HCC) patients with portal vein thrombosis (PVT) between 2 technique: peeling off (PO) and en-bloc resection technique. **Method:** Retrospective case series report. During the time from 01/2014 to 12/2015, we have got 57 HCC patients underwent surgery for the first time, using 2 technique: en-bloc resection (group I, n=34) and PO technique (group II, n=23). **Results:** Most patients had PVT type II (75,4%). The mean time operation was 162 minutes, the mean operative blood loss was 484 ml, the mean blood transfusion was 823 ml with 29.8% of blood transfusion rate. The common complications were 8.75%. **Conclusions:** PO technique is useful for removing PVT extending beyond the bifurcation (type II) or into other sectors that should be preserved in terms of liver function and enables a more conservative resection than an en-bloc technique without sacrificing curability. Both techniques are safe and bring great outcomes in treatment HCC with PVT.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, portal vein thrombosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là bệnh lý ác tính thường gặp, đứng hàng thứ bảy

trong các loại ung thư trên toàn thế giới và là nguyên nhân tử vong xếp thứ ba trong các nguyên nhân tử vong do ung thư (1), (3).

Huyết khối tĩnh mạch cửa là một trong những yếu tố tiên lượng xấu trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan. Khoảng 10% - 40% bệnh nhân mắc UTBMTBG có HKTMC ở thời điểm chẩn đoán. Những bệnh nhân có HKTMC thường kèm theo di căn xa và có ít hơn những chọn lựa điều trị hiệu quả. Nhiều báo cáo cho thấy kết quả điều trị hỗ trợ ở những bệnh nhân UTBMTBG có HKTMC về thời gian sống còn toàn bộ khoảng từ 2 - 4 tháng so với từ 10 - 24 tháng ở những bệnh nhân không có HKTMC (2).

Mặc dù có nhiều liệu pháp mới được đề cập, nhưng phẫu thuật vẫn là hy vọng chữa khỏi duy nhất cho các UTBMTBG, đặc biệt là có kèm HKTMC. Chúng tôi muốn đề cập ở đây 2 phương pháp phẫu thuật đang được tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy trong điều trị UTBMTBG có kèm HKTMC:

- **Cắt trọn khối u gan kèm huyết khối tĩnh mạch cửa** (en-bloc resection): Được sử dụng khi HKTMC type I và II, nằm ở 1 bên nhánh trái hoặc nhánh phải và cách xa ngã ba tĩnh mạch cửa.

- **Mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối + cắt gan:** Bắt buộc khi HKTMC xâm lấn đến tĩnh mạch cửa chính (type III) hoặc xâm lấn ở cả 2 nhánh tĩnh mạch cửa phải và trái (type IIb).

Chúng tôi áp dụng cả 2 kỹ thuật trong điều trị bệnh nhân với huyết khối tĩnh mạch cửa lan rộng bằng phương pháp mở tĩnh mạch cửa và cắt trọn khối u gan kèm huyết khối tĩnh mạch cửa, chúng tôi mô tả cả 2 phương pháp phẫu thuật và ghi nhận kết quả sớm cũng như kết quả lâu dài sau phẫu thuật ung thư biểu mô tế bào gan có huyết khối tĩnh mạch cửa. **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh kết quả trong và sau phẫu thuật giữa 2 phương pháp cắt trọn khối u gan kèm HKTMC với mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả hàng loạt ca

Đối tượng: Tất cả các bệnh nhân UTBMTBG có HKTMC được chẩn đoán và phẫu thuật cắt gan tại khoa U gan BVCR từ 01/2014 đến 12/2015.

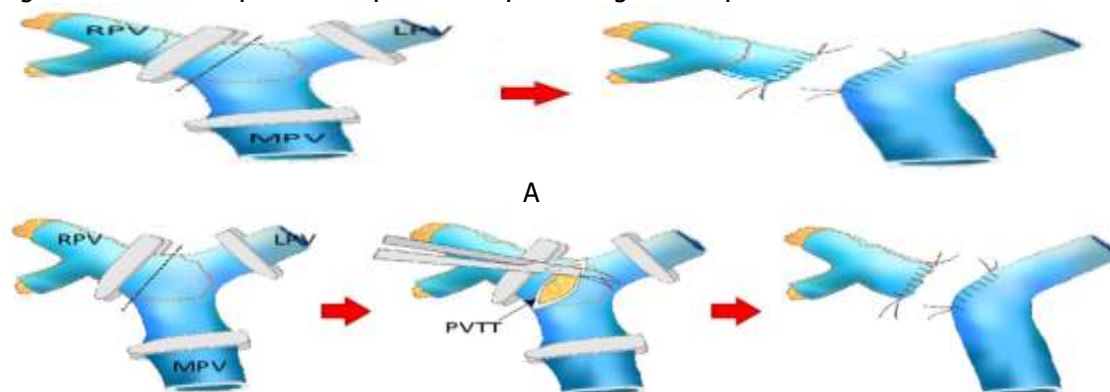
Phương pháp phẫu thuật: Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật tùy thuộc đánh giá vị trí HKTMC trước mổ bằng hình ảnh học và đánh giá trong mổ sau khi bóc lộ từng phần của bộ ba cửa. Chúng tôi chia ra làm 2 nhóm bệnh nhân:

+ **Nhóm I:** Cắt trọn khối u gan với HKTMC (en-bloc resection): cục huyết khối không được

bộc lộ trên đại thể. Tĩnh mạch cửa được thắt tại 2 điểm từ sát đầu tận của cục huyết khối.

+ **Nhóm II:** Mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối + cắt gan: thành tĩnh mạch cửa được mở và cục

huyết khối được lấy bỏ. Cục huyết khối được lấy ra trước khi di động và cắt gan để làm giảm tối đa sự lan tràn huyết khối trong mô vào phần nhu mô gan còn lại.



B

Hình 1: Phương pháp cắt gan có HKTMC

A: Cắt gan + HKTMC en-bloc; B: Mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối + cắt gan

Phân tích số liệu: bằng phần mềm STATA 12.0

III. KẾT QUẢ

Có 57 bệnh nhân UTBMTBG có kèm HKTMC thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu.

Tuổi và giới: Tuổi trung bình là $51,6 \pm 10,3$ trẻ nhất là 22 tuổi, già nhất là 73 tuổi, chủ yếu ở nhóm tuổi từ 41-60. Tỷ lệ nam: nữ là 27,5 : 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Đau bụng	Gan to, sờ thấy u
Số BN	41 (71,9%)	15 (26,3%)

Trong NC của chúng tôi có 41 (71,9%) BN khi vào viện có triệu chứng đau bụng, 15 (26,3%) BN có gan to hoặc sờ thấy u. Có 16 (28%) BN tình cờ phát hiện do đi khám sức khỏe định kỳ

Bảng 2: Đặc điểm khối u

Kích thước u	Số BN	Tỷ lệ (%)
≤ 5 cm	7	12,3
> 5 cm	50	87,7
Tổng	57	100
Số lượng u	Số BN	Tỷ lệ (%)

Bảng 3: Vị trí huyết khối

Đa u	42	73,7
Đơn độc	15	26,3
Tổng	57	100

Kích thước trung bình khối u: $9,12 \pm 3,2$ cm, nhỏ nhất 3cm, lớn nhất 15cm. Trong NC của chúng tôi: đa số BN có khối u > 5 cm (87,7%) và có nhiều u (73,7%).

Bảng 4: Loại phẫu thuật cắt gan

Vị trí HK	Số BN	Tỷ lệ (%)
Type I	13	22,8
Type I	43	75,4
Type III	1	1,8
Type IV	0	0
Tổng	57	100

Trong NC của chúng tôi: đa số huyết khối thuộc type II (75,4%).

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật

Phương pháp	Số BN	Tỷ lệ (%)
nhóm I	34	59,65
nhóm II	23	40,35
Tổng	57	100

Phương pháp	Thời gian mổ trung bình (phút)	Thời gian mổ nhanh nhất (phút)	Thời gian mổ lâu nhất (phút)
Nhóm I	$151,47 \pm 39,30$	70	225
Nhóm II	$178,48 \pm 42,22$	90	270

Thời gian mổ trung bình cho cả 2 nhóm: $162,37 \pm 42,3$ phút, nhanh nhất 70 phút, lâu nhất 270 phút. Nhóm II có thời gian mổ dài hơn, khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p=0,0083$)

Bảng 6: Số lượng máu mất

Phương pháp	Lượng máu mất trung bình (ml)	Lượng máu mất ít nhất (ml)	Lượng máu mất nhiều nhất (ml)
Nhóm I	$430,88 \pm 390,22$	100	1600
Nhóm II	$563,04 \pm 554,86$	150	2200
Tổng kết	$484,21 \pm 352,61$	100	2200

Lượng máu mất trung bình cả 2 nhóm là 484,21 ml, ít nhất 100 ml, nhiều nhất 2200 ml. Nhóm II có lượng máu mất nhiều hơn, tuy nhiên khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p=0,14$).

Bảng 7: Lượng máu truyền

Phương pháp	Lượng máu truyền trung bình (ml)	Lượng máu truyền ít nhất (ml)	Lượng máu truyền nhiều nhất (ml)	Số ca
Nhóm I	840 ± 338,13	350	1400	10
Nhóm II	800 ± 264,58	700	1400	7
Tổng kết	823,53 ± 352,61	100	1400	17

Có 17/57 bệnh nhân phải truyền máu trong lúc mổ chiếm tỷ lệ 29,8% với lượng máu truyền trung bình là 823,53 ml. Lượng máu truyền ở cả 2 nhóm gần như tương đương nhau.

Bảng 8: Biến chứng chung sau mổ

Biến chứng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Suy gan	1	1,75
Tràn dịch màng phổi	1	1,75
Rò mật	1	1,75
NT vết mổ	1	1,75
Chảy máu	1	1,75
Tổng	5	8,75

Bảng 9: So sánh tỉ lệ biến chứng giữa 2 nhóm

Phương pháp Biến chứng	Nhóm I	Nhóm II	Tổng số ca (n= 57)
Có	3	2	5
Không	31	21	52

Ở nhóm I, có 3/34 ca có biến chứng sau mổ, chiếm tỉ lệ 5,25%, còn ở nhóm II, tỉ lệ này là 3,5%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến chứng sau mổ ở cả 2 nhóm bệnh nhân.

Bảng 10: Thời gian nằm viện

Phương pháp	Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	Thời gian nằm viện nhanh nhất (ngày)	Thời gian nằm viện lâu nhất (ngày)
Nhóm I	8,59 ± 0,92	8	13
Nhóm II	9 ± 1,80	7	14
Tổng	8,75 ± 1,3	7	14

Thời gian nằm viện trung bình là 8,75 ± 1,3 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 14 ngày. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm phẫu thuật ($p= 0,13 > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong đa số các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, việc lựa chọn cắt en-bloc hay mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối chưa có một chỉ định cụ thể về khoảng cách từ vị trí huyết khối đến ngã ba tĩnh mạch cửa chính (6). Trong nghiên cứu của chúng tôi, các phẫu thuật viên lấy mốc là > 1cm để có thể cắt en-bloc.

Về kỹ thuật mở tĩnh mạch cửa, chúng tôi kiểm soát nguồn máu từ tĩnh mạch cửa chính và tĩnh mạch cửa còn lại không có huyết khối (hình 1). Sau đó dùng chỉ khâu 2 mũi chờ ở 2 bên thành tĩnh mạch cửa có huyết khối, cắt ngang tĩnh mạch cửa bằng kéo Metz, có thể hút sạch huyết khối hoặc dùng Forcep gấp huyết khối ra. Sau khi kiểm tra kỹ trong lòng tĩnh mạch cửa, đảm bảo không còn huyết khối trên đại thể, chúng tôi khâu lại móm cắt tĩnh mạch cửa bằng chỉ Prolene 4.0 hoặc 5.0.

Có 57 BN được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 51,61 ± 10,3, trẻ nhất là 22 tuổi, già nhất là 73 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 41-60. Tỉ lệ nam: nữ là 27,5:1, các số liệu trên tương đối phù hợp với một số NC khác, y văn trên thế giới đều cho thấy đa số bệnh này gặp

ở nam giới với tỉ lệ nam : nữ từ 2-4 lần, tùy theo tần suất bệnh của mỗi khu vực (4),(7). Tất cả các trường hợp đều được tiến hành cắt gan theo giải phẫu, chúng tôi sử dụng 2 phương pháp cắt gan là cắt trọn khối u gan với HKTCM (nhóm I) và mở TMC lấy huyết khối rồi cắt gan (nhóm II).

Thời gian mổ trung bình là 162,3 ± 42,3 phút. Con số này theo tổng kết của các tác giả Chen và Yamamoto lần lượt là 273,2 ± 75,6 phút và 296 ± 240 phút. Thời gian mổ của chúng tôi ngắn hơn các tác giả khác. Đối với từng nhóm trong NC của chúng tôi, thời gian mổ trung bình của nhóm I là 151,47 ± 39,3 phút, của nhóm II là 178,48 ± 42,2 phút. Sự khác biệt về thời gian mổ giữa 2 nhóm là có ý nghĩa thống kê với $p=0,0083 < 0,05$. Theo Inoue (2009), thời gian mổ so sánh giữa 2 nhóm lần lượt là 460 phút và 465 phút.

Lượng máu mất trung bình trong mổ là 484,2ml, thấp hơn so với lượng máu mất trung bình của tác giả Yamamoto là 2623 ± 1740ml, còn trong tổng kết của Chen năm 2012 thì có 58% lượng máu mất > 1000ml. Tỉ lệ truyền máu trong mổ là 29,8%, có 01 BN phải truyền máu lượng nhiều sau mổ do có biến chứng chảy máu sau mổ. Tác giả Chen có 64,8% trường hợp cần truyền máu trong khi mổ cắt gan. Ở NC của

chúng tôi, lượng máu mất trung bình của 2 nhóm là 430,88ml (nhóm I) và 563,04ml (nhóm II), khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,14$). Xét theo từng nhóm phẫu thuật, nhóm I có 3/34 ca (5,25%) có biến chứng sau mổ, nhóm II là 3,5%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,89$). Tỷ lệ tử vong chung là 0%, tương tự như các tác giả khác.

Khi so sánh về lượng máu mất và truyền máu trong mổ giữa 2 nhóm. Không có sự khác biệt về thiếu máu hậu phẫu, suy chức năng gan, thời gian nằm viện giữa 2 nhóm. Kết quả sớm khá khả quan của phương pháp mở tĩnh mạch cửa lấy sỏi mà không có bất cứ trường hợp nào tử vong. Kết quả này càng ủng hộ tính an toàn của kỹ thuật mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối và góp phần vào chỉ định cắt gan trong điều trị UTBMTBG có kèm HKTMC của chúng tôi.

Hạn chế đầu tiên của phương pháp mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối là nguy cơ tái phát trong phần gan còn lại, bởi vì bảo tồn phần tĩnh mạch có huyết khối, làm nguy cơ di căn theo dòng tĩnh mạch cửa vẫn còn tiềm ẩn. Tuy nhiên, tần suất di căn trong nhu mô gan sau cắt gan là như nhau ở cả 2 nhóm theo nhiều tác giả.

Hạn chế thứ hai có thể là nguy cơ tế bào ung thư vẫn còn sót lại trên thành tĩnh mạch cửa.

Sử dụng cả 2 phương pháp mở tĩnh mạch cửa và cắt trọn khối u kèm huyết khối tĩnh mạch cửa, chúng tôi đã đạt được cắt triệt để cho ung thư biểu mô tế bào gan có huyết khối tĩnh mạch cửa, thậm chí khi huyết khối đã lan tràn vào thân chính của tĩnh mạch cửa hoặc nhánh đầu tiên của nó. Không có trường hợp nào tử vong trong cả 2 nhóm, cho thấy cả 2 phương pháp đều an toàn. Các tỉ lệ biến chứng đều trong giới hạn chấp nhận được, do đó gợi ý 2 phương pháp trên là khả thi trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan có kèm huyết khối tĩnh mạch cửa.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối là an toàn và hữu dụng trong điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan có kèm huyết khối tĩnh mạch cửa, với tỉ lệ tai biến và biến chứng sau mổ chấp nhận được khi so sánh với kỹ thuật cắt trọn u gan với huyết khối tĩnh mạch cửa. Tuy nhiên phương pháp mở tĩnh mạch cửa lấy huyết khối cho thấy sự hữu ích trong việc lấy sạch huyết khối về mặt đại thể trong trường hợp HKTMC type II mà huyết khối xâm lấn quá gần ngã ba tĩnh mạch cửa hay nằm ở cả 2 nhánh tĩnh mạch cửa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Phi Phi, Hà Văn Mạo, Lê Cao Đài và cs (1993). Góp phần nghiên cứu ung thư gan nguyên phát ở Việt Nam, tần xuất HbsAg trong huyết thanh người lành và người bị ung thư biểu mô tế bào gan. *Y học Việt Nam*, 5, 26-30.
2. Nguyễn Thị Kim Hoa, Võ Đăng Anh Thư (2010). Tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư gan nguyên phát tại bệnh viện trường đại học Y dược Huế. *Y học thực hành*, 13-16.
3. Torre LA et al (2015). Global Cancer Statistics, 2012. *CA Cancer J Clin*, 65, 87-108.
4. Zhang Z.m et al(2015). The strategies for treating primary hepatocellular carcinoma with portal vein tumor thrombus. *International Journal of Surgery*, 1-9.
5. Cheung TK, Lai CL, Wong BC, Fung J, Yuen MF (2006). Clinical features, biochemical parameters, and virological profiles of patients with hepatocellular carcinoma in Hong Kong. *Aliment Pharmacol Ther*, 24, 573-583.
6. Okuda K, Ohtsuki T, Obata H, et al (1985). Natural history of hepatocellular carcinoma and prognosis in relation to treatment. Study of 850 patients. *Cancer*, 56, 918-928.
7. Llovet JM, Bustamante J, Castells A, Vilana R, Ayuso Mdel C, Sala M, Rodés J, Bruix J (1999). Natural history of untreated nonsurgical hepatocellular carcinoma: rationale for the design and evaluation of therapeutic trials. *Hepatology*, 29, 62-67.

KHẢO SÁT CHI PHÍ Y TẾ TRỰC TIẾP TRONG ĐIỀU TRỊ HIỂM MUỘN BẰNG PHƯƠNG PHÁP THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Hoàng Thy Nhac Vũ*

TÓM TẮT²²

*Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ
Email: hoangthyhacvu@uphcm.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 4.7.2017
Ngày duyệt bài: 14.7.2017

Nhằm cung cấp cho Bệnh viện những thông tin cụ thể về chi phí cho một trường hợp điều trị hiểm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm, nghiên cứu này được thực hiện với mục đích tính toán các chi phí thành phần của chi phí y tế trực tiếp trong điều trị hiểm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Từ Dũ. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện thông qua việc hồi cứu hồ sơ lưu của 295 cặp vợ chồng từng điều trị hiểm muộn thành công tại bệnh viện Từ Dũ bằng phương pháp

thụ tinh trong ống nghiệm trong giai đoạn 06/2014 – 12/2015. Tỷ lệ vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát lần lượt là 70% và 30%. Trung bình, một trường hợp điều trị phải chi trả là $57,2 \pm 41,5$ triệu VNĐ. Trong 6 loại chi phí thành phần, hai thành phần chi phí có tỉ lệ cao nhất trong tổng chi phí điều trị là chi phí chuẩn bị trứng (58%) và chi phí dùng thuốc (56%). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của từng loại chi phí thành phần giữa hai nhóm vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát, ngoại trừ trường hợp của chi phí chuẩn bị tinh trùng ($p < 0,05$). Nghiên cứu đã cung cấp những thông tin cụ thể về chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm, giúp bệnh viện tư vấn cho người điều trị, giúp họ có sự chuẩn bị tốt nhất về tài chính, đảm bảo quá trình điều trị không bị ngắt quãng và tăng tỉ lệ thành công.

Từ khóa: hiếm muộn, vô sinh, thụ tinh ống nghiệm, chi phí y tế

SUMMARY

DIRECT MEDICAL COST OF INFERTILITY TREATMENT VIA IN VITRO FERTILIZATION AT TU-DU HOSPITAL, HO CHI MINH CITY

In order to provide the hospital with detailed information on the aggregate cost of an infertility case treated by in-vitro fertilization method, this study aimed to investigate the relevant component costs. A cross-sectional study was conducted on the medical data of 295 successful fertility treatment cases using the in-vitro fertilization method at Tu-Du Hospital in Ho Chi Minh City from June 2014 to December 2015. The proportions of primary and secondary infertility recorded at 70% and 30% in this study. On average, a case of successful treatment costs 57.2 ± 41.5 million VND. Of the six component costs, ovum preparation and medicine accounted for the largest proportion, at 58% and 56% respectively. There were no statistically significant differences in the mean value of component costs between the two groups of primary infertility and secondary infertility, except in the case of sperm preparation ($p < 0.05$). This study has provided particular information on the cost of IVF treatments, which is the establishment for medical experts to consult their patients about choosing an appropriate therapy as well as setting up the financial plan. This will guarantee patients to complete their treatment period and enhance the success rate of in-vitro fertilization method.

Keywords: infertility, in-vitro fertilization method, direct medical costs

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, các phương pháp điều trị hiếm muộn thường được áp dụng phổ biến tại Việt Nam là thụ tinh trong ống nghiệm và thụ tinh nhân tạo (bơm tinh trùng vào buồng tử cung), trong đó chi phí của thụ tinh trong ống nghiệm cao hơn gần 10 lần so với phương pháp bơm tinh trùng vào buồng tử cung thụ tinh nhân tạo. Bệnh viện Từ Dũ là một trong những bệnh viện tại Việt Nam có thực hiện tất cả các kỹ thuật

điều trị hiếm muộn hiện hành trong hỗ trợ sinh sản. Theo báo cáo tổng kết hoạt động của bệnh viện Từ Dũ giai đoạn 2010-2015, cứ 2 cặp vợ chồng thì có 1 cặp được điều trị bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm, với tỉ lệ thành công khoảng gần 50% [1]. Tính đến năm 2016, quá trình điều trị hiếm muộn không được sự hỗ trợ chi phí từ cơ quan y tế tại Việt Nam. Quá trình điều trị hiếm muộn thường kéo dài một thời gian, người điều trị được dùng nhiều loại thuốc và thủ thuật hỗ trợ quá trình điều trị. Những loại thuốc và thủ thuật sử dụng trong điều trị hiếm muộn có chi phí cao nhưng không nằm trong danh mục chi trả của bảo hiểm Y tế. Vì vậy, các cặp vợ chồng khi điều trị hiếm muộn thường phải tự bỏ ra một chi phí lớn so với thu nhập bình quân của mình [2-5]. Các chi phí mà họ phải chi trả bao gồm chi phí y tế, và chi phí ngoài y tế như sinh hoạt phí, chi phí lưu trú, chi phí đi lại. Việc điều trị hiếm muộn có thể xem là một gánh nặng kinh tế và tâm lý đáng kể cho người điều trị. Chi phí quá lớn so với thu nhập người điều trị đôi khi sẽ cản trở việc hoàn thành điều trị, gây lãng phí cho bản thân người điều trị cũng như nguồn nhân lực và vật lực y tế. Nhằm cung cấp cho Bệnh viện những thông tin cụ thể về chi phí cho một trường hợp điều trị hiếm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm, nghiên cứu này được thực hiện với mục đích tính toán các chi phí thành phần của chi phí y tế trực tiếp trong điều trị hiếm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Từ Dũ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện thông qua việc hồi cứu hồ sơ lưu của 295 cặp vợ chồng từng điều trị hiếm muộn thành công tại bệnh viện Từ Dũ bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm trong giai đoạn 06/2014 – 12/2015. Nghiên cứu không thu thập dữ liệu của các trường hợp không bắt đầu điều trị tại bệnh viện Từ Dũ, những trường hợp điều trị có giai đoạn ngắt quãng do bệnh, những trường hợp hồ sơ lưu không đầy đủ thông tin.

Tổng hợp và xử lý dữ liệu: Từ hồ sơ điều trị được chọn vào mẫu nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận những thông tin liên quan đến thành phần chi phí của các trường hợp điều trị để tổng hợp và tính toán các chi phí thành phần bao gồm chi phí chuẩn bị trứng, chi phí chuẩn bị tinh trùng, chi phí chuẩn bị phôi và chuyển phôi, chi phí thực hiện các xét nghiệm, chi phí các thuốc đã sử dụng, chi phí cho các thủ thuật và dịch vụ y tế. Giá trị của các chi phí thành phần sẽ được tính toán dựa vào dữ liệu của toàn bộ mẫu

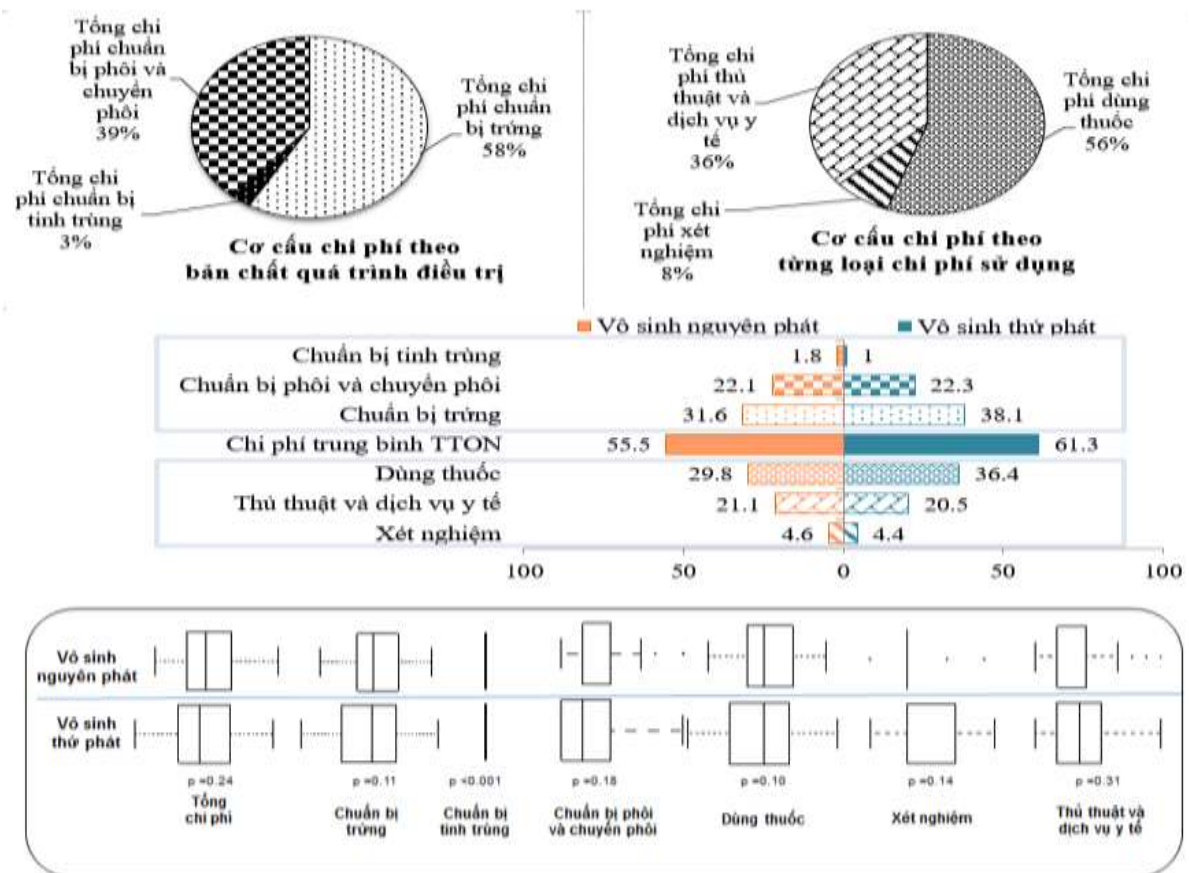
ngiên cứu, thông qua giá trị trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn), giá trị tối thiểu, giá trị tối đa. Đơn vị của chi phí được sử dụng là 'triệu VNĐ'. Cơ cấu chi phí sẽ được mô tả bằng tỉ lệ phần trăm. Dựa vào thông tin từ hồ sơ điều trị, nghiên cứu phân biệt hai nhóm là vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát. Giá trị trung bình của các chi phí thành phần sẽ được so sánh giữa hai nhóm vô sinh thứ phát và vô sinh nguyên phát thông qua phép kiểm Chi bình phương. Giá trị $p < 0,05$ tương ứng với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Phân tích dữ liệu được thực hiện bằng phần mềm thống kê R (phiên bản 3.0.2).

III. KẾT QUẢ

Trong 295 trường hợp đã điều trị thành công bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm được đưa vào nghiên cứu, có 206 trường hợp được xác định vô sinh nguyên phát (chiếm 70%) và 89 trường hợp là vô sinh thứ phát (chiếm 30%). Độ tuổi trung bình điều trị hiếm muộn ở người vợ là $31,0 \pm 4,3$ tuổi và ở người chồng là $34,4 \pm 5,5$ tuổi. Trung bình, một trường hợp điều trị phải chi trả là $57,2 \pm 41,5$ triệu VNĐ.

Trường hợp điều trị ít tốn chi phí nhất của mẫu nghiên cứu là 29 triệu đồng và trường hợp điều trị có tổng chi phí cao nhất là 474,2 triệu VNĐ. Giá trị cụ thể của các chi phí thành phần của mẫu nghiên cứu và của từng nhóm nguyên nhân vô sinh được trình bày chi tiết trong bảng 1.

Trong 3 loại chi phí thành phần liên quan đến bản chất của quá trình điều trị, nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ chi phí giảm dần từ chi phí chuẩn bị trứng đến chi phí chuẩn bị phôi - chuyển phôi và cuối cùng là chi phí chuẩn bị tinh trùng, với tỉ lệ lần lượt là 58%; 39%; 3%. Xem xét 3 loại chi phí thành phần liên quan đến từng loại chi phí, nghiên cứu ghi nhận chi phí dùng thuốc chiếm 56% tổng chi phí, tiếp đến là chi phí thủ thuật và dịch vụ y tế (36%) và cuối cùng là chi phí xét nghiệm (8%). Khi so sánh giá trị trung bình của từng loại chi phí thành phần giữa hai nhóm vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát, nghiên cứu ghi nhận không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ngoại trừ trường hợp của chi phí chuẩn bị tinh trùng ($p < 0,05$). (Hình 1).



Hình 1: Mô tả cơ cấu chi phí thành phần của mẫu nghiên cứu (triệu VNĐ)

Bảng 1. Mô tả các chi phí thành phần trong quá trình điều trị hiếm muộn theo phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm của mẫu nghiên cứu theo phân loại vô sinh (triệu VNĐ)

	Vô sinh nguyên phát (n=206)		Vô sinh thứ phát (n=89)		Mẫu nghiên cứu (n=295)	
	Trung bình ($\pm$ SD)	Tổng (min - max)	Trung bình ($\pm$ SD)	Tổng (min - max)	Trung bình ($\pm$ SD)	Tổng (min - max)
Chi phí y tế trực tiếp cho cả quá trình điều trị	55,5 ($\pm$ 40,5)	11423,4 (29,1 – 474,2)	61,3 ($\pm$ 43,7)	5459,9 (34,9 – 286,6)	57,2 ($\pm$ 41,5)	16883,3 (29,0 – 474,2)
Chi phí chuẩn bị trứng	31,6 ($\pm$ 40,0)	6499,9 (5,0 – 444,9)	38,1 ($\pm$ 43,8)	3388,0 (10,1 – 258,7)	33,5 ($\pm$ 41,1)	9887,9 (5,0 – 444,9)
Chi phí chuẩn bị tinh trùng	1,8 ($\pm$ 1,6)	374,2 (0,9 – 4,7)	1,0 ($\pm$ 0,6)	88,2 (0,9 – 4,7)	1,6 ($\pm$ 1,4)	462,4 (0,9 – 4,7)
Chi phí chuẩn bị phôi và chuyển phôi	22,1 ($\pm$ 2,2)	4549,3 (19,7 – 31,5)	22,3 ($\pm$ 2,6)	1983,7 (19,7 – 33,5)	22,1 ($\pm$ 2,4)	6533,0 (19,7 – 33,5)
Chi phí xét nghiệm	4,6 ($\pm$ 0,5)	939,1 (3,7 – 6,3)	4,4 ($\pm$ 0,4)	394,1 (3,7 – 6,3)	4,5 ($\pm$ 0,5)	1333,2 (3,7 – 6,3)
Chi phí dùng thuốc	29,8 ($\pm$ 39,9)	6144,4 (4,0 – 442,8)	36,4 ($\pm$ 43,9)	3241,5 (9,2 – 257,2)	31,8 ($\pm$ 41,2)	9385,9 (4,0 – 442,8)
Chi phí thủ thuật và dịch vụ y tế	21,1 ($\pm$ 2,8)	4339,8 (17,8 – 30,5)	20,5 ($\pm$ 2,8)	1825,2 (17,9 – 32,7)	20,9 ($\pm$ 2,8)	6165,1 (17,9 – 32,7)

Min-max: tối thiểu - tối đa; SD: độ lệch chuẩn

IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại bệnh viện Từ Dũ cung cấp các thông tin cụ thể về chi phí thành phần của chi phí trực tiếp y tế quá trình điều trị hiếm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm. Chi phí trung bình cho một trường hợp điều trị là $57 \pm 41,5$ triệu VNĐ, cao hơn so với thu nhập bình quân của người Việt Nam năm 2015 (khoảng 45,7 triệu VNĐ/năm). Kết quả này tương đương với nghiên cứu tại bệnh viện Hùng Vương, một trong những bệnh viện phụ sản lớn tại thành phố Hồ Chí Minh, với trung bình tổng chi phí y tế trực tiếp cho một trường hợp thụ tinh trong ống nghiệm là $57,3 \pm 10,4$ triệu VNĐ [5]. Tại Việt Nam, trung bình một chu kỳ điều trị bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm có chi phí trực tiếp y tế khoảng 60-70 triệu đồng. Chi phí này sẽ thay đổi và phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như nơi thực hiện điều trị, đặc điểm, thời gian vô sinh và tình trạng sức khỏe của người điều trị, cũng như các chỉ định thực hiện trong quá trình điều trị. So với giá trị chi phí điều trị trung bình trong cả nước, chi phí điều trị bệnh viện Từ Dũ thấp hơn, có thể do 90% đối tượng trong nghiên cứu thành công ngay từ 1-2 chu kỳ điều trị.

So sánh giữa trường hợp điều trị có chi phí thấp nhất (29 triệu VNĐ) và chi phí cao nhất (474 triệu VNĐ) trong mẫu nghiên cứu có thể thấy có sự chênh lệch khá lớn về chi phí điều trị. Sự chênh lệch này do số chu kỳ điều trị, thủ thuật chuẩn bị trứng, tinh trùng, chuyển phôi,

cũng như loại thuốc sử dụng cho người điều trị. Trong quá trình điều trị, chi phí dành cho quá trình chuẩn bị trứng là nhiều nhất và gấp khoảng 20 lần chi phí chuẩn bị tinh trùng. Chi phí dành cho quá trình chuẩn bị trứng bao gồm chi phí các xét nghiệm thường quy, tiền mê, chọn lọc, siêu âm kích thích buồng trứng và chi phí thuốc kích thích buồng trứng. Trong đó, chi phí chủ yếu là chi phí thuốc kích thích buồng trứng, chiếm 56% tổng chi phí điều trị. Nghiên cứu của Bouwmans và cộng sự cho thấy chi phí sử dụng thuốc kích thích buồng trứng chiếm 68% tổng chi phí điều trị và chi phí sử dụng thuốc tăng theo tuổi của người phụ nữ [6]. Nghiên cứu so sánh đặc điểm quá trình điều trị giữa vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát của các trường hợp thụ tinh ống nghiệm được thực hiện tại bệnh viện Từ Dũ cho thấy, vô sinh thứ phát có thời gian trung bình cần để kích thích buồng trứng cao hơn [7]. Tuy nhiên chi phí trung bình sử dụng thuốc giữa hai nhóm nguyên nhân vô sinh trong nghiên cứu này lại không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả có thể do sự chênh lệch số lượng giữa hai nhóm nguyên nhân. Các nghiên cứu tiếp theo có thể xem xét và so sánh các kết quả này.

Nghiên cứu tiếp theo có thể nghiên cứu tính toán thêm chi phí y tế gián tiếp cũng như chi phí ngoài y tế giúp bổ sung đầy đủ thêm những thông tin về chi phí điều trị hiếm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại bệnh viện Từ

Dữ thành phố Hồ Chí Minh khảo sát chi phí thành phần của các trường hợp điều trị hiếm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm, một phương pháp hiện nay được áp dụng thường xuyên trong điều trị tại Việt Nam. Kết quả của nghiên cứu cho thấy chi phí trực tiếp y tế trong điều trị hiếm muộn cao hơn thu nhập bình quân hàng năm của người dân Việt Nam, trong đó, chi phí do sử dụng thuốc kích thích buồng trứng chiếm hơn một nửa chi phí điều trị. Kết quả thu được từ nghiên cứu giúp Bệnh viện có những thông tin cụ thể về chi phí người bệnh phải chi trả trong điều trị hiếm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm, từ đó có sự tư vấn tốt giúp người điều trị chuẩn bị tài chính cho quá trình điều trị được tối ưu.

Lời cảm ơn: xin trân trọng cảm ơn Ban giám đốc Bệnh viện Từ Dũ và trưởng khoa Hiếm muộn đã hỗ trợ và tạo điều kiện thuận lợi cho nhóm nghiên cứu trong quá trình thu thập thông tin. Tác giả xin cảm ơn DS Trần Thị Ngọc Vân, sinh viên Thái Điền Bảo Trân đã hỗ trợ trong quá trình tổng hợp và xử lý dữ liệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Từ Dũ (2015).** Báo cáo tổng kết hoạt động bệnh viện Từ Dũ năm 2010-2015.
2. **Han JS (2008).** Donor insemination and infertility: what general urologists need to know. *Nat Clin Pract Urol*, 5(3): p. 151-8.
3. **Henne MB, Stegmann BJ, Neithardt AB, et al. (2008).** "The combined effect of age and basal follicle-stimulating hormone on the cost of a live birth at assisted reproductive technology", *Fertil Steril*, 89(1), p. 104-10.
4. **Lee R., Li PS, Schlegel PN, Goldstein M. (2008).** "Reassessing reconstruction in the management of obstructive azoospermia: reconstruction or sperm acquisition?", *Urol Clin North Am*, 35(2), p. 289-301.
5. **Lê Đăng Khoa, Trần Nhật Quang, Trần Thị Luyện, Tạ Thị Thanh Thủy (2014).** "Chi phí-Hiệu quả của Thụ tinh trong ống nghiệm so với Bơm tinh trùng vào buồng tử cung trong điều trị hiếm muộn tại bệnh viện Hùng Vương", *Tạp chí Thời sự y học*, 14(2), 30-37.
6. **Bouwman C.A., Lintsen B. M., Eijkemans M. J., et al (2008).** "A detailed cost analysis of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection treatment", *Fertil Steril*, 89(2), p. 331-41.
7. **Hoang-Thy Nhac-Vu (2017).** "Analysing the characteristic of successful deliveries with in vitro fertilization and the total treatment cost at Tu Du hospital in Ho Chi Minh city, Vietnam". *Southeast Asian Journal of Sciences*, vol 5 (1), p 1-6.

CHỈ SỐ GIẢM THỞ, NGỪNG THỞ VÀ NỒNG ĐỘ OXY BẢO HÒA TRONG MÁU Ở BỆNH NHÂN MẤT NGỦ MẠN TÍNH

Nguyễn Thanh Bình* và cs

TÓM TẮT²³

Mục tiêu: Nghiên cứu chỉ số giảm thở, ngừng thở và nồng độ oxy bão hòa trong máu ở bệnh nhân mất ngủ mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang được tiến hành trên các bệnh nhân được chẩn đoán xác định là mất ngủ mạn tính trên lâm sàng tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Tất cả các bệnh nhân đều được ghi đa ký giấc ngủ. **Kết quả:** Chỉ số giảm thở, ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn (AHI) từ 5 cơn/ giờ trở lên gặp ở 42% bệnh nhân, trong đó mức độ ngừng thở nhẹ (AHI từ 5-15) chiếm tỷ lệ cao nhất (20% trong số 42% bệnh nhân) ($p < 0,05$). Nồng độ oxy bão hòa nền và thấp nhất ở nhóm có AHI từ 5 cơn/giờ trở lên thấp hơn rõ ở nhóm AHI dưới 5 ($p < 0,05$). **Kết luận:** Các trường hợp mất ngủ mạn tính cần được thăm khám kỹ để tránh bỏ sót hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn.

Từ khóa: mất ngủ mạn tính, chỉ số giảm thở, ngừng thở, oxy bão hòa, đa ký giấc ngủ

SUMMARY

THE APNEA-HYPOPNIA INDEX AND BLOOD OXYGEN SATURATION IN PATIENTS WITH CHRONIC INSOMNIA

Purpose: To study the apnea-hypopnea index (AHI) and blood oxygen saturation in patients with chronic insomnia. **Subjects and Methods:** A cross sectional descriptive study was carried out on 50 patients (22 males and 28 females) who were diagnosed with chronic insomnia at the National Geriatrics Hospital. All patients were examined by polysomnography. **Results:** AHI not less than 5 events per hour was found in 42% of patients. In which, mild apnea was the highest percentage (20% of 42%) ($p < 0.05$). The baseline saturation of oxygen and the lowest saturation of oxygen in the AHI group not less than 5 events per hour were lower than in the AHI group less than 5 ($p < 0.05$). **Conclusion:** Chronic insomnia cases need to be examined carefully to avoid leaving out the obstructive apnea syndrome.

Key words: chronic insomnia, apnea-hypopnea index, oxygen saturation, polysomnography

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ là một triệu chứng hay gặp, tỷ lệ mất ngủ tăng lên theo tuổi, nữ thường gặp nhiều hơn

*Bộ môn Thần kinh - Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenminhben@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 6.7.2017

Ngày duyệt bài: 17.7.2017

nam [1][2]. Mất ngủ có thể do rất nhiều nguyên nhân khác nhau. Trên lâm sàng, không phải lúc nào cũng gặp những bệnh nhân mất ngủ chỉ có những triệu chứng đơn thuần về mất ngủ. Thực tế, mất ngủ có thể gặp trong một số hội chứng như hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn, hội chứng chân không yên và hội chứng cử động chân có chu kỳ. Với sự phát triển của đa ký giấc ngủ, ngày càng có nhiều nghiên cứu chuyên sâu về mất ngủ. Năm 2004, Ahmed Bahammam nghiên cứu 67 bệnh nhân mất ngủ mạn tính thấy thời gian vào giấc trung bình là $42,6 \pm 7,74$ phút, hiệu quả giấc ngủ trung bình là $69,9 \pm 2,5\%$ và mất ngủ liên quan đến hô hấp chiếm 25,4% [2]. Nhiều tác giả nhận thấy mối liên quan giữa mất ngủ mạn tính với hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Nhằm tìm hiểu sâu hơn về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "*Chỉ số giảm thở, ngưng thở và nồng độ oxy bão hòa trong máu ở bệnh nhân mất ngủ mạn tính*" với mục tiêu phân tích các chỉ số có liên quan đến hô hấp trên bệnh nhân mất ngủ mạn tính.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi (tuổi)	Nam (n=22)		Nữ (n=28)		Toàn mẫu (n=50)	
	Số BN	TL (%)	Số BN	TL (%)	Số BN	TL (%)
<40	2	9,1	4	14,3	6	12
41 – 50	5	22,7	4	14,3	9	18
51 – 60	6	27,3	10	35,7	16	32
61 – 70	4	18,2	7	25,0	11	22
>70	5	22,7	3	10,7	8	16
Tổng	22	100	28	100	50	100
Tuổi TB	$57,27 \pm 13,63$		$53,96 \pm 13,61$		$55,42 \pm 13,58$	

Nhận xét: Số bệnh nhân dưới 60 tuổi chiếm 62%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,3. Trong đó nữ chiếm 56%. Tuổi trung bình chung là $55,42 \pm 13,58$.

3.2. Đặc điểm về chỉ số AHI và nồng độ oxy bão hòa

Bảng 3.2. Chỉ số giảm thở, ngưng thở (AHI)

	Mức độ AHI (sự kiện/h)	Nam	TL%	Nữ	TL%	Tổng	TL%	p
Bất thường	Nhẹ (5 – 15)	3	13,6	7	25	10	20	p=0,111 >0,05
	Vừa (16 – 30)	5	22,7	1	3,6	6	12	
	Nặng (>30)	4	18,2	1	3,6	5	10	
	Tổng	12	54,5	9	32,1	21	42	
Bình thường	<5	10	45,5	19	67,9	29	58	
Tổng số (n=50)		22	100	28	100	50	100	

Nhận xét: Có 42% bệnh nhân có chỉ số giảm thở ngưng thở do tắc nghẽn. Trong đó mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất. Không có sự khác biệt về chỉ số giảm thở, ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ giữa 2 giới.

Bảng 3.3. Nồng độ oxy bão hòa nền và thấp nhất

	Nồng độ oxy bão hòa nền (n=50)	Nồng độ oxy bão hòa thấp nhất (n=50)
Giá trị trung bình (%)	$94,60 \pm 1,43$	$86,28 \pm 6,84$
Giá trị thấp nhất (%)	90,5	66
Giá trị cao nhất (%)	97,3	96

Nhận xét: Giá trị trung bình của nồng độ oxy bão hòa thấp nhất đạt >80%.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân được chẩn đoán mất ngủ mạn tính có tuổi đời từ 18 trở lên tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ 7/2013 đến 12/2013.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được hỏi và khám bệnh theo mẫu bệnh án thống nhất. Tất cả các bệnh nhân đều được ghi đa ký giấc ngủ đêm theo cùng một qui trình.

Ngưng thở và giảm thở do tắc nghẽn khi ngủ được xác định khi: chỉ số ngưng thở + giảm thở (AHI) ≥ 5 sự kiện/giờ ngủ (AHI ≥ 5), trong đó mức độ được đánh giá như sau:

- Nhẹ: AHI = 5 – 15 sự kiện/giờ
- Trung bình: AHI = 16 – 30 sự kiện/giờ
- Nặng: AHI > 30 sự kiện/giờ.

Độ bão hòa Oxy trong khi ngủ được đánh giá dựa vào hai thông số là độ bão hòa oxy nền và độ bão hòa oxy thấp nhất.

Các số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS 16.0
Nghiên cứu đảm bảo tiêu chí của đạo đức trong nghiên cứu.

Bảng 3.4. Chỉ số giảm thở, ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ với nồng độ oxy bão hòa và oxy nền

AHI (số cơn/h)	Nồng độ oxy bão hòa nền (%)			Nồng độ oxy bão hòa thấp nhất (%)		
	Trung bình	GTLN	GTNN	Trung bình	GTLN	GTNN
Từ 5 trở lên	93,95 ± 1,44	96,6	90,5	80,71 ± 6,45	90	66
Dưới 5	95,07 ± 1,24	97,3	92,8	90,31 ± 3,47	96	79
P	p=0,005<0,05			p=0,000 <0,05		

Nhận xét: Nồng độ oxy bão hòa nền và thấp nhất đều thấp hơn ở nhóm có chỉ số giảm thở ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn từ 5 trở lên. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Chỉ số giảm thở, ngừng thở do tắc nghẽn: Chẩn đoán xác định hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn thường dựa vào chỉ số ngừng thở và giảm thở (AHI) ≥ 5 , và được phân chia làm 3 mức độ nhẹ, trung bình và nặng. Nghiên cứu của chúng tôi trên 50 bệnh nhân mất ngủ thì có 21/50 bệnh nhân có biểu hiện hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, chiếm tỷ lệ 42%, biểu hiện trên đa ký giấc ngủ bằng chỉ số ngừng thở, giảm thở (AHI) ≥ 5 (bảng 3.2). Trong số này, mức độ ngừng thở nhẹ (AHI từ 5 – 15) chiếm tỷ lệ cao nhất (20%), mức độ vừa (AHI 16 – 30) là 12% và nặng (AHI >30) là 10%. Ngừng thở do tắc nghẽn là một hội chứng quan trọng khi nghiên cứu về mất ngủ mạn tính, nhiều tác giả trên thế giới đã nghiên cứu về hội chứng này. Tammy Moroz và cộng sự (2011) nghiên cứu 231 bệnh nhân có rối loạn nhịp thở trong khi ngủ thấy có 50% bệnh nhân có mất ngủ [3]. Năm 2003, Danae L. Drab nghiên cứu đa ký giấc ngủ ở 69 bệnh nhân nhận thấy mất ngủ và ngừng thở khi ngủ rất thường gặp cùng nhau, OSA có thể là rối loạn khởi phát dẫn đến mất ngủ hoặc ngược lại, bệnh nhân có mất ngủ kèm theo OSA thường ở mức độ nhẹ - trung bình [4]. Trong hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, rất nhiều bệnh nhân phàn nàn phải thức giấc nhiều lần trong đêm, ngủ không ngon giấc và những bệnh nhân này đến khám vì lý do chính là mất ngủ và ngủ không yên giấc. Thực chất của những lần thức giấc này là do sau mỗi cơn ngừng thở, bệnh nhân có cảm giác ngạt thở và thức dậy. Mất ngủ kéo dài thường là một triệu chứng của hội chứng ngừng thở khi ngủ do hiệu quả giấc ngủ bị giảm sút vì thức dậy quá nhiều lần trong đêm [4]. Theo ghi nhận của chúng tôi, ở Việt Nam, hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ chưa được biết đến nhiều, vì vậy khả năng phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm còn gặp nhiều khó khăn. Tuy nhiên, gần đây, với sự phát triển của đa ký hô hấp và đa ký giấc ngủ thì việc chẩn đoán và điều trị hội chứng này ngày càng có tiềm năng.

4.2. Nồng độ oxy bão hòa nền và nồng độ oxy bão hòa thấp nhất:

Trên lâm sàng, một số dấu hiệu gợi ý cho chúng ta một bệnh nhân mất ngủ mạn tính có thể mắc hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ bao gồm: thừa cân hoặc béo phì, ngáy to khi ngủ, cảm giác ngạt thở khi ngủ, xoay trở nhiều lần trong đêm, than phiền vì buồn ngủ ban ngày quá nhiều.... Trên đa ký giấc ngủ, ngoài chỉ số giảm thở, ngừng thở, hội chứng này còn biểu hiện một tình trạng giảm nồng độ oxy bão hòa trong khi ngủ so với người bình thường. Kết quả đa ký giấc ngủ của chúng tôi cho thấy nồng độ oxy bão hòa nền ($93,95 \pm 1,44\%$) và nồng độ oxy bão hòa thấp nhất ($80,71 \pm 6,45\%$) của những bệnh nhân có chỉ số giảm thở, ngừng thở từ 5 cơn/ giờ thấp hơn hẳn so với nhóm bệnh nhân còn lại (bảng 3.4) ($p<0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu trước của chúng tôi trên 60 bệnh nhân ngừng thở giảm thở do tắc nghẽn cũng cho thấy nồng độ oxy bão hòa nền là $94,12 \pm 1,85\%$ và nồng độ oxy bão hòa thấp nhất là $79,65 \pm 8,28\%$ [5]. Zevin S và cộng sự nghiên cứu trên 10 bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ thấy nồng độ oxy bão hòa thấp nhất là $81,0 \pm 8,8\%$ [6]. Kobayashi M và cộng sự trong khi tiến hành ghi đa ký giấc ngủ thấy 26/35 trường hợp có giảm nồng độ oxy bão hòa dưới 90% [7]. Patruno V và cộng sự nghiên cứu trên 41 bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ thấy nồng độ oxy nền là $90,0 \pm 4,1\%$ và nồng độ oxy bão hòa thấp nhất là $72,0 \pm 9,8\%$. Như vậy đo nồng độ oxy bão hòa trong máu rất có giá trị trong hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ. Trên lâm sàng có thể ứng dụng sàng lọc hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ bằng đo nồng độ oxy bão hòa trong máu, với các trường hợp nghi ngờ ngừng thở khi ngủ sẽ tiến hành ghi đa ký giấc ngủ để chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong các trường hợp mất ngủ mạn tính có thể có nguy cơ mắc

hội chứng ngưng thở giảm thở do tắc nghẽn. Đây cũng là một trong những nguyên nhân thường gặp của mất ngủ mạn tính. Cần xem xét kỹ các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân và chỉ định ghi đa ký giấc ngủ để tìm nguyên nhân, tránh bỏ sót hội chứng ngưng thở giảm thở do tắc nghẽn trên các bệnh nhân mất ngủ mạn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đoàn Văn Minh (2009)**, *Đánh giá tác dụng điện châm huyết nội quan, thần môn, tam âm giao trong điều trị mất ngủ không thực tồn*, Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Ahmed BaHammam (2004)**, *Polysomnographic Characteristics of Patients with Chronic Insomnia*, Sleep and Hypnosis 2004, 6(4), 163-168.
3. **Tammy Moroz (2011)**, *Concurrent OSA and Insomnia*, Lectures on Sleep in Alberta Sleep Forum Program, University of Alberta, Canada.
4. **Danea L. Drab. (2003)**, *The Relationship Between Obstructive Sleep Apnea Syndrome and Insomnia: Implications for Treatment*, Submitted to the Graduate Faculty of the Louisiana State University and Agricultural and Mechanical College in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy, in The Department of Psychology.
5. **Nguyễn Thanh Bình (2012)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, đa ký giấc ngủ và hiệu quả của thở áp lực dương liên tục trong điều trị hội chứng ngưng thở do tắc nghẽn khi ngủ*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. **Zevin S, et al. (2003)**, *Clinical Effects of Locally Delivered Nicotine in Obstructive Sleep Apnea Syndrome*, American Journal of Therapeutics, 10, 170-175.
7. **Kobayashi M, Namba K, Tsuiji S et al. (2010)**, *Clinical Characteristics in Two Subgroups of Obstructive Sleep Apnea Syndrome in the Elderly Comparison Between Cases With Elderly and Middle-Age Onset*, Chest, 137 (6), 1310-1315.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG TIỂU TIỆN KHÔNG TỰ CHỦ TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

Đinh Thị Hồng Hoa¹, Nguyễn Xuân Thanh²
Đặng Thị Việt Hà³, Vũ Thị Thanh Huyền^{2,3}

TÓM TẮT²⁴

Mục tiêu: đánh giá tình trạng tiểu không tự chủ trên người cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn theo mẫu bệnh án thống nhất, chẩn đoán tiểu không tự chủ theo bộ câu hỏi 3IQ. **Kết quả:** tuổi trung bình là $77,46 \pm 8,43$ tuổi, tỷ lệ nữ/nam là 1,24. Tỷ lệ tiểu không tự chủ là 58,7%. Có sự khác biệt về tỷ lệ tiểu không tự chủ giữa các nhóm tuổi, trong đó nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 49,4% ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tiểu không tự chủ và chỉ số khối cơ thể. Phân loại tiểu không tự chủ cấp bách, gắng sức, tràn đầy và hỗn hợp lần lượt là 34,7%, 29%, 29% và 7,4%. Tiểu không tự chủ do gắng sức (98%) và hỗn hợp (92,3%) chiếm tỷ lệ cao trên nữ; tiểu không tự chủ cấp bách (85,2%) và tràn đầy (60,8%) chiếm tỷ lệ cao trên nam. **Kết luận:** Tỷ lệ tiểu không tự chủ trên bệnh nhân cao tuổi khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương cao, do vậy cần sàng lọc và chẩn đoán sớm tình trạng tiểu không tự chủ trên người cao tuổi.

Từ khóa: Tiểu không tự chủ, người cao tuổi

SUMMARY

ASSESSMENT OF URINARY INCONTINENCE IN OLDER ADULTS AT NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objectives: to assess the urinary incontinence condition in the elderly at National Geriatric Hospital.

Methods: A cross-sectional study was performed in 300 patients aged 60 years or older, who was examined and treated at the National Geriatric Hospital. A descriptive cross-sectional study included of 300 elderly patients examined and treated at the National Geriatrics Hospital. The subjects were interviewed by the a unified medical record,, urinary incontinence was diagnosed according to 3IQ questionnaire. **Results:** The average age of subjects was $77,46 \pm 8,43$. The ratio of female/male was 1,24. The prevalence of urinary incontinence was 58,7%. There was a difference in incontinence rate between age groups, the 80 or over age group accounted for the highest percentage 49.4% ($p < 0,05$). There was no significant difference between incontinence rate and BMI. The distribution of urge, stress, overflow and mixed incontinence was 34.7%, 29%, 29%, and 7.4%, respectively. Stress incontinence (98%) and mixed incontinence (92.3%) accounted for high rates in female; Urge incontinence (85.2%) and overflow (60.8%) accounted for high rates in male.

Conclusion: The incidence of urinary incontinence in elderly patients was high, hence, it is necessary for screening and early diagnosis of urinary incontinence.

Key Words: Urinary incontinence, Older Adults

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Già hóa dân số là một trong những vấn đề toàn cầu và ảnh hưởng lớn đến tất cả các khía

¹Bệnh viện Đa khoa Đông Anh

²Bệnh viện Lão khoa Trung Ương,

³Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hồng Hoa

Email: drdinhhoabvda@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 17.7.2017

canh của xã hội. Do đặc điểm sinh lý, quá trình lão hoá làm gia tăng nhiều bệnh đồng thời mô hình bệnh tật của người cao tuổi không hoàn toàn giống người trẻ, cùng một lúc có thể mắc nhiều bệnh, nhất là các bệnh mạn tính ở nhiều cơ quan khác nhau. Trong đó tiểu không tự chủ thường (TKTC) được ghi nhận có ảnh hưởng đến hoạt động hằng ngày và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Tiểu không tự chủ là tình trạng thoát nước tiểu không chủ ý qua đường niệu đạo. Tiểu tiện không tự chủ có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng phổ biến hơn ở người cao tuổi và phụ nữ, ảnh hưởng đến khoảng 30% phụ nữ lớn tuổi và 15% nam giới cao tuổi [2]. Tiểu không tự chủ được Tổ chức Y tế Thế giới nhận định là một bệnh lý phổ biến có tính chất toàn cầu nhưng là một trong những lĩnh vực còn ít được ngành y tế ở nhiều quốc gia quan tâm đến. Tiểu không tự chủ là một triệu chứng gây ra nhiều khó chịu cho bệnh nhân, bên cạnh đó tình trạng tiểu không tự chủ kéo dài còn gây ra nhiều biến chứng cho người bệnh: làm giảm chất lượng cuộc sống, mất tự tin, kỳ thị, cô lập, trầm cảm đồng thời gây ra các biến chứng như viêm da, nhiễm khuẩn tiết niệu [3]. Có nhiều yếu tố liên quan đến tiểu không tự chủ như thừa cân béo phì, hút thuốc lá và các bệnh lý như đái tháo đường, bệnh thận, tai biến mạch máu não [4].

Tiểu không tự chủ ở người cao tuổi là một vấn đề còn khá mới tại Việt Nam, cho đến nay chưa có nghiên cứu về tiểu không tự chủ được công bố trên đối tượng người cao tuổi. Xuất phát từ cơ sở lý luận và thực tiễn trên đây chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Tiểu không tự chủ và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi khám và điều trị tại Bệnh Viện Lão Khoa Trung Ương*". Nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ tiểu không tự chủ, bên cạnh đó tìm hiểu một

số yếu tố liên quan từ đó đưa ra các biện pháp phòng ngừa cho người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 300 bệnh nhân cao tuổi khám ngoại trú và điều trị nội trú tại bệnh viện lão khoa Trung ương từ tháng 01/2017 đến tháng 06/2017.

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên khám ngoại trú và điều trị nội trú tại bệnh viện lão khoa Trung ương

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc sa sút trí tuệ nặng, bệnh nhân mắc bệnh cấp tính nặng không thể tham gia phỏng vấn; bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang, chọn mẫu toàn bộ. Quá trình thăm khám được tiến hành theo mẫu bệnh án thống nhất. Các biến số nghiên cứu: Chẩn đoán tiểu không tự chủ theo bộ câu hỏi 3IQ [5]; Đánh giá tỷ lệ TKTC; Phân loại TKTC chia thành các loại: TKTC gắng sức, TKTC cấp bách, TKTC tràn, TKTC hỗn hợp; Đánh giá mức độ TKTC thường xuyên hay không; các yếu tố liên quan: tuổi; giới tính; tình trạng hôn nhân; trình độ giáo dục; chỉ số khối cơ thể (BMI); hút thuốc lá.

2.3. Xử lý số liệu: 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: Qua nghiên cứu trên 300 bệnh nhân cao tuổi khám và điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương từ tháng 01 năm 2017 đến tháng 06 năm 2017, chúng tôi đã thu được kết quả sau:

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 300)

	Biến số	Số bệnh nhân (n)	Tỉ lệ (%)	P
Giới	Nam	134	44,7	0,08
	Nữ	166	55,3	
Nhóm tuổi	60-69	54	18	0,008
	70-79	116	38,7	
	≥80	130	43,3	
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	2	0,7	0,2
	Ly dị hoặc góa vợ/chồng	126	45,2	
	Đang sống với bạn đời	177	59	
Trình độ giáo dục	Chưa tốt nghiệp PTTH	177	59	0,9
	Đã tốt nghiệp PTTH	98	32,7	
	Đã tốt nghiệp đại học	25	8,3	
	Suy giảm	67	22,3	

BMI	Thiếu cân (<18,5)	77	25,7	0,37
	Bình thường (18,5-24,9)	195	65	
	Quá cân và béo phì (≥25)	28	9,3	
Tuổi trung bình (Trung bình ± độ lệch chuẩn)		77,46 ± 8,43		

Trong tổng số 300 đối tượng nghiên cứu có 166 bệnh nhân nữ chiếm 55,3%, cao hơn so với 134 bệnh nhân nam chiếm 44,7%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,24. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 77,46 ± 8,43, thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 102 tuổi. Nhóm 60 đến 69 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 18%. Nhóm ≥ 80 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 43,3%. Tỷ lệ bệnh nhân đang sống với bạn đời là cao nhất, chiếm 54%; góa vợ/chồng hoặc ly dị

chiếm 45,3% và chưa kết hôn chiếm 0,7%. Nhóm bệnh nhân chưa tốt nghiệp PTTH chiếm tỷ lệ cao nhất 59%, nhóm học trên đại học chiếm tỷ lệ thấp nhất 8,3%. Chỉ số khối cơ thể trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 20,26 ± 1,01. Nhóm bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất 65%. Nhóm bệnh nhân có tình trạng quá cân và béo phì chiếm tỷ lệ ít nhất 9,3%.

3.2. Tỷ lệ tiểu không tự chủ trong nhóm nghiên cứu

Bảng 2: Tỷ lệ tiểu không tự chủ theo giới

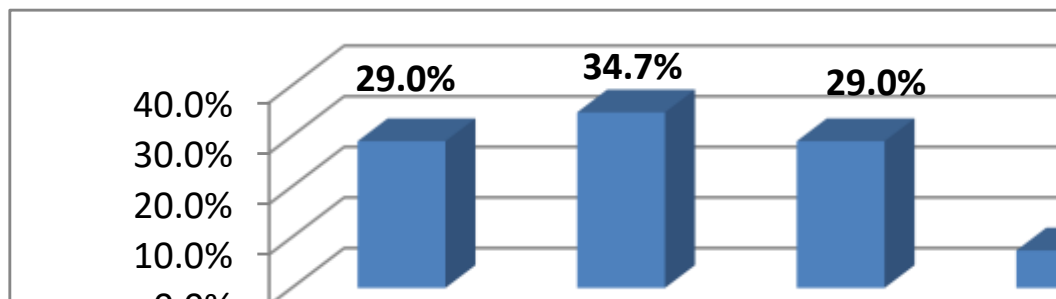
Giới	Không có TKTC N (%)	Có TKTC N (%)	Chung	p
Nam	49 (39,5)	85 (48,3)	134 (44,7)	0,08
Nữ	75 (60,5)	91 (51,7)	166 (55,3)	
Tổng	124 (41,3)	176 (58,7)	300 (100)	

Tổng số có 176 bệnh nhân có TKTC chiếm 58,7%; 124 bệnh nhân không có TKTC chiếm 41,3%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ TKTC giữa hai giới (p<0,05)

Bảng 3: Tỷ lệ tiểu không tự chủ theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Không có TKTC N (%)	Có TKTC N (%)	Chung	p
60-69	31 (25)	23 (13,1)	54 (18)	0,008
70-79	50 (40,3)	66 (37,5)	116 (38,7)	
≥ 80	43 (34,7%)	87 (49,4)	130 (43,3)	
Tổng	124 (41,3)	176 (58,7)	300 (100)	

Có sự khác biệt về tỷ lệ TKTC giữa các nhóm tuổi, trong đó nhóm từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 49,4%, nhóm tuổi 70-79 chiếm 37,5 %, nhóm tuổi 60 – 69 chiếm 13,1 % (p<0,05).



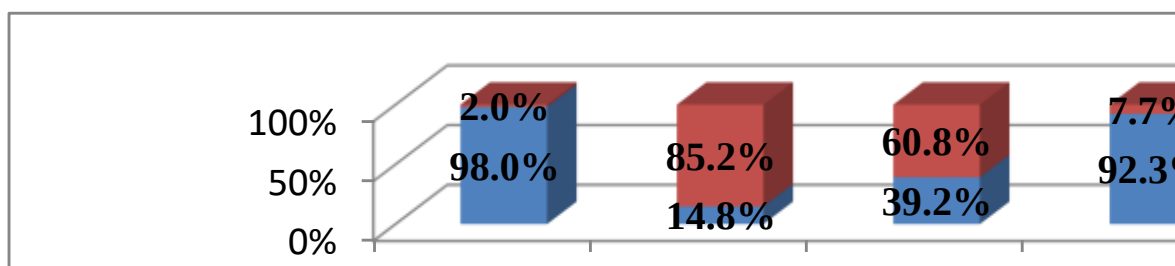
Biểu đồ 1: Phân loại tiểu không tự chủ

TKTC do gắng sức chiếm 29%, TKTC do cấp bách chiếm 34,7%, TKTC do tràn đầy chiếm 29%, TKTC hỗn hợp chiếm 7,4 %.

Bảng 4: Tỷ lệ tiểu không tự chủ theo BMI

Phân loại BMI	Không TKTC N (%)	Có TKTC N (%)	Chung	p
Thiếu cân (<18,5)	36 (29)	41 (23,3)	77 (25,7)	0,37
Bình thường (18,5-24,9)	79 (63,7)	116 (65,9)	195 (65)	
Quá cân và béo phì (≥25)	9 (7,3)	19 (10,8)	28 (9,3)	
Tổng	124 (41,3)	176 (58,7)	300 (100,0)	

Trong số bệnh nhân có TKTC nhóm thiếu cân chiếm 23,3%, nhóm bình thường chiếm 65,9%, nhóm quá cân và béo phì chiếm 10,8%; Trong số 124 bệnh nhân không có TKTC nhóm thiếu cân chiếm 29%, nhóm bình thường chiếm 63,7%, nhóm quá cân và béo phì chiếm 7,3%.



Biểu đồ 2: Phân loại các loại tiểu không tự chủ theo giới

Giới nữ chủ yếu gặp TKTC do căng sức (chiếm 98%) và TKTC hỗn hợp (chiếm 92,3%); giới nam chủ yếu gặp TKTC do cấp bách (chiếm 85,2%) và TKTC do tràn đầy (chiếm 60,8%)

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $77,46 \pm 8,43$, nhóm 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất 43,3%, nhóm 60 đến 69 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 18%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Aniulienė (tuổi trung bình là $71,1 \pm 3,8$) [6]. Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Lão Khoa, nơi các bệnh nhân đến khám và điều trị là các bệnh nhân cao tuổi.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 166 bệnh nhân nữ chiếm 55,3%, cao hơn so với 134 bệnh nhân nam chiếm 44,7%. Tỷ lệ nữ/nam là 1,24. Kết quả này gần tương tự với nghiên cứu của Aniulienė và cộng sự, trong đó 53,8% là nữ và 46,2% là nam; Sở dĩ có sự tương đồng này vì tuổi thọ của bệnh nhân nữ thường cao hơn bệnh nhân nam, do đó làm gia tăng các bệnh liên quan đến tuổi.

Trong số 300 bệnh nhân cao tuổi điều trị tại Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương tham gia nghiên cứu có 176 bệnh nhân có TKTC chiếm 58,7% và 124 bệnh nhân không có TKTC chiếm 41,3%. Tỷ lệ TKTC giữa các nghiên cứu là rất khác nhau, dao động từ 11% đến 59,1%, tùy thuộc vào cộng đồng dân số nghiên cứu. Ước tính tỷ lệ TKTC trên các bệnh nhân nội trú là từ 15 đến 50%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn nghiên cứu của một số tác giả: J. Yang xác định tỷ lệ TKTC chiếm 33,2% [7]. Có sự khác biệt có lẽ do đối tượng của chúng tôi là những bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa, trong khi các đối tượng nghiên cứu của các tác giả trên là người cao tuổi trong cộng đồng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ TKTC có mối liên quan rõ rệt với tuổi ($p < 0,001$). Tuổi càng tăng thì tỷ lệ xuất hiện TKTC càng tăng. Kết quả này cũng tương ứng với phần lớn các nghiên cứu trên thế giới: Nhóm bệnh nhân trên 80 tuổi có tỷ lệ TKTC cao nhất so với các nhóm tuổi 60-69 và 70-79 trong nghiên cứu của Reis và cộng sự. Nhóm bệnh nhân chỉ số khối cơ thể

bình thường có xu hướng xuất hiện TKTC cao nhất (65,9%) so với nhóm có chỉ số khối cơ thể thiếu cân và thừa cân béo phì. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

TKTC do căng sức chiếm 29%, TKTC do cấp bách chiếm 34,7%, TKTC do tràn đầy chiếm 29%, TKTC hỗn hợp chiếm 7,4%. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa tỷ lệ TKTC và giới tính ($p > 0,05$). Tuy nhiên có mối liên quan giữa giới tính với phân loại tiểu không tự chủ. Tỷ lệ TKTC căng sức thường gặp ở giới nữ, tỷ lệ TKTC cấp bách thường gặp ở nam giới ($p < 0,001$).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ TKTC trên bệnh nhân cao tuổi khám và điều trị tại bệnh viện Lão khoa Trung Ương cao, do vậy cần sàng lọc và chẩn đoán sớm tình trạng tiểu không tự chủ trên người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quỹ dân số Liên Hợp Quốc (UNFPA) (7/2011)**, "Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam- Thực trạng, dự báo và một số khuyến nghị chính sách", *Quỹ dân số Liên Hợp Quốc Tại VN*.
2. **Fantl AJ. Urinary incontinence in adults: acute and chronic management/urinary incontinence in adults (1996)**, "Guideline Panel Update. Rockville, Md.: U.S. Department of Health and Human Services", *Agency for Health Care Policy and Research; Clinical Practice Guideline Number 2: AHCPR publication no. 96-0682*.
3. **Patrick J. (2012)** "Urinary Incontinence in Adults: A Merck Manual of Patient Symptoms podcast".
4. **Chapple CR, Manassero F.** "Urinary incontinence in adults". *Surgery (Oxford)*. 2005;23(3):101-107.
5. **Dowling-Castronovo A, Specht JK (2009)**. "How to try this: assessment of transient urinary incontinence in older adults". *Am J Nurs*. 109(2):62-71.
6. **Aniulienė, R. Aniulis, P. Steiblienė, V.** "Risk Factors and Types of Urinary Incontinence among Middle-Aged and Older Male and Female" *Primary Care Patients in Kaunas Region of Lithuania: Cross Sectional Study* 2552-61.
7. **Ge, J. Yang, P. Zhang, Y. Li, X. Wang, Q. Lu, Y (2015)** "Prevalence and risk factors of urinary incontinence in Chinese women: a population-based study". *Asia Pac J Public Health*: NP1118-31.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BIẾN CHỨNG LOÉT NHIỄM TRÙNG BÀN CHÂN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Tân Tố Anh*, Trần Viết An**

TÓM TẮT²⁵

Đặt vấn đề: Loét nhiễm trùng bàn chân là một biến chứng thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Mục tiêu:** mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn học và đánh giá kết quả điều trị loét nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** tiền cứu, mô tả cắt ngang. Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có loét nhiễm trùng bàn chân điều trị tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 5/2015 đến 6/2016. **Kết quả:** Có 67 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 loét nhiễm trùng bàn chân. Vị trí vết loét thường gặp ở các ngón chân (53,73%), loét chân theo phân độ Wagner 3 là 56,72%. Nồng độ HbA1c trung bình 10,1%. Tỷ lệ viêm xương trên X quang là 20,9% và tỷ lệ tắc hẹp mạch máu trên siêu âm 43,29%. Vi khuẩn Gram âm chiếm 68,42%. Vi khuẩn phân lập được lần lượt là *Staphylococcus* sp 28,95%; *Klebsiella* sp 18,42%; *E. coli* 15,79%. Tỷ lệ đề kháng chung của vi khuẩn với các nhóm kháng sinh lần lượt là: Cephalosporin >60%; Ampicillin/Sulbactam là 91,67% và nhóm Quinolone >60%. Nhóm Carbapenem có tỷ lệ nhạy cảm cao (>73%). Kháng sinh sử dụng ban đầu theo kinh nghiệm phù hợp với kết quả kháng sinh đồ là 35,82%. Thời gian nằm viện trung bình 15,95±7,7 ngày. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị lành vết loét 88,06%. **Kết luận:** Vi khuẩn thường gặp theo thứ tự là *Staphylococcus* sp, kế đến là *Klebsiella* sp và *E. coli*. Đa số *Staphylococcus* sp nhạy Vancomycin; *Klebsiella* sp và *E.coli* nhạy với nhóm Carbapenems. Sự phù hợp kháng sinh ban đầu, tình trạng viêm xương có liên quan đến kết cục lành vết loét ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có loét nhiễm trùng bàn chân.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, loét nhiễm trùng bàn chân, kháng sinh đồ.

SUMMARY

INFECTED FOOT ULCERS SITUATION IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS IN CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: Infected foot ulcer is a common complication in type 2 diabetic patients. **Objectives:** describe the clinical symptoms, paraclinical symptoms, microbiological characteristics and evaluate the effect of treatment type 2 diabetic patients with infected foot ulcer. **Subjects and**

Methods: Prospective, cross-sectional study. Type 2 diabetic patients with infected foot ulcers admitted in the Geriatric Cardiology department of Can Tho general hospital from May 2015 to June 2016 were enrolled. **Results:** A total 67 patients fulfilled inclusive criteria. The common damage area was in toes (53.73%), foot ulcer with Wagner classification grade 3 was 56.72%. The average percentage of HbA1c was 10.1%. Proportion of the osteomyelitis on X-ray and the obstruction arteries on ultrasonography were 20.9%, 43.29% respectively. Gram-negative aerobes were most frequently isolated (68.42%). *Staphylococcus* sp 28.95%; *Klebsiella* sp 18.42%; *E. coli* 15.79%. The proportion of antibiotic resistant was more than 60% in Cephalosporin; 91.67% Ampicillin/Sulbactam; > 60% Quinolones. The susceptibility rate of Carbapenem is higher than other antibiotics (>73%). The suitable empirical antibiotic regimen for susceptibility pattern results was 35.82%. The median time of treatment was 15.95±7.7 days (4-38). 88.06% of type 2 diabetic patients with infected foot ulcer were heal. **Conclusion:** The common bacteria isolates were orderly *Staphylococcus* sp, *Klebsiella* sp and *E. coli*. Most of *Staphylococcus* sp isolates were sensitive Vancomycin; *Klebsiella* sp and *E.coli* isolates were sensitive Carbapenems. The suitable empirical antibiotic regimen, osteomyelitis were correlated with ulcer outcomes.

Keywords: type 2 diabetes, infected diabetic foot ulcer, antimicrobial susceptibility.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét nhiễm trùng bàn chân là biến chứng thường gặp và tốn kém chi phí điều trị ở đái tháo đường típ 2; 25% bệnh nhân đái tháo đường sẽ tiến triển đến loét chân vào một thời điểm nào đó trong đời [6]. Tính chung trên toàn thế giới cứ 30 giây lại có một bệnh nhân đái tháo đường bị cắt cụt chân [4]. Trong điều trị loét nhiễm trùng bàn chân đái tháo đường, ngoài việc điều chỉnh các rối loạn chuyển hóa, sự cắt lọc vết thương, chăm sóc vết thương tại chỗ và dùng kháng sinh thích hợp đóng vai trò rất quan trọng. Có 40% bệnh nhân nhiễm trùng bàn chân đái tháo đường điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm không phù hợp kết quả kháng sinh đồ [7]. Theo nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước, vi khuẩn thường gặp ở vết loét nhiễm trùng bàn chân đái tháo đường là *Staphylococcus* sp và *E.coli* [3],[7]; nhưng kết quả nghiên cứu gần đây tại Ấn Độ ghi nhận vi khuẩn *Pseudomonas* sp chiếm đa số (34%) [5].

*Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

**Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết An

Email: antranviet@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2017

Ngày duyệt bài: 17.7.2017

Phổ vi trùng học cũng như tình hình đề kháng kháng sinh diễn tiến rất nhanh, thay đổi theo thời gian và vùng miền. Việc có dữ liệu thống kê về vi khuẩn học cũng như sự nhạy cảm kháng sinh sẽ hỗ trợ cho quyết định chọn kháng sinh sớm, phù hợp giúp rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị, giảm nguy cơ đề kháng kháng sinh và đoạn chi do nhiễm trùng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn học ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nhiễm trùng bàn chân.*

2. *Đánh giá kết quả điều trị loét nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 loét nhiễm trùng bàn chân điều trị tại khoa Nội Tim mạch Lão học Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 5/2015 đến tháng 6/2016.

Chẩn đoán đái tháo đường típ 2:

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ típ 2 trước đây (có đơn thuốc và chẩn đoán kèm theo).

- Bệnh nhân chưa được chẩn đoán ĐTĐ: Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ năm 2015, dựa vào một trong các tiêu chuẩn sau: HbA1c $\geq 6,5\%$; một mẫu đường huyết tương bất kỳ $\geq 200\text{mg/dL}$ ($11,1\text{mmol/L}$) kết hợp với triệu chứng của tăng đường huyết (ăn nhiều, uống nước nhiều, tiểu nhiều, gầy nhiều); đường huyết tương lúc đói (sau 8 giờ nhịn ăn) $\geq 126\text{mg/dL}$ ($7,8\text{mmol/L}$) [2].

III. KẾT QUẢ

3.1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, vi khuẩn học ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có nhiễm trùng bàn chân*

Bảng 3.1. Đặc điểm chung bệnh nhân đái tháo đường típ 2 loét nhiễm trùng bàn chân

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	$62,5 \pm 11,0$	
< 60 tuổi	31	46,27
≥ 60 tuổi	36	53,73
Giới nữ	50	74,63
Thời gian phát hiện ĐTĐ (năm)	$7,3 \pm 3,5$	
< 5 năm	14	20,09
5 – 10 năm	36	53,73
> 10 năm	17	25,37
Tuần thủ điều trị (có)	47	70,15
Tiền sử		
Hút thuốc lá	14	20,09
Tăng huyết áp	52	77,61
Đoạn chi	9	13,43
Bệnh động mạch ngoại biên	11	16,42

Chẩn đoán loét nhiễm trùng bàn chân: dựa theo tiêu chuẩn của Hiệp hội các bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ năm 2012: vết thương tiết dịch mủ; Hoặc có ≥ 2 triệu chứng của tình trạng viêm tại chỗ: sưng, nóng, đỏ, đau và có sự hiện diện của vi khuẩn gây bệnh qua cấy định danh.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có các bệnh lý nội khoa nặng đe dọa tính mạng như: suy tim nặng, suy hô hấp, choáng nhiễm trùng, suy thận mạn giai đoạn cuối, suy gan nặng, rối loạn đông máu. Bệnh nhân có thai. Bệnh nhân nhiễm trùng bàn chân có chỉ định đoạn chi ngay từ đầu cũng như bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: 67 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 loét nhiễm trùng bàn chân.

Nội dung nghiên cứu: Các bệnh nhân thỏa tiêu chí nhận vào nghiên cứu sẽ được thu thập thông tin về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tiền sử.

Vết loét nhiễm trùng bàn chân được đánh giá lâm sàng và cận lâm sàng bao gồm: phân độ loét chân theo phân độ Wagner, khám cảm giác nông, sâu, khám mạch máu, số lượng BC, nồng độ CRP, đường huyết, HbA1c, siêu âm mạch máu chi dưới, Xquang bàn chân.

Vi khuẩn học: mỗi vết loét sẽ được cấy mủ bằng một que riêng, khảo sát số lượng vi khuẩn/mỗi mẫu cấy, loại vi khuẩn phân lập, kháng sinh đồ.

Đánh giá kết quả điều trị bao gồm: sự phù hợp kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm với kết quả kháng sinh đồ, thời gian nằm viện, kết quả điều trị lành vết loét.

Phân tích số liệu theo phần mềm Stata 11.0.

Số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 67 bệnh nhân, tuổi trung bình là 62,2±11 tuổi, trong đó nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ 53,73%. Tỉ lệ nữ/nam là 2,9/1.

Thời gian phát hiện ĐTD trung bình chung là 7,3 năm (ngắn nhất là 7 tháng, dài nhất là 18 năm), nhóm bệnh nhân mắc bệnh 5-10 năm chiếm tỉ lệ cao (53,73 tuổi).

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân đái tháo đường típ 2 loét nhiễm trùng bàn chân

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Thời gian loét chân	16 (4 - 60)	
< 2 tuần	27	40,3
2 tuần - 4 tuần	31	46,27
> 4 tuần	9	13,43
Vị trí loét chân		
Ngón chân	36	53,73
Lòng bàn chân	13	19,4
Mu bàn chân	11	16,42
Gót chân	4	5,97
Vị trí khác	3	4,48
Phân độ Wagner		
Wagner 2	23	34,33
Wagner 3	38	57,62
Wagner 4	8	8,96

Thời gian loét chân trước nhập viện trung bình là 16 ngày, trong đó nhóm bệnh nhân loét chân từ 2-4 tuần chiếm ưu thế (46,27%). Vị trí loét bàn chân thường gặp ở các ngón chân (53,73%) với phân độ Wagner 3 chiếm tỉ lệ cao (57,62%).

Bảng 3.3. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân đái tháo đường típ 2 loét nhiễm trùng bàn chân

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Bạch cầu (BC/mm³)	11800 (5620 - 32000)	
CRP (mg/dL)	4,43 (0,08 - 21,74)	
HbA1c (%)	10,1 (6 - 17,3)	
<7%	3	4,4
7% - 7,4%	2	2,99
≥7,5%	62	92,54
Đường huyết (mmol/dL)	16 ± 8,6	
<11,1mmol/dL	23	34,33
≥11,1mmol/dL	44	65,67
Viêm xương trên Xquang bàn chân	14	20,9
Siêu âm mạch máu chi dưới		
Không xơ vữa	5	7,46
Xơ vữa không gây hẹp	33	49,25
Xơ vữa gây hẹp nhẹ	23	34,33
Xơ vữa gây hẹp trung bình	4	5,97
Xơ vữa gây hẹp nặng	2	2,9

Đa số bệnh nhân đái tháo đường típ 2 loét nhiễm trùng bàn chân nhập viện có tình trạng kiểm soát đường huyết kém với HbA1c ≥ 7,5% (92,54%). Tỉ lệ viêm xương là 20,9% và tắc hẹp mạch máu trên siêu âm doppler mạch máu chi dưới là 43,29%.

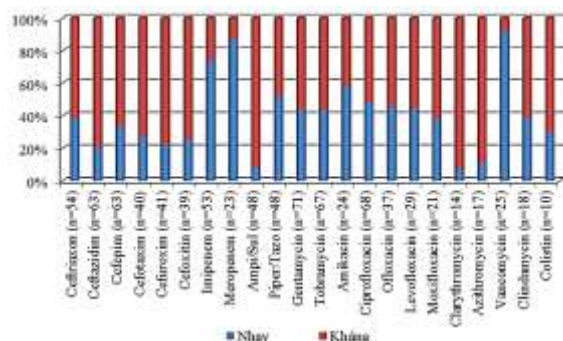
Trong số 67 trường hợp nghiên cứu, phân lập được 76 vi khuẩn, trong đó vi khuẩn Gram (-) chiếm ưu thế (68,42%); Tỉ lệ các loại vi khuẩn phân lập được trên vết loét lần lượt là: *Staphylococcus sp* 28,95%; *Klebsiella sp* 18,42%; *E. coli* 15,79%; *Pseudomonas sp* 11,48%; *Enterococcus sp* 10,53% và *Proteus sp* 9,21%.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị loét nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2

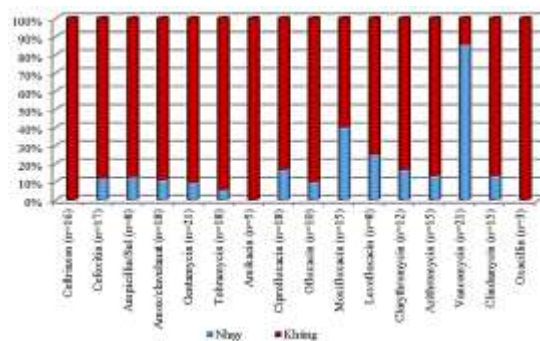
Bảng 3.4. Kết quả điều trị

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Phù hợp kháng sinh ban đầu		
Phù hợp	24	35,82
Không phù hợp	43	64,18
Thời gian nằm viện (ngày)	15,95 ± 7,68	
Ngắn nhất	4	

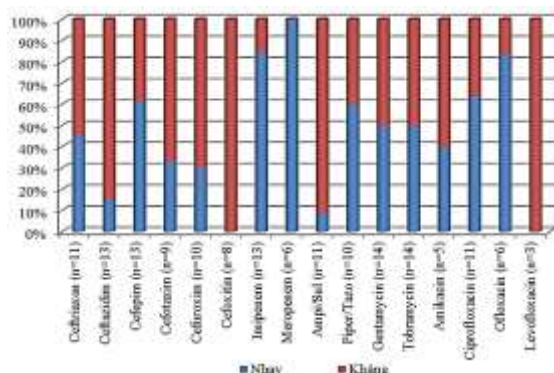
Dài nhất	38	
<i>Kết quả lành vết loét</i>		
Lành vết loét	59	88,06
Không lành	8	11,94



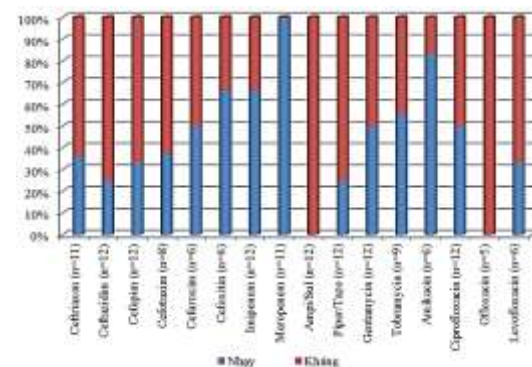
Biểu đồ 3.1. Sự nhạy cảm chung của các loại vi khuẩn với kháng sinh



Biểu đồ 3.2. Sự nhạy cảm kháng sinh của *Staphylococcus sp*



Biểu đồ 3.3. Sự nhạy cảm kháng sinh của *Klebsiella sp*



Biểu đồ 3.4. Sự nhạy cảm kháng sinh của *Escherichia coli*

Staphylococcus sp nhạy cảm với kháng sinh Vancomycin chỉ là 85,71%; đề kháng 88,24% với Cefoxitin, >75% với nhóm Quinolone và 83,33% với Clindamycin. *Klebsiella sp*, *E.coli* nhạy cảm 100% với Meropenem, >50% với nhóm Aminoglycosid; đề kháng >85% với Ampicillin/Sulm; >50% với Ciprofloxacin và nhóm Cephalosporin.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $62,2 \pm 11$ tuổi, với nhóm tuổi trên 60 tuổi >50%. Khi so sánh với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cũng ghi nhận độ tuổi tương tự.

Thời gian mắc bệnh ĐTĐ trung bình của đối tượng nghiên cứu là $7,3 \pm 3,5$ năm, nhóm bệnh nhân có thời gian mắc bệnh từ 5-10 năm chiếm đa số (53,73), 92,54% bệnh nhân có mức kiểm soát đường huyết kém. Kết quả này cũng tương tự của các tác giả trong nước thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Điều này cho thấy đa số bệnh nhân loét nhiễm trùng bàn chân có thời gian mắc bệnh kéo dài với mức độ kiểm soát đường huyết kém và đây cũng là một trong những yếu tố nguy cơ loét chân ở bệnh nhân đái tháo đường tip 2.

Chúng tôi phân lập được 76 vi khuẩn trên 67 mẫu loét nhiễm trùng bàn chân, trong đó tỉ lệ phân lập được một loại vi khuẩn là 86,57%, trong đó Gram âm chiếm 68,42%. Tác giả Trần Thị Liễu và J. Konar đều ghi nhận vi khuẩn Gr(-) chiếm đa số với tỉ lệ lần lượt là 57% và 72,36% [7],[5]. Nhưng những kết quả nghiên cứu gần đây đã cho thấy có sự thay đổi về loại vi khuẩn gây bệnh, Gram (-) chiếm ưu thế [5]. Vì vậy, cần có nhiều nghiên cứu lớn hơn, đa trung tâm về vi khuẩn học của loét nhiễm trùng bàn chân ở đái tháo đường tip 2 để có hướng dẫn về kháng sinh phù hợp cho từng vùng, khu vực nhằm giúp việc sử dụng kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm hiệu quả hơn trong điều trị vết loét nhiễm trùng bàn chân.

Kết quả kháng sinh đồ ghi nhận, tỉ lệ đề kháng chung của vi khuẩn với các nhóm kháng

sinh lần lượt là: nhóm Cephalosporin >60%; Ampicillin/Sulbactam là 91,67%; nhóm Quinolone >60%. Riêng kháng sinh thuộc nhóm Carbapenem có tỉ lệ nhạy cảm cao với các loại vi khuẩn phân lập được (>73%).

Staphylococcus sp nhạy cảm 85,71% với Vancomycin. Kết quả nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước đều ghi nhận tỉ lệ nhạy cảm của Staphylococcus sp với Vancomycin là 100% [5],[7]. Từ đó cho thấy Vancomycin vẫn là kháng sinh kinh điển được lựa chọn hàng đầu cho loét nhiễm trùng bàn chân nhiễm Staphylococcus sp.

Klebsiella sp nhạy cảm 100% với Meropenem, 61,54% Cefepim và 60% Piperacillin/Tazobactam; đề kháng 63,64% với Ciprofloxacin. Tỉ lệ đề kháng với Ciprofloxacin trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn các tác giả khác [7]. Điều có thể là do sự sử dụng khá phổ biến trong cộng đồng các kháng sinh đường uống thuộc nhóm Fluoroquinolones điều trị các bệnh lý nhiễm trùng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, đặc biệt là Ciprofloxacin. E.coli nhạy cảm 100% với Meropenem; đề kháng 100% với Ampicillin/Sulbactam, 62%-75% với các kháng sinh nhóm Cephalosporins.

Kết quả nghiên cứu chúng tôi 64,18% kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm không phù hợp với kết quả kháng sinh đồ, cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Trần Thị Liễu [7]. Nghiên cứu thực hiện tại Pháp cũng ghi nhận tỉ lệ kháng sinh theo kinh nghiệm không phù hợp với kết quả kháng sinh đồ là 56%. Mặc dù có sự khác biệt về địa điểm thực hiện nghiên cứu và tình hình sử dụng kháng sinh tại nơi thực hiện nghiên cứu, nhưng cả 2 nghiên cứu đều cho thấy có tỉ lệ cao về việc sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm không phù hợp với kết quả kháng sinh đồ. Điều này đặt ra một vấn đề lớn là việc dự đoán vi khuẩn gây bệnh trước khi có kết quả cấy định danh và kháng sinh đồ làm sao cho có độ phù hợp cao hơn.

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $15,95 \pm 7,7$ ngày. Trong phân tích đa biến, kết quả tắc hẹp mạch máu trên siêu âm Doppler mạch máu chi dưới là yếu tố tiên đoán độc lập thời gian nằm viện (OR = 2,3, KTC 95% 1,43-8,2, p=0,02) bên cạnh các yếu tố như số lượng bạch cầu, nồng độ CRP lúc nhập viện và phân độ Wagner. Tác giả Tạ Bình Minh cũng ghi nhận siêu âm là yếu tố tiên đoán độc lập vết thương không lành (OR = 4,27, KTC 95% 1,14 - 16,06, p=0,03). Từ đó cho thấy mạch máu là một yếu tố không thể thiếu trong đánh giá quá trình lành vết loét bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường.

Tỉ lệ điều trị lành vết loét trong nghiên cứu là 88,06%. Qua phân tích đa biến, kết quả phù hợp kháng sinh ban đầu so với kết quả kháng sinh đồ và HbA1c là yếu tố liên quan độc lập với kết quả lành vết thương. Nghiên cứu OPIDIA ghi nhận, những bệnh nhân sử dụng kháng sinh ban đầu phù hợp ngay từ đầu có tỉ lệ đoạn chi thấp hơn, thời gian nằm viện ngắn hơn (2,8 tuần so với 3,8 tuần) có ý nghĩa thống kê. 2 Tác giả Adler và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu phân tích gộp về mối liên quan giữa HbA1c với nguy cơ đoạn chi ở bệnh nhân đái tháo đường ghi nhận, nguy cơ đoạn chi tăng 1,26 lần đối với mỗi 1% tăng lên của HbA1c [1].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ loét nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 là 8,07%. Nồng độ HbA1c trung bình ở đối tượng nghiên cứu là 10,1%, trong đó nhóm bệnh nhân có HbA1c $\geq 7,5\%$ chiếm tỉ lệ 92,54%. Số lượng bạch cầu trung bình và nồng độ CRP lúc nhập viện lần lượt là $11,8 \times 10^3$ bạch cầu/mm³ và 4,43mg/dL. Tỉ lệ phân lập được 1 loại vi khuẩn là 86,57%, trong đó Gram âm chiếm 68,42%. Staphylococcus sp là vi khuẩn thường gặp (28,95%), kế đến là Klebsiella sp 18,42% và E. coli 15,79%. Tỉ lệ đề kháng chung của vi khuẩn với các nhóm kháng sinh lần lượt là: Cephalosporin >60%; kháng sinh thuộc nhóm β -lactam kết hợp ức chế β -lactamase như Ampicillin/Sulbactam và Piperacillin/Tazobactam là 91,67% và 47,92%; nhóm Quinolone >60%. Riêng kháng sinh thuộc nhóm Carbapenem có tỉ lệ nhạy cảm cao với các loại vi khuẩn phân lập được (>73%).

Kháng sinh ban đầu theo kinh nghiệm không phù hợp với kết quả kháng sinh đồ chiếm tỉ lệ khá cao (64,18%). Tỉ lệ điều trị lành vết loét là 88,06%, sự phù hợp kháng sinh ban đầu so với kết quả kháng sinh đồ, tình trạng viêm xương có liên quan đến kết cục lành vết loét ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có loét nhiễm trùng bàn chân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adler I., et al. (2010). Association between glycosylated haemoglobin and the risk of lower extremity amputation in patients with diabetes mellitus: review and meta-analysis. *Diabetologia*, 53(5), pp.840-849.
2. American Diabetes Association (2015). Standards of medical care in diabetes. *Diabetes Care*, 38 Suppl 1, pp. S8-S16.
3. Amini M., et al. (2013). Determination of the resistance pattern of prevalent aerobic bacterial infections diabetic foot ulcer. *Iranian journal of pathology*, 8(1), pp. 21-26.

4. Hoffstad O1., et al. (2015). Diabetes, lower-extremity amputation, and death. *Diabetes Care*, 38, pp. 1852-1857.
5. Konar J., Das S. (2013). Bacteriological profile of diabetic foot ulcers, with a special reference to antibiogram in a Tertiary Care Hospital in Eastern India. *Journal of Evolution of Medical and Dental Science*, 2(48), pp. 9323-9328.
6. Krister J., et al. (2016). Prevalence and incidence of chronic wounds and related complications: a protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, pp.152-157.
7. Trần Thị Liễu (2016). Khảo sát vi trùng học của vết loét bàn chân đái tháo đường có nhiễm trùng và sự nhạy cảm kháng sinh ban đầu. *Kỷ yếu Hội nghị Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam lần thứ 8*, tr.56.

NGHIÊN CỨU TRẺ SƠ SINH NHIỄM RUBELLA VÀ HỘI CHỨNG RUBELLA BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Hoàng Nữ Phú Xuân¹, Nguyễn Quảng Bắc²

TÓM TẮT²⁶

Mục tiêu: Mô tả các dị tật bẩm sinh trên trẻ sơ sinh nhiễm rubella và hội chứng rubella bẩm sinh của các bà mẹ nhiễm rubella tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2011. **Phương pháp:** là một nghiên cứu mô tả các dị tật bẩm sinh trên 64 trẻ sơ sinh nhiễm rubella. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhiễm rubella mắc dị tật bẩm sinh là 59,8%. Tỷ lệ dị tật mắt chiếm 1,6-31,3%, dị tật tim mạch chiếm 29,7-76,5%. Tỷ lệ vàng da, gan lách to, ban xuất huyết chiếm 25,6- 90,6%, Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chu vi vòng đầu nhỏ, nhẹ cân chiếm 84,4-90,6%. **Kết luận:** Tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc hội chứng rubella bẩm sinh ở trẻ sơ sinh nhiễm rubella là rất cao và đa số là đa dị tật.

Từ khóa: Hội chứng rubella bẩm sinh, dị tật bẩm sinh, rubella, Bệnh viện Phụ sản TW.

SUMMARY

RESEARCH INFANTS INFECTED WITH RUBELLA AND CONGENITAL RUBELLA SYNDROME AT NATIONAL OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL HOSPITAL

Objective: To describe the newborn congenital malformation among newborn with rubella infection and congenital rubella syndrome rubella-infected mothers at the National Obstetric and Gynecological Hospital in 2011. **Method:** A descriptive study about congenital malformations in 64 infants infected with rubella. **Results:** Prevalance of infants infected with rubella with congenital malformations was 59,8%. The rate of newborn with ocular defects account for 1,6-31,3%, cardiovascular defects 29,7-76,5%. Hepatomegaly, jaundice and rash 25,6- 90,6%. Microcephalie, low birth weight 84,4- 90,6%. **Conclusion:** The rate of newborn with congenital rubella syndrome among newborn with rubella infection was very high and mostly multiple malformations.

¹Bệnh viện hữu nghị Việt Nam-Cu Ba Đồng Hới

²Bệnh viện Phụ sản trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 26.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2017

Ngày duyệt bài: 25.7.2017

Key words: Congenital rubella syndrome, congenital malformations, rubella, National Obstetric and Gynecological Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật bẩm sinh của thai nhi là một trong những hậu quả nghiêm trọng nhất của tình trạng nhiễm vi rút rubella của người mẹ trong thời kỳ có thai. Các nghiên cứu trên thế giới đã công bố tỷ lệ gây dị tật thai nhi của các bà mẹ nhiễm rubella trong vòng 8-10 tuần của thời kỳ mang thai có thể tới 90%[1]. Các dị tật bẩm sinh của trẻ sơ sinh bao gồm các tổn thương về hệ thống thần kinh tâm thần, bất thường về mắt (đục thể thủy tinh và tăng nhãn áp), điếc cảm nhận, các bất thường về tim mạch, não úng thủy, các bất thường ở gan, xương [1],[2].

Tại các nước trên thế giới đã có các công trình nghiên cứu về dị tật bẩm sinh ở thai nhi của các bà mẹ nhiễm rubella trong thời kỳ mang thai, nhưng tại Việt Nam chỉ có một vài nghiên cứu về dị tật bẩm sinh trên các bà mẹ mang thai nhiễm rubella. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả các loại dị tật bẩm sinh trên trẻ sơ sinh nhiễm rubella bẩm sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2011.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các trẻ sơ sinh nhiễm rubella bẩm sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1 – 12 năm 2011

- Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

+ Các bà mẹ mang thai có các triệu chứng lâm sàng như sốt, phát ban và nổi hạch, tuổi thai nhiễm rubella từ 5-18 tuần, các bà mẹ mang thai nhiễm rubella theo dõi thai và sinh đẻ tại BVPSTW.

+ Trẻ sơ sinh được lấy máu xét nghiệm định lượng kháng thể rubella IgM (+)

- Tiêu chuẩn loại trừ:

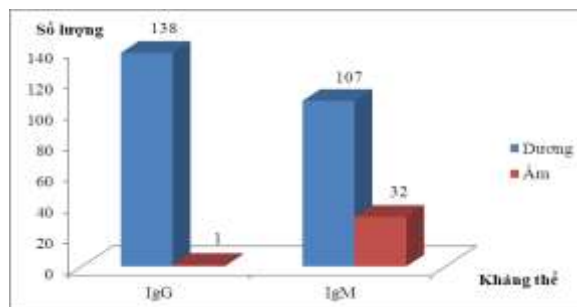
+ Trẻ sơ sinh được lấy máu xét nghiệm định lượng kháng thể rubella IgM (-)

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Là một nghiên cứu mô tả hồi cứu các dị tật bẩm sinh trên những trẻ sơ sinh nhiễm rubella bẩm sinh. Từ tháng 1- 12 năm 2011, có 139 trẻ sơ sinh được sinh tại BVPSTW, trong đó có 107 trẻ sơ sinh nhiễm rubella.

III. KẾT QUẢ

3.1. Tỷ lệ trẻ sơ sinh nhiễm rubella

Nhận xét: Có 138 trẻ sơ sinh có kháng thể IgG (+), chiếm tỷ lệ 99,3%. 107 trẻ sơ sinh nhiễm rubella (IgM dương tính) chiếm tỷ lệ 76,9%.



Biểu đồ 1: Phân bố kháng thể IgM và IgG

3.2. Dị tật bẩm sinh

Bảng 1. Phân bố trẻ nhiễm rubella và dị tật bẩm sinh

RR= 1,6

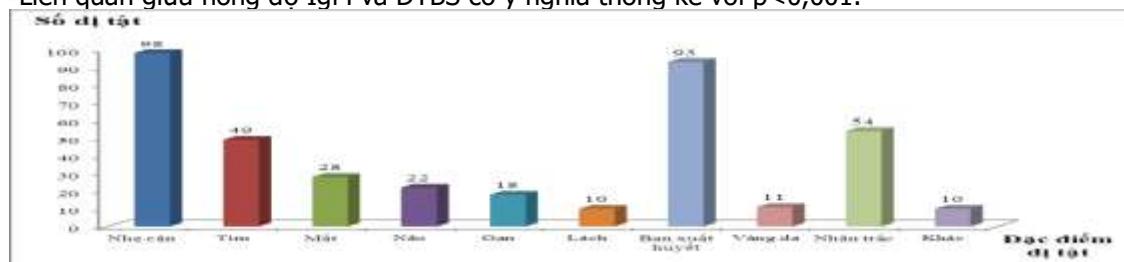
	Dị tật bẩm sinh		Không dị tật bẩm sinh		p
	SL	Tỷ lệ %	SL	Tỷ lệ %	
IgM âm tính	2	1,4	30	21,6	P<0,01
IgM dương tính	64	46,0	43	31,0	
IgG âm tính	0	0	1	0,7	p>0,05
IgG dương tính	66	47,5	72	51,8	

Nhận xét: Có 66 trẻ bị dị tật bẩm sinh trong đó 64 trẻ có xét nghiệm IgM (+).

- 2 trường hợp trẻ không nhiễm rubella nhưng sinh ra có dấu hiệu bụng cóc và viêm da toàn thân, 1 trẻ sút môi hở hàm ếch.

- Liên quan giữa nồng độ IgG và dị tật bẩm sinh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

- Liên quan giữa nồng độ IgM và DTBS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ các hình thái dị tật

Nhận xét: Các dị tật biểu hiện số lượng cao gồm: trẻ nhẹ cân 98 trường hợp, ban xuất huyết dưới da 93 trường hợp, trẻ có chu vi đầu bé có 54 trường hợp, tim bẩm sinh gồm 49 trường hợp: gồm các biểu hiện như tim to, thông liên thất, thông liên nhĩ, còn ống động mạch, hẹp động mạch phổi ngoại biên.

- Có 22 trường hợp biểu hiện bất thường não: giãn não thất, não úng thủy, dày thể trai, động kinh.

- Bất thường ở mắt có 28 trẻ bao gồm đục thủy tinh thể, tăng nhãn áp và viêm sắc tố võng mạc.

- Các bất thường khác có 10 trường hợp: bụng cóc, biến dạng ngực, viêm da toàn thân, tắc ruột, sút môi, hở hàm ếch, thận đa nang, dị tật lỗ đái thấp).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 139 trẻ sơ sinh, trong đó có 107 trẻ bị nhiễm rubella chiếm tỷ lệ 76,9%, 23,1% trẻ bình thường. Kết quả

nghiên cứu cho thấy, có 25 trẻ sinh ra từ những bà mẹ nhiễm rubella trên lâm sàng (sốt, phát ban và nổi hạch) trong 8 tuần đầu tiên thai kỳ, trong đó trẻ sơ sinh có xét nghiệm IgM dương tính là 23/25 trẻ chiếm 92,0%. Có 2/25 trẻ còn lại không nhiễm rubella được sinh ra từ những bà mẹ nhiễm rubella trong 8 tuần đầu thai kỳ nhưng đã có tiền sử nhiễm rubella trước. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có xét nghiệm IgM dương tính do người mẹ nhiễm rubella trên lâm sàng (sốt, phát ban và nổi hạch) từ 8-12 tuần mang thai đầu tiên chiếm 87,9%. Theo nghiên cứu của chúng tôi, có 91 trẻ được sinh ra khi bà mẹ bị nhiễm rubella dưới 12 tuần trong đó 81 trẻ bị bệnh rubella, chiếm 89,0%. Trong số 34 trẻ sinh ra do người mẹ nhiễm rubella trên lâm sàng (sốt, phát ban và nổi hạch) trong 13 - 16 tuần mang thai, tỷ lệ trẻ sơ sinh có xét nghiệm rubella dương tính chiếm 61,8%. Mẹ nhiễm rubella từ tuổi thai 17-20 tuần có 41,7% trẻ mang bệnh. Từ tuổi thai

21 tuần, không có trẻ nào nhiễm rubella sinh ra từ các bà mẹ nhiễm rubella trong thai kỳ.

Như vậy là người mẹ nhiễm rubella trong 12 tuần đầu thai kỳ thì khả năng trẻ nhiễm rubella sau sinh rất cao và khả năng này sẽ giảm xuống dần ở những tuần thai tiếp theo. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra rằng nếu phụ nữ mang thai bị nhiễm rubella nguyên phát trong vòng 8 tuần đầu thai kỳ thì thai nhi sẽ bị nhiễm rubella 100% [3]. Tuy nhiên kết quả này còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Các nghiên cứu được tiến hành ở các quốc gia khác nhau với những điều kiện tự nhiên, xã hội, chất lượng dịch vụ y tế và phong tục tập quán khác nhau cũng ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu.

Trong năm 2011, tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương có 25 700 trẻ ra đời và được chăm sóc tại khoa sơ sinh bệnh viện, trong đó có 64 trẻ được chẩn đoán hội chứng rubella bẩm sinh, chiếm tỷ lệ gần 2,1/1000 trẻ sống.

Trong số 107 trẻ sơ sinh nhiễm rubella trong nghiên cứu của tôi, 64 trẻ biểu hiện hội chứng rubella bẩm sinh chiếm tỉ lệ 59,8 %. Có 2 trường hợp trẻ có xét nghiệm IgM âm tính có biểu hiện bất thường về hình thái bao gồm: bụng cóc, viêm da toàn thân và sút môi hở hàm ếch.

Trong số 107 trẻ nhiễm rubella, có 81 bà mẹ khi mang thai bị nhiễm rubella trước 12 tuần (75,0%), 65,4% trẻ nhiễm rubella mắc hội chứng rubella bẩm sinh (53/81), tất cả các trẻ sơ sinh này đều biểu hiện đa dị tật như tim bẩm sinh, hẹp động mạch phổi, đục thủy tinh thể bẩm sinh, tăng nhãn áp, nhẹ cân, chu vi vòng đầu bé, vàng da sớm và nổi ban xuất huyết... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phân bố các bất thường trên trẻ sơ sinh có hội chứng rubella bẩm sinh. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có tăng nhãn áp bẩm sinh chiếm (7/64) 10,9%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có đục thủy tinh thể bẩm sinh chiếm (20/64) 31,3%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có viêm sắc tố võng mạc (1/64) 1,6%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có bất thường về tim mạch chiếm (49/64) 76,5%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có hẹp động mạch phổi chiếm (19/64) 29,7%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có gan to chiếm (18/64) 28,1% và lách to chiếm (10/64) 15,6%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có vàng da (14/64) 21,9% và ban xuất huyết chiếm 90,6%. Tỷ lệ trẻ sơ sinh có chu vi vòng đầu nhỏ rất cao chiếm 84,4%.

Có 98 trẻ sơ sinh có cân nặng <2500gram, trong đó nhóm thai đủ tháng có 58 trường hợp chiếm 59,2%, đáng chú ý là có 9 trường hợp trẻ sơ sinh đủ tháng có cân nặng dưới 1500gram và 30 trường hợp trẻ sơ sinh đủ tháng có cân nặng

từ 1500-1900gram. Nhóm thai từ 28-37 tuần có 39 trường hợp trong đó có 38 trường hợp có cân nặng dưới 2500gram (97,4%). Có 2 trẻ sơ sinh già tháng, trong đó 1 trẻ có cân nặng <1500gram và 1 trẻ có cân nặng từ 1500-1900gram.

Theo nghiên cứu của Amy Johnson và cộng sự, nguy cơ hội chứng rubella bẩm sinh là 90% khi người mẹ mang thai bị nhiễm trước 12 tuần. Nguy cơ giảm xuống 20% khi mẹ bị nhiễm ở tuổi thai từ 12-16 tuần. Sau 20 tuần, nguy cơ này giảm xuống mức tối thiểu [5]. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ mắc rubella bẩm sinh nếu mẹ nhiễm rubella ở dưới 12 tuần tuổi thấp hơn so với các nghiên cứu khác (65,4% trẻ nhiễm bệnh). Sự khác biệt này có thể là do kỹ năng thăm khám và phát hiện các dị tật của các nghiên cứu là khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi có những dị tật bẩm sinh như bất thường về tim, não tỷ lệ phát hiện được rất thấp do chưa có sự thăm khám của các bác sĩ chuyên khoa, và những dị tật khác như điếc, giảm thính lực... chưa được ghi nhận ở những trẻ sơ sinh trong nghiên cứu của tôi. Điều này có thể làm giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh trẻ mắc hội chứng rubella bẩm sinh so với các tác giả nước ngoài khác.

So sánh với kết quả của Nguyễn Quảng Bắc nghiên cứu 141 trẻ sơ sinh đủ tháng của các bà mẹ mang thai bị nhiễm rubella chuyển dạ sinh tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian từ 9/2009 đến 9/2011, trẻ bị nhiễm rubella là 39 trẻ chiếm 27,7%, có 25 trẻ bị hội chứng rubella bẩm sinh chiếm 17,7% [6]. Như vậy là kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều. Giải thích cho sự khác biệt này có thể là do hầu hết các sản phụ trong nghiên cứu của tôi đã không được khám và chẩn đoán nhiễm rubella trong thai kỳ, chỉ một số ít sản phụ đã từng được chẩn đoán trước sinh trong lần mang thai này, một số ít sản phụ có chỉ định đình chỉ thai nghén đã thất bại nên phải tiếp tục theo dõi thai đến chuyển dạ.

Với mong muốn làm giảm tỉ lệ bất thường của thai nhi, cải thiện chất lượng cuộc sống của mỗi con người, mỗi gia đình và cho cả xã hội, cần chẩn đoán sớm phát hiện ra những bất thường của thai bị nhiễm rubella bẩm sinh để có quyết định kịp thời, đình chỉ thai nghén hay để thai tiếp tục phát triển đến đủ tháng

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ nhiễm rubella là (107/139) 77,0%, trong đó tỷ lệ trẻ sơ sinh mắc rubella bẩm sinh là (64/107) 59,8%. Trẻ mắc hội chứng rubella bẩm sinh đa số là đa dị tật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M, De Santis, A,F, Straface, A, Caruso. (2006), "Rubella infection in pregnancy", *Reproductive Toxicology*, 21, pp. 390-398.
2. Miller E, Cradock-Watson JE, Pollock TM. (1982), "Consequences of confirmed maternal rubella at successive stages of pregnancy", *Lancet* 2, pp. 781-784.
3. Wong DA, Lim WL. (1996). Diagnosis of rubella infection in pregnancy. *Hongkong Practitioner*, 16, 4.
4. Lorraine Dontigny, Marc-Yvon Arsenault, Marie-Jocelyne Martel et al. (2008), "Rubella in Pregnancy", *J Obstet Gynecol Can*, 30(2), pp. 152- 158.
5. Amy Johnson and Brenda Ross. (2007), "Perinatal infections", *John Hopkins Manual of Gynecology and Obstetrics*, pp. 136- 149.
6. Nguyễn Quảng Bắc (2012). *Nghiên cứu tình trạng nhiễm rubella ở phụ nữ mang thai có nguy cơ và hội chứng rubella bẩm sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

Kiến thức, Thái độ, Hành vi Chăm sóc Răng Miệng Của Người Cao Tuổi và Mối Liên Quan với Bệnh Quanh Răng Tại Thành Phố Cần Thơ

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT²⁷

Người cao tuổi thường mắc bệnh quanh răng nhiều hơn người trẻ do sự tích tụ bệnh trong quá trình sống. **Mục tiêu:** Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của người cao tuổi thành phố Cần Thơ và mối liên quan với bệnh quanh răng. **Đối tượng:** người cao tuổi (từ 60 trở lên) sống tại thành phố Cần Thơ. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỷ lệ người cao tuổi không biết hoàn toàn và người hiểu biết kém về bệnh quanh răng chiếm 62,4% và có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng là 83,44%. Tỷ lệ người cao tuổi chưa bao giờ đi khám răng miệng là 42,6%. Có 35,48% người cao tuổi đi khám tại phòng khám tư, nhóm người này có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng bằng 1,04 lần nhóm đi khám ở bệnh viện, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** Phần đông người cao tuổi sống tại thành phố Cần Thơ chưa có hiểu biết tốt về bệnh quanh răng. Thói quen chăm sóc răng miệng chủ yếu của người cao tuổi thành phố Cần Thơ là chải răng và dùng kem chải răng. Gần một nửa người cao tuổi chưa bao giờ đi khám răng miệng. Sự khác biệt về tỷ lệ bệnh giữa người đi khám cơ sở công lập và tư nhân khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: người cao tuổi, bệnh quanh răng

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE, ORAL HEALTH CARE OF THE ELDERLY AND RELATED TO PERIODONTAL DISEASES IN CAN THO CITY

Elderly people are more likely to have periodontal disease than young people due to the accumulation of the disease during their lives. **Aims:** To assess the knowledge, attitudes and behaviors of dental care of Can Tho's elderly population and relationship to

periodontal disease. **Subjects:** The elderly (60 and over) live in Can Tho city. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** The percentage of the elderly who are completely unknown and those with a poor understanding of periodontal disease occupies 62.4% and have a disease incidence of 83.44%. The rate of elderly people who have never had oral examinations is 42.6%. There were 35.48% of the elderly who visited private clinics who had a 1.04-fold incidence of periodontal disease to group visiting public hospitals, which is not statistically significant. **Conclusions:** The majority of the elderly living in Can Tho city do not have good understanding of periodontal disease. The main dental care habits of Can Tho's elderly are brushing and using toothpaste. Nearly half the elderly have never had a dental exam. The difference in the incidence of periodontal disease between who have public and private providers is not statistically significant.

Keywords: the elderly, periodontal disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vùng quanh răng ảnh hưởng rất nhiều tới chất lượng cuộc sống như hôi miệng, viêm lợi, chảy máu chân răng, lung lay răng,... và đặc biệt là nguyên nhân hàng đầu gây mất răng ở người cao tuổi. Không những ảnh hưởng đến chức năng ăn nhai, thẩm mỹ, phát âm mà còn có thể gây nhiều biến chứng nặng nề tại chỗ hay toàn thân, thậm chí còn ảnh hưởng đến tính mạng của người cao tuổi, qua đó làm ảnh hưởng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống cũng như kinh tế của người bệnh.

Người cao tuổi là vốn quý của xã hội, chăm sóc tốt người cao tuổi không chỉ là trách nhiệm mà còn thể hiện đạo lý "Ăn quả nhớ kẻ người trồng cây", "Uống nước nhớ nguồn" của toàn xã hội nói chung cũng như với mỗi cá nhân, gia đình nói riêng. Nhưng thực tế thì người cao tuổi thường ít quan tâm tới vấn đề răng miệng hơn so với người trẻ, ở nông thôn kém hơn thành thị.

* Viện Đào tạo Răng hàm mặt. Đại học Y Hà nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa
Email: nghia.lelong@gmail.com
Ngày nhận bài: 11.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017
Ngày duyệt bài: 17.7.2017

Theo kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2000 trên 999 người 45 tuổi trở lên thì có tới 55% chưa đi khám răng miệng lần nào [2]. Theo Phạm Văn Việt và cộng sự nghiên cứu năm 2004 cho biết tỷ lệ sâu răng của người cao tuổi tại Hà Nội là 55,1%, tỷ lệ mắc bệnh quanh răng là 96,1% [3]. Chính vì vậy không những chúng ta cần phải chữa, phòng, tránh bệnh vùng quanh răng mà xa hơn chúng ta cần phải nâng cao nhận thức, thái độ, hành vi của chính đối tượng cũng như của cộng đồng xung quanh thì việc chăm sóc sức khỏe răng miệng sẽ hiệu quả hơn.

Xuất phát từ những vấn đề đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của người cao tuổi và mối liên quan với bệnh quanh răng tại Thành Phố Cần Thơ*", với mục tiêu sau đây: Đánh giá kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của người cao tuổi thành phố Cần thơ và mối liên quan với bệnh quanh răng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những người có độ tuổi từ 60 trở lên tại thời điểm điều tra, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu và có khả năng tham gia vào nghiên cứu (trả lời được phỏng vấn và tham gia vào khám răng miệng).

Tiêu chuẩn loại trừ: Những người từ 60 tuổi trở lên tại thời điểm điều tra nhưng không trả lời được phỏng vấn, đang mắc bệnh toàn thân cấp tính hoặc có rối loạn tâm thần tại thời điểm điều tra. Những người đến sinh sống tạm thời trong thời gian ngắn ở địa bàn điều tra. Những người không hợp tác để khám hoặc phỏng vấn điều tra.

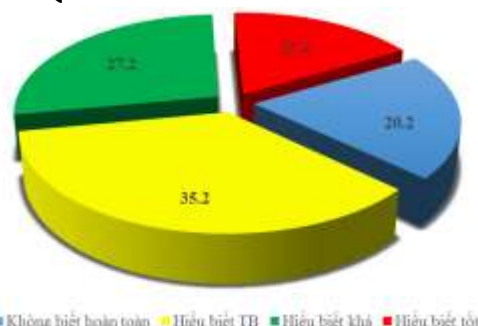
Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Thành phố Cần Thơ từ tháng 5/2015 tới tháng 5/2016.

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

Cỡ mẫu và chọn mẫu: ngẫu nhiên 1350 người tại 30 phường thuộc thành phố Cần Thơ.

Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện khi có sự đồng ý của Hội đồng khoa học, Hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội. Giải thích rõ cho đối tượng về mục đích của nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu khi đối tượng hoàn toàn tự nguyện, không ép buộc và trên tinh thần hợp tác.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 1: Tỷ lệ kiến thức về bệnh quanh răng người cao tuổi

Với 1350 người được phỏng vấn thì có tới 476 người cao tuổi hiểu biết kém về bệnh quanh răng (35,2%), và không biết hoàn toàn là 273 người cao tuổi (20,2%), hiểu biết khá có 368 người cao tuổi (27,2%). Chỉ có 233 người cao tuổi hiểu biết tốt về bệnh quanh răng (17,4%).

Bảng 1: Thái độ, thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng của người cao tuổi

Chăm sóc răng miệng		Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Thái độ			
Cần chải răng hằng ngày		1148	85,0
Thực hành			
Đánh răng hôm qua	Không	193	14,3
	Có	1157	85,7
Số lần chải răng	0	183	13,6
	1	289	21,4
	2	780	57,8
	≥ 2	98	7,2
Thay bàn chải	Không dùng	0	0
	Dưới 3 tháng	342	25,3
	3 - 6 tháng	420	31,1
	6 - 12 tháng	330	24,4
	>12 tháng	258	19,1

Dùng chỉ nha khoa	Không	1331	98,6
	Có	19	1,4
Tăm tre	Không	370	27,4
	Có	980	72,6
Súc miệng	Không	371	27,5
	Có	979	72,5
Dùng kem đánh răng	Có	1129	83,6
	Không	221	16,4

Một số thói quen trong vệ sinh răng miệng như: dùng tăm xỉa răng có 980 người chiếm tỷ lệ 72,6%, có súc miệng sau ăn gồm 979 người chiếm tỷ lệ 72,5%, sử dụng chỉ tơ nha khoa rất ít chỉ có 19 người chiếm tỷ lệ 1,4%. Thói quen chải răng ngày hôm qua và sử dụng kem đánh răng là rất cao chiếm 85,7% và 83,6 %.

Bảng 2: Thực hành khám bệnh răng miệng

Thời gian đi khám răng	Số người (n)	Tỷ lệ (%)
Khám miệng lần cuối		
Chưa bao giờ	575	42,6
Dưới 12 tháng	212	15,7
Từ 1 – 2 năm	160	11,9
Từ 2 – 5 năm	163	12,1
Trên 5 năm	240	17,8
Địa điểm khám lần cuối		
Không khám ở đâu	19	1,8
Khoa khám răng BV	493	36,5
Phòng khám tư	459	34
BS Y khoa	17	1,3
Y tá	5	0,5
Khác	44	4,2
Tổng	1350	100

Trong 1350 đối tượng được phỏng vấn thì có tới 575 người cao tuổi chưa bao giờ đi khám răng miệng, chiếm tỷ lệ cao là 42,6%, số người cao tuổi đi khám dưới 12 tháng chiếm 15,7%. Trong 1350 đối tượng nghiên cứu thì nhóm đi khám lần cuối ở bệnh viện chiếm cao nhất là 36,5% và nhóm đi khám y tá là ít nhất chiếm 0,5%.

Bảng 3: Mối liên quan giữa khám răng miệng với bệnh quanh răng

Thời gian khám răng	Không (n=406)		Có (n=944)		OR	95%CI	P
	N		n	%			
Khám miệng lần cuối							
Chưa bao giờ	170	29,6	405	70,4	0,69	0,46-1,04	0,08
Dưới 12 tháng	47	22,2	165	77,8	1,02	0,62-1,67	0,94
Từ 1 – 2 năm	36	22,5	124	77,5	1		
Từ 2 – 5 năm	39	23,9	124	76,1	0,92	0,55-1,54	0,76
Trên 5 năm	114	47,5	126	52,5	0,32	0,20-0,50	<0,01*
Địa điểm khám lần cuối (n=775)							
Cơ sở công lập	89	30,1	207	69,9	1		
Cơ sở tư nhân, khác	147	30,7	332	69,3	1,04	0,82-1,32	0,75

Với nhóm người đi khám cơ sở tư nhân có tỷ lệ mắc bệnh quanh răng bằng 1,04 lần cơ sở công lập tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,75 > 0,05$.

VI. BÀN LUẬN

Theo biểu đồ 1 trong phần trả lời câu hỏi đánh giá kiến thức, hiểu biết về bệnh quanh răng của người cao tuổi thành phố Cần Thơ, chúng tôi thấy có 62,4% số người trả lời hiểu biết không đúng hoặc không đầy đủ về bệnh quanh răng. Trong khi đó nhóm người hiểu biết

tốt chỉ có 17,4%. Nhận xét này tương tự như một số tác giả trong và ngoài nước.

Tác giả Schwarz và Lo [4] phỏng vấn 599 đối tượng tuổi 65-74 cho thấy có tỷ lệ rất cao số người không hiểu rõ về sâu răng, viêm lợi. Smith và cộng sự điều tra tại Anh năm 1980 cho thấy 22% người cao tuổi có từ 1-5 năm và 26% có từ 6-20 năm không đi khám răng miệng [5]. Theo

Strayer (1993) tại Mỹ đã có 60% các bang có chương trình giáo dục sức khỏe răng miệng cho người cao tuổi.

Ở Việt Nam, theo điều tra của Phạm Văn Việt cho kết quả 90% người cao tuổi không hiểu biết hoặc chỉ hiểu biết một phần vai trò, chức năng răng miệng cũng như bệnh sâu răng và viêm quanh răng [3]. Kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 trên 999 người độ tuổi từ 45 trở lên có tới 55% chưa đi khám răng miệng lần nào và 12,7% đi khám răng miệng lần cuối cùng trước đó 5 năm [2]. Theo nghiên cứu của tác giả Trần Thanh Sơn nghiên cứu trên 300 người người cao tuổi tại quận Hoàng Mai - Hà Nội hiểu biết về bệnh sâu răng và bệnh quanh răng ở mức độ kém là 62,6% và mức độ tốt chỉ có 11,7%[6].

Theo bảng 1 thì ta thấy vẫn còn nhiều người trong đối tượng điều tra chưa có thói quen vệ sinh răng miệng chưa tốt như là: 14,3% người cao tuổi không đánh răng ngày hôm qua, tỷ lệ này thấp hơn nhiều với kết quả điều tra của tác giả Trần Văn Trường (24,8%) [2], tác giả Dương Thị Hoài Giang (33,3%)[7]. Biện pháp dùng chỉ tơ nha khoa thì có tới 98,6% người cao tuổi không áp dụng biện pháp hỗ trợ này. Chủ yếu mọi người đều trả lời không biết chỉ tơ nha khoa hoặc thấy khó nên không sử dụng.

Theo bảng 2 cho thấy: Điều tra về lần đi khám cuối cùng cho thấy: 42,6% người chưa bao giờ đi khám răng miệng, 15,7% người đi khám thời gian dưới 12 tháng, 11,9% người có thời gian đi khám từ 2-5 năm 12,1% người có thời gian đi khám từ 1-2 năm, 11,8% người có thời gian đi khám hơn 5 năm. Trong nhóm chưa bao giờ đi khám thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của tác giả Nguyễn Hoài Bắc (21%) vì nghiên cứu ở lứa tuổi 45-60 là lứa tuổi đang đi làm việc, là lứa tuổi có nền kinh tế ổn định, ý thức hơn về việc đi khám hơn. Còn kết quả nghiên cứu chúng tôi thấp hơn Trần Văn Trường (54,46%) vì do điều kiện xã hội, kinh tế ở đồng bằng sông Hồng lúc đó (2001) kém nên họ chưa có ý thức đi khám định kỳ, hoặc đau thì tự chữa [2].

Theo bảng 2 và 3 việc đi khám lần cuối liên quan đến bệnh quanh răng như sau:

Với 15,7% người đi khám lần cuối < 12 tháng, tỷ lệ bệnh quanh răng là 77,8%. So với nghiên cứu của tác giả Dương Thị Hoài Giang 13,5% người đi khám lần cuối < 12 tháng, tỷ lệ BQR là 97,6% [7]. Sở dĩ có sự cao hơn như vậy bởi vì cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

Ta lại thấy tỷ lệ mắc bệnh quanh răng của nhóm người cao tuổi đi khám lần cuối càng tăng khi thời gian khám càng giảm tuy không có ý nghĩa thống kê. Cũng có thể giải thích do người dân thấy có bệnh mới đi khám và tỷ lệ mất răng cao ảnh hưởng tới kết quả.

Theo bảng 2 và 3 với sự liên quan giữa địa điểm khám lần cuối với bệnh quanh răng cho thấy 35,5% người đi khám tại phòng khám tư có 69,3% người mắc BQR và có 30,7% người không mắc bệnh quanh răng. Tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm phòng khám tư bằng 1,04 lần so với nhóm đi khám ở bệnh viện. Mỗi liên quan này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ đi khám Tư của nghiên cứu tôi là 61,8% tăng so với nghiên cứu của Dương Thị Hoài Giang là 57,4% có thể giải thích do sự phát triển của hệ thống phòng khám tư do nghiên cứu của Dương Thị Hoài Giang từ năm 2009 % [7].

V. KẾT LUẬN

Phần đông người cao tuổi sống tại thành phố Cần thơ chưa có hiểu biết tốt về bệnh quanh răng. Thói quen chủ yếu của người cao tuổi thành phố Cần thơ là chải răng và dùng kem chải răng. Gần một nửa người cao tuổi chưa bao giờ đi khám răng miệng. Sự khác biệt về tỉ lệ bệnh giữa người đi khám cơ sở công lập và tư nhân khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Long Giang Thanh (2006). Bảo trợ xã hội cho người già ở Việt Nam: Thách thức và các biện pháp cải cách, *Hội nghị quốc tế về người cao tuổi*.
2. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải et al (2001). Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam, *Nhà xuất bản y học Hà Nội*, 75-81.
3. Phạm Văn Việt (2004). Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội, *Luận án tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà nội*. 70-75.
4. Schwarz E. Lo E.C (1994). Dental health knowledge and attitudes among the middle-aged and the elderly in Hong Kong, *Community Dent Oral Epidemiol*, 22, 385-363.
5. Smith J.M Shei ham A (1987). Dental treatment needs demands of an elderly population in England, *Community Dent Oral Epidemiol*, 8, 360-364.
6. Trần Thanh Sơn (2007). Đánh giá tình trạng bệnh răng miệng, K. A. P và nhu cầu điều trị người cao tuổi tại quận Hoàng Mai – thành phố Hà Nội, *Luận văn bác sĩ chuyên khoa II Răng Hàm Mặt*. 50-53.
7. Dương Thị Hoài Giang (2009). Nghiên cứu thực trạng bệnh quanh răng và nhu cầu điều trị của người cao tuổi tại phường Yên sở, quận Hoàng Mai –Hà Nội, *Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội*, 18-50.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG MA TÚY Ở BỆNH NHÂN HIV AIDS TẠI TỈNH HÀ GIANG

Nguyễn Văn Sơn*, Nguyễn Thị Hoa*
Nguyễn Thị Tố Uyên*, Bùi Thanh Thủy*

TÓM TẮT²⁸

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng ma túy ở bệnh nhân HIV/AIDS tại tỉnh Hà Giang. **Đối tượng-Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 121 bệnh nhân HIV AIDS đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang. **Kết quả:** Có 42 bệnh nhân (BN) tiêm chích ma túy (TCMT) được đưa vào nghiên cứu. Thời gian sử dụng ma túy trung bình là 12,6±8,1 năm. Loại ma túy sử dụng chủ yếu là heroin chiếm 87,8%. Tần suất sử dụng ma túy chủ yếu từ 2-3 lần/ngày chiếm 71,4%. Tỷ lệ BN đã từng sử dụng bơm kim tiêm chung là 64,3% trong đó có 70,4% bơm kim tiêm chưa được làm sạch khi sử dụng. Tỷ lệ sử dụng bơm kim tiêm chung tại thời điểm 6 tháng gần nhất đã giảm còn 18,5%. **Kết luận:** Tỷ lệ sử dụng bơm kim tiêm chung ở nhóm BN HIV TCMT còn ở mức cao.

Từ khóa: HIV/AIDS, tiêm chích ma túy.

SUMMARY

REALITY INJECTING DRUG USERS IN HIVAIDS PATIENTS IN HAGIANG PROVINCE

Objectives: Describe the reality injecting drug users in HIV AIDS in four border provinces between VietNam and China. Subject and method: a cross-sectional study of 121 HIV patients was managed in Center for HIV/AIDS of Ha Giang Ninh provinces. **Result:** There were 42 injecting drug users being carried out. The mean of duration injecting drug users was 12.6±8.1 year. Heroin was the most common drug for injecting (87.8%), most of subjects had 2 to 3 times of injecting per day (71.4%). The proportion of HIV used to take needles and syringe sharers was 64.3 and the rate was 18.5% shared needles and syringes in the last six months. **Conclusion:** Prevalence of shared needles and syringes in injecting drug users in HIV AIDS were still high.

Key word: HIV/AIDS, injecting drug users.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính từ Chương trình phối hợp của Liên Hợp quốc về HIV/AIDS, trong năm 2012, ước tính trên toàn thế giới có khoảng 35 triệu người nhiễm HIV và xấp xỉ 1,6 triệu người tử vong do các nguyên nhân liên quan đến HIV. Ở Việt Nam, đại dịch HIV vẫn ở giai đoạn tập

trung, với tỷ lệ nhiễm HIV trong các quần thể nguy cơ còn khá cao, bao gồm: người tiêm chích ma túy, gái mại dâm và nam quan hệ tình dục đồng giới. Trong đó hình thái lây truyền do tiêm chích ma túy là nguyên nhân chính gây bùng nổ dịch HIV/AIDS tại Việt Nam, với 40% số trường hợp nhiễm HIV được báo cáo năm 2013 là người tiêm chích ma túy [1].

Tiêm chích ma túy là phương thức lây truyền HIV chủ yếu ở nhiều nước trong khu vực và trên thế giới. Theo báo cáo của cơ quan phòng chống ma túy và tội phạm của Liên Hợp Quốc ước tính có khoảng 14 triệu người tiêm chích ma túy trên toàn cầu và tỷ lệ nhiễm HIV trong nhóm tiêm chích ma túy là 10- 13%. Mặc dù trong những năm gần đây, lây truyền HIV qua đường tình dục ngày càng gia tăng mạnh mẽ nhưng lây nhiễm qua TCMT không an toàn vẫn là nguyên nhân chủ yếu. Có gần 40% số trường hợp được phát hiện nhiễm HIV là người TCMT. Rất nhiều trường hợp lây nhiễm qua đường tình dục là bạn tình của người đã từng TCMT[1]. Vì vậy, TCMT không an toàn đóng vai trò quan trọng trong việc phát triển và tiếp tục duy trì dịch HIV tại Việt Nam. Trong số hầu hết các yếu tố nguy cơ lây nhiễm HIV do dùng chung bơm kim tiêm chung khi TCMT là phổ biến trong những người tiêm chích trên toàn thế giới.

Chiến lược quốc gia phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030 nhấn mạnh cần tăng cường công tác xây dựng kế hoạch và chỉ đạo triển khai các hoạt động phòng, chống HIV/AIDS trong hệ thống giáo dục quốc dân. Đổi mới, mở rộng, nâng cao chất lượng công tác truyền thông về phòng chống HIV/AIDS, chú trọng truyền thông cho người dễ bị lây nhiễm HIV. Để giảm lây nhiễm HIV/AIDS trong cộng đồng thì việc tìm hiểu thực trạng sử dụng ma túy, TCMT an toàn là rất cần thiết vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng sử dụng ma túy ở bệnh nhân HIV/AIDS tại tỉnh Hà Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 121 BN nhiễm HIV/AIDS đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang.

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa
Email: hoanguyenthinhstn@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017
Ngày duyệt bài: 18.7.2017

+Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Người nhiễm HIV $\geq$ 16 tuổi. Đang được điều trị kháng virus ít nhất 6 tháng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

+Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc bệnh nhiễm trùng cấp tính và mạn tính. Đang mang thai. BN không có năng lực kiểm soát hành vi của mình. Có thời gian sử dụng thuốc kháng virus <6 tháng.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2016-12/2016

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phòng chống AIDS bốn tỉnh Hà Giang.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ phần trăm-1 nhóm của tác giả Dương Đình Thiện [6]:

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

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu. $Z^2 (1 - \alpha/2)$ với độ tin cậy 95%. $\rightarrow = 1,96$. p: Tỷ lệ phân typ A (phân typ phổ biến nhất trên thế giới)=47%, theo nghiên cứu của tác giả Gao [7].

$q = 1 - p = 1 - 0,47 = 0,53$. d: Mức độ chính xác kỳ vọng, lấy $d = 0,05$.

Thay vào công thức $\rightarrow$ cỡ mẫu là 352. Trong quá trình nghiên cứu có thể có sai số. Vì vậy, chúng tôi đề nghị lấy thêm 20% là 420 mẫu cho 4 tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Quảng Ninh. Tại Hà Giang chúng tôi lấy được 121 mẫu.

Trong tổng số 121 BN HIV có 42 BN TCMT. Trong nghiên cứu này để mô tả thực trạng sử dụng ma túy ở BN HIV AIDS, chúng tôi loại bỏ ra khỏi nghiên cứu số BN nhiễm HIV không sử dụng ma túy.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Phòng vẫn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Kết hợp thu thập thông tin trong bệnh án.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học

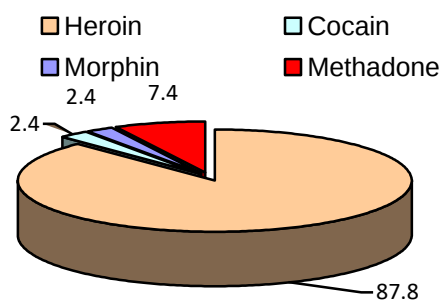
2.7. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn để thu thập số liệu mà không can thiệp trên bệnh nhân cũng như không tác động vào điều trị. Các số liệu hoàn toàn được bảo mật và chỉ dành cho mục đích nghiên cứu. Đề tài đã được Hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung ở bệnh nhân HIV AIDS có TCMT

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)	38,0 $\pm$ 6,7	Trình độ học vấn	
< 20 tuổi	1 (2,4)	Tiểu học	4 (9,5)
20 - 29 tuổi	3 (7,1)	Trung học cơ sở	13 (30,9)
30 - 39 tuổi	18 (42,9)	Trung học phổ thông	24 (57,2)
> = 40 tuổi	20 (47,8)	Trung cấp trở lên	1 (2,4)
Tổng	42 (100)	Tổng	42 (100)

Nhận xét: Tuổi trung bình ở nhóm BN HIV có TCMT là 38,0 $\pm$ 6,7, chủ yếu ở độ tuổi >30, trình độ văn hóa chủ yếu là THCS và THPT, trình độ trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ rất thấp (2,4%).



Biểu đồ 1. Loại ma túy sử dụng ở bệnh nhân HIV

Nhận xét: Loại ma túy thường sử dụng nhất là heroin, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng đơn thuần methadone chiếm tỷ lệ 7,4%.

Bảng 2. Tần suất sử dụng ma túy ở bệnh nhân HIV

Số lần/ngày	n	%
>3 lần	3	7,1
2-3 lần	30	71,4
1 lần	3	7,1
Không biết, không trả lời	6	14,3
Tổng	42	100

Nhận xét: Tần suất sử dụng ma túy 2-3 lần/ngày chiếm 71,4%, có 14,3% số đối tượng không cung cấp thông tin chính xác.

Bảng 3. Thời gian sử dụng ma túy ở bệnh nhân HIV

Thời gian sử dụng ma túy	n	%
Dưới 5 năm	12	28,6
Từ 5 đến dưới 10 năm	6	14,3
Từ 10 đến dưới 15 năm	6	14,3

Từ 15 đến 20 năm	16	38,0
Trên 20 năm	2	4,8
Thời gian sử dụng trung bình (năm)	12,6±8,1	
Tổng	42	100

Nhận xét: Thời gian sử dụng ma túy trung bình là 12,6±8,1 năm. Số bệnh nhân sử dụng ma túy <5 năm chiếm 28,6%, số bệnh nhân sử dụng ma túy >15 năm chiếm tỷ lệ khá cao (42,8%).

Bảng 4. Sử dụng bơm kim tiêm ở bệnh nhân HIV

Nguồn bơm kim tiêm	n (%)	Làm sạch bơm kim tiêm	n (%)
Tự mua	5(11,9)	Có	8 (29,6)
Xin/mượn chưa qua sử dụng	8(19,0)	Không	19 (70,4)
Dùng chung bơm kim tiêm	27(64,3)	Tổng	27 (100)
Được cấp miễn phí	2 (4,8)	Sử dụng BKT chung trong 6 tháng	
Tổng	42(100)	Có	5 (18,5)
		Không	22 (81,5)

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đã từng sử dụng bơm kim tiêm chung là 64,3%, trong đó có 29,6% có làm sạch bơm kim tiêm trước khi sử dụng, 70,4% không làm sạch bơm kim tiêm trước khi sử dụng. Tỷ lệ sử dụng bơm kim tiêm chung trong 6 tháng gần nhất chiếm tỷ lệ 18,5%

IV. BÀN LUẬN

Về nhóm tuổi và trình độ học vấn của người NCMT, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: độ tuổi trung bình là 38,0±6,7, chủ yếu ở độ tuổi >30 chiếm tỷ lệ 90,7%. Trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông trở xuống chiếm (97,6%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự giống kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Nga (2016) nghiên cứu về thực trạng sử dụng ma túy ở 400 người TCMT tại Hà Nội về trình độ văn hóa, cũng như độ tuổi. Đa số các đối tượng thuộc tầng lớp tuổi trẻ, dễ tiếp cận với TCMT nhất nên làm gia tăng nhanh người NCMT và sự phát triển tệ nạn ma túy trong những năm gần đây [4].

Về thời gian sử dụng ma túy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian sử dụng ma túy trung bình 12,6±8,1 năm, chủ yếu số BN có thời gian sử dụng ma túy >15 năm (42,8%), BN có thời gian sử dụng ma túy lâu nhất là 29 năm. Thời gian TCMT trong nghiên cứu của chúng tôi lâu hơn so với nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Nga (12,6±8,1 năm so với 8,1 ± 5,3) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi các loại ma túy đối tượng sử dụng chủ yếu là heroin chiếm tỷ lệ 87,8%, cocaine chiếm 2,4%, có 7,4% số BN sử dụng đơn thuần methadon. Tần suất sử dụng ma túy từ 2-3 lần/ngày chiếm 71,4%, có 7,1% đối tượng sử dụng ma túy >3 lần/ngày và có 14,3% số đối tượng không cung cấp thông tin. Kết quả nghiên cứu của tác giả Bùi Thị Nga cho thấy: loại ma túy sử dụng chủ yếu là heroin trắng chiếm 98,7%. Tần suất sử dụng ma túy 2-3 lần/ngày là 68,5%, có 24,7% số đối tượng sử dụng >3 lần/ngày, có 1,6% số đối tượng không cung cấp thông tin về tần suất sử dụng ma túy. Tỷ lệ sử dụng bơm kim tiêm chung trong một

tháng gần đây là 4,2%, trong đó tỷ lệ đối tượng sử dụng bơm kim tiêm chung không sạch là 2,7% [4]. Nghiên cứu về thực trạng sử dụng ma túy và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV ở 413 đối tượng sử dụng ma túy tại Hải Phòng năm 2013, kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Minh Ngọc cho thấy có 83,7% số đối tượng sử dụng ma túy >2 năm, chủ yếu là sử dụng heroin chiếm 99,8%, tần suất tiêm chích ma túy từ 2-3 lần/ngày chiếm tỷ lệ 81,5%, có 39,1% sử dụng bơm kim tiêm chung trong lần gần đây nhất [5].

Sử dụng bơm kim tiêm chung, đặc biệt là sử dụng bơm kim tiêm chung không được làm sạch ở BN HIV là yếu tố nguy cơ lớn nhất làm lây truyền HIV trong nhóm TCMT lây lan ra cộng đồng. Dùng chung dụng cụ tiêm chích với từ hai người bạn chích trở lên trong vòng 6 tháng là yếu tố nguy cơ có ý nghĩa thống kê trong nhiễm HIV tại Bangkok. Một nghiên cứu cho thấy: HIV sống ở giọt máu trong BKT của người NCMT khoảng 2 tuần, tỷ lệ HIV còn tồn tại trong BKT từ 5%-60% trong vòng 15 - 30 ngày và có nguy cơ lây nhiễm cho bạn chích từ 0,3%-0,7% (trích dẫn theo [4]).

Tỷ lệ BN đã từng sử dụng bơm kim tiêm chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 64,3% trong đó có 70,4% không làm sạch bơm kim tiêm trước khi sử dụng. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với một số nghiên cứu khác có thể do thời gian sử dụng ma túy trong nghiên cứu của chúng tôi lâu hơn, bệnh nhân đã sử dụng ma túy từ rất lâu (cao nhất 29 năm) do đó bệnh nhân chưa nhận thức được mức độ nguy hiểm của việc sử dụng bơm kim tiêm chung. Tuy nhiên, tỷ lệ BN sử dụng bơm kim tiêm chung trong 6 tháng gần đây đã giảm rõ rệt chỉ còn 18,5%, đây là một con số khá mừng tuy nhiên so với thời điểm hiện tại con số

này vẫn cao hơn một số nghiên cứu khác [2], [3] có thể do địa điểm nghiên cứu của chúng tôi là các tỉnh miền núi với điều kiện kinh tế khó khăn, chủ yếu là người dân tộc nên nhận thức của bệnh nhân có nhiều hạn chế.

V. KẾT LUẬN

Thời gian sử dụng ma túy trung bình là $12,6 \pm 8,1$ năm. Loại ma túy sử dụng chủ yếu là heroin chiếm 87,8%. Tần suất sử dụng ma túy chủ yếu từ 2-3 lần/ngày chiếm 71,4%.

Tỷ lệ BN đã từng sử dụng bơm kim tiêm chung là 64,3% trong đó có 70,4% bơm kim tiêm chưa được làm sạch khi sử dụng. Tỷ lệ sử dụng bơm kim tiêm chung tại thời điểm 6 tháng gần nhất đã giảm (18,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2014). Báo cáo Tổng kết công tác phòng, chống HIV/AIDS năm 2013 và định hướng kế hoạch năm 2014.
2. Trần Minh Hoàng, Lê Minh Giang, Phạm đức Mạnh và cs (2015), "Một số yếu tố liên quan đến hành vi sử dụng ma túy của người bị nhiễm HIV tham gia chương trình điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng thuốc methadone tại Hải

Phòng", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 94 (2), trang 103-109.

3. Nguyễn Huỳnh, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Văn Hưng, Nguyễn Anh Tuấn (2016), "Nghiên cứu thực trạng nhiễm HIV, một số yếu tố nguy cơ trong nhóm nghiện chích ma túy tại ba tỉnh Hòa Bình, Bắc Kạn và Tuyên Quang (2009-2010), Tạp chí Y học dự phòng, tập 26, số 1 (174), trang 43-48.
4. Bùi Thị Nga (2016), Thực trạng, hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trong nhóm nghiện chích ma túy và hiệu quả chương trình điều trị thay thế nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng Methadone tại Hà Nội (2012 – 2013), Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y, 143 trang.
5. Nguyễn Thị Minh Ngọc, Lê Trần Tuấn Anh, Nguyễn Thị Nhung, Phan Lê Thu Hằng, Nguyễn Khắc Minh, Phạm Văn Hán (2015), Thực trạng sử dụng ma túy và hành vi nguy cơ lây nhiễm HIV trên nhóm sử dụng ma túy tại Hải Phòng năm 2013, Tạp chí Y học dự phòng, tập 25, số 11 (171), trang 11-17.
6. Dương Đình Thiện, Lê Thế Trung, Nguyễn Văn Tường và cs (1998) *Phương pháp nghiên cứu khoa học Y học*. Nhà xuất bản Y học 218-260.
7. Gao F, et al (1998) *An Isolate of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Originally Classified as Subtype I Represents a Complex Mosaic Comprising Three Different Group M Subtypes (A, G, and I)*. Journal of Virology 72 (12): 105-116.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG NƯỚC SẠCH HỘ GIA ĐÌNH 8 TỈNH VIỆT NAM 2013-2014

Lê Thị Thanh Xuân¹, Lê Thị Tài¹, Lương Mai Anh², Hà Anh Đức³

TÓM TẮT²⁹

Mục tiêu: mô tả thực trạng sử dụng nước sạch và một số yếu tố liên quan tại hộ gia đình tại 8 tỉnh Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang trên 3600 hộ gia đình được thực hiện tại 8 tỉnh năm 2013 và 2014. Số liệu được thu thập thông 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 hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh là 83,5%. Tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh cao nhất là tỉnh Bình dương (100%) và thấp nhất là tỉnh Gia lai (32,3%), và tỉnh Yên Bái (54,8%). Nguồn nước được sử dụng nhiều nhất là nước giếng khoan (36%), rồi đến nước máy (29%), nước mưa (18%). Những hộ gia đình nghèo, người dân tộc khác, làm nghề nông và học văn dưới trung học cơ sở có nguy cơ sử dụng nước sạch

không hợp vệ sinh cao hơn so với những hộ gia đình khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Từ khóa: nước sạch, hộ gia đình, vùng sinh thái, 2013-2014

SUMMARY

PRACTICES ON DENGUE FEVER OF LOCAL PEOPLE IN TWO COMMUNES IN BINH THUAN PROVINCE, 2013

Objectives: to describe the situation and associated factors of household clean water in 8 provinces representative for 8 ecological zones in Vietnam. **Methods:** A cross-sectional study was applied to study 3600 households in 8 provinces in 2013 and 2014. A face-to-face interview using a semi-structured questionnaire and direct observation of water system at household level by the developed checklist was employed. **Results:** The proportion of households had a clean water source was 83.5%. By province, the proportion was the highest in Binh Duong (100%) and the lowest in Gia Lai (32.3%) and Yen Bai (54.8%). The common water sources were dig well (36%), piped water (29%) and rain water (18%). Poor household, non-Kinh ethnic groups, the education level of participants below secondary school had significantly higher risks to use unclean water than the others ($p \text{ value} < 0.05$).

¹Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y HN

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: 6.7.2017

Ngày duyệt bài: 14.7.2017

Key words: clean water, households, ecological zone, 2013-2014

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sử dụng nước sạch là một vấn đề Y tế công cộng trên thế giới. Việc sử dụng nước không sạch đã và đang gây những ảnh hưởng trực tiếp và gián tiếp đến sức khỏe người dân. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm có 1,5 triệu ca tử vong do bệnh tiêu chảy, 6 triệu người bị mù do bệnh đau mắt hột vì thiếu nước sạch và điều kiện vệ sinh môi trường (VSMT) và vệ sinh cá nhân kém. Gần 1/10 gánh nặng bệnh tật trên toàn thế giới có thể được ngăn ngừa bằng cách cải thiện cấp nước sạch, vệ sinh môi trường, vệ sinh cá nhân và quản lý nguồn nước.

Ở Việt Nam, Chương trình Nước sạch VSMT nông thôn được Thủ tướng Chính phủ phê duyệt nhằm bảo đảm cho tất cả dân cư nông thôn sử dụng nước sạch và sử dụng nhà tiêu (NT) hợp vệ sinh. Tuy nhiên, một cuộc điều tra mới đây về tình hình VSMT cho thấy rằng 52% dân cư nông thôn có phương tiện VSMT nói chung, song chỉ có 18% trong số họ được sử dụng NT đạt tiêu chuẩn vệ sinh (TCVS) do Bộ Y tế ban hành theo Quyết định số 08/2005/QĐ-BYT. Trước tình hình trên, việc đánh giá thực trạng vệ sinh môi trường của các hộ gia đình (HGD) có vai trò rất quan trọng. Nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng sử dụng nước sạch tại hộ gia đình tại 8 tỉnh đại diện 8 vùng sinh thái Việt Nam năm 2013-2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Phạm vi: Chủ hộ hoặc là người nắm vững thông tin nhất trong hộ gia đình.

Đối tượng quan sát: nguồn nước 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 cỡ mẫu cho việc ước lượng một tỷ lệ trong quần thể được áp dụng cho 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":

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

Trong đó:

+ n: số hộ gia đình phải điều tra tại mỗi tỉnh.

+ $Z_{(1-\alpha/2)}$: mức độ chính xác của nghiên cứu cần đạt dự kiến 95% $\approx 1,96$.

+ p: Tỷ lệ HGD sử dụng nước sinh hoạt HVS. Tỷ lệ này tham khảo từ Bộ chỉ số theo dõi, đánh giá nước sạch và VSMT nông thôn, $p=0,6$.

+ d: độ chính xác mong muốn, $d = 0,05$.

Theo công thức trên thì cỡ mẫu cần đưa vào nghiên cứu là 369. Trên thực tế chúng tôi đã tiến hành điều tra 400 hộ gia đình tại 2 xã/một huyện trong 1 tỉnh, mỗi xã 200 hộ (vì dân số mỗi xã tương đương nhau), trừ tỉnh Hà nam là tỉnh can thiệp trong đề tài cấp Nhà nước nên chọn 800 hộ gia đình. Tổng cộng đã điều tra 3.600 hộ gia đình tại 8 tỉnh năm 2013-2014.

Cách chọn mẫu: Dùng phương pháp chọn mẫu nhiều giai đoạn

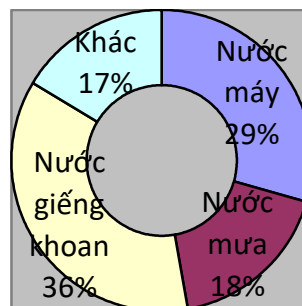
3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 6/2013 đến tháng 8/2016, thời gian thu thập số liệu tại thực địa tháng 8/2013-8/2014

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 và quan sát theo bảng kiểm nguồn nước đang sử dụng của hộ gia đình.

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.

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. Đề cương nghiên cứu được thông qua hội đồng của Bộ Khoa học công nghệ và Môi trường, các hội đồng của Trường Đại học Y Hà Nội và sự đồng ý tham gia nghiên cứu của Sở Y tế 8 tỉnh điều tra. 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.

III. KẾT QUẢ



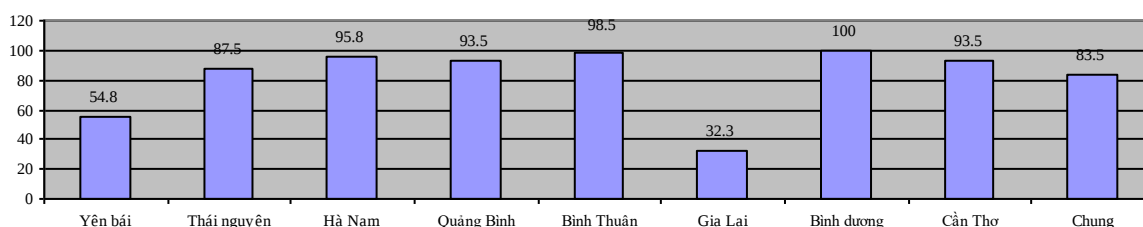
Hình 1: Các nguồn nước được sử dụng để ăn uống qua quan sát.

Hình 1 trình bày tỷ lệ các nguồn nước được sử dụng để ăn uống qua quan sát tại hộ gia đình. Kết quả cho thấy nguồn nước được sử dụng nhiều nhất là nước giếng khoan (36%), rồi đến nước máy (29%), nước mưa (18%). Nguồn nước khác chủ yếu là nước sông, suối, ao hồ tại địa phương.

Bảng 1: Thực trạng nguồn nước sinh hoạt HGD đang sử dụng (quan sát)

Nguồn nước Địa điểm	Nước máy		Nước giếng khoan		Nước mưa		Khác	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Yên Bái	97	24,3	121	30,3	1	0,3	181	45,3
Thái nguyên	53	13,3	295	73,8	2	0,5	50	12,5
Hà Nam	67	8,4	213	26,6	486	60,8	34	4,3
Quảng Bình	81	20,3	221	55,3	72	18,0	26	6,5
Bình Thuận	252	63,0	98	24,5	44	11,0	6	1,5
Gia Lai	35	8,8	92	23,0	2	0,5	271	67,8
Bình Dương	341	85,3	58	14,5	1	0,3	0	-
Cần Thơ	130	32,5	206	51,5	38	9,5	26	6,5
8 tỉnh	1.056	29,3	1.304	36,2	646	17,9	594	16,5

Kết quả quan sát cho thấy về các nguồn nước đang được sử dụng có sự khác biệt giữa các tỉnh ($p < 0,05$). Tỷ lệ hộ gia đình sử dụng nước máy là cao nhất tại Bình Dương (85,3%), nước giếng khoan cao nhất ở Thái Nguyên (73,8%), nước mưa cao nhất ở Hà Nam (60,8%).



Hình 2: Tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh tại 8 tỉnh nghiên cứu

Qua quan sát trực tiếp, kết quả ở biểu đồ trên cho thấy tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh tại 8 tỉnh nghiên cứu là 83,5% trong đó cao nhất là tỉnh Bình dương (100%) và thấp nhất là tỉnh Gia lai (32,3%), và tỉnh Yên Bái (54,8%). Sự khác biệt về tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước hợp vệ sinh giữa các tỉnh nghiên cứu có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 2: Mối liên quan giữa yếu tố cá nhân và tỷ lệ HGD có nguồn nước HVS.

Yếu tố cá nhân		Nguồn nước không HVS	Nguồn nước HVS	OR (95% CI)
Nhóm tuổi	<30 tuổi	78,7	21,3	1,86 (p=0,09) (0,89 – 3,88)
	30 - 65 tuổi	66,6	33,4	
Giới	Nữ	62,5	37,5	0,73 (p=0,2) (0,44- 1,22)
	Nam	69,4	30,6	
Dân tộc	Khác	79,6	20,4	2,47 (p=0,002) (1,52 – 3,99)
	Kinh	68,0	38,7	
Nghề nghiệp	Nông dân	79,5	20,5	4,33 (p=0) (2,69- 6,96)
	Nghề khác	47,2	52,8	
Học vấn	< THCS	72,6	27,4	2,33 (p=0,004) (1,43 -3,78)
	≥ THCS	53,2	46,8	

Bảng trên trình bày mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân đến tỷ lệ nguồn nước HVS của các HGD. Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ HGD có nguồn nước không HVS với dân tộc, nghề nghiệp và TĐHV của ĐTNC ($p < 0,05$). Đối tượng tham gia nghiên cứu thuộc người dân tộc khác có nguy cơ sử dụng nguồn nước không HVS cao hơn 2,47 lần

so với các hộ dân tộc Kinh. Người làm nghề nông và người có TĐHV dưới THCS cũng có nguy cơ sử dụng nguồn nước không HVS cao hơn so với người khác theo thứ tự gấp 4,33 và 2,33 lần.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ HGD có nguồn nước HVS với nhóm tuổi và giới tính của ĐTNC ($p > 0,05$).

Bảng 3: Mối liên quan giữa yếu tố HGD và tỷ lệ HGD có nguồn nước HVS.

Yếu tố HGD		Nguồn nước không HVS	Nguồn nước HVS	OR (95% CI)
Quy mô	>4 người	59,3	40,7	0,66 (p=0,31) (0,29 – 1,48)
	≤4 người	68,6	31,4	
Phân loại KT (xã)	Nghèo	78,1	63,2	2,08 (p=0,003) (1,27 – 3.39)
	Không nghèo	21,9	36,8	

Bảng trên trình bày mối liên quan giữa một số yếu tố HGD đến tỷ lệ nguồn nước HVS. Kết quả cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ HGD có nguồn nước không HVS với kinh tế HGD ($p < 0,05$). HGD thuộc hộ nghèo có nguy cơ sử dụng nguồn nước không HVS cao hơn 2,08 lần so với các hộ không nghèo.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ HGD có nguồn nước HVS với quy mô của hộ ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 3600 HGD tại 8 tỉnh Việt nam nhằm mô tả thực trạng sử dụng nước sạch của HGD. Các phương pháp sử dụng bao gồm phỏng vấn đại diện HGD và quan sát trực tiếp nguồn nước đang sử dụng.

Sử dụng nguồn nước HVS là yếu tố quan trọng đảm bảo sức khỏe cho mỗi người dân. Vì vậy, câu hỏi đầu tiên mà chúng tôi quan tâm trong nghiên cứu này là HGD ở địa phương nghiên cứu hay sử dụng nguồn nước nào để ăn uống và sinh hoạt? Nguồn nước đó có HVS hay không?

Yếu tố môi trường, đặc biệt là nước sạch có vai trò to lớn trong việc lây lan của các bệnh truyền nhiễm trong cộng đồng, nó giúp phát tán các tác nhân gây bệnh ra ngoài môi trường, làm tăng khả năng tiếp xúc của con người, con vật với yếu tố nguy cơ. Cải thiện nguồn nước cũng như điều kiện vệ sinh môi trường chính là làm giảm tỷ lệ mắc bệnh trong cộng đồng [1,2].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ HGD sử dụng nước HVS để ăn uống và sinh hoạt chiếm tỷ lệ 83,5%. Như vậy tỷ lệ người dân sử dụng nước sạch thấp hơn so với mục tiêu đến năm 2010: 85,0% dân cư nông thôn sử dụng nước HVS do Thủ tướng Chính phủ ký ngày 25/08/2000 ở "Chiến lược quốc gia về cấp nước sạch và vệ sinh nông thôn đến năm 2020[3]. Điều này có thể là do ở địa bàn nghiên cứu, nhất là một số tỉnh miền núi phía Bắc (thái Nguyên, Yên Bái,) và tây nguyên là nơi tập trung của nhiều dân tộc, việc tuyên truyền thay đổi thói quen của người dân còn gặp nhiều khó khăn.

Về các nguồn nước dùng cho ăn uống, người dân sử dụng nguồn nước không HVS là nước giếng khơi/giếng đào, chiếm tỷ lệ cao nhất với

39,0%. Chỉ có gần 1/3 người dân dùng nước máy (29%). Tỷ lệ này thấp hơn so với 78,7% người dân một số xã tỉnh Kon Tum dùng nước giếng khơi theo nghiên cứu của Trần Thị Hữu năm 2011 [4]. Sự khác biệt này có thể là do gần 90% người dân tộc khác tham gia nghiên cứu của Trần Thị Hữu và trình độ học vấn chủ yếu là dưới mức tiểu học thậm chí khoảng 20% không chỉ biết đọc và viết (thoát nạn mù chữ). Người dân đến từ các dân tộc khác vẫn giữ nhiều phong tục, thói quen có hại cho sức khỏe như uống nước lã, nước suối...mà truyền thông thay đổi hành vi khó có thể can thiệp được. Hơn nữa, trình độ học vấn thấp cũng ảnh hưởng trực tiếp tới việc tìm kiếm, tiếp thu các thông tin và thay đổi hành vi có lợi cho sức khỏe cho bản thân, gia đình và cả cộng đồng.

Kết quả này cũng có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Xuyên về thực trạng VSMT và ảnh hưởng của nó tới sức khỏe trẻ em ở một số xã thuộc huyện Thanh Oai, Hà Tây năm 2002 với nước mưa được người dân sử dụng nhiều nhất (55,3% ở vùng ven sông Nhuệ và 57,8% ở vùng ven sông Đáy) [5]. Tỷ lệ này cũng có sự chênh lệch so với báo cáo của Kanton I. Osumani ở Ghana năm 2010, nơi mà 30% người dân thành thị sử dụng nước máy, 60% dùng nước giếng đào, nước suối và nước mưa [6]. Nguyên nhân theo chúng tôi có thể là do khác biệt về địa bàn nghiên cứu (nghiên cứu của chúng tôi ở tất cả các vùng miền gồm miền núi, thành thị, nông thôn còn hai nghiên cứu vừa đề cập ở nông thôn và thành thị), thói quen sử dụng các nguồn nước trong sinh hoạt của người dân ở mỗi vùng và quốc gia khác nhau là khác nhau.

Ngoài ra, người dân còn sử dụng các nguồn nước khác cho cả ăn uống và sinh hoạt như: nước máng lã, nước tự chảy, nước khe... Tuy nhiên, nước hồ ao không được sử dụng để sinh hoạt. Tỷ lệ này có sự khác nhau rất nhiều so với nghiên cứu của Tristan Fletcher tại Ấn Độ (2002) với tỷ lệ người dân sử dụng nước ao hồ chiếm 5% [7]. Theo chúng tôi, nguyên nhân có thể là do ở một số tỉnh như Yên Bái, Thái Nguyên, số lượng sông ngòi lớn, nguồn nước này lại sẵn có và không mất tiền mua, thuận tiện nên được đưa về sử dụng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh là 83,5%. Tỷ lệ hộ gia đình có nguồn nước sinh hoạt hợp vệ sinh cao nhất là tỉnh Bình dương (100%) và thấp nhất là tỉnh Gia lai (20,4%), và tỉnh Yên Bái (54,8%).

Những hộ gia đình nghèo, người dân tộc khác, làm nghề nông và học vấn dưới THCS có nguy cơ sử dụng nước sạch không HVS cao hơn so với những HGD khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này được thực hiện trong khuôn khổ 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 chủ trì từ năm 2012-2015. Chủ nhiệm đề tài: PGS.TS. Lê Thị Tài, Trường Đại học Y Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Chí Liêm, Tác động môi trường (nước, đất) ở một số vùng trọng điểm tại Kiên Giang lên sức khỏe cộng đồng**, 2001, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
2. **Somsanouk, K., Tình hình tiêu chảy và điều kiện vệ sinh ở gia đình liên quan đến bệnh tiêu chảy tại cộng đồng**, 2003, Đại học Y Hà Nội: Hà Nội.
3. **Thủ tướng chính phủ, Chiến lược quốc gia về cấp nước sạch và vệ sinh nông thôn đến năm 2020**, 2000: Hà Nội.
4. **Trần Thị Hữu, Nghiên cứu thực trạng VSMT hộ gia đình tại một số xã tỉnh Kon Tum**, Luận văn Thạc sĩ Sinh Thái học 2011, Đại học Quốc gia HN.
5. **Nguyễn Minh Xuyên, Thực trạng vệ sinh môi trường và ảnh hưởng của nó tới sức khỏe, bệnh tật của trẻ em ở một số xã thuộc huyện Thanh Oai, tỉnh Hà Tây**, 2002: Hà Nội.
6. **Kanton I. Osumanu, L.A.-R., Jacob Songsore và cs, Urban water and sanitation in Ghana: How local action is making a difference**. 2010.
7. **Fletcher, T., Water Supply and Sanitation in India**, in University of Cambridge 2002.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH MÓNG CHỌC THỊT BẰNG PHẪU THUẬT WINOGRAD

Lương Huy Vĩnh*, Nguyễn Hữu Sáu**

TÓM TẮT³⁰

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị bệnh móng chọc thịt (MCT) bằng phương pháp phẫu thuật Winograd. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng số 47 bệnh nhân (BN) với 58 ngón chân bị móng chọc thịt (gồm giai đoạn 2 và 3), được tiến hành phẫu thuật bằng kỹ thuật Winograd tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 3/2016 đến tháng 11/2016 được đưa vào nghiên cứu này. Kết quả: Tổng số 47 BN, có 32 nữ (68,1) và 15 nam (31,5%); Tuổi trung bình của các BN là $28,9 \pm 13$, (11 – 77); Có 23 BN giai đoạn 2, 24 BN giai đoạn 3; Có 58 ngón chân được phẫu thuật; Thời gian theo dõi trung bình $8,5 \pm 1,5$ tháng. Sau 6 tháng điều trị đạt kết quả tốt 70,2%, khá 17,0%, trung bình 4,3%, kém 8,5%. Kết luận: Phẫu thuật bằng kỹ thuật Winograd đạt hiệu quả cao, kỹ thuật không quá khó, thời gian hồi phục ngắn, ít xảy ra biến chứng.

Từ khóa: móng chọc thịt, điều trị phẫu thuật, kỹ thuật Winograd.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF INGROWN TOENAIL BY WINOGRAD SURGERY

**Bệnh viện Da liễu Trung ương

*Trung tâm Phòng chống bệnh XH Lạng Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Lương Huy Vĩnh

Email: vinhxdl@s@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 18.7.2017

Background: Ingrown toenails are one of the most frequent nail disorders of young persons.

Objectives: The objective of this study was evaluate the effectiveness of treatment of ingrown toenail by surgery Winograd technique. **Methods:** Evaluation of therapeutic efficacy on forty-seven patients with a total 58 ingrown toenails (stage 2 and 3), was performed by Winograd technique at the National hospital of Dermatology and Venereology from March 2016 to November 2016 were included in this study. **Results:** The mean age of the patients was 28.9 ± 13 . (11-77). Of the 47 patients, 15 (31.9%) were male and 32 (68.1%) female. The mean follow-up duration of patients was 8.5 ± 1.5 months (6-24 months). Of the 58 ingrown toenails, 23 (48.9%) were defined as Stage 2, and 24 (51.1%) as Stage 3. **Conclusion:** Winograd surgery is highly effective, technically not too difficult, short recovery time, low rate of complication.

Keyword: Ingrown toenail, nail disorders, hypertrophy of the lateral nail folds.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Móng chọc thịt là một trong những chứng rối loạn móng thường gặp của những người trẻ tuổi. Bệnh có thể gây ảnh hưởng tiêu cực đến hoạt động hàng ngày, gây khó chịu và đau đớn cho người bệnh. Cho đến nay có nhiều phương pháp điều trị khác nhau đã được áp dụng điều trị bệnh MCT. Các phương pháp điều trị bảo tồn được ưu tiên lựa chọn điều trị cho bệnh nhân ở giai đoạn I như: chèn bông (gạc) dưới góc móng, băng hồ trợ, nẹp móng nhựa, chỉnh độ cong của móng

bằng khung năm... Những bệnh nhân điều trị bằng các phương pháp điều trị bảo tồn thất bại, bệnh nhân ở giai đoạn II và III cần được áp dụng các phương pháp điều trị phẫu thuật. Có nhiều phương pháp điều trị can thiệp cho bệnh MCT. Như các phương pháp như cắt bỏ một phần góc và cạnh móng gây bệnh, kết hợp hủy mầm móng bằng hóa chất (như Phenol 88%, Acid Trichloacetic 100%...); Hủy mầm móng bằng dao điện hoặc LASER CO₂... Một số kỹ thuật phẫu thuật như: Kỹ thuật Suppan I (cắt bỏ một phần góc móng, một phần cạnh móng gây bệnh và một phần mầm móng); Kỹ thuật tạo nút chỉ dưới góc móng gây bệnh; Kỹ thuật Vandebos (cắt bỏ một phần bờ móng bên); kỹ thuật Winograd...^{[1], [2]}.

Tuy nhiên không có kỹ thuật nào được cho là hiệu quả nhất để được ưu tiên lựa chọn điều trị cho tất cả các trường hợp bệnh. Việc lựa chọn kỹ thuật điều trị nào còn tùy thuộc vào giai đoạn bệnh và tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân. Kỹ thuật lý tưởng là đạt được hiệu quả cao, cả về chức năng và thẩm mỹ, giúp người bệnh

nhẹ nhàng trở lại hoạt động bình thường và tỷ lệ tái phát thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 47 bệnh nhân được chẩn đoán là móng chóc thịt được tiến hành phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

* **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang.

* **Tiến hành nghiên cứu:**

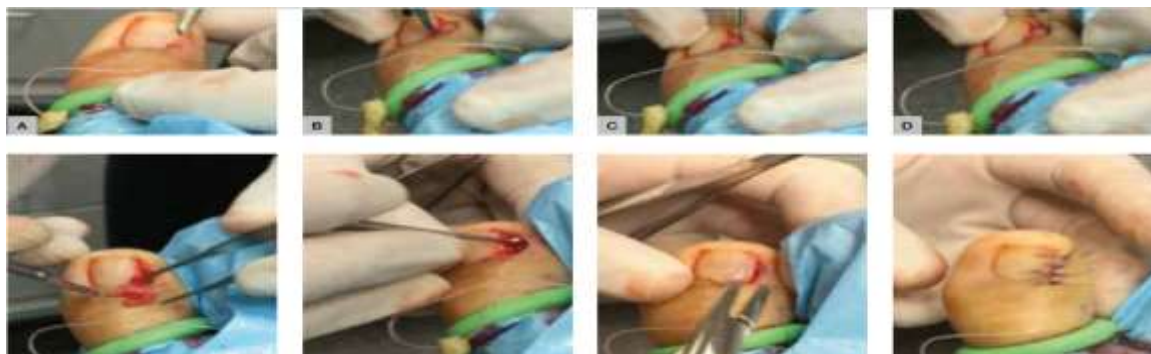
- Xác định đúng giai đoạn bệnh của đối tượng nghiên cứu, gồm 3 giai đoạn:

Giai đoạn 1: Viêm tấy đỏ, nề nhẹ và đau khi đè ép lên bờ móng bên.

Giai đoạn 2: Gồm triệu chứng của giai đoạn 1, kèm theo nhiễm trùng và tiết dịch

Giai đoạn 3: Gồm triệu chứng của giai đoạn 2 và 3, cùng với phì đại bờ móng bên và mô hạt^[1].

- Cách thức tiến hành phẫu thuật theo kỹ thuật Winograd (tái tạo thẩm mỹ): gây tê tại chỗ bằng dung dịch Lidocain 2%, ga rô ngón chân, thực hiện vô trùng đúng kỹ thuật.



Hình 1: Hình minh họa các bước tiến hành kỹ thuật Winograd^[3].

Dùng dụng cụ để tách cạnh móng vùng bị ảnh hưởng của gốc móng gây bệnh (hình 1A). Rạch 1 đường từ bờ tự do của móng đến tận gốc móng (hình 1B). Rạch 1 đường thứ 2 từ đầu đường rạch ban đầu, cắt bớt 1 phần bờ móng bên đến cuối đường rạch ban đầu (hình 1 C, D). Loại bỏ 1 phần cạnh móng gây bệnh, một phần mầm móng và một phần một phần giường móng bị ảnh hưởng (hình 1 E, F). Khâu kín vết thương bằng chỉ Nylon 4.0. Băng kín vết thương (hình 1 F, H), cắt chỉ sau 10 ngày^[3].

- Theo dõi sau phẫu thuật 10 ngày
- Thời gian theo dõi sau điều trị tối thiểu là 6 tháng.
- Đánh giá hiệu quả điều trị theo bốn mức độ^[7]:

Kết quả	Tốt	Khá	Trung bình	Kém
Triệu chứng				
Còn đau	Không	Không	Không	Còn
Còn viêm	Không	Không	Không	Còn
Chồi móng	Không	Không	Không	Có
Tái phát	Không	Không	Không	Có
Kích thước móng nhỏ hơn BT (% diện tích)	Gần như BT (<10%)	Mức độ ít (10 - < 20%)	Mức độ TB (20 - 30%)	Mức độ nhiều (> 30%)

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi, giới và giai đoạn bệnh

Phân bố tuổi theo giới tính		Nam (n=15)	Nữ (n=32)
Tuổi cao nhất		33	77
Tuổi thấp nhất		15	11
Tuổi TB của cả nhóm nghiên cứu		28,9	
Độ lệch chuẩn		13,1	
Số quan sát		47	
Giai đoạn bệnh		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Giai đoạn 1		0	0
Giai đoạn 2		23	48,9
Giai đoạn 3		24	51,1
Tổng		47	100

Nhận xét: BN nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam (32/15), tuổi TB ($28,9 \pm 13,1$). Có 51,1% bệnh nhân giai đoạn 3; 48,9% bệnh nhân giai đoạn 2.

Bảng 2: Đánh giá kết quả được phẫu thuật theo vị trí ngón chân

Vị trí	Ngón 1 chân phải		Ngón 1 chân trái		Ngón khác chân phải		Ngón khác chân trái		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Tốt	20	34,4	17	29,3	1	1,7	0	0	38	65,51
Khá	5	8,6	5	8,6	1	1,7	0	0	11	18,96
TB	2	3,4	1	1,7	0	0	0	0	3	5,17
Kém	3	5,1	3	5,1	0	0	0	0	6	10,34
Tổng	30	51,7	26	44,7	2	3,4	0	0	58	100

Nhận xét: kết quả phẫu thuật đạt mức tốt là chủ yếu (65,51%)

Bảng 3: Đánh giá kết quả phẫu thuật theo giai đoạn bệnh (n =)

Giai đoạn	Giai đoạn 2		Giai đoạn 3		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tốt	13	27,65	19	40,42	32	68,07
Khá	5	10,63	4	8,51	9	19,14
Trung bình	2	4,25	0		2	4,25
Kém	3	6,38	1	2,1	4	8,48
Tổng	23	48,91	24	51,03	47	99,94

Nhận xét: 40,42% bệnh nhân ở giai đoạn 3; 27,65% giai đoạn 2 đạt kết quả tốt với $p < 0,05$.

Bảng 4: Kết quả chung sau 6 tháng phẫu thuật (n = 47)

Kết quả	SL	%
Tốt	33	70,2
Khá	8	17,0
Trung bình	2	4,3
Kém	4	8,5

Nhận xét: Bệnh nhân đạt kết quả tốt chiếm tỷ lệ 70,2 % và khá 17%.

IV. BÀN LUẬN

Đầu thế kỷ 20, quan điểm điều trị là, "sự tiến bộ của phẫu thuật càng lớn thì sự thành công càng lớn"[3]. Gần đây, với các phương pháp điều trị bảo tồn được áp dụng cho những MCT giai đoạn 1 như: ngâm chân bằng nước ấm có tác dụng giảm viêm, sử dụng kháng sinh bôi tại chỗ hoặc đường toàn thân, cắt móng chân đúng cách, chèn bông (gạc) dưới góc móng có hiệu quả nhất định. Nhiều phương pháp điều trị bảo tồn đã được báo cáo với tỷ lệ tái phát khá cao.

Những bệnh nhân điều trị bảo tồn thất bại, bệnh nhân ở giai đoạn 2 và 3 của bệnh được lựa chọn điều trị bằng phẫu thuật. Một số kỹ thuật phẫu thuật đã được phổ biến và áp dụng rộng rãi, tuy nhiên để đạt được hiệu quả điều trị cao cần lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật phù hợp với giai đoạn bệnh và tình trạng cụ thể của từng bệnh nhân [1],[2],[5]. Đánh giá hiệu quả điều trị trên 47 BN móng chột thịt được điều trị bằng kỹ thuật Winograd tại Bệnh viện Da Liễu Trung ương cho thấy:

Tỷ lệ giữa các giai đoạn bệnh: Bệnh nhân ở giai đoạn 2 có 23 trường hợp, chiếm tỷ lệ 48,9%; BN giai đoạn 3 là 24, chiếm 51,1%. Như vậy, giai đoạn 3 nhiều hơn giai đoạn 2, không có BN nào ở giai đoạn 1, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,05$. Kết quả này khác với nghiên cứu của Bilsev İnce1 và cộng sự (cs)[5]: số BN giai đoạn 2 (có 28 trường hợp), lớn hơn giai đoạn 3 (có 17 trường hợp). Như vậy, BN của nhóm nghiên cứu đến điều trị muộn hơn.

Trong số 58 ngón chân được phẫu thuật chủ yếu là ngón 1, chiếm tỷ lệ 96,55%. Ngón 1 của chân phải (có 30 ngón), lớn hơn chân trái (có 26 ngón), với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Bilsev Ince¹ và cộng sự (cs)^[5], số ngón chân phải là 24, ngón chân trái là 21 trên tổng số 45 chân được phẫu thuật.

Số bờ móng được phẫu thuật, bờ ngoài chân trái nhiều hơn bờ trong, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Thời gian theo dõi trung bình 8,5 tháng $\pm$ 1,5 tháng; tối đa 12 tháng, tối thiểu 5 tháng. Thời gian theo dõi thấp hơn nghiên cứu của Erdinc Acar^[6], thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng.

Sau phẫu thuật 10 ngày có 4 BN nhiễm trùng sau mổ kèm theo đau, có 3 BN bị tụ máu sau mổ và 1 bệnh nhân còn tiết dịch, cần lưu ý cả 4 BN này đã có nhiễm trùng trước khi phẫu thuật. Vì vậy những BN có nhiễm trùng cần được điều trị hết nhiễm trùng bằng kháng sinh tại chỗ hoặc toàn thân trước khi phẫu thuật.

Kết quả theo dõi sau 6 tháng điều trị có 4 BN chồi móng, chiếm tỷ lệ 8,5%, trong đó có 2 BN còn đau, 1 BN còn tiết dịch. Kích thước móng đạt kết quả như sau: Tốt chiếm 76,6%, khá 23,4%, trung bình 4,3%. Kết quả nghiên cứu của Erdinc Acar Erdinc, tỷ lệ tái phát là 6% [6]. Kết quả nghiên cứu của Bilsev Ince¹ và cộng sự (cs)^[5], tỷ lệ tái phát là 17%.

Kết quả chung sau 6 tháng điều trị như sau: tốt chiếm tỷ lệ 70,6%, khá 17%, trung bình 4,3, kém 8,5%. Như vậy, phương pháp điều trị đạt kết quả cao, không xảy ra biến chứng gì.

V. KẾT LUẬN

Hiện nay có nhiều phương pháp điều trị bệnh móng chọc thịt, như các phương pháp điều trị bảo tồn hoặc phẫu thuật, mỗi phương pháp đều có hiệu quả nhất định. Để đạt được hiệu quả cao cần lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp với giai đoạn bệnh và tình trạng cụ thể của từng BN. Kỹ thuật Winograd đạt được hiệu quả cả về chức năng và thẩm mỹ, ít xảy ra biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Haneke E. (2012) "Controversies in the Treatment of Ingrown Nails", *Dermatology Research and Practice*, 16, pp. 1-12.
2. Khunger N., Kandhari R. (2012), "Ingrown toenails", *Indian Journal Dermatol Venereol Leprol*, 78(3), 279-289.
3. Bryant A., Knox A., (2015), "Ingrown toenails, the role of the GP", *Australian Family Physician*, (44)3, pp. 102-105.
4. Seyed Reza Mousavi and Jaleddin Khoshnevis. (2012), "A New Surgical Technique for Ingrown Toenail", Published online 2012 May 13. Doi 105402/2012/438915.
4. Bilsev Ince, Mehmet. et al. (2015). "Comparison between knot and Winograd techniques on ingrown nail treatment" *Acta Orthop Traumatol Turc* 2015; 49(5):539-543. doi: 10.3944/AOTT. 2015.14.045
5. Erdinc Acar. (2017), "Winograd Method Versus Winograd Method With Electrocoagulation in the Treatment of Ingrown Toenails", doi: <http://dx.doi.org/10.1053/j.jfas.2017.01.010>.
6. Zarea I., Dorbani I., Hawilo A. et al. (2013), "Segmental phenolization for the treatment of Ingrown toenails: technique report, follow up of 146 patients, and review of the literature", *Dermatology Online Journal* 19(6), pp. 1-4.
7. Phạm Cao Kiên (2009). "Hiệu quả điều trị móng chọc thịt bằng laser CO₂", *Tạp chí y học lâm sàng bệnh viện Bạch Mai* (9), Số 45, tr55-59.

NHẬN XÉT GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM TRONG CHẨN ĐOÁN BƯỚU NHÂN TUYẾN GIÁP ĐỐI VỚI CÁC BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Công Hoàng*, Trần Thị Hà*

TÓM TẮT³¹

Mục tiêu: Nhận xét giá trị của siêu âm trong chẩn đoán bướu nhân tuyến giáp đối chiếu với kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu 55 bệnh nhân bướu nhân

tuyến giáp qua lâm sàng, siêu âm và được phẫu thuật.

Kết quả: Bướu nhân ác tính chiếm 34,5% và lành tính 65,5%. Tỷ lệ ác tính của hai nhóm đơn và nhân đặc chiếm 84,2% ở nhóm ác tính và 33,3% ở nhóm lành tính. Ranh giới không rõ 57,89% ở nhóm ác tính và 8,3% ở nhóm lành tính. Giảm âm chiếm 78,9% ở nhóm ác tính và 27,7% ở nhóm lành tính. Hạch cổ có 8 trường hợp (14,5%) đều trong nhóm ác tính. **Kết luận:** Siêu âm là phương tiện chuẩn đoán an toàn, chi phí thấp, có giá trị chẩn đoán và xác định bản chất của bướu giáp.

Từ khóa: Siêu âm, bướu nhân tuyến giáp.

*Đại học y dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài: 12.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 7.7.2017

Ngày duyệt bài: 17.7.2017

SUMMARY

VALUE OF ULTRASOUND IN DIAGNOSTIC OF THYROID NODULE

Objective: to assess the value of ultrasound in diagnostic of thyroid nodules Against the results of surgery. **Patients & methods:** A prospective cohort study enrolled 55 patients with thyroid nodule by clinical, ultrasound and surgical features. **Results:** the malignant was 34.5% and benign nodules was 65.5%. The rate of malignancy in multinodular and solid nodule were not difference. Microcalcification was 73.7% in malignant and 16.7% in benign group. Solid nodule was 84.2% in malignant and 33.3% in benign group. Irregular margin was 57.89% in malignant and 8.3% in benign group. Hypoechoic Was 78.9% in malignant and 27.7% in benign group. **Conclusion:** Ultrasound is Inexpensive and safe diagnostic tool highly effective to detect and differentiate thyroid nodules.

Key Words: Ultrasound, thyroid nodule

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu nhân tuyến giáp (BNTG) là bệnh lý hay gặp, chiếm khoảng 4-7% dân số. Đa số các trường hợp BNTG là lành tính, trong đó có khoảng 5% là bướu nhân ác tính. Với đặc điểm phát triển âm thầm triệu chứng lâm sàng không điển hình và kín đáo nên BNTG thường được phát hiện muộn, dễ bị bỏ sót. Chẩn đoán BNTG chủ yếu dựa vào lâm sàng, siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ. Siêu âm tuyến giáp và vùng cổ đóng một vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán BNTG. Nó có vai trò chẩn đoán và gợi ý bản chất của tổn thương như ác tính hay lành tính với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Qua đó giúp cho phẫu thuật viên có chiến lược điều trị thích hợp. Một số đặc điểm có giá trị gợi ý giúp phân biệt bướu ác tính với lành tính như: Số lượng nhân giáp, đặc điểm âm vang, ranh giới nhân giáp, dấu hiệu canxi hóa vi thể và hạch cổ. Ngoài ra siêu âm còn có vai trò hướng dẫn để làm tăng độ chính xác của xét nghiệm chọc hút tế bào kim nhỏ.

Bảng 1. Số lượng nhân trên siêu âm với mô bệnh học

Số lượng nhân	MBH		Ac tính		Lành tính		n	p
	n	%	n	%	n	%		
Bướu đơn nhân	11	57,9	21	58,3	32		0,975	
Bướu đa nhân	8	41,1	15	41,7	23			
Tổng số (N)	19	100	36	100	55			

Nhận xét: Nhóm ác tính có 19/55 BN (34, 5%) và lành tính có 36/55 BN (65,5%). Tỷ lệ ác tính của hai nhóm bướu đơn nhân và đa nhân không có sự khác biệt với $P > 0,05$

Bảng 2. Hình ảnh canxi hóa vi thể trên siêu âm với mô bệnh học

Số lượng nhân	MBH		Ac tính		Lành tính		n	p
	n	%	n	%	n	%		
Canxi hóa vi thể	14	73,7	6	16,7	20		<0,001	
Không có canxi hóa	5	26,3	30	83,3	35			
Tổng số (N)	19	100	36	100	55			

Nhận xét: Nhóm ác tính có dấu hiệu canxi hóa vi thể chiếm tỷ lệ 73,7% cao hơn nhóm lành tính (16,7%) với $p < 0,01$.

Ngày nay số lượng bệnh nhân BNTG đến khám và phẫu thuật tại chuyên khoa Tai Mũi Họng và trung tâm ung bướu ngày càng tăng. Bởi vậy để giúp cho các bác sĩ TMH, ung bướu hiểu rõ được vai trò của siêu âm trong chẩn đoán BNTG. Chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: *Mô tả hình ảnh tổn thương và đối chiếu với kết quả mô bệnh học để nêu được giá trị của siêu âm trong chẩn đoán BNTG.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 55 bệnh nhân (BN) BNTG được chẩn đoán và phẫu thuật tại khoa TMH, trung tâm ung bướu Bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ tháng 3/2016 đến tháng 3/2017.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả từng ca cắt ngang

2.1. Phương tiện nghiên cứu: Máy siêu âm Phillips, bộ nội soi thanh quản của Karl Stort.

2.2. Quy trình nghiên cứu

- Hồi bệnh và khám lâm sàng.
- Siêu âm tuyến giáp ghi nhận các thông số: Số lượng nhân giáp, canxi hóa vi thể, đặc điểm âm vang, ranh giới nhân giáp, giảm âm và hạch cổ.
- Tiến hành phẫu thuật cắt 1 thùy hoặc toàn bộ tuyến giáp sau đó làm xét nghiệm mô bệnh học.
- Đối chiếu mô bệnh học với kết quả siêu âm.
- Thu thập và xử lý số liệu theo chương trình SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung: Tổng số có 55 bệnh nhân trong đó 45 NB là nữ chiếm tỷ lệ 81,8%. Tỷ lệ nữ/ nam là 4.5/1. Tuổi thấp nhất là 19, cao nhất là 78 tuổi và trung bình là 47,4 tuổi

2. Kết quả siêu âm đối chiếu với mô bệnh học: Số lượng nhân trên siêu âm với mô bệnh học

Bảng 3. Đặc điểm âm vang trên siêu âm với mô bệnh học

Âm vang \ MBH	Âc tính		Lành tính		P<0,001
	n	%	n	%	
Nhân đặc	16	29,10	12	21,82	P<0,001
Nhân hỗn hợp	3	5,45	14	25,45	
Nhân nang	0	0	10	18,18	

Nhận xét: Bướu ác tính thường là nhân đặc, trong đó bướu lành tính có thể gặp cả 3 loại âm vang trên (P<0,001).

Bảng 4. Ranh giới của bướu nhân trên siêu âm với mô bệnh học

Giảm âm \ MBH	Âc tính		Lành tính		P<0,001
	n	%	n	%	
Rõ	8	14,55	33	60,0	P<0,001
Không rõ	11	20,00	3	5,45	

Nhận xét: Bướu ác tính thường có ranh giới không rõ (11/14 BN) và bướu lành tính thường có ranh giới rõ (33/36 BN) trên siêu âm (p<0,001).

Bảng 5 Hình ảnh giảm âm trên siêu âm với mô bệnh học

Âm vang \ MBH	Âc tính		Lành tính		P<0,001
	n	%	n	%	
Có	15	27,27	10	18,18	P<0,001
Không có	4	7,28	26	47,27	

Nhận xét: Đa số bướu ác tính có hình ảnh giảm âm còn bướu lành tính không có hình ảnh giảm âm (p<0,001).

Bảng 6: Hạch cổ trên siêu âm với mô bệnh học

Số lượng nhân \ MB	Âc tính		Lành tính		n	p
	n	%	n	%		
Có hạch cổ	8	42,1	0	0	8	<0,001
Không có hạch cổ	11	57,9	36	100	47	
N	19	100	36	100	55	

Nhận xét: Hạch cổ ở nhóm ác tính có 8/19 BN, trong khi đó ở nhóm lành tính không có trường hợp nào (p<0,001). Kết quả MBH đều là hạch di căn ác tính.

Bảng 7: Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán bướu ác tính

Tổn thương	Độ nhạy	Độ đặc biệt (%)	Giá trị (+) (%)	Giá trị (-) (%)
Nhân đặc/hỗn hợp	100	27,8	42,2	100
Giảm âm	78,9	64,3	60	81,8
Canxi hóa vi thể	73,7	83,3	70	85,7
Ranh giới không rõ	57,9	91,7	78,6	80,5
Cổ hạch cổ	42,1	100	100	76,6

Nhận xét: Dấu hiệu nhân đặc và giảm âm có độ nhạy và có giá trị âm tính cao. Dấu hiệu canxi hóa vi thể, ranh giới không rõ và hạch cổ là những dấu hiệu có giá trị dương tính và độ đặc hiệu cao.

IV. BÀN LUẬN

Liên quan giữa số lượng nhân giáp với tổn thương ác tính. Trong nghiên cứu này (bảng 1) cho thấy tỷ lệ ác tính của nhóm bướu đơn nhân là 34,4% và của nhóm bướu đa nhân là 34,8%. Như vậy, vậy không có sự khác biệt về tỷ lệ ác tính giữa hai nhóm đơn nhân và đa nhân. Theo các quan điểm trước kia, bướu đa nhân được cho là ít có nguy cơ ác tính hơn bướu đơn nhân, tuy nhiên kết quả của nhiều nghiên cứu mới cho thấy quan niệm này là chưa chính xác. Kim và cộng sự khi nghiên cứu 500 trường hợp cho thấy tỷ lệ ác tính của nhóm bướu giáp đơn nhân là 21,5% và nhóm đa nhân là 21,7%. Frates nghiên cứu trên 1985 trường hợp cũng cho thấy tỷ lệ ác

tính ở nhóm đơn nhân và đa nhân không có sự khác biệt. Như vậy khả năng ác tính của bướu đơn nhân và đa nhân là như nhau.

Về dấu hiệu canxi hóa vi thể trên siêu âm. Kết quả bảng 2 và 7 cho thấy nhóm ác tính có dấu hiệu canxi hóa vi thể chiếm tỷ lệ 73,7% cao hơn nhóm lành tính (16,7%). Dấu hiệu canxi hóa vi thể có độ nhạy là 73,7% và độ đặc hiệu là 83,3%. Độ nhạy trong kết quả này cao so với các nghiên cứu của Trịnh Thị Thu Hồng (47,7)%, Hong (70%) Steven (44%) do các trường hợp ác tính trong nghiên cứu của chúng tôi đều là ung thư biểu mô thể nhú. Độ đặc hiệu của canxi hóa vi thể trong nghiên cứu này cũng tương đương với các nghiên cứu khác dao động từ 83,3% đến

98%. Như vậy dấu hiệu canxi hóa vì thế có độ đặc hiệu tương đối cao tuy nhiên độ nhạy lại ở mức trung bình.

Đặc điểm về âm vang trên siêu âm. Phân tích đặc điểm âm vang trên siêu âm chúng tôi nhận thấy phần lớn các trường hợp bướu ác tính là nhân đặc (84,2%), không có trường hợp nào nhân nang. Kết quả của Trịnh Thị Thu Hồng ở nhóm ác tính tỷ lệ nhân đặc chiếm 80,6%, nhân nang là 1,1%. Trong nghiên cứu của Frate thì nhóm ác tính có tỷ lệ nhân đặc chiếm 61,8%, không có trường hợp nào nhân nang nào. Như vậy, bướu ác tính trên màn hình ảnh siêu âm thường là nhân đặc, ngược lại nhân nang là dấu hiệu đặc hiệu cho bướu lành tính với độ đặc hiệu 100% (bảng 7)

Về ranh giới của bướu nhân trên siêu âm. Kết quả ở nhóm ung thư tỷ lệ nhân có ranh giới không rõ là 11/19 BN (57,89%), trong khi đó ở nhóm lành tính tỷ lệ này là 3/36 BN (8,3%). Như vậy dấu hiệu ranh giới không rõ ở hai nhóm BNTG lành tính và BNTG ác tính có sự khác biệt ($p < 1,001$). Nghiên cứu của Trần Văn Tuấn có tỷ lệ là 87,5% ở nhóm ác tính và 13,1% ở nhóm lành tính. Theo Hong tỷ lệ ranh giới không rõ ở nhóm ác tính là 91% và nhóm lành tính là 21%. Còn theo Alper tỷ lệ này ở nhóm ác tính là 27,3% và nhóm lành tính là 8,6% việc nhận định về ranh giới của bướu giáp trên siêu âm phụ thuộc rất nhiều vào chủ quan của các nhà chẩn đoán hình ảnh bởi vậy có thể có sai số nhất định giữa các nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, dấu hiệu ranh giới không rõ có độ nhạy là 57,9%, độ đặc hiệu là 91,7% (bảng 7). Kết quả này không khác nhiều so với kết quả của Alper và cộng sự với độ nhạy là 48%, độ đặc hiệu là 92%. Như vậy bướu nhân có ranh giới không rõ trên siêu âm thì có nhiều khả năng là ác tính, tuy nhiên độ nhạy không cao.

Dấu hiệu giảm âm. Khi đánh giá độ hồi âm của nhân giáp, thường so sánh với nhu mô tuyến giáp xung quanh và khối cơ ức đòn chũm và cơ ức giáp. Nếu nhân giảm âm hơn nhu tuyến giáp thì được cho là khối giảm âm, nếu giảm âm hơn khối cơ thì được cho là rất giảm âm. Tổn thương bướu nhân ác tính thường giảm âm do có cấu trúc nhú và không có hoạt động chế tiết. Trong nghiên cứu này ở nhóm bướu ác tính có 15/19 BN (78,9%) có dấu hiệu giảm âm. Theo Alper, tỷ lệ này ở bướu ác tính là 79,3%. Kết quả của nghiên cứu này cũng cho thấy độ nhạy của dấu hiệu này là 78,9%, độ đặc hiệu là 64,3% và giá trị dương tính là 60%. Như vậy dấu hiệu

giảm âm chỉ có tính chất gợi ý đến tổn thương ác tính.

Về dấu hiệu hạch cổ. Trong nghiên cứu này có 8 BN phát hiện thấy hạch cổ và tất cả đều ở nhóm bướu ác tính. Dấu hiệu hạch cổ có độ đặc hiệu cao 100%, nhưng độ nhạy chỉ 42,1%. Nghiên cứu của Trịnh Thị Thu Hồng cho thấy độ đặc hiệu là 88,9% và độ nhạy là 39,8%. Như vậy, hạch cổ là dấu hiệu có giá trị hướng đến tổn thương ác tính, tuy nhiên đòi hỏi người làm siêu âm phải có kinh nghiệm, và hiểu rõ về tính chất di căn hạch trong ung thư tuyến giáp thì mới có khả năng phát hiện cao.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm là phương tiện thăm khám đơn giản, an toàn, ít tốn kém, giúp chẩn đoán bướu nhân đồng thời cũng như định hướng cho chẩn đoán lành tính hay ác tính.

Số lượng bướu không ảnh hưởng đến khả năng ác tính của bướu nhân giáp.

Một số dấu hiệu trên siêu âm gợi ý tổn thương bướu nhân ác tính đó là: Canxi hóa vi thể, nhân đặc hoặc hỗn hợp, nhân giáp giảm âm, ranh giới không rõ và có hạch cổ.

Qua siêu âm, những trường hợp nghi ngờ ác tính cần được phẫu thuật và làm mô bệnh học để chẩn đoán và tránh bỏ sót

Cần có đội ngũ những người làm chuyên sâu về siêu âm tuyến giáp để kết quả đạt chính xác cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Tuấn, Nguyễn Đình Tùng (2010)** "Khảo sát hình ảnh siêu âm và chọc hút tế bào kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm các khối bất thường tuyến giáp tại Bệnh viện trung ương Huế," Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh số 14, tr 518-521.
2. **Alper O., Sukru M.E., Alkin E. et al (2012).** "The diagnostic efficiency of ultrasound in characterization for thyroid nodules: how many criteria are required to predict malignancy". Medical ultrasonography, Vol 14 (1), 24- 28.
3. **Frate M.C., Benson C.B., Doubilet P.M. et al (2006).** "Prevalence and distribution of carcinoma in patients with solitary and multiple thyroid nodules on sonography". The journal of clinical endocrinology and metabolism, Vol 91, 3411- 3417.
4. **Hong Y., Wu Y., Luo N., Lui X. (2012).** "Impact of nodular size on the predictive values of gray-scale, color-doppler ultrasound, and sonoelastography for assessment of thyroid nodules", Journal of Zhejiang university- Science B, Vol 13 (9), 707- 716.
5. **Kim M.J, Kim E.K., Park S. I et al (2008),** "US-guided fine-needle aspiration of."
6. **Steven R.B., Shane O.L., Robert L.F. (2010).** "Evaluation of a Thyroid nodule". Otolaryngol Clinical North America, vol 43. 229- 238.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG ĐOẠN BÀN LỀ NGỰC THẮT LƯNG MẤT VỮNG CÓ TỔN THƯƠNG TỦY KHÔNG HOÀN TOÀN TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Đinh Ngọc Sơn*,; Nguyễn Lê Bảo Tiến*;
Võ Văn Thanh*,**; Nghiêm Việt Dũng*****

TÓM TẮT³²

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực thắt lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn được phẫu thuật từ tháng 9/2015 đến tháng 5/2016 tại khoa Phẫu thuật cột sống – Bệnh viện Việt Đức. **Kết quả:** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,87/1, nhóm tuổi lao động từ 20-60 chiếm 87,6%, nguyên nhân chấn thương chủ yếu do tai nạn lao động 42,7%. Tổn thương thần kinh có 55,1% AIS_D; 32,6% AIS_C, 12,3% AIS_B. Tổn thương mất vững gặp chủ yếu là vỡ vụn thân đốt chiếm 91,1%, vỡ trật đốt sống chiếm 4,5%. Sau 3 tháng có 61,8% bệnh nhân phục hồi hoàn toàn AIS_E; 25,8% AIS_D; 7,9% AIS_C và 4,5% AIS_B. Biến chứng: 3 trường hợp nhiễm trùng tiết niệu, 4 trường hợp loét dạ dày. Kết quả chung: 55/89 trường hợp tiến triển tốt chiếm 61,8%, 21 trường hợp khá, 9 trường hợp trung bình và 4 trường hợp xấu. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy kết quả phẫu thuật tốt và khả năng phục hồi cao.

Từ khóa: kết quả phẫu thuật, chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực thắt lưng, tổn thương tủy không hoàn toàn, Bệnh viện Việt Đức

SUMMARY

SURGERY RESULTS OF INSTABILITY THORACOLUMBAR TRAUMA WITH INCOMPLETE SPINAL CORD INJURY AT THE VIETNAM – GERMANY FRIENDSHIP HOSPITAL

Objective: This study aims to evaluate the surgery results of thoracolumbar trauma with incomplete spinal cord injury at Vietnam – Germany friendship hospital from September, 2015 to May, 2016. **Results:** The results indicated that the rate of male/female was 1.87/1, the age group of 20-60 years-old accounted for 87.6% and the main reason of injuries was traffic accident (41.7%). According to incomplete spinal cord injury: 55.1% AIS_D; 32.6% AIS_C, 12.3% AIS_B. Most instability injuries were broken vertebral body 91.1% and dislocated broken vertebral body 4.5%. After 3 months, the recovery rate was 61.8% AIS_E; 25.8% AIS_D; 7.9% AIS_C and 4.5% AIS_B. Complication: 3 cases of urinary tract

infections, 4 cases of rushed spleen ulcers. Overall result assessment: good: 73.7%, decent: 23.6%, average: 10.1%, bad: 4.5 %. **Conclusion:** This study shows the good surgery results and high rate of recovery.

Keywords: Surgery results, instability thoracolumbar trauma, incomplete spinal cord injury, Vietnam – Germany friendship hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực thắt lưng là tổn thương hay gặp nhất trong chấn thương cột sống nói chung bao gồm những tổn thương từ đốt sống lưng 11 đến đốt sống thắt lưng 2, để lại hậu quả nặng nề, ảnh hưởng đến khả năng lao động và sinh hoạt của người bệnh [1]. Ngày nay, nhờ sự tiến bộ của y học, việc chẩn đoán và điều trị chấn thương cột sống đã có nhiều thuận lợi và phát triển mạnh mẽ, có nhiều phương pháp phẫu thuật được đưa ra bởi các tác giả như Maccowem, Roy-Camille... [1],[2],[3].

Ở Việt Nam, các tác giả cũng ứng dụng và cập nhật những thành tựu của các nước trên thế giới. Tại Bệnh viện Việt Đức, điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống đã được áp dụng đạt kết quả khả quan [4], [5]. Ở một số tỉnh nước ta đã ứng dụng điều trị phẫu thuật chấn thương cột sống ngực – thắt lưng đạt kết quả ban đầu khích lệ [6], [7].

Trong các bệnh nhân bị chấn thương cột sống, nhóm chấn thương cột sống vùng bàn lề ngực thắt lưng có mất vững và liệt tủy không hoàn toàn chiếm tỷ lệ khá cao nhưng chưa có những đánh giá riêng đầy đủ. Để có một cái nhìn tổng thể từ chẩn đoán tới thái độ xử trí, phương pháp điều trị đối với những trường hợp này, từ đó phục vụ cho áp dụng và nâng cao chất lượng điều trị tại tuyến cơ sở, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bàn lề ngực thắt lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Khoa Phẫu thuật Cột sống – Bệnh viện Việt Đức từ tháng 9/2015 đến tháng 5/2016.

*Trường Đại Học Y Hà Nội

**Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

***Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến

Email: bstiensvd@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 18.7.2017

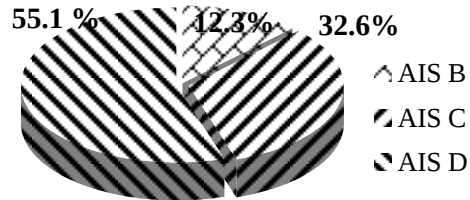
2.2. Đối tượng nghiên cứu: 89 bệnh nhân được chẩn đoán xác định chấn thương cột sống đoạn bản lè ngực thắt lưng có tổn thương tủy không hoàn toàn.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu mô tả lâm sàng, đánh giá kết quả trước và sau điều trị.

2.4. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Các số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 20.0, sử dụng các thuật toán thống kê thích hợp.

Có 3 nhóm nguyên nhân chính gồm tai nạn lao động 42,7%, tai nạn sinh hoạt 32,6%, tai nạn giao thông 24,7%. Có 94,4% bệnh nhân được bất động trước vào viện.



Biểu đồ 1: Phân loại tổn thương trên lâm sàng theo ASIA

Dựa trên chẩn đoán hình ảnh, tổn thương gặp nhiều nhất ở vị trí L1 chiếm tỷ lệ 48,3%, L2 chiếm 19,1%, T12 chiếm 15,7%, T11 chiếm 2,2%. Có 14,6% tổn thương 2 đốt sống.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu trên tổng số 89 bệnh nhân có kết quả độ tuổi trung bình là $44,29 \pm 13,95$ tuổi, thấp nhất 13 tuổi, cao nhất 82 tuổi, nhóm tuổi lao động từ 20 đến 60 tuổi chiếm tới 87,6%; nam giới chiếm đa số với tỷ lệ nam/nữ là 1,87/1.

Bảng 1: Đặc điểm tổn thương trên X-quang quy ước và cắt lớp vi tính

Loại tổn thương	Kỹ thuật	XQ quy ước		CLVT	
		n	%	n	%
Vỡ thân		87	97,6	89	100
Vỡ cuống		6	6,7	16	18,0
Vỡ cung sau		4	4,5	48	53,9
Gãy mỏm gai		20	22,5	23	25,8
Gãy mỏm ngang		41	46,1	42	47,2
Vỡ mỏm khớp		3	3,4	11	12,4
Xương vỡ chèn ống tủy gây HOS		0	0	80	89,88

Trên X-quang quy ước và cắt lớp vi tính, đa phần bệnh nhân đều có hình ảnh tổn thương vỡ thân (lần lượt 97,6% và 100%). X-quang quy ước không cho thấy hình ảnh xương vỡ chèn ống quy gây hẹp ống sống, trong khi đó, cắt lớp vi tính cho thấy 89,88% bệnh nhân có tổn thương này.

Bảng 2: Liên quan giữa tổn thương thần kinh theo ASIA và mức độ hẹp ống sống trên cắt lớp vi tính

AIS	Hẹp ống sống <50%		Hẹp ống sống >50%	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
AIS B	2	18,18	9	81,82
AIS C	14	51,85	13	48,15
AIS D	31	73,81	11	26,19
Tổng số	47	58,75	33	41,25

Có sự khác biệt về tổn thương thần kinh ở nhóm hẹp ống sống trên 50% và dưới 50%, tỷ lệ hẹp ống sống càng cao thì mức độ tổn thương thần kinh càng nặng. Sự khác biệt trên có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$.

Điều trị phẫu thuật: Thời gian từ khi tai nạn tới lúc phẫu thuật trung bình là $2,09 \pm 1,88$ ngày, số bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 24 giờ đạt 56,2%. Có 21 bệnh nhân (23,6%)

được cố định 3 đốt sống, 23,6% cố định 4 đốt và 52,8% cố định 5 đốt.

Các tổn thương ghi nhận trong phẫu thuật gồm tổn thương về phần mềm, xương và tủy sống, trong đó tổn thương phần mềm đứt dây chằng liên gai chiếm 30,3%, tổn thương về xương phát hiện nhiều nhất là vỡ cung sau 34,8%, tổn thương đụng dập phù tủy gặp 47,2%.

Bảng 3: Phục hồi thần kinh theo phân độ của ASIA IS

AIS	Trước mổ		Ra viện		Khám lại			
					1 tháng		3 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
A	0	0	0	0	0	0	0	0
B	11	12,3	8	9,0	5	5,6	4	4,5
C	29	32,6	17	19,1	9	10,1	7	7,9

D	49	55,1	41	46,1	30	33,7	23	25,8
E	0	0	23	25,8	45	50,6	55	61,8
Tổng số	89	100	89	100	89	100	89	100

Như vậy dựa vào bảng trên ta thấy có sự cải thiện đáng kể về sự hồi phục thần kinh giữa các thời điểm ra viện và thời điểm trước phẫu thuật, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$.

Trước phẫu thuật có 55 trường hợp rối loạn cơ tròn, ra viện còn 41 trường hợp chiếm 46,1%, khám lại sau 3 tháng còn 32 trường hợp chiếm 35,9%. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p = 0,011 < 0,05$.

Bảng 4: Kết quả cải thiện góc gù trước và sau mổ

Góc gù trung bình	Trước mổ	Sau mổ	Sau 3 tháng
Góc gù thân đốt	20,4 ± 5,82 (8 ^o – 36 ^o)	9,31 ± 4,77 (3 ^o – 25 ^o)	9,39 ± 4,72 (3 ^o – 25 ^o)
Góc gù vùng	19,11 ± 8,23 (4 ^o – 45 ^o)	7,46 ± 4,79 (0 ^o – 18 ^o)	7,51 ± 5,1 (0 ^o – 20 ^o)

Góc gù thân đốt và góc gù vùng sau mổ và sau 3 tháng đã giảm rõ rệt so với trước mổ, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Tỷ lệ vít bắt đạt tiêu chuẩn theo Lostein là 98,35%. Biến chứng gặp nhiều nhất là nhiễm khuẩn tiết niệu có 4 trường hợp (4,5%), sau 3 tháng còn 3 trường hợp, loét tỷ đè gập 1 trường hợp sau mổ, sau 3 tháng có 4 trường hợp, không gặp các biến chứng tử vong, chảy máu, nhiễm trùng vết mổ.

Kết quả chung: Kết quả tốt: 55 bệnh nhân (61,8%), kết quả khá: 21 bệnh nhân (23,6%), kết quả trung bình có 9 bệnh nhân (10,1%), kết quả xấu: Có 4 bệnh nhân (4,5%), trong đó có 3 trường hợp AIS_B và 1 trường hợp AIS_C.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 44,29 ± 13,95 tuổi, độ tuổi hay bị chấn thương chính là nhóm tuổi lao động chính, điều này gây ảnh hưởng đến kinh tế và đời sống của gia đình cũng như xã hội. Nam giới thường bị nhiều hơn nữ giới với tỷ lệ 1,87/1. Nguyên nhân do tai nạn lao động chiếm cao nhất 42,7%. Kết quả này cũng phù hợp với một nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hoà Bình năm 2011. Tác giả cho thấy tỷ lệ nam giới mắc bệnh lớn hơn nữ giới và nguyên nhân chủ yếu là do tai nạn lao động [6].

Về mặt lâm sàng, tất cả các bệnh nhân được thăm khám kỹ theo bảng đánh giá của ASIA. Tổn thương thần kinh trên lâm sàng thu được 12,3% AIS_B, 32,6% AIS_C, 55,1% AIS_D. Rối loạn cơ tròn có 61,8%, cao hơn kết quả của một nghiên cứu trước đây tại Bệnh viện Việt Đức với 52,7% bệnh nhân có rối loạn cơ tròn [4]. Nguyên nhân là do chúng tôi chỉ nghiên cứu những bệnh nhân có tổn thương tủy.

Tất cả các bệnh nhân được chụp X-quang quy ước, CLVT cột sống vùng tổn thương giúp xác định vị trí, số đốt sống và mức độ tổn thương của đốt sống, mức độ chèn vào ống sống... Có 16 bệnh nhân (18%) được chụp cộng hưởng từ cột sống giúp đánh giá rõ hơn về tình trạng thương tổn tủy sống và thương tổn phần mềm...

Giá trị phim X-quang: Ưu điểm rõ, dễ thực hiện giúp xác định vị trí, số lượng đốt tổn thương, vị trí tổn thương 1 đốt gặp nhiều nhất là L1 chiếm 48,3%, kết quả này tương đồng với một nghiên cứu năm 2014 (50%) [5]. Nguyên nhân do L1 là vị trí bản lề, vị trí chịu lực lớn nhất khi bị tác động với cả lực ép từ trên xuống và lực dồn lại từ dưới lên. X-quang còn đánh giá tổn thương các thành phần đốt sống, mức độ lún, vỡ, trượt, trật thân đốt sống, gập góc cột sống, phát hiện những dấu hiệu gián tiếp phản ánh tổn thương như độ mở rộng của cuống sống, mở rộng khe liên gai. Tuy nhiên dựa vào bảng 1 phim X-quang cũng có những hạn chế là khó đánh giá chính xác được tổn thương ở các vị trí như thành sau thân đốt, cuống sống, cung sau, các tổn thương nhỏ hay hẹp ống sống do mảnh xương vỡ di lệch chèn vào ống tủy...

Giá trị phim cắt lớp vi tính (CLVT): Được định hướng và khu trú dựa trên lâm sàng cũng như kết quả phim X-quang quy ước. So với X-quang, phim chụp cắt lớp vi tính giúp chúng ta xác định được chính xác hơn các tổn thương vỡ xương, tình trạng khớp hay mảnh xương di lệch gây hẹp ống sống. Các tổn thương về xương thấy được trên gồm vỡ thân đốt sống gặp 100%, vỡ cung sau gặp 53,3%, gãy mòm ngang gặp 47,2%; gãy mòm gai gặp 25,8%, vỡ cuống sống gặp 18%, đặc biệt tổn thương gây hẹp ống sống do mảnh xương chèn phát hiện ở 80/89 bệnh nhân chiếm 89,88%.

Trong nghiên cứu có 18% bệnh nhân được chụp MRI, thấy được các tổn thương của tủy sống, phức hợp dây chằng dọc sau, thể hiện ưu điểm vượt trội so với X-quang và CLVT. Nhìn chung, X-quang và CLVT là những kỹ thuật không thể thiếu để chẩn đoán, điều trị, nhất là đối với cơ sở y tế có khả năng triển khai phẫu thuật. Ngoài ra nếu bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ sẽ giúp chẩn đoán chính xác và đầy đủ hơn.

Về kết quả phẫu thuật: Thời gian từ khi tai nạn đến khi phẫu thuật trung bình là 2,09 ± 1,88 ngày, trong đó có 56,2% được phẫu thuật trong vòng 24 giờ.

Theo dõi sau mổ có sự cải thiện rõ rệt về thần kinh (bảng 4). Sau 3 tháng, còn 4 trường hợp AIS_B (4,5%), 7 trường hợp AIS_C (7,9%), 23 trường hợp AIS_D (25,8%), 55 trường hợp AIS_E (61,8%). Các giá trị góc gù thân đốt và góc gù vùng trung bình có sự thay đổi rõ rệt tại các thời điểm sau mổ so với trước mổ cho thấy kết quả nắn chỉnh giải phẫu. Tỷ lệ vít bắt đạt tiêu chuẩn cao 98,35%, các trường hợp vít chưa đạt đều được theo dõi sát sau mổ và không ghi nhận trường hợp nào có diễn biến thần kinh xấu đi hay dấu hiệu đau hoặc tổn thương của rễ tương ứng. Một nghiên cứu tại Hàn Quốc năm 2004 cũng cho kết quả sau phẫu thuật đánh giá trên phim cắt lớp vi tính cho thấy 1,7% tổn thương thành trong cuống, không có vít nào gây tổn thương thần kinh [3].

Biến chứng sau mổ gặp chủ yếu nhiễm trùng tiết niệu (94,5%), loét do tỳ đè (1,1%), không gặp trường hợp nào tử vong, nhiễm trùng vết mổ. Các trường hợp này đều trong nhóm tổn thương AIS_B. Kết quả chung thu được tốt đạt (61,8%), khá đạt 23,6%, kết quả trung bình là 10,1% và xấu là 4,5%.

V. KẾT LUẬN

100% bệnh nhân có rối loạn cảm giác và rối loạn vận động, 61,8% bệnh nhân có rối loạn cơ tròn. Tổn thương thần kinh: AIS_D 55,1%; AIS_C 32,6%, AIS_B 12,3%. Tỷ lệ hẹp ống sống càng nặng thì nguy cơ tổn thương thần kinh càng cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả chụp X-quang và CLVT có vai trò quan trọng trong chẩn đoán CTCS mất vững. Gặp nhiều nhất là tổn thương đốt sống L1 chiếm 48,3%.

Khám lại sau 3 tháng có 61,8% phục hồi hoàn toàn AIS_E; 25,8% AIS_D; 7,9% AIS_C và 4,5% AIS_B. Góc gù thân đốt và góc gù vùng chấn thương ngay sau mổ và sau 3 tháng cải thiện rõ rệt so với trước mổ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,0001$). Tỷ lệ vít bắt đạt yêu cầu là 98,35%. Kết quả đánh giá chung: 55/89 trường hợp tốt chiếm 61,8%, 21 trường hợp khá, 9 trường hợp trung bình và 4 trường hợp xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Knoeller S.M., Seifried C. (2000).** Historical Perspective: History of spinal surgery. *Spine*, **25(21)**, 2838-2843.
2. **Daffner R.H. (1988).** Imaging of vertebral trauma. *Aspenpublishers*, 37 - 98.
3. **Kim. J.Y., Lenke L.G.(2004).** Free Hand Pedicle Screw Placement in the Thoracic Spine: Is it Safe?. *Spine*, **29(3)**, 333-342.
4. **Nguyễn Văn Thạch, Hoàng Minh Hằng (2010).** Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống bàn lễ ngực – thắt lưng tại khoa phẫu thuật cột sống Bệnh Viện Việt Đức từ 1/2010 đến 4/2010. *Tạp chí nghiên cứu y học phụ trợ* 2011, **74(3)**, 217 – 220.
5. **Nguyễn Vũ, Dương Đại Hà (2014).** Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống ngực – thắt lưng có liệt tủy tại khoa phẫu thuật thần kinh Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí y học Việt Nam*, **4(1)**/ 2014, 71-74.
6. **Trương Như Hiến (2011).** Đánh giá kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống ngực - thắt lưng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hòa Bình. *Tạp chí Y học thực hành*, **760(4)**, 85-87.
7. **Nguyễn Vũ, Kiều Đình Hùng, Trần Quang Trung (2013).** "Bước đầu đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng cố định cột sống qua cuống kết hợp ghép xương liên thân đốt". *Y học thực hành*, **891**, 178- 180

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH SÂU RĂNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI PHƯỜNG TRUNG HÒA MAI DỊCH QUẬN CẦU GIẤY, HÀ NỘI NĂM 2015

Đỗ Thị Thu Hiền*, Hoàng Việt Hải*, Hoàng Anh Thuyết*

TÓM TẮT³³

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng bệnh sâu răng và yếu tố ảnh hưởng đến bệnh của người cao tuổi tại phường Trung Hòa Mai Dịch quận Cầu giấy Hà Nội năm 2015. **Phương pháp:**

*Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y HN
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thu Hiền
Email: hienhoangthu74@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 6.7.2017
Ngày duyệt bài: 18.7.2017

nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán sâu răng của WHO để đánh giá tình trạng sâu răng và bộ câu hỏi phỏng vấn yếu tố liên quan đến bệnh. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy người chải răng 1lần/ngày có nguy cơ sâu răng nhiều hơn 3.7 lần so với người chải răng ≥ 3 lần /ngày. Người bị bệnh tim mạch có nguy cơ sâu răng nhiều hơn 2,6 lần so với nhóm không bị bệnh. Với người bị bệnh đái đường có tỷ lệ mắc sâu răng cao gấp 2,9 lần so với nhóm không bị bệnh. Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa các bệnh toàn thân khác như bệnh thận, phổi, thấp khớp với bệnh sâu răng. **Kết luận:** Số lần chải răng hàng ngày và bệnh toàn thân như đái đường, bệnh tim mạch có liên quan nhiều đến bệnh sâu răng.

Từ khóa: Người cao tuổi, răng miệng và bệnh toàn thân, Sâu răng và bệnh toàn thân, Trung Hòa cầu giấy Hà Nội.

SUMMARY

THE ASSESSEMENT FACTORS RELATED TOOTH DECAY IN OLDER GROUP AT TRUNG HOA, MAI DICH AREA, CAU GIAY DISTRICT, HA NOI, 2015

Objective: The study aim to assess tooth decay status and factors effect to older group at Trung Hoa, Mai Dich area, Cau Giay District, Ha Noi, year 2015.

Material and Methode: The study is cross-section describing, using criterial diagnosis of WHO to assess decay status and the questionnaire to interview relational factor. **Result:** Study show if only brushing teeth 1 time/ day is 3.7 times more tooth decay risk than brushing teeth 3 times/day. In older group have cardiovascular have tooth decay risk more 2.6 times than older group have not this disease. In older group with diabetes is tooth decay more 2.9 times than older group non diabetes. The study is still no find more relation between tooth decay with kitney, lung, and rheumatic diseases. **Conclusion:** The number of brushing teeth daily and diabetes, cardiovascular is more relate to tooth decay.

Key words: older person, oral and system disease, tooth decay and system disease, Trung Hoa, Cau Giay, Ha Noi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuổi thọ trung bình của loài người đã tăng thêm gần 30 năm trong vòng một thế kỷ qua và cùng với nó số lượng NCT đang tăng lên nhanh chóng trên phạm vi toàn cầu, theo tính toán tới năm 2020 là 1 tỷ người và sẽ tăng tới 22% vào năm 2050 (khoảng 2 tỷ người). Việt Nam là một nước đang phát triển, số NCT đang có xu hướng tăng nhanh, tính đến cuối 2010, Việt Nam có hơn 8 triệu người cao tuổi, chiếm 9,4% dân số [1]. Tuổi già thường đi đôi với sức khỏe yếu và bệnh tật. Theo Điều tra Quốc gia mới nhất về NCT Việt Nam năm 2011, khoảng 95% NCT có bệnh, trung bình một NCT mắc 2,69 bệnh, chủ yếu là các bệnh mãn tính, không lây truyền [2]. Sâu răng và quanh răng vẫn là hai bệnh răng miệng phổ biến bên cạnh đó bệnh toàn thân thường gặp ở NCT như tim mạch, đái đường, thấp khớp, bệnh phổi, ung thư... Do vậy việc sử dụng thuốc điều trị tim mạch, thuốc ức chế miễn dịch, an thần, chống trầm cảm... cũng gây ảnh hưởng đến sức khỏe răng miệng và khả năng hợp tác trong điều trị.

Kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 cho thấy tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn có chiều hướng tăng theo tuổi, tỷ lệ sâu răng của đối tượng từ 45 tuổi trở lên trong toàn quốc là 78%; chỉ số SMT từ 6,09-11,66[3]. Phạm Văn

Việt và cs (2004) nghiên cứu trên người cao tuổi ở Hà Nội cho tỷ lệ sâu răng là 55,1%; DMFT là 12,6 [4]. Nhiều quốc gia trên thế giới đã tiến hành các nghiên cứu cơ bản, ứng dụng, đưa vấn đề sức khỏe răng miệng người cao tuổi thành chuyên khoa sâu, và đã có nhiều đề tài nghiên cứu về sức khỏe răng miệng người cao tuổi.

Tuy nhiên tại Việt Nam, các chương trình sức khỏe răng miệng người cao tuổi còn hạn chế, có ít nghiên cứu và chưa có nhiều hệ thống đào tạo cũng như cơ sở điều trị chuyên sâu về NCT. Việc đánh giá yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng của NCT chưa nhiều và hệ thống nên chưa đưa ra được những giải pháp hiệu quả để giúp NCT có thể chăm sóc phòng bệnh sâu răng cho bản thân để hạn chế những biến chứng mà sâu răng mang lại. Xuất phát từ tầm quan trọng và ý nghĩa trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đánh giá một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng ở người cao tuổi quận Cầu Giấy, Hà Nội năm 2015*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu là người từ 60 tuổi trở lên, không phân biệt nam nữ. Đang sinh sống và làm việc tại phường Trung Hòa Cầu Giấy, Hà Nội trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- Tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 11/2014 đến tháng 5/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu:

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

Áp dụng công thức:

Trong đó: p: Tỷ lệ mắc bệnh sâu răng tại cộng đồng của NCT (55.1%) [4]

d: Độ chính xác tuyệt đối (= 0,0244)

$Z_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05$, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Theo công thức tính được cỡ mẫu là 160 người.

2.3. Cách chọn mẫu: Chọn đối tượng nghiên cứu: Lên danh sách các người cao tuổi trong xã/phường, chọn ngẫu nhiên đơn người cao tuổi từ danh sách cho tới khi đủ cỡ mẫu thì dừng. Cỡ mẫu thực tế nghiên cứu là 160 NCT.

2.4. Các bước nghiên cứu

- Lập kế hoạch, lên danh sách và liên hệ mời NCT.

- Phòng vấn NCT theo bảng câu hỏi.

- Khám lâm sàng: Thu thập thông tin theo mẫu phiếu khám.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc sâu răng theo giới của đối tượng nghiên cứu

Giới	Sâu răng		Không sâu răng	
	SL	TL %	SL	TL %
Nữ	43	37,4	72	62,6
Nam	16	35,6	29	64,4
Tổng	59	36,9	101	63,1

Nhận xét: Kết quả bảng 3.1 cho thấy, tỷ lệ sâu răng của nhóm nghiên cứu là 36,9%, trong đó nữ giới tỷ lệ sâu răng của nữ là 37,4% và nam 35,6%.

Bảng 3.2. Phân bố tỷ lệ sâu răng theo nghề nghiệp

Nghề nghiệp	Sâu răng	Có sâu răng		Không sâu		Tổng số	
		SL	TL %	SL	TL %	SL	T %
Nông dân		19	41,3	27	58,7	46	100
Công nhân		11	35,5	20	64,5	31	100
Công chức/ viên chức		21	36,8	36	63,2	57	100
Khác*		8	30,8	18	69,2	26	100
Tổng cộng		59	36,9	101	63,1	160	100
P		0,84					

*Khác (nghề lao động tự do, buôn bán...).

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2 cho thấy, tỷ lệ mắc bệnh sâu răng cao nhất ở nhóm làm nghề nông nghiệp (41,3%), thấp nhất ở những người lao động tự do, những người có nghề nghiệp không ổn định (30,8%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.3. Phân bố tỷ lệ sâu răng theo trình độ học vấn

Trình độ học vấn	Sâu răng	Có sâu		Không sâu		Tổng số	
		SL	TL %	SL	TL %	SL	TL %
Không biết chữ		4	57,1	3	42,9	7	100
Hết tiểu học		21	44,7	16	55,3	47	100
Học hết trung học phổ thông		24	35,8	43	64,2	67	100
Trình độ từ trung cấp trở lên		10	26,3	29	73,7	39	100
Tổng cộng		59	36,9	101	63,1	160	100
P		0,29					

Nhận xét: Kết quả bảng 3.8 cho thấy, tỷ lệ sâu răng cao nhất ở những người không biết chữ là 57,1%, tiếp theo là nhóm người học hết tiểu học là 44,7% và thấp nhất ở những người có trình độ học vấn từ trung cấp trở lên là 26,3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Liên quan giữa hành vi chăm sóc răng miệng đối với bệnh sâu răng của nhóm nghiên cứu.

Các yếu tố hành vi	Có sâu		Không sâu		OR	95% CI	P
	SL	TL%	SL	TL%			
Số lần chải: ≥ 3 lần	5	18,5	22	81,8	1		
2 lần	33	37,9	54	62,1	2,7	0,91 – 7,95	0,06
1 lần	21	45,7	25	54,4	3,7	1,1 – 12,1	0,02
Cách chải răng: Chải xoay tròn	2	10,5	17	89,5	1		
Chải ngang	42	40,8	61	59,2	5,85	1,22 – 27,97	0,01
Chải dọc	7	46,7	8	53,3	7,44	1,03 – 53,87	0,02
Súc miệng sau ăn: Có	42	35,9	75	64,1	1		
Không	17	39,5	26	60,5	1,17	0,57 – 2,40	0,67
Loại nước súc miệng dùng: Nước	18	43,9	23	56,1	1		
Nước muối	27	30,7	61	69,3	0,57	0,26 – 1,23	0,14
Nước chè	3	37,5	5	62,5	0,77	0,16 – 3,71	0,74
Dung dịch súc miệng y tế	3	20,0	12	80,0	0,32	0,07 – 1,37	0,11

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 cho thấy những người chải răng 1 lần/ngày tỷ lệ mắc sâu răng cao hơn chải răng từ 3 lần trở lên tương ứng tỷ lệ 45,7% và 18,5% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Chải răng 1 lần/ngày có nguy cơ mắc sâu răng cao hơn 3,7 lần nhóm chải răng từ 3 lần trở lên ($OR=3,7$; 95% CI $\neq 1$).

Về cách chải răng: với nhóm đối tượng chải răng ngang có tỷ lệ mắc sâu răng cao hơn 5,85 lần nhóm chải răng xoay tròn ($OR = 5,85$; 95%CI $\neq 1$). Tỷ lệ sâu răng ở nhóm chải dọc cao gấp 7,44 lần so với nhóm chải xoay tròn. ($OR=7,44$; 95%CI $\neq 1$).

Bảng 3.5 *Mối liên quan giữa mắc các bệnh toàn thân với bệnh sâu răng của đối tượng nghiên cứu.*

Bệnh tật	Có sâu		Không sâu		OR	95% CI	P
	SL	TL %	SL	TL %			
Tim mạch: Không	16	24,2	50	75,8	1		
Có	43	45,7	51	54,3	2,63	1,29 – 5,37	0,006
Đái tháo đường: Không	47	33,6	93	66,4	1		
Có	12	60,0	8	40,0	2,97	1,11 – 7,91	0,022
Bệnh thận: Không	56	36,6	96	63,4	1		
Có	3	42,9	4	57,1	1,30	0,28 – 6,05	0,74
Bệnh phổi: Không	57	36,8	98	63,2	1		
Có	2	40,0	3	63,1	1,15	0,18 – 7,11	0,88
Bệnh thấp khớp: Không	42	35,3	77	64,7	1		
Có	17	41,5	24	58,5	1,30	0,63 – 2,69	0,48

Nhận xét: Kết quả bảng 3.5 cho thấy những người bị bệnh tim mạch bị sâu răng nhiều hơn không bị tương ứng với tỉ lệ (43% và 16%) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Người bị bệnh tim mạch có nguy cơ bị bệnh sâu răng cao gấp 2.6 so với người không bị bệnh tim mạch ($OR = 1,29 - 5,37$; $95\% CI \neq 1$); những người bị bệnh tiểu đường cũng bị sâu răng nhiều hơn không bị tương ứng tỉ lệ (60% và 36%). Người có bệnh tiểu đường có nguy cơ bị bệnh sâu răng cao gấp 2.97 lần so với người không bị bệnh tim mạch ($OR = 1,29 - 5,37$; $95\% CI \neq 1$); Các bệnh toàn thân khác như bệnh thận, bệnh phổi, bệnh và bệnh khớp có mối liên quan nhưng không chặt chẽ với bệnh sâu răng ($95\% CI \neq 1$).

IV. BÀN LUẬN

Về giới: Sâu răng ở cả 2 giới có tỷ lệ gần tương đương nhau, nam 35,6%, nữ 37,4% (bảng 3.1) tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với ($p > 0,05$).

Trình độ học vấn: ở những người có trình độ học cao có tỷ lệ sâu răng thấp hơn so với những người có trình độ học vấn thấp

Về thói quen VSRM: quả bảng 3.4 cho thấy số lần chải răng, phương pháp chải răng có liên quan đến bệnh sâu răng ở người cao tuổi, những người chải răng 1 lần/ ngày có nguy cơ mắc sâu răng cao hơn 3,7 lần so với chải từ 3 lần trở lên ($OR = 3,7$; $95\% CI \neq 1$). Phương pháp chải răng ngang có nguy cơ mắc sâu răng cao hơn 5,85 lần nhóm chải răng xoay tròn ($OR = 5,85$; $95\% CI \neq 1$). Còn phương pháp chải dọc có nguy cơ sâu răng cao gấp 7,44 lần so với chải xoay tròn. ($OR = 7,44$; $95\% CI \neq 1$). Súc miệng sau ăn và việc lựa chọn các loại nước súc miệng chưa có mối liên quan đến bệnh sâu răng. ($95\% CI = 1$). Điều này đã được rất nhiều NC đã chỉ ra, để làm sạch được mảng bám có hiệu quả không chỉ có số lần chải răng mà phương pháp chải cũng vô cùng quan trọng để giữ vệ cho miệng được tốt, đây

cũng là một trong số các yếu tố quyết định nguy cơ mắc bệnh sâu răng gia tăng hay thấp.

Về bệnh toàn thân: Với những đối tượng mắc bệnh tim mạch có tỷ lệ mắc sâu răng cao gấp 2,63 lần so với nhóm không bị bệnh tim mạch.

Nhóm mắc bệnh đái tháo đường có tỷ lệ mắc sâu răng cao gấp 2,97 lần so với nhóm không bị bệnh đái tháo đường. Bên cạnh đó nghiên cứu chỉ tìm thấy mối liên quan không chặt chẽ giữa các bệnh toàn thân khác như bệnh thận, phổi, thấp khớp với bệnh sâu răng (bảng 3.5). Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($95\% CI = 1$)

Lý giải điều này đã có nhiều NC chứng minh được với những người mắc nhiều bệnh toàn thân thì khoang miệng có sự hiện diện của nhiều vi khuẩn đặc biệt bệnh tiểu đường và tim mạch. Hành vi tự chăm sóc và vệ sinh răng miệng và tại các cơ sở nha khoa có lẽ bị cản trở bởi việc tự đi lại gặp khó khăn, chăm sóc cá nhân bị hạn chế đôi tay đã giảm độ khéo léo hoặc chứng run tay... Vì vậy, sức khỏe kém là một yếu tố nguy cơ tăng bệnh răng miệng như sâu hay quanh răng.

Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy: hiểu biết, thái độ và hành vi chăm sóc SKRM của người cao tuổi Hà Nội cũng nằm trong hoàn cảnh chung của người cao tuổi ở nhiều quốc gia, không kể nước có nền kinh tế phát triển hay chưa phát triển. Có nhiều người không hiểu biết về kiến thức răng miệng cơ bản, thiếu quan tâm tới SKRM. Những người cao tuổi có thói quen vệ sinh răng miệng chưa tốt, Có lẽ những điều này phản ánh đặc điểm tâm lý, nhận thức về sức khỏe răng miệng của họ. Trên cơ sở đó, chúng ta cần tìm ra biện pháp và hướng đi thích hợp mới có thể đem lại hiệu quả cho công tác giáo dục nha khoa.

V. KẾT LUẬN

- Người chải răng 1 lần/ngày có nguy cơ sâu răng nhiều hơn 3.7 lần so với người chải răng ≥ 3 lần/ngày.

- Người bị bệnh tim mạch có nguy cơ sâu răng

nhiều hơn 2,6 lần so với nhóm không bị bệnh.

- Người bị bệnh đái đường có tỷ lệ mắc sâu răng cao gấp 2,9 lần so với nhóm không bị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Giang Thanh Long (2012).** *Bảo trợ xã hội cho người già ở Việt Nam: thách thức và các biện pháp cải cách*, Hội nghị quốc tế về người cao tuổi, Malaysia tháng 7 năm 2012.
2. **Nguyễn Thanh Vân (2013).** Dân số đang già

nhân, Việt Nam cần làm gì?. *Dân số và Phát triển*, Số 11 (152).

3. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Đình Hải và Cs (2002).** *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Phạm Văn Việt (2004).** *Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi ở Hà Nội*, Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội, 14-15; 20-21; 68-69.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM KHÍ PHẾ THŨNG TRÊN HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH LỒNG NGỰC Ở BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Đào Ngọc Bằng**, Đồng Khắc Hưng*, Tạ Bá Thắng**

TÓM TẮT³⁴

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm khí phế thũng trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 66 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ngoài đợt cấp. Các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực độ phân giải cao. **Kết quả:** 80,30% bệnh nhân khí phế thũng toàn bộ tiểu thùy đơn thuần, tỷ lệ khí phế thũng toàn bộ tiểu thùy kết hợp với các thể khí phế thũng khác là 19,70%. Điểm khí phế thũng trung bình là $2,76 \pm 0,48$ với mức độ khí thũng nặng và rất nặng gặp chủ yếu (96,97%). Điểm khí phế thũng có tương quan thuận khá chặt chẽ với RV ($r = 0,537$, $p < 0,01$) và TLC ($r = 0,479$, $p < 0,01$). **Kết luận:** Hình ảnh chụp CLVT độ phân giải cao có giá trị trong đánh giá thể và mức độ khí phế thũng.

Từ khóa: Khí phế thũng; Chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao; Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

SUMMARY

STUDY THE CHARACTERISTICS OF PULMONARY EMPHYSEMA ON CHEST COMPUTED TOMOGRAPHY IMAGE IN PATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objects: To study the characteristics of emphysema on chest computed tomography image in patients with chronic obstructive pulmonary disease. **Subjects and methods:** The cross-sectional study was carried on 66 patients with stable chronic obstructive pulmonary disease. Patients underwent the high resolution computed tomography of the chest. **Results:** 80.30% of the patients had uniform panlobular emphysema, the portion of uniform panlobular emphysema combined other types of

emphysema was 19.70%. The average emphysema score was 2.76 ± 0.48 , the severe and very severe emphysema was 96.97% of patients. The emphysema score related significantly with RV ($r=0.537$, $p < 0.01$) and TLC ($r=0.479$, $p < 0.01$). **Conclusions:** High resolution computed tomography image has the value in the assessment of the type and severity of emphysema.

Keywords: Emphysema; High resolution computed tomography; Chronic obstructive pulmonary disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) hiện đang là một gánh nặng bệnh tật toàn cầu. Khí phế thũng (KPT) là một trong những rối loạn bệnh lý chủ yếu trong BPTNMT. KPT gây nên tình trạng khó thở, hạn chế hoạt động thể lực, rối loạn chức năng phổi và suy giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân BPTNMT. Đánh giá đặc điểm KPT giúp xác định kiểu hình, mức độ bệnh cũng như làm cơ sở cho các phương pháp điều trị lâu dài của BPTNMT (điều trị nội khoa, điều trị giảm thể tích phổi bằng nội soi hoặc kỹ thuật). Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực độ phân giải cao và đo thể tích khí cặn là những kỹ thuật xác định chẩn đoán và đánh giá chi tiết đặc điểm KPT ở bệnh nhân BPTNMT[4]. Tại Việt Nam, chụp CLVT độ phân giải cao được thực hiện phổ biến ở nhiều bệnh viện, nhưng các kỹ thuật đo thể tích ký thân còn ít được thực hiện. Mối tương quan giữa đặc điểm KPT trên hình ảnh CLVT với thể tích cặn và dung tích toàn phổi là vấn đề còn ít được nghiên cứu. Do vậy, đề tài này được thực hiện với nhằm nghiên cứu đặc điểm khí phế thũng trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính lồng ngực và mối liên quan với thể tích cặn và dung tích toàn phổi ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 66 bệnh nhân BPTNMT có khí phế thũng trên hình ảnh CLVT, điều trị nội trú tại khoa Lao và bệnh phổi -

*Học viện Quân y

**Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: bsdaongocbang@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 17.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2017

Ngày duyệt bài: 19.7.2017

Bệnh viện 103 từ 11/2013 đến 5/2017. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: chẩn đoán BPTNMT theo tiêu chuẩn của GOLD 2013, các bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt cấp, được chụp CLVT lồng ngực độ phân giải cao, có chỉ định đo thể tích ký thân. Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân có nhiễm khuẩn ở đường hô hấp, mắc các bệnh hô hấp khác phổi hợp, mắc bệnh tim mạch nặng (tăng huyết áp kịch phát, suy tim nặng, thiếu máu cơ tim nặng ...), bệnh nhân không hợp tác đo thể tích ký thân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được khám lâm sàng khi vào viện đánh giá các triệu chứng và được làm các xét nghiệm thường quy: công thức máu, sinh hóa máu, điện tim, siêu âm tim và chụp Xquang tim phổi chuẩn.

Chụp CLVT lồng ngực độ phân giải cao tại Khoa Xquang-Bệnh viện Quân y 103 bằng máy SOMATO SPRIT của hãng Siemens. Kỹ thuật chụp: độ dày lát cắt 2 mm, độ xuyên thấu 120 kV, 600 mA, chụp ở thì hít vào. Đánh giá tỷ trọng

theo đơn vị Hounsfield (HU). Tiêu chuẩn xác định KPT khi tỷ trọng của nhu mô phổi ≤ -950 HU. Xác định điểm và mức KPT theo tiêu chuẩn của Hinori M. (2007), đánh giá mức độ KPT trên hình ảnh CLVT lồng ngực tại 3 lớp cắt: Lớp cắt qua quai động mạch chủ, lớp cắt qua carina và lớp cắt trên điểm cao nhất của vòm hoành 1 cm. Thang điểm đánh giá mức độ KPT từ 0 đến 4: diện tích vùng KPT 0%: 0 điểm, < 5%: 0,5 điểm, 5 đến < 25%: 1 điểm, 25 đến < 50%: 2 điểm, 50 đến < 75%: 3 điểm, $\geq 75\%$: 4 điểm. Phân loại mức độ KPT: 0 điểm - không có KPT, < 1 điểm - KPT độ 1 (nhẹ), từ 1 đến < 2 điểm - KPT độ 2 (trung bình), từ 2 đến < 3 điểm - KPT độ 3 (nặng), từ 3 đến 4 điểm - KPT độ 4 (rất nặng). Phân loại thể khí KPT gồm: KPT trung tâm tiểu thùy, KPT toàn bộ tiểu thùy, KPT cạnh vách và bóng khí thũng.

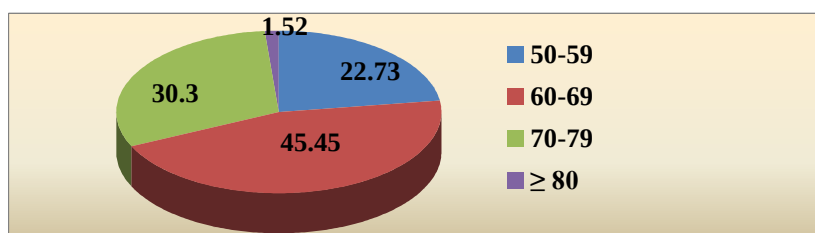
Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	n	%
Nam	66	100
Tuổi trung bình	65,80 $\pm$ 6,96	
Mức độ tắc nghẽn: - GOLD I	1	1,52
- GOLD II	11	16,67
- GOLD III	32	48,48
- GOLD IV	22	33,33

100% bệnh nhân nam, với độ tuổi trung bình là 65,80 $\pm$ 6,96 tuổi. Mức độ tắc nghẽn chủ yếu thuộc nhóm GOLD III (48,48%) và GOLD IV (33,33%). 11/66 bệnh nhân (16,67%) có mức độ tắc nghẽn đường thở thuộc GOLD II và chỉ có 1,52% bệnh nhân GOLD I.



Sơ đồ 1: Phân bố độ tuổi bệnh nhân

Tỷ lệ bệnh nhân có độ tuổi 60 – 69 cao nhất (45,45%), tiếp theo là nhóm bệnh nhân có độ tuổi 70 – 79 tuổi (30,30%), độ tuổi 50 – 59 tuổi (22,73%). Chỉ 1 bệnh nhân ≥ 80 tuổi (1,52%).

Bảng 2: Các thể khí phế thũng

Thể khí phế thũng	Số lượng	%
KPT toàn bộ tiểu thùy đơn thuần	53	80,30
KPT toàn bộ tiểu thùy + KPT cạnh vách	6	9,09
KPT toàn bộ tiểu thùy + Bóng khí thũng	3	4,55
KPT toàn bộ tiểu thùy + Bóng khí thũng + KPT cạnh vách	4	6,06
Tổng	66	100

80,30% bệnh nhân có KPT toàn bộ tiểu thùy đơn thuần, 9,09% bệnh nhân có KPT toàn bộ tiểu thùy kết hợp với KPT cạnh vách, KPT toàn bộ tiểu thùy kết hợp với KPT khác gặp tỷ lệ thấp (10,61%).

Bảng 3: Mức độ khí phế thũng

Mức độ khí phế thũng	Trung bình	Nặng	Rất nặng	Tổng
n	2	30	34	66
%	3,03	45,45	51,52	100
Điểm KPT trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	2,76 $\pm$ 0,48			

Điểm KPT trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2,76 $\pm$ 0,48 với mức độ KPT nặng và rất nặng gặp chủ yếu (96,97%). Chỉ 2/66 bệnh nhân (3,03%) có KPT mức độ trung bình. Không có bệnh nhân có KPT mức độ nhẹ hoặc không có KPT.

Bảng 4: Giá trị trung bình RV, TLC

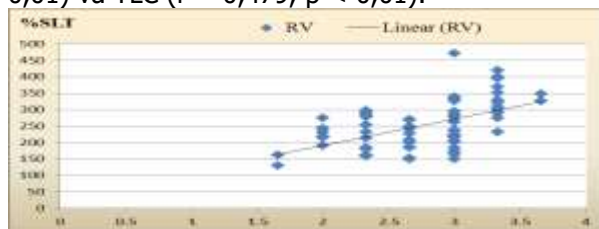
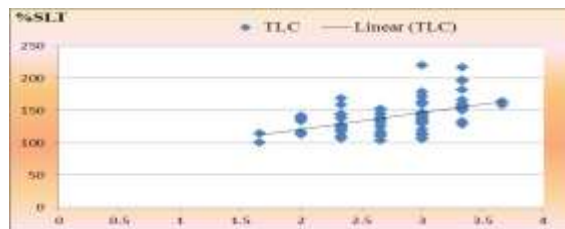
Giá trị trung bình RV, TLC	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
RV (% SLT)	252,00 $\pm$ 72,81	130,00	471,00
TLC (% SLT)	140,67 $\pm$ 26,17	101,00	220,00

Giá trị trung bình của RV và TLC đều tăng cao so với SLT, trong đó giá trị trung bình RV tăng nhiều hơn so với TLC (252,00 $\pm$ 72,81% SLT so với 140,67 $\pm$ 26,17 % SLT).

Bảng 5: Tương quan giữa điểm khí phế thũng với giá trị RV và TLC

Tương quan	r	p
RV	0,537	< 0,01
TLC	0,479	< 0,01

Điểm KPT trên hình ảnh CLVT có mối tương quan thuận khá chặt chẽ với giá trị RV (r = 0,537, p < 0,01) và TLC (r = 0,479, p < 0,01).

**Sơ đồ 2:** Tương quan giữa điểm KPT và RV**Sơ đồ 3:** Tương quan giữa điểm KPT và TLC

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:

Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 65,80 $\pm$ 6,96 tuổi. Nhóm tuổi 60 - 69 tuổi gặp nhiều nhất là 30/66 bệnh nhân (45,45%), nhóm 70 - 79 tuổi có 20 bệnh nhân (30,30%), nhóm $\geq$ 80 tuổi chỉ có 1 bệnh nhân (1,52%). 100% bệnh nhân là nam giới. Kết quả gặp tỷ lệ bệnh nhân tuổi cao và nam giới phù hợp với kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước: Hoàng Đình Hữu Hạnh và CS (2008) thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân BPTNMT là 63 $\pm$ 11,97 tuổi, nam giới chiếm 87%. Nguyễn Huy Lực (2010) nghiên cứu trên 50 bệnh nhân BPTNMT, trong đó nam chiếm 92% và các bệnh nhân đều độ tuổi > 50 tuổi [3]. Herth và CS (2010) gặp độ tuổi trung bình của bệnh nhân nghiên cứu là 65,3 $\pm$ 6,8 tuổi [6].

Khi phân loại mức độ tắc nghẽn đường thở, kết quả cho thấy bệnh nhân BPTNMT chủ yếu thuộc GOLD III (48,48%) và GOLD IV (33,33%), chỉ có 1,52% bệnh nhân GOLD I. Kết quả nghiên cứu phản ánh các bệnh nhân BPTNMT nhập viện chủ yếu ở giai đoạn muộn và bệnh ở mức độ nặng. Đặc điểm này cũng phù hợp với các

nghiên cứu của Nguyễn Huy Lực (2010) gặp tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT ở giai đoạn muộn (GOLD III, IV) là 68% [3].

4.2. Đặc điểm khí phế thũng trên chụp cắt lớp vi tính

- **Về thể KPT:** kết quả nghiên cứu cho thấy 80,30% bệnh nhân có KPT toàn bộ tiểu thùy đơn thuần, 9,09% bệnh nhân có KPT toàn bộ tiểu thùy kết hợp với KPT cạnh vách, KPT toàn bộ tiểu thùy kết hợp với KPT khác gặp tỷ lệ thấp (10,61%). Herth F.J. và CS (2010) thấy ở bệnh nhân BPTNMT thường gặp KPT trung tâm tiểu thùy [6]. Kết quả nghiên của chúng tôi có sự khác biệt so với các tác giả nước ngoài có thể do các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khi nhập viện đều ở giai đoạn nặng (giai đoạn III, IV) với biểu hiện lâm sàng chủ yếu là thể hỗn hợp hoặc thể KPT ưu thể (KPT toàn bộ tiểu thùy) với nhiều biến chứng như suy hô hấp, tâm phế mạn. Đây cũng là vấn đề khó khăn cho chỉ định các kỹ thuật can thiệp như làm giảm thể tích phổi (nội soi hoặc phẫu thuật) bởi thực hiện các kỹ thuật này ở thùy dưới sẽ khó khăn và ít hiệu quả hơn ở thùy trên của phổi.

- **Về mức độ KPT:** điểm KPT trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 2,76 $\pm$ 0,48 với

KPT mức độ nặng 45,45%, mức độ rất nặng gấp 51,52%. Kết quả nghiên cứu của Phạm Kim Liên (2012): ở các bệnh nhân BPTNMT nhập viện, tỷ lệ KPT nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ 38,7% [2]. Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có mức độ KPT nặng cao hơn. Đặc điểm này liên quan đến việc lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu, là các bệnh nhân KPT nặng chuẩn bị cho các biện pháp điều trị giảm thể tích phổi. Ở những bệnh nhân này, việc điều trị và tiên lượng bệnh sẽ có nhiều khó khăn do các bệnh nhân thường kèm theo các biến chứng nặng (suy hô hấp, suy tim mạn tính, tràn khí màng phổi, nhiễm trùng phổi-phế quản tràng diễn), do vậy khả năng hoạt động thể lực cũng như chất lượng cuộc sống giảm nhiều.

- Tương quan giữa mức độ KPT trên CLVT với giá trị RV, TLC: ở các bệnh nhân nghiên cứu giá trị trung bình của RV và TLC đều tăng so với số lý thuyết (SLT), đặc biệt giá trị trung bình RV tăng rất cao ($252,00 \pm 72,81\%$ SLT). Điểm KPT trên CLVT có mối tương quan thuận khá chặt chẽ với giá trị RV ($r = 0,537$, $p < 0,01$) và TLC ($r = 0,479$, $p < 0,01$). Madani A. và CS (2004) thấy tỷ lệ phù hợp giữa chẩn đoán KPT trên CLVT với đo thể tích ký thân là 96% [7]. Paul S. và CS (2010) thấy ở bệnh nhân BPTNMT ngoài đợt bùng phát chỉ số KPT có mối tương quan thuận chặt chẽ với mức tăng RV. Kết quả về mối tương quan này có nghĩa quan trọng trên thực hành lâm sàng. Ở những cơ sở y tế không có điều kiện đo được thể tích ký thân, thầy thuốc có thể dựa vào kết quả chụp CLVT để suy đoán giá trị của các thể tích khí cặn và dung tích toàn phổi ở bệnh nhân BPTNMT, góp phần

nâng cao hiệu quả chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh.

V. KẾT LUẬN

80,30% bệnh nhân có KPT toàn bộ tiểu thùy đơn thuần, 19,70% có KPT toàn bộ tiểu thùy kết hợp với các thể KPT khác. Điểm KPT trung bình là $2,76 \pm 0,48$ với mức độ KPT nặng và rất nặng gấp chủ yếu (96,97%).

Điểm KPT có tương quan thuận khá chặt chẽ với RV ($r = 0,537$, $p < 0,01$) và TLC ($r = 0,479$, $p < 0,01$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Đình Hữu Hạnh (2008)**, Mối liên quan giữa độ khó thở và các chỉ số hô hấp ký ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, *Tạp chí Y dược Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 12, phụ bản số 1.
2. **Phạm Kim Liên (2012)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và biến đổi một số cytokine ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, *Lược án tiến sĩ y học*, Học viện Quân y, Hà Nội.
3. **Nguyễn Huy Lực (2010)**, Nghiên cứu đặc điểm thông khí phổi và hình ảnh Xquang phổi chuẩn theo thể và giai đoạn bệnh ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính đợt bùng phát, *Tạp chí Y học thực hành*, 714 (4), tr. 26-29.
4. **Benjamin M.S, Austin J.H.M. (2014)**, Pulmonary emphysema subtypes on computer tomography in smokers. *Am J Med* 2014; 127:1.
5. **Garfield J.L, Marchetti N., Gaughan J.P et al (2012)**, Total lung capacity by plethysmography and high-resolution computed tomography in COPD, *International Journal of COPD* 2012;7 119-126
6. **Herth F.J, Eberhard R., Gompelmann D. et al (2010)**, Bronchoscopic lung volume reduction with a dedicated coil: a clinical pilot study. *Ther Adv Respir Dis* 2010; 4:225.
7. **Madani A., Keyzer C., Gevenois P.A. (2004)**, Computed tomography assessment of lung structure and function in pulmonary emphysema. *Eur Respir J* 2004, 30: 145-160.

THỰC TRẠNG ĐÁP ỨNG CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN VỀ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỢT QUÝ GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN, NĂM 2017

Đỗ Đào Vũ¹, Diễm Thị Chung²

TÓM TẮT³⁵

Mục tiêu: mô tả thực trạng đáp ứng của điều dưỡng viên về một số nhu cầu chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh đợt quý giai đoạn cấp tại bệnh viện

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2017

Ngày duyệt bài: 18.7.2017

Thanh Nhàn, năm 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 120 người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân bị đợt quý giai đoạn cấp, có tình trạng thiếu sót thần kinh không còn tiến triển. **Kết quả:** Về nhu cầu chăm sóc da, tỷ lệ NB được ĐDV đáp ứng đầy đủ nhu cầu cao nhất ở nội dung dùng đệm chống loét (66,7%) và thấp nhất ở nội dung xoay trở 2 lần/ngày (30%). Về nhu cầu chăm sóc phòng ngừa táo bón, mức độ đáp ứng của ĐDV đầy đủ nhất ở nội dung ăn thức ăn dễ tiêu, thêm chất xơ (20,8%), tiếp theo là xoa bóp theo khung đại tràng (17,6%). Về nhu cầu chăm sóc ăn uống, đáp ứng đầy

đủ nhu cầu cho ăn qua thông (61,9%), nhưng có đến 23,8% NB không được ĐDV đáp ứng. Có tới 38,5% trường hợp không được hướng dẫn cách cho ăn để tránh sặc. Tỷ lệ NB được đáp ứng đầy đủ các nhu cầu cao nhất đối với nội dung cố định thông tiểu đúng khi xoay trở/ vận động chiếm 47,8%. **Kết luận:** Tỷ lệ điều dưỡng viên đáp ứng nhu cầu chăm sóc về các nội dung chăm sóc ăn uống, phòng ngừa loét, táo bón và chăm sóc đường tiểu, bàng quang ở mức chưa cao.

Từ khóa: đột quỵ não, chăm sóc điều dưỡng

SUMMARY

AN INVESTIGATION INTO NURSES' RESPONSE TO THE NEEDS OF CARE OF STROKE PATIENTS AT THE ACUTE PHASE AT THANH NHAN HOSPITAL, 2017

Objective: to describe the current state of Thanh Nhan hospital's nurses' response to the needs of care of patients with acute stroke in 2017. **Subjects and methodology:** a cross sectional study on 120 patients with acute stroke and nonprogressive neurological deficits and their family members. **Results:** as far as skin care concerned, the help with "anti-ulcer cushion usage" got the highest appreciate from 66.7% of the patients and "change position 2 times per day" got the lowest (40%). In terms of constipation prevention, most of the patients received the instruction on eating digestible food and high fiber food (20.8%) followed by the collon massage (17.6%). 61.9% of the patients were guided carefully about tube feeding, but 23.8% were not guided at all. 38.5% of the patients complained about not having any guidance of how to avoid choking while eating. The majority of the patients (47.8%) were told about how to keep urine catheters in place during rolling or moving. **Conclusion:** there was not a high rate of nurses' response to stroke patients' needs of care for eating, ulcer and constipation prevention, urinary tracts and bladder.

Key words: stroke, caregiver, nurses

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" [1]. Khi bị đột quỵ, 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 quỵ 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 điều dưỡng đúng cách [2]. Tuy nhiên, hiện nay ở Việt Nam, công tác chăm sóc điều dưỡng cho NB còn chưa được quan tâm đúng

mức, thể hiện ở việc hạn chế về nhận thức và trong đầu tư về nhân lực, cơ sở hạ tầng, trang thiết bị chuyên dụng cho công tác này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng đáp ứng của điều dưỡng viên về một số nhu cầu chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại bệnh viện Thanh Nhân, năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 120 người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân bị đột quỵ giai đoạn cấp, có tình trạng thiếu sót thần kinh không còn tiến triển.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh hoặc người nhà NB đột quỵ giai đoạn cấp từ 18 tuổi trở lên, điều trị tại 03 khoa: Thần kinh, Đột quỵ và Hồi sức tích cực của bệnh viện Thanh Nhân, có tình trạng thiếu sót thần kinh không còn tiến triển.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh hoặc người nhà NB đột quỵ không có khả năng nghe, nói bình thường và chưa đủ 18 tuổi theo năm sinh dương lịch; Người bệnh đột quỵ là thân nhân của nhân viên bệnh viện; Người bệnh đột quỵ đã qua giai đoạn cấp (thời gian bệnh hơn 6 tuần kể từ ngày khởi phát cơn đột quỵ); Người nhà NB không thường xuyên chăm sóc NB tại bệnh viện; Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại 03 khoa Thần kinh, Đột quỵ và Hồi sức tích cực của bệnh viện Thanh Nhân từ 3/2017 đến tháng 7/2017.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ NB đột quỵ giai đoạn cấp đang nằm điều trị nội trú tại 3 khoa (Đột quỵ, Thần kinh và Hồi sức tích cực), có 120 người bệnh đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.4.2. Chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân điều trị tại 03 khoa Thần kinh, Đột quỵ và Hồi sức tích cực thuộc Bệnh viện Thanh Nhân từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, được chẩn đoán đột quỵ giai đoạn cấp. Được khám lâm sàng, làm đầy đủ các xét nghiệm: chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính hoặc Cộng hưởng từ) và các xét nghiệm máu, nước tiểu. **Vật liệu và công cụ nghiên cứu:** Mẫu bệnh án nghiên cứu, phiếu phỏng vấn; mẫu đồng ý tham gia nghiên cứu.

Các tiêu chí chẩn đoán đột quỵ giai đoạn cấp: Lâm sàng có thiếu sót về thần kinh khu trú; tổn thương dạng mạch máu trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ; đang điều trị tại đơn vị cấp cứu khoa Thần kinh, Đột quỵ và Hồi sức tích cực.

2.5. Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả để mô tả tần số, tỷ

lệ% với các biến định tính, tính trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng.

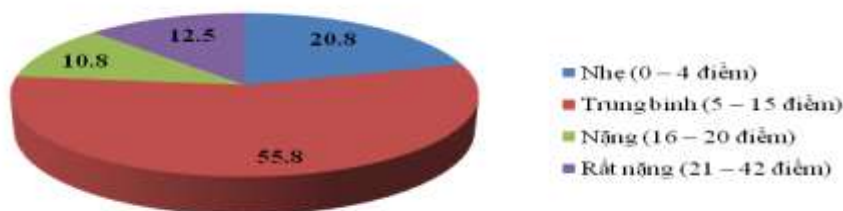
2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài thông qua hội đồng y đức của trường Đại học Y tế công cộng.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi và giới

	Số bệnh nhân (n=120)		Tỷ lệ %	
	Nam	Nữ		
Giới (nam/nữ)	63	57	52,5	47,5
Tuổi (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	68,4 $\pm$ 1,3			

Tỷ lệ nam và nữ là tương đồng với 52,5% NB nữ và 47,5% NB nam.



Biểu đồ 3.3. Phân loại mức độ đột quỵ 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.

Bảng 2. Mức độ đáp ứng của Điều dưỡng viên về chăm sóc da (n=120)

Nội dung chăm sóc da	Số có nhu cầu	Mức độ đáp ứng		
		Không đáp ứng	Chưa đầy đủ	Đầy đủ
Giữ da khô ráo	61	19 31,1%	20 32,8%	22 36,1%
Vệ sinh da hằng ngày	63	18 28,6%	23 36,5%	22 34,9%
Dùng nệm chống loét	9	0 0%	3 33,3%	6 66,7%
Xoay trở 2 giờ/lần	75	30 40,0%	22 29,3%	23 30,7%
Giữ vệ sinh, rửa, thay băng vết loét	8	0 0%	4 50,0%	4 50,0%

Tỷ lệ NB được ĐDV đáp ứng đầy đủ nhu cầu cao nhất ở nội dung dùng nệm chống loét (66,7%) và thấp nhất ở nội dung xoay trở 2 lần/ngày (40%).

Bảng 3. Mức độ đáp ứng của ĐDV về chăm sóc phòng ngừa táo bón (n=120)

Nội dung chăm sóc phòng ngừa táo bón	Số có nhu cầu	Mức độ đáp ứng		
		Không đáp ứng	Chưa đầy đủ	Đầy đủ
Ăn thức ăn dễ tiêu, thêm chất xơ	101	38 38,0%	41 41,0%	21 21,0%
Tăng cường vận động	117	39 33,3%	74 63,2%	4 3,4%
Uống ít nhất 2 lít nước mỗi ngày	119	94 79,0%	24 20,2%	1 0,8%
Xoa bóp theo khung đại tràng	36	21 61,8%	7 20,6%	6 17,6%
Tập thói quen đại tiện đúng giờ	34	29 87,9%	4 12,1%	0 0%

Mức độ đáp ứng của ĐDV đối với nhu cầu của NB về chăm sóc phòng ngừa táo bón đầy đủ nhất ở nội dung ăn thức ăn dễ tiêu, thêm chất xơ (20,8%), tiếp theo là nội dung xoa bóp theo khung đại tràng (17,6%).

Bảng 4. Mức độ đáp ứng của ĐDV về chăm sóc ăn uống (n=120)

Nội dung chăm sóc ăn, uống	Số có nhu cầu	Mức độ đáp ứng		
		Không đáp ứng	Chưa đầy đủ	Đầy đủ
Cho ăn qua sonde	21	5	3	13
		23,8%	14,3%	61,9%
Chế độ ăn phù hợp với bệnh lý	101	44	46	11
		43,6%	45,5%	10,9%
Cách cho ăn để tránh nghẹn, sặc	26	10	8	8
		38,5%	30,8%	30,8%

Có 21/120 NB có nhu cầu cho ăn qua thông (17,5%), trong đó 13 NB được đáp ứng đầy đủ theo nhu cầu (61,9%), 23,8% NB không được ĐDV đáp ứng. Có tới 38,5% trường hợp không được hướng dẫn cách cho ăn để tránh sặc

Bảng 5: Mức độ đáp ứng của ĐDV về chăm sóc đường tiểu, bàng quang (n=120)

Nội dung chăm sóc đường tiểu, bàng quang	Số có nhu cầu	Mức độ đáp ứng		
		Không đáp ứng	Chưa đầy đủ	Đầy đủ
Vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày	62	24	35	3
		38,7%	56,5%	4,8%
Cổ định thông tiểu đúng khi xoay trở/ vận động	23	9	3	11
		39,2%	13,0%	47,8%
Uống ít nhất 2 lít nước mỗi ngày	119	88	30	1
		73,9%	25,3%	0,8%
Giữ vệ sinh thông tiểu, đặt thông tiểu, rửa bàng quang đúng quy trình kỹ thuật	27	12	7	8
		44,5%	25,9%	29,6%

Tỷ lệ NB được đáp ứng đầy đủ các nhu cầu cao nhất đối với nội dung cổ định thông tiểu đúng khi xoay trở/ vận động (47,8%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ NB được đáp ứng đầy đủ 3 nội dung chăm sóc da ở nghiên cứu của chúng tôi còn thấp (xoay trở 2 giờ/ lần: 30,7%; vệ sinh da hằng ngày: 34,9% và giữ da khô ráo: 36,1%). Điều này cho thấy ĐDV đã chưa thực hiện hết trách nhiệm của mình, chỉ làm tốt theo y lệnh rửa, thay băng loét, còn xem nhẹ việc tư vấn, hướng dẫn, hỗ trợ NB hoặc người nhà NB thực hiện các nội dung chăm sóc da. Táo bón là một trong những biến chứng thường gặp trên NB đột quỵ [3]. Tuy vậy, ĐDV chưa đáp ứng đầy đủ các nội dung chăm sóc dự phòng táo bón như tăng cường vận động, tập thói quen đại tiện đúng giờ, uống ít nhất 2 lít nước mỗi ngày để tránh tình trạng căng bả thức ăn bị vón cục và giúp cơ thể NB dễ tiêu hoá hơn. Điều này cho thấy đáp ứng của ĐDV về chăm sóc phòng ngừa táo bón cho NB đột quỵ là còn nhiều hạn chế. Nhận định này cũng được tác giả Hoàng Ngọc Thắm đưa trong nghiên cứu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2012 [2]. Tỷ lệ NB được đáp ứng đầy đủ nhu cầu ăn uống thấp hơn rất nhiều (chế độ ăn phù hợp: 10,9% so với 59,8%; cho ăn qua sonde: 61,9% so với 91,7%) [2]. Về nội dung hướng dẫn cách cho ăn để tránh nghẹn, sặc, tỷ lệ NB được đáp ứng đầy đủ nhu cầu cao hơn so với nghiên cứu của tác

giả Hoàng Ngọc Thắm (30,8% so với 5,8%) [2], nhưng đây cũng là nội dung quan trọng ĐDV cần phải chú ý vì tai biến nghẹn, sặc thường hay xảy ra với NB đột quỵ và gây nguy hiểm đến tính mạng nếu không phát hiện và xử lý kịp thời. Việc đáp ứng các nhu cầu chăm sóc đường tiểu, bàng quang của ĐDV còn chưa tốt, chưa đầy đủ, đặc biệt đối với nhu cầu vệ sinh bộ phận sinh dục hàng ngày (38,7% NB chưa được hướng dẫn thực hiện; 95,1% NB chưa được hỗ trợ - thực hiện); 76,7% NB không được hướng dẫn, nhắc nhở về việc phải uống ít nhất 2 lít nước mỗi ngày. Những thiếu sót này có thể dẫn đến nguy cơ NB bị nhiễm khuẩn đường tiết niệu - một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp và có tỷ lệ khá cao đặc biệt đối với NB có đặt sonde tiểu [4], [5].

Đáp ứng đầy đủ các nhu cầu chăm sóc toàn diện của NB trong điều kiện của Việt Nam là thách thức không nhỏ đối với đội ngũ ĐDV của bệnh viện. Với tỷ lệ hài lòng và rất hài lòng của NB trong nghiên cứu này, tác giả đánh giá mức độ đáp ứng nhu cầu chăm sóc điều dưỡng cho NB của ĐDV bệnh viện Thanh Nhàn ở mức khá. Tuy nhiên tỷ lệ NB hài lòng trong nghiên cứu này thấp hơn so với kết quả các nghiên cứu về sự hài lòng của NB đối với các dịch vụ y tế tại các bệnh viện khác như nghiên cứu của tác giả Lý Thị

Thúy năm 2014 [6] về sự hài lòng của NB và người nhà NB với các dịch vụ y tế tại Khoa Khám bệnh – bệnh viện Bạch Mai và một số yếu tố ảnh hưởng (tỷ lệ hài lòng chung với dịch vụ y tế tại Khoa là 90,5%; nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Chiến và cộng sự [7] về những yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh khám chữa bệnh tại một số bệnh viện đa khoa hạng I Thành phố Hồ Chí Minh năm 2014 trên 1.137 người bệnh từ 16 tuổi trở lên cho thấy tỷ lệ hài lòng chiếm 95,1%. Như vậy, mặc dù mức độ hài lòng của NB đối với công tác chăm sóc của ĐDV là khá cao, nhưng còn thấp hơn so với nhiều bệnh viện tuyến Trung Ương, với các điều kiện cơ sở vật chất, nguồn nhân lực và trình độ nhân viên hơn so với bệnh viện Thanh Nhàn. Kết quả này cũng cho thấy, bệnh viện cần tiếp tục cải thiện chất lượng dịch vụ chăm sóc cho NB đột quỵ, giúp cho công tác chăm sóc NB ngày một tốt hơn, góp phần cải thiện chất lượng điều trị cho NB.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ điều dưỡng viên đáp ứng nhu cầu chăm sóc về các nội dung chăm sóc ăn uống, phòng ngừa loét, tảo bón và chăm sóc đường tiêu, bàng quang còn ở mức chưa cao, cụ thể là: mức độ đáp ứng của ĐDV đối với nhu cầu của NB về chăm sóc phòng ngừa tảo bón đầy đủ nhất ở nội dung ăn thức ăn dễ tiêu, thêm chất xơ (20,8%), tiếp theo là nội dung xoa bóp theo khung đại tràng (17,6%). 61,9% bệnh nhân được đáp ứng đầy đủ nhu cầu hướng dẫn về cho ăn qua thông,

còn 23,8% NB không được ĐDV đáp ứng. Có tới 38,5% trường hợp không được hướng dẫn cách cho ăn để tránh sặc. Tỷ lệ NB được đáp ứng đầy đủ các nhu cầu cao nhất đối với nội dung cố định thông tiểu đúng khi xoay trở/ vận động chiếm 47,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Nurses Association**, *Optimal Nurse Staffing to Improve Quality of Care and Patient Outcomes: Executive Summary*, 2015; p 250-310
2. **Hoàng Ngọc Thắm**, *Thực trạng nhu cầu và chăm sóc phục hồi chức năng 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, 2012; Đại học Y tế công cộng, HN.
3. **Trần Văn Chương**, "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*, 2006; 11, tr. 47-50.
4. **Lê Việt Lượng**, *Đánh giá bước đầu tình hình nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở bệnh nhân có đặt sonde tiểu tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - CuBa Đồng Hới*, 2007 truy cập ngày 01/12/2016, tại trang web <http://203.162.18.29/upload/HNDD018-2009.pdf>.
5. **Nguyễn Thị Huệ và Vũ Thị Bích Hạnh**, "Tỷ lệ thương tật thứ cấp ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não giai đoạn sớm", *Nghiên cứu y học*, 2008; 2(54), tr. 63-67.
6. **Lý Thị Thủy**, *Sự hài lòng của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân với các dịch vụ tại khoa Khám bệnh- Bệnh viện Bạch Mai năm 2014 và một số yếu tố ảnh hưởng*, Luận văn thạc sĩ Quản lý bệnh viện, 2014; Đại học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Văn Hưng, Lê Thanh Chiến và Phạm Văn Thao**, *Nghiên cứu yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh về khám, chữa bệnh tại một số bệnh viện đa khoa hạng I thuộc Thành Phố Hồ Chí Minh*, Luận văn Thạc sỹ, 2014; Học viện Quân Y.

KHẢO SÁT CÁC BỆNH LÝ PHỐI HỢP VÀ THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC Ở BỆNH NHÂN GÚT VÀO ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Đình Khoa*

TÓM TẮT³⁶

Mục đích nghiên cứu: Khảo sát tiền sử gia đình, bệnh lý kèm theo và thực trạng sử dụng thuốc điều trị bệnh gút ở bệnh nhân gút vào điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên những bệnh nhân được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2015, đến khám và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ

9/2016 đến 4/2017. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 80 bệnh nhân (75 nam và 5 nữ), tuổi trung bình 58,9 ± 1,9. Tiền sử bản thân và bệnh lý phối hợp gồm tăng huyết áp (60%), đái tháo đường (16,2%), sử dụng rượu bia (86,2%), béo phì (22,5%), béo bụng (65%), rối loạn mỡ máu (87,5%), bệnh thận mạn độ III trở lên (50%). Nồng độ acid uric (AU) máu trung bình 9,63 ± 2,35 mg/dL, tỷ lệ tăng AU máu là 91,2%. Chỉ có 18,8% đang sử dụng thuốc hạ AU máu. Thuốc sử dụng trong đợt cấp gồm NSAIDs (15%), corticoid (13,8%), colchicine (20%), thuốc nam/bắc (38,8%) và không rõ loại (36,3%). **Kết luận:** Bệnh nhân gút có tỷ lệ mắc các bệnh phối hợp cao là tăng huyết áp, béo phì, béo bụng, rối loạn mỡ máu, bệnh thận mạn. Hầu hết bệnh nhân chưa được điều trị thuốc hạ acid máu.

Từ khóa: Gút, bệnh phối hợp, tăng acid uric máu, điều trị gút.

*Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Khoa
Email: kn386@nyu.edu
Ngày nhận bài: 18.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017
Ngày duyệt bài: 19.7.2017

SUMMARY

A SURVEY OF COMORBIDITIES AND THE STATUS OF GOUT MANAGEMENT IN PATIENTS COMING TO CHO RAY HOSPITAL

Purpose: To assess the family history, comorbidities and status of gout management in patients prior to treating at Cho Ray Hospital. **Patients and Methods:** A cross-sectional and descriptive study on patients diagnosed with gout according to 2015 ACR/EULAR criteria, examined and treated at Cho Ray Hospital during the period from September 2016 to April 2017. **Results:** We recruited 80 patients (95 males and 5 females) with mean age of 58.9 ± 1.9 . Comorbidities included hypertension (60%), diabetes (16.2%), alcohol consumption (86.2%), obesity (22.5%), waist obesity (65%), hyperlipidemia (87.5%), chronic kidney disease grade III or above (50%). Mean serum uric acid was 9.63 ± 2.35 mg/dl and hyperuricemia rate was 91.2%. Only 18.8% was taking urate lowering therapy. Medications used for acute attacks included NSAIDs (15%), corticoid (13.8%), colchicine (20%), herbal and oriental remedies (38.8%), and unknown (36.3%). **Conclusions:** The most common commodities in gout patients are hypertension, obesity, lipid disorders, and chronic kidney disease. Majority of patients are not on urate lowering therapy.

Keywords: Gout, comorbidities, hyperuricemia, urate lowering therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gút là bệnh viêm khớp do rối loạn chuyển hóa, có liên quan tới tình trạng tăng acid uric máu dẫn đến sự lắng đọng các tinh thể monosodium urate ở khớp và các mô khác. Bệnh ngày càng trở nên phổ biến trên phạm vi toàn cầu với ước tính tỷ lệ lưu hành khoảng 1-2% dân số người lớn ở các nước phát triển và là vấn đề có tính sức khỏe cộng đồng, với gánh nặng bệnh tật ngày càng gia tăng [7,6].

Ngoài việc gây những tổn thương xương khớp, tình trạng tăng acid uric máu và lắng đọng tinh thể urate ở các mô gây những tổn thương có tính chất toàn thân, như làm gia tăng bệnh lý tim mạch, rối loạn chuyển hóa, bệnh lý thận mạn, suy thận,... Ngày càng có nhiều chứng cứ cho thấy tăng acid uric máu và bệnh gút là một phần của rối loạn chuyển hóa, với thực tế là nhiều bệnh nhân gút đồng thời cũng có những bệnh lý phối hợp như bệnh lý mạch vành, tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì, rối loạn lipid máu [1,2]. Hơn nữa, tình trạng tăng acid uric máu và bệnh gout được coi là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với một số bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, bệnh thận mạn và ngược lại việc sử dụng một số thuốc như aspirin liều thấp, lợi tiểu, ức chế beta giao cảm lại được

cho là có thể góp phần làm tăng acid uric máu và tăng nguy cơ bệnh gút [6]. Điều trị bệnh gút hiện nay đòi hỏi sự kiểm soát bệnh một cách toàn diện, trong đó có việc khống chế một cách hiệu quả và an toàn các cơn cấp, sử dụng dài hạn các thuốc hạ acid uric máu nhằm duy trì acid uric máu mục tiêu dưới 6 mg/dL, đồng thời kiểm soát tốt các rối loạn liên quan. Mặc dù bệnh ngày càng phổ biến và có thể gây nhiều hậu quả nghiêm trọng, song trên thực tế nhiều bệnh nhân vẫn chưa được điều trị và việc quản lý và điều trị bệnh gút còn rất nhiều hạn chế và bất hợp lý, kể cả ở những nước phát triển [3].

Tuy nhiên, trong những năm gần đây cùng với sự phát triển kinh tế, xã hội, mức sống của người dân ngày càng được cải thiện, sự già hóa về mặt dân số, làm cho tỷ lệ bệnh gút thường gặp hơn, trở thành gánh nặng rất lớn cho nền y tế. Hiện nay, theo một số thống kê, gút là một trong những bệnh lý hay gặp nhất ở những bệnh nhân nội trú điều trị tại chuyên khoa cơ xương khớp. Trên thực tế lâm sàng, chúng tôi nhận thấy đa phần bệnh nhân gút đến khám và điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy chưa được điều trị, hoặc điều trị chưa đầy đủ, chưa hợp lý dẫn đến bệnh ngày càng tiến triển nặng với nhiều biến chứng như tổn thương xương khớp nặng, giảm chức năng vận động, tàn phế, loét nhiễm trùng tophi, suy thận làm ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe và chất lượng cuộc sống của người bệnh.

Để hiểu biết rõ hơn về các đặc điểm bệnh tật và thực tế điều trị bệnh gút hiện nay, đề tài này được thực hiện nhằm mục tiêu khảo sát các bệnh lý phối hợp và thực trạng sử dụng thuốc liên quan đến điều trị bệnh gút ở những bệnh nhân vào điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nam hay nữ từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán gút theo tiêu chuẩn ACR-EULAR 2015 của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Liên đoàn chống thấp khớp Châu Âu [5], vào điều trị tại Khoa Nội Cơ Xương Khớp hoặc phòng khám Nội Cơ Xương Khớp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 09/2016 đến hết tháng 04/2017 và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân bị gút thứ phát.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang, mô tả.

Các nội dung nghiên cứu: Thu thập các đặc điểm cá nhân và xã hội, bao gồm tuổi, giới, nơi sinh sống (thành thị, nông thôn), thói quen sử dụng rượu bia, ghi nhận các bệnh lý của bệnh

nhân đã được chẩn đoán trước đó hoặc đang điều trị bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn, rối loạn lipid máu, các bệnh lý khác, thời gian mắc bệnh gút, tiền sử sử dụng thuốc điều trị gút. Các bệnh nhân được đo chiều cao, cân nặng, tính chỉ số khối cơ thể BMI, đo vòng eo, béo bụng trung tâm khi vòng eo ở nam ≥ 90 cm và vòng eo ở nữ ≥ 80 cm (theo tiêu chuẩn hội chứng chuyển hóa ở người Châu Á). Các xét nghiệm cận lâm sàng chính bao gồm công thức máu vi, tốc độ lắng máu, CRP, đường

máu, creatinin, ước tính mức lọc cầu thận và chức năng thận, acid uric máu, bilan mỡ máu.

Các số liệu được thu thập và xử lý, phân tích thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận 80 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp gút (tuổi từ 31-87). Tuổi khởi phát bệnh gút trung bình là $50,5 \pm 13,3$ tuổi, tuổi khởi phát sớm nhất là 25 tuổi và muộn nhất là 80 tuổi. Thời gian mắc bệnh gút trung bình là $8,45 \pm 5,93$ năm.

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới và nơi sinh sống của các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi	Trung bình $\pm$ ĐLC (năm)	$58,9 \pm 11,9$
	<40 tuổi (n, %)	4 (5)
	40-59 tuổi (n, %)	35 (43,8)
	≥ 60 tuổi (n, %)	41 (51,2)
Giới	Nam (n, %)	75 (93,8)
	Nữ (n, %)	5 (6,2)
Nơi sống	Thành thị (n, %)	19 (23,8)
	Nông thôn (n, %)	61 (76,3)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân gút (95%) có tuổi trên 40, trong đó nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 51.2 %. Nam giới chiếm đa số trong nghiên cứu với tỷ lệ 93.8 %. Đa số bệnh nhân ở nông thôn với tỷ lệ là 76.3%.

Bảng 2: Đặc điểm tiền sử gia đình, bản thân và bệnh lý phối hợp

Đặc điểm		Số bệnh nhân (%)
Có tiền sử gia đình bị gút		17 (21,2)
Tăng huyết áp		48 (60)
Đái tháo đường		13 (16,2)
Sử dụng rượu, bia		69 (86,2)
BMI	Tỷ lệ thừa cân	18 (22,5)
	Tỷ lệ béo phì	18 (22,5)
Vòng bụng	Trung bình $\pm$ ĐLC (cm)	$92,3 \pm 9,0$
	Tỷ lệ béo bụng	52 (65)

Nhận xét: Có 21,2% bệnh nhân gút có tỷ lệ tiền căn gia đình bị bệnh gút, số bệnh nhân có tiền căn bệnh tăng huyết áp (60%) và thói quen sử dụng rượu bia cao (86,2%), 45% bệnh nhân có thừa cân hoặc béo phì, đặc biệt đa số bệnh nhân có tình trạng béo bụng (65%).

Bảng 3: Đặc điểm rối loạn lipid máu, chức năng thận và nồng độ acid uric máu

Đặc điểm		Giá trị
Rối loạn lipid máu	Tỷ lệ tăng Cholesterol toàn phần (n,%)	29 (36,2)
	Tỷ lệ tăng Triglyceride (n,%)	31 (38,8)
	Tỷ lệ có ít nhất 1 rối loạn lipid (n,%)	70 (87,5)
Chức năng thận	Creatinin (mg/dl), trung bình $\pm$ ĐLC	$1,34 \pm 0,47$
	Độ thanh thải creatinin ước tính (ml/ph)	$58,92 \pm 21,78$
	Có bệnh thận mạn $\geq$ giai đoạn III (n,%)	40 (50%)
Acid uric máu	Acid uric (mg/dl), trung bình $\pm$ ĐLC	$9,63 \pm 2,35$
	Nồng độ tối thiểu – tối đa (mg/dl)	5 - 17
	Tỷ lệ tăng acid uric (n,%)	73 (91,2)

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân gút có rối loạn lipid máu (87,5%). Tỷ lệ tăng cholesterol và triglyceride tương tự nhau. Nồng độ creatinin máu trung bình ở mức cao, trong đó có 50% bệnh nhân gút có bệnh thận mạn giai đoạn 3-4. Nồng độ acid uric trung bình của nhóm bệnh gút cao hơn so với trị số bình thường; hầu hết bệnh nhân có tăng acid uric máu, với tỷ lệ là 91.2%.

Bảng 4: Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị bệnh gút

Đặc điểm		Số bệnh nhân (%)
Điều trị hạ acid uric	Có	15 (18,8)
	Không	65 (81,3)
Điều trị đợt cấp	NSAID	12 (15)
	Corticoid	11 (13,8)
	Colchicine	16 (20)
	Thuốc nam hoặc thuốc bắc	31 (38,8)
	Không rõ	29 (36,3)

Ghi chú: Một bệnh nhân có thể có nhiều điều trị khác nhau trong điều trị đợt cấp

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân không được điều trị thuốc hạ acid uric (81,3%). Điều trị thuốc trong đợt gút cấp bằng thuốc cổ truyền chiếm tỷ lệ cao là 38,8%. Không rõ điều trị là 36,3 %.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm về tuổi, giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân gút là $58,9 \pm 11,9$ tuổi, đa số là ở nhóm ≥ 60 tuổi với tỷ lệ 51,2%. Tuổi là một yếu tố rất quan trọng trong chẩn đoán gút. Theo y văn thì bệnh gút thường khởi phát ở tuổi trung niên, đỉnh khởi phát là 50 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi khởi phát trung bình là 50,5 tuổi, tuổi khởi phát lớn nhất là 80 tuổi và nhỏ nhất là 25 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm đa số 93,8%, chỉ có 5 bệnh nhân là nữ giới, người thấp nhất là 69 tuổi và cao nhất là 83 tuổi. Kết quả nghiên cứu cũng phù hợp với y văn. Theo nhận xét hầu hết các tác giả đa số bệnh nhân gút là nam giới, nữ giới ít gặp hơn và thường sau mãn kinh [6, 3].

4.2 Đặc điểm tiền căn gia đình và bản thân và các bệnh lý phối hợp: Tỷ lệ bệnh nhân có tiền căn gia đình mắc bệnh gút là 21,2%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của một số tác giả khác [6]. Các tác giả cho rằng yếu tố gia đình có thể được coi là một yếu tố nguy cơ của bệnh gút vì ngoài yếu tố di truyền, những người sống trong cùng một gia đình thường có thói quen ăn uống, sinh hoạt giống nhau nhất là nam giới.

Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân gút có tỷ lệ cao mắc các bệnh phối hợp như tăng huyết áp, béo phì, rối loạn mỡ máu, bệnh thận mạn. Kết quả này cũng khá tương tự như kết quả một điều tra trên 3079 bệnh nhân ở châu Âu cho thấy, tăng huyết áp là bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất (68%), theo sau là rối loạn lipid máu (58%), béo phì 48% [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 48 bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp chiếm 60%. Các tác giả đều có nhận định chung là tăng huyết áp và bệnh gút có mối liên quan với nhau. Bệnh nhân tăng huyết áp có tỷ lệ cao bị tăng acid uric máu so với người không tăng huyết áp [1]. Do đó trong đánh giá điều trị bệnh gút cần lưu ý tới bệnh lý tăng huyết áp, đồng thời khi điều trị thuốc hạ áp cần cố

gắng hạn chế sử dụng những thuốc làm tăng nồng độ acid uric trong máu như thuốc lợi tiểu.

Đái tháo đường là bệnh lý có mối liên quan tới bệnh gút. Tăng acid uric và gút có thể liên quan tới tăng khả năng mắc bệnh đái tháo đường. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 16,2% bệnh nhân bị đái tháo đường. Tuy nhiên tăng đường huyết này có thể do nhiều yếu tố tạo thành, đặc biệt là khi bệnh nhân đang có bệnh lý cấp tính, thì tình trạng tăng đường huyết một thời điểm có thể chỉ là do đáp ứng của cơ thể. Chưa hẳn phản ánh tình trạng bệnh đái tháo đường thực sự.

Sự kết hợp giữa rượu bia và bệnh gút đã được nói đến từ thời cổ xưa, đó là yếu tố nguy cơ độc lập mạnh nhất đối với gút [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ uống rượu bia thường xuyên là 86,2% ở nhóm nghiên cứu, cho thấy đây là vấn đề phổ biến ở bệnh nhân gút. Uống rượu, bia không chỉ làm tăng sản xuất urat mà còn làm giảm đào thải urat qua thận dẫn đến tình trạng tăng acid uric máu. Khi bị bệnh gút nếu bệnh nhân vẫn tiếp tục uống nhiều rượu bia thì việc điều trị sẽ ít hiệu quả hơn. Do đó việc giáo dục tuyên truyền bệnh nhân từ bỏ thói quen không tốt này cần được chú trọng.

Thừa cân hoặc béo phì là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với bệnh gút. Béo phì làm tăng acid uric máu do tăng sản xuất và giảm đào thải acid uric ở thận [6,2]. Thừa cân và béo phì là đặc điểm của dân số phát triển và những nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa BMI cao hơn 25 kg/m^2 và nguy cơ gút. Chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân gút tỷ lệ thừa cân và béo phì lần lượt là 22,5% và 22,5%. Tuy nhiên tỷ lệ tăng vòng bụng ở nhóm bệnh là 65% cho thấy ở bệnh nhân gút có tình trạng tăng vòng bụng đáng lưu ý hơn so với nhóm khác. Các hướng dẫn đều khuyến cáo là nên đo vòng eo hơn là BMI, ủng hộ cho tầm quan trọng của béo bụng trong hội chứng chuyển hóa. Do đó khi đánh giá điều trị bệnh nhân gút, ngoài BMI thì cần thiết phải đo thêm vòng bụng.

Bệnh thận mạn thường là một nguy cơ hoặc hậu quả của tăng acid uric máu và bệnh gút. Trong nghiên cứu của chúng tôi ước đoán độ thanh thải creatinin dựa vào creatinin máu cho thấy, trung bình độ thanh thải là $58,92 \pm 21,78$ ml/phút, trong đó giảm ở mức độ nhẹ và trung bình chiếm đa số, lần lượt là 43,8% và 40% và 8 bệnh nhân (10%) giảm nặng độ thanh thải creatinin. Kết quả này cho thấy ở bệnh nhân gút có sự giảm đáng kể độ thanh thải creatinin hay nói các khác là giảm chức năng thận.

Có mối liên quan chặt chẽ giữa nồng độ acid uric máu và nguy cơ bị bệnh gút. Mặc dù hầu hết bệnh nhân có tăng acid uric máu, trong nghiên cứu này vẫn có khoảng 9,8% bệnh nhân bị gút không tăng acid uric máu. Những bệnh nhân này có thể do đang được sử dụng thuốc hạ acid máu, tuy nhiên thực tế cũng có những bệnh nhân gút có nồng độ acid máu bình thường, đặc biệt là ở giai đoạn sớm của bệnh. Kết quả nghiên cứu này cũng cho thấy thực trạng kiểm soát bệnh gút rất hạn chế, đa số bệnh nhân đã chưa được điều trị thuốc hạ acid máu, hoặc việc điều trị chưa đạt mục tiêu.

4.3 Đặc điểm sử dụng thuốc điều trị bệnh gút: Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 18,8% bệnh nhân được điều trị thuốc hạ acid uric máu. Điều này cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được điều trị hạ acid uric ở nước ta rất thấp. Thực tế ngay cả ở các nước phát triển, chẳng hạn như ở Anh quốc, mặc dù tỷ lệ bệnh nhân gút được điều trị có cao hơn, song nhìn chung vẫn còn thấp và còn nhiều bệnh nhân vẫn chưa được điều trị [3]. Đây cũng là một trong những tồn tại và thách thức lớn nhất trong quản lý bệnh gút. Trên thực tế lâm sàng, chúng tôi ghi nhận thực trạng là hầu hết bệnh nhân không sử dụng thuốc lâu dài, thường chỉ dùng thuốc khi có triệu chứng và hậu quả là bệnh không được kiểm soát, tiến triển ngày càng nặng, đa phần tiến triển đến gút mạn có tophi với nhiều biến chứng. Để giải quyết vấn đề này rất cần đẩy mạnh các chương trình giáo dục truyền thông cho cộng đồng, đồng thời nâng cao kỹ năng tư vấn của các thầy thuốc với người bệnh.

Về mặt điều trị đợt cấp, nghiên cứu cho thấy không có thiên hướng rõ rệt nào; hầu như tất cả các nhóm thuốc đều ít nhiều được sử dụng, trong đó có tỷ lệ đáng kể sử dụng các chế phẩm đông nam dược, đồng thời số bệnh nhân không biết rõ về điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi rất cao lên tới 36,3%. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị colchicine trong nghiên cứu của chúng tôi là 20%, nhìn chung là thấp bởi vì colchicine trước đây được coi là một thuốc kinh điển được

khuyến cáo là một trong những thuốc đầu tay trong điều trị đợt cấp của gút [6]. Tuy nhiên, do những năm qua với sự ra đời của những thuốc kháng viêm mới, cùng với những lo ngại về nguy cơ độc tính, việc sử dụng colchicine trong bệnh gút trên thế giới có xu hướng giảm đi [6,3]. Chúng tôi cũng ghi nhận một đặc điểm rất đáng lưu ý là tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc nam và thuốc bắc trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao khoảng 38,8%, trong đó điều đáng nói là hầu hết bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc này là do bệnh nhân tự ý tìm mua theo kinh nghiệm truyền miệng cho nhau. Điều này cho thấy ý thức quan tâm tới sức khỏe của bệnh nhân còn hạn chế và mức hiểu biết thấp của bệnh nhân về bệnh lý gút. Trong khi gút là bệnh có thể kiểm soát tốt thì điều đáng tiếc là chỉ một số ít bệnh nhân bị gút được tư vấn hiệu quả về lối sống và điều trị giảm acid uric, còn đa phần các bệnh nhân thường có nhiều cơn gút cấp, tiến triển tới biến dạng khớp và nhiều biến chứng khác. Do đó cần phải chú ý hơn trong việc giáo dục hướng dẫn cho bệnh nhân những hiểu biết đúng đắn nhất về bệnh lý này, giúp quá trình điều trị đạt hiệu quả nhất.

V. KẾT LUẬN

1. Các bệnh lý và tình trạng phối hợp thường gặp ở bệnh nhân gút gồm: Tăng huyết áp (60%), sử dụng rượu bia (86,2%), béo phì (22,5%), béo bụng (65%), rối loạn mỡ máu (87,5%), bệnh thận mạn độ III trở lên (50%).
2. Nồng độ acid uric máu trung bình $9,63 \pm 2,35$ mg/dL, tỷ lệ tăng acid uric máu là 91,2%. Đa phần bệnh nhân không được sử dụng thuốc hạ acid uric máu. Thuốc sử dụng trong đợt cấp gồm NSAIDs (15%), corticoid (13,8%), colchicine (20%), thuốc nam/bắc (38,8%) và không rõ loại (36,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Châu Ngọc Hoa, Lê Hoài Nam (2009)**, "Khảo sát nồng độ acid uric huyết thanh ở bệnh nhân tăng huyết áp và người bình thường", *Tạp chí nghiên cứu y học*, tập 17 (1), 87-91
2. **Choi Hyon K, Atkinson Karen, Karlson Elizabeth W, và cs. (2005)**, "Obesity, weight change, hypertension, diuretic use, and risk of gout in men: the health professionals follow-up study", *Archives of internal medicine*, 165 (7), 742-748.
3. **Kuo CF, Grainge MJ, Mallen C (2015)**, "Rising burden of gout in the UK but continuing suboptimal management: a nationwide population study", *Ann Rheum Dis*, 74(4):661-7
4. **Minh Hoa TT, Darmawan J, Chen SL, Van Hung N, Thi Nhi C, Ngọc An T. (2003)** Prevalence of the rheumatic diseases in urban

- Vietnam: a WHO-ILAR COPCORD study. *J Rheumatol.* 30(10):2252-6.
5. **Neogi T, Jansen TL, Dalbeth N, et al (2015).** 2015 Gout Classification Criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheumatol.* 67(10):2557-68
6. **Richette P, Flipo RN, Patrikos DK (2015),** "Characteristics and management of gout patients

- in Europe: data from a large cohort of patients", *European review for medical and pharmacological sciences*, tập 19 (4), 630-9.
7. **Smith E, Hoy D, Cross M, et al (2014).** The global burden of gout: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis.* 73(8):1470-6.

TÌNH TRẠNG VÙNG QUANH RĂNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TỈNH BÌNH DƯƠNG QUA CHỈ SỐ CPI

Lê Long Nghĩa*

TÓM TẮT³⁷

Người cao tuổi thường có các bệnh quanh răng bởi vậy tôi tiến hành nghiên cứu về sức khỏe quanh răng của người cao tuổi. **Mục tiêu:** Đánh giá tình trạng bệnh vùng quanh răng. **Đối tượng:** người cao tuổi tỉnh Bình Dương năm 2015-2016. **Phương pháp:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** CPI 2 chiếm tỉ lệ cao nhất ở người cao tuổi. Tỉ lệ người không có đủ 3 vùng lục phân lành mạnh ở mức cao 89,7%. **Kết luận:** Tỷ lệ người mắc bệnh quanh răng là 71,93%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ là tương đương.

Từ khóa: người cao tuổi, chỉ số CPI

SUMMARY

PERIODONTAL STATUS OF ELDERLY PEOPLE LIVING IN BINH DUONG PROVINCE BY CPI INDEX

Elderly people often have periodontal diseases so we carried out the research on the periodontal health of the elderly. **Aim:** To evaluate the periodontal status. **Subjects:** Elderly people living in Binh Duong province in 2015-2016. **Method:** cross-sectional descriptive study. **Results:** CPI 2 is highest in the elderly. The proportion of people who did not have three healthy regions in the mouth was 89.7%. **Conclusions:** The rate of periodontal disease people was 71.93%. The incidences of men and women were equivalent.

Key words: elderly, CPI index

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người cao tuổi thường mất răng do sâu răng và bệnh quanh răng, nghiên cứu về tình trạng bệnh vùng quanh răng là cần thiết để đưa ra chiến lược chăm sóc răng miệng người cao tuổi. Chỉ số CPI (community periodontal index) do tác giả Ainamo đưa ra năm 1982 đã được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu dịch tễ học răng

miệng trên thế giới. Ở Việt nam còn ít các nghiên cứu trên cộng đồng về bệnh quanh răng, vì vậy tôi quyết định tiến hành nghiên cứu tình trạng bệnh vùng quanh răng của người cao tuổi tỉnh Bình Dương với mục đích: Đánh giá tình trạng bệnh vùng quanh răng của người cao tuổi tỉnh Bình Dương qua chỉ số CPI.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Người cao tuổi được lựa chọn ngẫu nhiên tại tỉnh Bình Dương

Tiêu chuẩn lựa chọn: Những người có độ tuổi từ 60 trở lên tại thời điểm điều tra và có khả năng tham gia vào nghiên cứu (trả lời được phỏng vấn và tham gia vào khám răng miệng).

Tiêu chuẩn loại trừ: Người đang mắc bệnh toàn thân cấp tính hoặc có rối loạn tâm thần tại thời điểm điều tra. Những người đến sinh sống tạm thời trong thời gian ngắn ở địa bàn điều tra. Những người không hợp tác để khám hoặc phỏng vấn điều tra.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2015 đến tháng 9/2016.

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

Cỡ mẫu: 1350

Chỉ số nghiên cứu: Chỉ số quanh răng cộng đồng CPI: Để đánh giá 3 tiêu chí là: chảy máu lợi, cao răng và túi lợi. Dựa trên cơ sở miệng với hai cung răng được chia thành 6 phần (sextant) lục phân. Một vùng chỉ được tính khi còn ≥ 2 răng và các răng này không có chỉ định nhổ.

Các biện pháp hạn chế sai số: Chọn đối tượng theo đúng tiêu chuẩn nghiên cứu. Bộ câu hỏi được xây dựng theo mục tiêu, dễ hiểu và thu thập dữ liệu để chỉnh sửa cho rõ ràng, dễ sử dụng và sát với thực tế. Các định nghĩa được thống nhất trong nhóm nghiên cứu thông qua tập huấn và sau khi tiến hành thu thập dữ liệu. Người thu thập thông tin phải được tập huấn kỹ mục đích và cách thu thập số liệu. Phương pháp khám lâm sàng được thống nhất trong nhóm nghiên cứu, sử dụng cùng bộ dụng cụ.

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

Chịu trách nhiệm chính: Lê Long Nghĩa

Email: nghia.lelong@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 18.7.2017

III. KẾT QUẢ

3.1 Thực trạng bệnh quanh răng qua chỉ số CPI của người cao tuổi Bình Dương

Bảng 1: Tỷ lệ CPI cao nhất theo tuổi $p = 0,003$

CPI cao nhất	60 – 64 (%)	65 – 74 (%)	> 74 (%)	Tổng (%)
0	7,92	9,58	9,75	9,19
1	14,48	13,26	11,56	13,04
2	55,46	51,20	48,07	51,33
3	8,74	6,63	5,44	6,81
4	1,09	0,92	0,23	0,74
X	12,30	18,42	24,94	18,89
Tổng	100	100	100	100

Tỷ lệ CPI2 là cao nhất và gần như tương đương ở cả 3 lứa tuổi. Tỷ lệ CPI4 là thấp nhất và có sự tương đồng ở các lứa tuổi lần lượt là 60 – 64 (1,09%), 65 – 74 (0,92%), 75+ (0,74%). Tỷ lệ này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Tỷ lệ CPI cao nhất theo giới. $P = 0,184$

CPI cao nhất	Nam		Nữ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
0	53	9,65	71	8,86	124	9,19
1	86	15,66	90	11,24	176	13,04
2	271	49,36	422	52,68	693	51,33
3	39	7,10	53	6,62	92	6,81
4	5	0,91	5	0,62	10	0,74
X	95	17,30	160	19,98	255	18,89
Tổng	549	100	801	100	1350	100

Tỷ lệ CPI2 và CPIX ở nữ lớn hơn ở nam. Ở cả 2 giới, tỷ lệ CPI4 là thấp nhất, CPI2 là cao nhất. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Tỷ lệ CPI trung bình theo tuổi.

CPI	0 (v/n)	1 (v/n)	2 (v/n)	3 (v/n)	4 (v/n)	X (v/n)
60 – 64	0,17	0,17	0,66	0,07	0,01	0,55
65 – 74	0,27	0,27	0,86	0,08	0,01	0,55
> 74	0,17	0,19	0,61	0,05	0,00	0,94
Tổng	0,61	0,63	2,13	0,19	0,02	2,41

CPI lành mạnh tập trung nhiều nhất ở nhóm 65- 74. CPI4 ở nhóm 60 – 64 và nhóm 64 – 75 là tương đương nhau. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4: Tỷ lệ CPI trung bình theo giới.

CPI	0 (v/n)	1 (v/n)	2 (v/n)	3 (v/n)	4 (v/n)	X (v/n)
Nam	0,27	0,28	0,85	0,09	0,01	0,95
Nữ	0,34	0,36	1,28	0,10	0,01	1,47
Tổng	0,61	0,63	2,13	0,19	0,02	2,41

Số trung bình vùng lục phân có CPI1, CPI2, CPI3, ở nữ cao hơn ở nam. Các nhóm CPI4 tỷ lệ tương đương nhau ở nam và nữ.

Bảng 5: Tỷ lệ người có 3 vùng lục phân lành mạnh theo tuổi, giới

Vùng lục phân lành mạnh		Đủ 3 vùng		Không đủ 3 vùng	
		n	%	n	%
Nhóm tuổi	60-64	40	10,93	326	89,07
	65-74	60	11,05	483	88,95
	≥75	39	8,84	402	91,16
Giới	Nam	66	12,02	483	87,98
	Nữ	73	9,11	728	90,89
Tổng		139	10,30	1221	89,70

Có 10,30% số người có từ 3 vùng lục phân lành mạnh trở lên CPI0, 89,70% số người không đủ 3 vùng lục phân lành mạnh. Tỷ lệ vùng lục phân lành mạnh ở nhóm 60 – 64 tuổi và 65 – 74 tuổi gần như tương đương lần lượt là 10,93% và 11,05%, nhóm 75+ có tỷ lệ thấp hơn chiếm 8,84%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có 9,11% số nữ giới có từ 3 vùng lục phân lành mạnh trở lên, tỷ lệ này cao hơn ở nam giới là 12,02%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng: Tỷ lệ mắc bệnh quanh răng trong nghiên cứu của tôi có giảm so với các nghiên cứu trước đây. Các nghiên cứu đều thực hiện trước nghiên cứu của tôi khá lâu khoảng 10 năm. Điều kiện kinh tế hiện tại đã tăng lên, nghiên cứu rõ ràng đã được chăm sóc và có điều kiện sống, điều kiện chăm sóc sức khỏe răng miệng tốt hơn về nhiều mặt. Mô hình bệnh tật cũng có thay đổi ít nhiều, nên có sự khác biệt với nghiên cứu của Trần Văn Trường (tỷ lệ bệnh là 96,7%)[1]. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Phương và CS [2] là gần nhất cũng có tỷ lệ bệnh cao hơn nghiên cứu của tôi (tỷ lệ bệnh là 89,2%) nhưng cỡ mẫu nhỏ, chỉ nghiên cứu của Gina Thornton Evans và CS [3] ở Mỹ (2009 - 2010) thì tỷ lệ bệnh chỉ là 70,1%, gần giống của tôi.

4.2 Chỉ số CPI cao nhất theo tuổi và giới: Trong nghiên cứu của tôi CPI2 chiếm tỷ lệ cao nhất tuy nhiên vẫn thấp hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phương và CS (65,89%) [2] và nghiên cứu của Lưu Hồng Hạnh (59,0%)[4]. Tỷ lệ CPI3, CPI4 thấp hơn trong các nghiên cứu trước đó. Điều này cho thấy tỷ lệ mô hình bệnh tật có sự thay đổi so với các nghiên cứu trước đó. Trong cả 2 nghiên cứu trước đó tỷ lệ túi lợi bệnh lý là khá cao; Trong nghiên cứu của tôi tỷ lệ có cao răng CPI2 và túi lợi nông CPI3 có tỷ lệ cao nhưng CPI3 có xu hướng thấp hơn, tỷ lệ túi lợi sâu CPI4 cũng giảm có thể do các răng đã được nhổ trước giai đoạn này. Số liệu thống kê của tôi cho thấy tỷ lệ bị viêm lợi (CPI1 +CPI2) 64,37% cao hơn bị viêm quanh răng (CPI3+ CPI4) là 7,55%. Tỷ lệ CPI3, CPI4 tăng hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Phương và CS cho thấy số răng có túi quanh răng tăng có thể do số nghiên cứu được điều trị phức hợp đã tăng hơn. Tuy vậy, tỷ lệ vùng lục phân bị loại trong nghiên cứu của tôi do hiện tượng mất hết răng hoặc mất răng đại diện không đủ cho vùng lục phân được khám là 18,89%.

Nghiên cứu tại Deli Ấn Độ [5] khám trên 448 người giai đoạn 2009-2010, trên 60 tuổi cho thấy, tỷ lệ người có bệnh quanh răng là 96,6%, tỷ lệ người có túi lợi chiếm đến 89,1% trong đó túi lợi nông là 40,5%, túi sâu là 48,6%. Tỷ lệ này khác nhiều so với nghiên cứu của tôi có thể giải thích do chế độ ăn của người Ấn Độ khác nhiều với chúng ta, chế độ chăm sóc răng miệng khác nhau, và nghiên cứu cũng được thực hiện cách tôi 5 năm. Nghiên cứu của Ayma Syed Bds Mphil và CS ở Pakistan trên 470 người từ 60 - 91 tuổi

thì thấy có tỷ lệ khỏe mạnh là 10,4%, chảy máu lợi là 0,8% cao răng là 28%, túi nông là 23,25%, túi sâu là 18,75%, ở hai giới thì tỷ lệ mắc bệnh ở nam cũng nhiều hơn ở nữ [6].

Một khảo sát tại Anh, xứ Wales và Bắc Ireland năm 2009, cho kết quả là nhóm 55 - 64 tỷ lệ chảy máu lợi là 58%, ở nhóm 65 - 74 tuổi tỷ lệ có chảy máu lợi là 49% so với nhóm 75 - 84 tuổi tỷ lệ này là 51%, tỷ lệ có túi lợi trên 4mm là 61%, 60% và 61%, túi lợi sâu trên 6mm là 14%, 16% và 14%. Tỷ lệ bệnh ở 2 giới của họ ở nam có cao hơn so với nữ [7] điều này cho thấy mô hình bệnh quanh răng ở nước phát triển khác với chúng ta họ có tỷ lệ bị bệnh chung thì thấp hơn, tỷ lệ túi quanh răng thì cao hơn. Điều này có thể lý giải do khác nhau về chế độ ăn uống khác, chủng tộc, thêm nữa dịch vụ chăm sóc y tế về răng miệng tốt hơn. Có lẽ vì vậy mà khi các răng có túi lợi nông và sâu tỷ lệ được điều trị phức hợp để giữ răng nhiều hơn ở ta làm tăng tỷ lệ này. Thậm chí các tác giả còn ghi nhận lần lượt ở hai nhóm tuổi trên là 4% và 3% có túi quanh răng > 9mm. Ở ta có lẽ khi răng đến giai đoạn này thì răng đã được nhổ rồi.

Tác giả Trần Thị Tuyết Phương và Ngô Đồng Khanh nghiên cứu tại bệnh viện RHM trung ương thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả trung bình vùng lục phân lành mạnh cao hơn của tôi là 2,53, các vùng khác giảm hơn, nhưng có kiểu phân bố vẫn tương tự trong nghiên cứu của tôi là cao nhất ở vùng có cao răng (CPI2) và thấp nhất là ở vùng có túi quanh răng nông và sâu. Có sự khác biệt do có khác nhau về thời gian nghiên cứu, cỡ mẫu và quan trọng nhất là tác giả này nghiên cứu trên những bệnh nhân tới khám ở bệnh viện là những người có ý thức giữ răng quan tâm tới chữa răng hoặc có điều kiện để đi khám chữa răng chứ không giống trong nghiên cứu của tôi là nghiên cứu thực hiện tại cộng đồng.

Nghiên cứu tại Anh, xứ Wales và Bắc Ireland năm 2009 [7] trung bình số vùng lục phân có túi quanh răng từ 4mm trở lên là 2,8 ở nhóm 55-64; 2,6 ở nhóm tuổi từ 65 - 74; 2,4 ở nhóm 75 - 84 và nhóm 85+ là 2,5. So với các nghiên cứu của các tác giả Trung Quốc và Nhật Bản trước đây thì số trung bình vùng CPI0, CPI1 có tăng, nhưng vùng lục phân có chỉ số CPI nặng (CPI3, CPI4) thì giảm; có thể lý giải do các răng ở giai đoạn này ít được điều trị mà chủ yếu là được nhổ.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ người mắc bệnh quanh răng là cao 71,93% trong đó: CPI1 là 13,04%, CPI2 là

51,33%, CPI3 là 6,81%, CPI4 là 0,74%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam và nữ là tương đương, tuổi càng cao tỷ lệ bị bệnh quanh răng càng giảm.

- Trung bình gần 5 vùng lục phân bị bệnh quanh răng/1 người trong đó: số trung bình vùng lục phân có cao răng cao nhất là 2,13 vùng/người.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường và cộng sự (2001).** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc Việt Nam năm 2001, *nhà xuất bản y học Hà Nội*, 75-80
2. **Nguyễn Thị Thu Phương và cộng sự (2012).** Khảo sát thực trạng bệnh sâu răng và bệnh quanh răng ở một nhóm người cao tuổi tại phường Yên Sở, quận Hoàng Mai, thành phố Hà Nội năm 2012, *Tạp chí y học Việt Nam*, 404(1), 6-7.

3. **Gina Thornton Evans và cộng sự (2013).** Periodontitis Among Adults Aged ≥ 30 Years — United States, 2009–2010, *CDC Health Disparities and Inequalities report, United States 2013*, 129.
4. **Lưu Hồng Hạnh (2015).** *Thực trạng bệnh quanh răng và một số yếu tố liên quan của người cao tuổi tại thành phố Hà Nội*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Srivastava Rahul (2009).** Prevalence of dental caries and periodontal diseases, and their association with socio – demographic risk factors among older persons in Delhi, India: a community based study, 44(3).
6. **Mphil Ayma Syed Bds (2012).** Oral health status of the elderly in Lahore district of Pakistan original article, *Pakistan Oral and dental Journal*, 32(2).
7. **White Deborah (2009).** Disease and related disorder a report from the Adult dental health survey 2009, 15-20.

NGHIÊN CỨU PHÁT HIỆN TỒN DƯ TỐI THIỂU CỦA BỆNH TRONG LƠ-XÊ-MI KINH DÒNG BẠCH CẦU HẠT

Nguyễn Hà Thanh¹, Nguyễn Anh Trí²

TÓM TẮT³⁸

Đặt vấn đề: Bệnh nhân lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (chronic myeloid leukemia – CML) đạt đáp ứng hoàn toàn mức độ phân tử xác định bằng kỹ thuật PCR định tính vẫn có thể còn tồn dư tối thiểu của bệnh ác tính (MRD) phát hiện bằng kỹ thuật PCR định lượng. **Mục tiêu:** xác định MRD bằng kỹ thuật PCR định lượng trên các bệnh nhân nói trên. **Đối tượng và phương pháp:** 80 bệnh nhân CML điều trị đạt đáp ứng phân tử đo bằng kỹ thuật PCR định tính tại Viện HH-TM TW từ tháng 3/2014 đến 5/2015 bằng thuốc imatinib. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** (1) Còn 10 bệnh nhân dương tính (còn tồn dư tối thiểu của bệnh – MRD; chiếm tỷ lệ 12,5%), với chỉ số định lượng bản sao BCR-ABL cao nhất là 0,00519%, thấp nhất là 0,000213%; (2) Phần lớn bệnh nhân còn MRD đạt đáp ứng chậm (CCyR sau 6 tháng và CMR sau 12 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị imatinib); (3) 9 bệnh nhân mất đáp ứng phân tử (CMR) sau một thời gian điều trị, phát hiện bằng kỹ thuật RQ-PCR ở lần xét nghiệm tiếp theo (6 bệnh nhân mất đáp ứng MMR và 3 bệnh nhân mất đáp ứng CMR).

Từ khóa: lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (CML), RT-PCR, RQ-PCR, tồn dư tối thiểu của bệnh ác tính (MRD)

SUMMARY

MEASUREMENT OF MINIMAL RESIDUAL DISEASE IN CHRONIC MYELOID LEUKEMIA

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện HH-TM TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hà Thanh

Email: ha_thanh_nguyen_vhhtm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 18.7.2017

Background: CML patients treated with imatinib, who have reached complete molecular response (CMR) measuring by qualitative PCR technique, may still have minimal residual disease (MRD) if measuring by qualitative PCR technique. **Purpose:** using qualitative PCR technique to identify MRD in CML patients, who have reached complete molecular response (CMR) measuring by qualitative PCR technique. **Patients and methods:** Descriptive study was carried out on 80 CML patients treated with imatinib in NIHBT from 3/2014 to 5/2015. **Results:** (1) 10 patients still have MRD positive (12,5%), with mRNA copies of BCR-ABL gene according to IS ranged from 0.000213% to 0.00519%; (2) majority of patients having MRD have relatively late response (CCyR after 6 months and CMR after 12 months from imatinib treatment starting); (3) 9 patients lost molecular response (CMR) as identifying by subsequent RQ-PCR test (6 patients lost MMR and 3 patients lost CMR).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt (chronic myeloid leukemia – CML) được điều trị nhắm đích bằng thuốc imatinib (ức chế hoạt tính tyrosin kinase) có thể đạt đáp ứng hoàn toàn mức độ phân tử (complete molecular response – CMR), ở Việt Nam thường xác định bằng kỹ thuật PCR định tính. Tuy nhiên, khi đếm bản sao gen đột biến BCR-ABL bằng kỹ thuật PCR định lượng, một số bệnh nhân vẫn còn tồn dư tối thiểu của bệnh ác tính (minimal residual disease – MRD). Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu ứng dụng kỹ thuật PCR định lượng để xác định MRD ở bệnh nhân CML điều trị imatinib đạt CMR (đo bằng kỹ thuật PCR định tính).

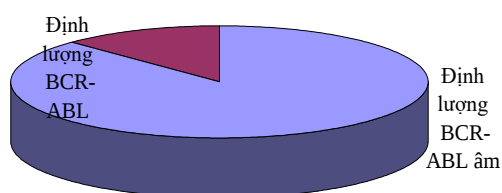
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Mẫu nghiên cứu bao gồm 80 bệnh nhân CML điều trị tại Viện HH-TM TW từ tháng 3/2014 đến tháng 5/2015 bằng thuốc TKI imatinib đạt đáp ứng phân tử hoàn toàn xác định bằng kỹ thuật PCR định tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiền cứu. Các chỉ số nghiên cứu bao gồm tỷ lệ và mức độ đáp ứng phân tử xác định bằng kỹ thuật RQ-PCR (PCR định lượng). Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê y học bằng phần mềm Microsoft Excel 2010. Nghiên cứu mô tả, không can thiệp và được thực hiện theo đúng quy tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ bệnh nhân còn tồn dư tối thiểu của bệnh: Định lượng bản sao BCR-ABL là xét nghiệm cốt yếu để theo dõi mức độ đáp ứng phân tử và tồn dư tối thiểu của bệnh (MRD). Theo tiêu chuẩn NCCN v.2.2012, bệnh nhân được xác định đáp ứng hoàn toàn mức phân tử khi xét nghiệm BCR-ABL âm tính bằng kỹ thuật RT-PCR. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 80 bệnh nhân đạt đáp ứng hoàn toàn mức độ phân tử (CMR) bằng kỹ thuật RT-PCR. Sau đó chúng tôi tiến hành làm định lượng bản sao BCR-ABL bằng kỹ thuật RQ-PCR trên những bệnh nhân này. Kết quả có 70/80 bệnh nhân thực sự đạt CMR (theo tiêu chuẩn NCCN v.2.2012). Còn lại 10 bệnh nhân dương tính (còn tồn dư tối thiểu của bệnh – MRD; chiếm tỷ lệ 12,5%). Kết quả được mô tả trong biểu đồ dưới đây.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân còn biểu hiện tồn dư tối thiểu của bệnh

3.2. Mức độ tồn dư tối thiểu của bệnh: Đối với kỹ thuật RQ-PCR việc định lượng bản sao BCR-ABL được thể hiện bằng một vài cách khác nhau. Có thể so sánh mức độ giảm số lượng bản sao BCR-ABL bằng tỷ lệ BCR-ABL/gen tham chiếu. Gen tham chiếu (house keeping gene) là gen cần thiết để duy trì hoạt động cơ bản của tế bào. Có mức độ biểu hiện ổn định trong điều

kiện bình thường cũng như bị bệnh và thường biểu hiện với lượng bản copy lớn: từ 25 bản sao - hàng nghìn bản sao/tế bào. Gen tham chiếu thường sử dụng bao gồm G6PDH, ABL, BCR. Có thể so sánh mức độ giảm số lượng bản sao BCR-ABL bằng nồng độ BCR-ABL mRNA ($\mu\text{g/ml}$); bản sao BCR-ABL (transcript/ μl) hoặc so với đường chuẩn (của chính bệnh nhân đó trước điều trị imatinib hoặc đường chuẩn được tạo bởi trung bình lượng BCR-ABL mRNA của 30 bệnh nhân CML trước điều trị). Tuy nhiên, từ năm 2006 thang chuẩn quốc tế (international scale – IS) được sử dụng khi định lượng bản sao BCR-ABL nhằm đơn giản và tối ưu hóa kỹ thuật RQ-PCR. Sử dụng IS cũng làm việc lấy mẫu xét nghiệm đơn giản hơn do có thể sử dụng cả mẫu máu ngoại vi và tủy xương. Kết quả xét nghiệm của từng labo có thể được chuyển đổi thành IS nếu sử dụng giá trị quy đổi (conversion factor). Nhờ đó nhiều labo khác nhau có thể trả kết quả xét nghiệm RQ-PCR theo IS và định lượng mức độ đáp ứng phân tử tương ứng (chẳng hạn kết quả BCR-ABL $\leq 0,1\%$ tương ứng với đáp ứng nhiều mức phân tử – MMR; BCR-ABL $\leq 0,01\%$ tương ứng với đáp ứng hoàn toàn mức phân tử – CMR, theo NCCN v.2.2012).

Bảng 1 dưới đây mô tả kết quả định lượng BCR-ABL theo IS của các bệnh nhân đã đạt CMR (xác định bằng kỹ thuật RT-PCR với độ nhạy khoảng $1/10^5$) nhưng còn biểu hiện MRD. Kết quả nghiên cứu cho thấy, định lượng BCR-ABL cao nhất là 0,00519%, thấp nhất là 0,000213%. Có 70/80 bệnh nhân thực sự đạt CMR (theo tiêu chuẩn NCCN v.2.2012). Còn lại 10 bệnh nhân còn biểu hiện bệnh tồn dư tối thiểu (MRD) với định lượng gen BCR-ABL như sau: 0,0011%; 0,00243%; 0,000389%; 0,00519%; 0,00081%; 0,00314%; 0,000213%; 0,000237%; 0,00167%; và 0,00107%.

Bảng 1. Định lượng bản sao BCR-ABL theo IS

Bệnh nhân	Định lượng BCR-ABL
Bệnh nhân 1	0,0011%
Bệnh nhân 2	0,00243%
Bệnh nhân 3	0,000389%
Bệnh nhân 4	0,00519%
Bệnh nhân 5	0,00081%
Bệnh nhân 6	0,00314%
Bệnh nhân 7	0,000213%
Bệnh nhân 8	0,000237%
Bệnh nhân 9	0,00167%
Bệnh nhân 10	0,00107%

Diễn biến về đáp ứng điều trị của 10 bệnh nhân còn tồn dư tối thiểu của bệnh được mô tả trong bảng 2 dưới đây.

Bảng 2. Đáp ứng điều trị của bệnh nhân còn tồn dư tối thiểu của bệnh

Bệnh nhân	Thời điểm đạt CCyR (tháng)	Thời điểm đạt CMR (tháng)
Bệnh nhân 1	8	8
Bệnh nhân 2	6	14
Bệnh nhân 3	6	28
Bệnh nhân 4	42	42
Bệnh nhân 5	15	22
Bệnh nhân 6	7	7
Bệnh nhân 7	5	27
Bệnh nhân 8	9	14
Bệnh nhân 9	13	24
Bệnh nhân 10	24	28

Kết quả mô tả trong bảng trên cho thấy chỉ có 3/10 bệnh nhân (chiếm 30%) còn MRD đạt được CCyR tại thời điểm 6 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị imatinib. Phần lớn bệnh nhân còn MRD chỉ đạt CCyR sau thời điểm này. Tương tự, đối với đáp ứng CMR, chỉ có 2/10 bệnh nhân (chiếm 20%) đạt CMR tại thời điểm 12 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị imatinib. Phần lớn bệnh nhân còn MRD chỉ đạt CMR sau thời điểm này.

Bảng 3. Diễn biến của 9 bệnh nhân mất đáp ứng phân tử

Bệnh nhân	Định lượng gen BCR-ABL	Thời điểm đạt CCyR (tháng)	Thời điểm đạt CMR (tháng)
Bệnh nhân 1	0,21%	8	34
Bệnh nhân 2	0,03%	17	21
Bệnh nhân 3	0,04%	6	11
Bệnh nhân 4	0,99%	42	42
Bệnh nhân 5	0,35%	3	13
Bệnh nhân 6	0,08%	10	18
Bệnh nhân 7	4,69%	9	14
Bệnh nhân 8	0,34%	24	28
Bệnh nhân 9	14,70%	5	8

Kết quả mô tả trong bảng trên cho thấy có 6 bệnh nhân mất đáp ứng mức độ MMR và 3 bệnh nhân mất đáp ứng mức độ CMR tại thời điểm xét nghiệm lần 2 hoặc lần 3. Trong các bệnh nhân này, chỉ có 3/9 người (chiếm 33,3%) đạt được CCyR tại thời điểm 6 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị imatinib. Tương tự như vậy, chỉ có 2/9 bệnh nhân (chiếm 22,2%) đạt được CMR tại thời điểm 12 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị imatinib.

Việc xét nghiệm RQ-PCR định kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi cho phép bước đầu phát hiện một số bệnh nhân có tình trạng mất đáp ứng mức độ phân tử sau một thời gian điều trị. Có 9 bệnh nhân được xét nghiệm RQ-PCR lần 2 bắt đầu có biểu hiện mất đáp ứng mức độ MMR (6 bệnh nhân) và CMR (3 bệnh nhân). Theo Kantarjian, tỷ lệ biến cố (mất CHR, MCyR, tăng tốc và chuyển LXM cấp, tử vong) trong 6 năm đầu tương ứng là 3,3%; 7,5%; 4,8%; 1,5%; 0,8% và 0,4%. Như vậy, ngoài việc theo dõi

Như vậy, dù xét nghiệm định tính BCR-ABL đã âm tính, khi định lượng bản sao BCR-ABL bằng kỹ thuật RQ-PCR vẫn phát hiện tỷ lệ rất nhỏ bản sao của đột biến BCR-ABL còn lại trên một số bệnh nhân. Chúng tôi cũng nhận thấy rằng phần lớn bệnh nhân còn MRD thường đạt CCyR sau thời điểm 6 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị, tức là tương đối muộn.

Theo tác giả Hochhaus, định lượng bản sao BCR-ABL ở 31 bệnh nhân CML điều trị imatinib, tỷ lệ BCR-ABL/gen tham chiếu có kết quả MRD từ 0,00075% đến 3,6% với mức trung bình là 0,024%; trong đó 6 bệnh nhân tái phát đều có tỷ lệ BCR-ABL/gen tham chiếu > 0,024%. Như vậy những bệnh nhân có tỷ lệ MRD càng lớn thì có tiên lượng tái phát càng cao.

3.3. Tỷ lệ bệnh nhân mất đáp ứng phân tử trong quá trình điều trị: Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy có 9 bệnh nhân mất đáp ứng phân tử (CMR) sau một thời gian điều trị, phát hiện bằng kỹ thuật RQ-PCR ở lần xét nghiệm tiếp theo. Diễn biến về đáp ứng điều trị của các bệnh nhân này được mô tả trong bảng dưới đây.

MRD, kỹ thuật RQ-PCR cho phép phát hiện tình trạng mất đáp ứng mức độ phân tử của bệnh nhân để sớm phát hiện nguyên nhân mất đáp ứng (xét nghiệm đột biến gen BCR-ABL kháng thuốc, mức độ tuân thủ điều trị) và đưa ra giải pháp (tăng liều imatinib, chuyển sang thuốc TKI thế hệ 2 như nilotinib hoặc ghép tế bào gốc tạo máu đồng loại).

Chúng tôi cũng nhận thấy rằng phần lớn bệnh nhân mất đáp ứng phân tử thường chỉ đạt được CCyR và CMR tương đối muộn (thời điểm đạt CCyR và CMR tương ứng là sau thời điểm 6 tháng và 12 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị. Kết quả của chúng tôi cho thấy chỉ có 3/9 bệnh nhân (chiếm 33,3%) mất đáp ứng phân tử đạt được CCyR tại thời điểm 6 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị imatinib. Phần lớn bệnh nhân mất đáp ứng phân tử (66,7%) chỉ đạt được CCyR sau thời điểm này. Tương tự như vậy, chỉ có 2/9 bệnh nhân (chiếm 22,2%) mất đáp ứng phân tử đạt

được CMR tại thời điểm 12 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị imatinib. Phần lớn bệnh nhân mất đáp ứng (77,8%) chỉ đạt được CMR sau thời điểm này. Việc mất đáp ứng phân tử của bệnh nhân đạt CCyR và MMR muộn sau 6 và 12 tháng (hoặc CMR sau 18 tháng) cũng phù hợp với các nghiên cứu khác và khuyến cáo của ELN, theo đó các thời điểm nêu trên là thời điểm cần đạt CCyR và CMR để có được đáp ứng điều trị tối ưu.

V. KẾT LUẬN

1. Trong số 80 bệnh nhân đã đạt âm tính bằng kỹ thuật RT-PCR vẫn còn 10 bệnh nhân dương tính (còn tồn dư tối thiểu của bệnh – MRD; chiếm tỷ lệ 12,5%), với chỉ số định lượng bản sao BCR-ABL cao nhất là 0,00519%, thấp nhất là 0,000213%.

2. Phần lớn bệnh nhân còn MRD đạt đáp ứng chậm (CCyR sau 6 tháng và CMR sau 12 tháng kể từ khi bắt đầu điều trị imatinib).

3. 9 bệnh nhân mất đáp ứng phân tử (CMR) sau một thời gian điều trị, phát hiện bằng kỹ thuật RQ-PCR ở lần xét nghiệm tiếp theo (6 bệnh nhân mất đáp ứng MMR và 3 bệnh nhân mất đáp ứng CMR).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Baccarani M, Deininger MW, Rosti G, et al. (2013), "European LeukemiaNet recommendations

for the management of chronic myeloid leukemia: 2013", *Blood* 122(6), pp. 872-884.

2. Hochhaus A, O'Brien SG, Guilhot F, et al. (2009), "Six-year follow-up of patients receiving imatinib for the firstline treatment of chronic myeloid leukemia", *Leukemia* 23, pp.1054-1061.
3. Hughes T, Branford S. (2009), "Measuring minimal disease in chronic myeloid leukemia: fluorescence in situ hybridization and polymerase chain reaction", *Clin Lymphoma Myeloma* 9, S266-S271.
4. Hughes TP, Hochhaus A, Branford S, et al. (2008), "Reduction of BCR-ABL transcript levels at 6, 12, and 18 months (mo) correlates with long-term outcomes on imatinib (IM) at 72 mo: an analysis from the International Randomized Study of Interferon versus STI571 (IRIS) in patients (pts) with chronic phase chronic myeloid leukemia (CML-CP)" [abstract], *Blood* 112, 334.
5. Kantarjian H, et al. (2008), "Monitoring the response and course of chronic myeloid leukemia in the modern era of BCR-ABL tyrosine kinase inhibitors: practical advice on the use and interpretation of monitoring methods", *Blood* 111(4), pp. 1774-1780.
6. Marin D, et al. (2005), "Monitoring patients in complete cytogenetic remission after treatment of CML in chronic phase with imatinib: pattern of residual leukaemia and prognostic factors for cytogenetic relapse", *Leukemia* 19(4), pp. 507-512.
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN) (2012), "Clinical Practice Guidelines in Oncology: Chronic Myelogenous Leukemia", Version 2.2012.

Kiến thức, thực hành về điều trị kháng virus ở bệnh nhân HIV/AIDS tại bốn tỉnh biên giới Việt Trung

Nguyễn Văn Sơn*, Nguyễn Thị Hoa*
Nguyễn Đức Trung*, Trần Bảo Ngọc*

TÓM TẮT³⁹

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thực hành của BN HIV/AIDS trong điều trị ARV tại bốn tỉnh biên giới Việt-Trung. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 431 bệnh nhân HIV đang được quản lý tại Trung tâm Phòng chống AIDS tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn và Quảng Ninh. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 38,3±6,7, trình độ văn hóa chủ yếu từ phổ thông trung học trở xuống, tỷ lệ BN sống một mình hoặc ly hôn hoặc góa chiếm 33%. Tỷ lệ BN hiểu đúng về tác dụng của thuốc kháng virus (ARV) là 69,8%, tỷ lệ BN hiểu đúng về thời gian sử dụng ARV, hiểu đúng khái niệm về tuân thủ điều trị cũng như tác hại của việc

không tuân thủ điều trị là >98%. Về tuân thủ điều trị ARV: tỷ lệ BN uống thuốc đầy đủ là 65,7%, đã từng quên uống thuốc là 34,3%, đã quên thuốc trong 1 tháng gần đây là 22,5%. Lý do quên thuốc chủ yếu là quên mang thuốc khi xa nhà chiếm 79,7%. BN chủ yếu sử dụng điện thoại để nhắc nhở uống thuốc. **Kết luận:** Mặc dù kiến thức về tác dụng của ARV, tuân thủ điều trị và tác hại của không tuân thủ điều trị của BN rất tốt nhưng tỷ lệ BN không tuân thủ trong thực hành điều trị ARV còn cao với tỷ lệ 22,5% trong một tháng gần đây.

Từ khóa: Tuân thủ, ARV, kiến thức, thực hành.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE IN ANTIRETROVIRUS TREATMENT IN HIV/AIDS PATIENTS IN FOUR BORDER PROVINCES BETWEEN VIETNAM AND CHINA

Objectives: Describe the knowledge and practice of HIV/AIDS patients in ARV treatment in four border provinces between Vietnam and China.

Methods: a cross-sectional study of 431 HIV patients

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa
Email: hoanguyenthstn@gmail.com
Ngày nhận bài: 12.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017
Ngày duyệt bài: 18.7.2017

was managed in Center for HIV/AIDS of Ha Giang, Cao Bang, Lang Son, Quang Ninh provinces. **Results:** The mean age was 38,3±6,7 year, the education was mainly below tertiary. The single, divorced or widowed were 33%. 69.8% of patients knew well about mechanism of action drugs. Over 98% of patients had awareness about duration of treatment, adherence and consequences of adherence. The percentage of non-adherence to ART in past one month was 22.5%. Reasons for missing was mainly away from home. **Conclusions:** Although knowledge about the effects of ARV, adherence and harms of non-adherence was very good, the rate of non-adherence in practice of ARV treatment was high, it was about 22.5% in past one month

Key word: Adherence, ARV, knowledge, practice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm HIV AIDS là bệnh do virus gây suy giảm miễn dịch ở người gây ra. Cho đến nay nhiễm HIV AIDS đã lan khắp trên toàn thế giới và tỷ lệ người nhiễm HIV gia tăng với tốc độ rất nhanh. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tính riêng trong năm 2011 đã có 2,2 triệu người mới bị nhiễm HIV và 1,7 triệu người chết vì AIDS. Theo Cục phòng, chống HIV AIDS đến 31/3/2012, số nhiễm HIV hiện còn sống là 201.134 và số bệnh nhân (BN) AIDS hiện còn sống là 57.733 và 61.579 trường hợp tử vong do AIDS [7].

Tại Việt Nam đã triển khai điều trị HIV bằng thuốc kháng virus (ARV) từ năm 2005 với sự hỗ trợ của Bộ Y tế Việt Nam và các tổ chức quốc tế. Việc điều trị ARV nhằm ức chế virus HIV nhân lên trong máu, hệ thống miễn dịch của người bệnh dần phục hồi, mang lại cho người bệnh sức khỏe và hòa nhập cuộc sống xã hội. Tuy nhiên, chìa khóa thành công trong điều trị ARV là tuân thủ điều trị. Việc điều trị ARV cần phải uống thuốc đầy đủ, đúng giờ để đảm bảo đạt hiệu quả, tránh kháng thuốc. Do đó, chăm sóc hỗ trợ điều trị phải toàn diện bao gồm quản lý lâm sàng, tư vấn, hỗ trợ tâm lý xã hội, chăm sóc, ngăn chặn sự lây nhiễm HIV trong cộng đồng. Việc tìm hiểu về kiến thức, thực hành khi điều trị ARV ở BN HIV AIDS là rất cần thiết, đây là lý do đề tài được thực hiện nhằm mục tiêu: *Mô tả kiến thức, thực hành của BN HIV AIDS trong điều trị ARV tại bốn tỉnh biên giới Việt-Trung.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân HIV AIDS

Đặc điểm	n (%)	Đặc điểm	n (%)
Tuổi ($\bar{X} \pm SD$)	38,3±6,7	Trình độ học vấn	
< 20 tuổi	4 (0,9)	Mù chữ	3 (0,7)
20 - 29 tuổi	28 (6,5)	Tiểu học	41 (9,5)
30 - 39 tuổi	220 (51,0)	Trung học cơ sở	142 (32,9)

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

+Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Người nhiễm HIV≥16 tuổi. Đang được điều trị kháng virus ít nhất 6 tháng. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

+Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc bệnh nhiễm trùng cấp tính và mạn tính. Đang mang thai. BN không có năng lực kiểm soát hành vi của mình. Có thời gian sử dụng thuốc kháng virus <6 tháng.

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 9/2016 - 12/2016

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Phòng chống AIDS bốn tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Quảng Ninh.

2.4. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ phần trăm-1 nhóm của tác giả Dương Đình Thiện [4]:

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

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

p: Tỷ lệ phân tít A (phân tít phổ biến nhất trên thế giới) = 47%, theo nghiên cứu của tác giả Gao [6]. q = 1-p = 1-0,47=0,53. d: Mức độ chính xác kỳ vọng, lấy d=0,05.

Thay vào công thức $\rightarrow$ cỡ mẫu là 352. Trong quá trình nghiên cứu có thể có sai số. Vì vậy, chúng tôi đề nghị lấy thêm 20% là 420 mẫu cho 4 tỉnh Hà Giang, Cao Bằng, Lạng Sơn, Quảng Ninh và thực tế chúng tôi lấy được 431 mẫu.

2.5. Phương pháp thu thập thông tin: Phòng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. Kết hợp thu thập thông tin trong bệnh án.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm Stata 10.

2.7. Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn để thu thập số liệu mà không can thiệp trên bệnh nhân cũng như không tác động vào điều trị. Các số liệu hoàn toàn được bảo mật và chỉ dành cho mục đích nghiên cứu. Đề tài đã được Hội đồng khoa học trường Đại học Y Dược Thái Nguyên thông qua.

> = 40 tuổi	179 (41,5)	Trung học phổ thông	217 (50,3)
Tổng	431 (100)	Trung cấp trở lên	28 (6,5)
		Tổng	431 (100)

Nhận xét: Tuổi trung bình ở nhóm BN HIV là $38,3 \pm 6,7$, chủ yếu ở độ tuổi >30, trình độ văn hóa chủ yếu là THCS và THPT, trình độ trung cấp trở lên chiếm tỷ lệ rất thấp (6,5%).

Bảng 3.2. Đặc điểm hôn nhân ở bệnh nhân HIV/AIDS

Tình trạng hôn nhân		
Sống một mình	62	14,4
Đã kết hôn	272	63,1
Sống chung không hôn thú	17	3,9
Li hôn hoặc góa	80	18,6
Tổng	431	100

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng đã ly thân hoặc sống một mình chiếm 33%. Tỷ lệ đã kết hôn chiếm 63,1%.

Bảng 3.3. Kiến thức về điều trị thuốc kháng virus

Kiến thức	n	%
Tác dụng của thuốc ARV		
Điều trị khỏi HIV	87	20,2
Giảm đau	21	4,9
Ức chế sự nhân lên của virus HIV	301	69,8
Không biết	22	5,1
Thời gian sử dụng thuốc ARV		
Suốt đời	424	98,4
Một vài tháng	6	1,4
Không biết	1	0,2
Khái niệm về tuân thủ điều trị		
Uống đúng thuốc	431	100
Uống thuốc đúng liều lượng	399	92,6
Uống đúng giờ và đúng cách	419	97,2
Tác hại của việc không tuân thủ điều trị		
Không ức chế được virus	420	97,4
Gây ra sự kháng thuốc	423	98,1
Tổng	431	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN hiểu đúng về tác dụng của thuốc ARV là 69,8%, số BN hiểu không đúng hoặc không biết về tác dụng của thuốc ARV là 30,2%. Hầu hết BN đều hiểu đúng về thời gian sử dụng thuốc ARV (98,4%), tỷ lệ hiểu không đúng về liều thuốc và cách sử dụng thuốc chiếm tỷ lệ thấp <3%. Đa số BN hiểu đúng về tác hại của việc không tuân thủ điều trị chiếm >97%.

Bảng 3.4. Thực hành về điều trị thuốc kháng virus

Thực hành	n	%
Tuân thủ điều trị ARV		
Uống thuốc đầy đủ	283	65,7
Đã từng quên uống thuốc	148	34,3
Quên uống thuốc trong 1 tháng gần đây	97	22,5
Lý do quên uống thuốc (n=148)		
Sợ có tác dụng phụ	9	6,1
Bệnh tốt hơn	10	6,7
Bận công việc	6	4,1
Uống quá nhiều thuốc	5	3,4
Quên mang thuốc khi xa nhà	118	79,7
Hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV		
Đồng hồ báo thức	10	2,3
Điện thoại báo thức	408	94,7
Người thân	13	3,0

Nhận xét: Tỷ lệ BN đã từng quên thuốc khá cao chiếm 34,3%, tỷ lệ BN đã quên thuốc trong 1 tháng gần đây là 22,5%, lý do quên uống thuốc chủ yếu là do khi đi xa nhà quên mang thuốc (79,7%), tỷ lệ BN không uống thuốc do sợ tác dụng phụ là 6,1% và 6,7% BN không uống thuốc do thấy bệnh tiến triển tốt hơn. Phần lớn BN sử dụng điện thoại là công cụ hỗ trợ nhắc uống thuốc, có 3% số BN được người thân nhắc uống thuốc.

IV. BÀN LUẬN

Có khá nhiều bằng chứng đã chứng minh tác dụng ARV có hiệu quả đáng kể trong việc ức chế sự nhân lên của virus HIV cũng như có tác dụng trì hoãn sự xuất hiện của các bệnh nhiễm trùng cơ hội [7]. Tuy nhiên, nếu sử dụng thuốc ARV không đúng cách, không tuân thủ điều trị nghiêm ngặt sẽ dẫn đến kháng thuốc, gây ảnh hưởng rất lớn đến kết quả điều trị. Vì vậy, nghiên cứu về kiến thức, thực hành của BN HIV về tuân thủ điều trị cũng như những thông tin về thuốc kháng virus là rất cần thiết.

Đặc điểm nhân khẩu học trong nghiên cứu của chúng tôi gần giống với một số nghiên cứu khác trong nước [2],[3]. Cụ thể về nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở độ tuổi >30, chiếm 92,6%. Trình độ học vấn chủ yếu là trung học phổ thông trở xuống, tỷ lệ BN có trình độ từ trung cấp, cao đẳng trở lên chiếm 6,5%. Nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Su về kiến thức và thực hành điều trị ARV ở 480 BN HIV được quản lý ngoại trú tại phòng khám bệnh viện đa khoa Tịnh Biên cho thấy độ tuổi >30 chiếm 85,4%, trình độ văn hóa chủ yếu là trung học phổ thông trở xuống, tỷ lệ BN có trình độ văn hóa trên phổ thông trung học chiếm 1,7% [3].

Kiến thức không đầy đủ về điều trị ARV là một rào cản lớn trong vấn đề tuân thủ điều trị. Khi tìm hiểu kiến thức của BN về tác dụng của ARV có 69,8% hiểu đúng về tác dụng của ARV, 4,9% cho rằng ARV có tác dụng giảm đau và ARV có tác dụng điều trị khỏi HIV là 20,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của tác giả Kasumu (2014) ở 361 BN HIV ở Tây Nam Nigeria, kết quả cho thấy có 65,9% BN hiểu đúng về tác dụng của ARV, 26,8% số BN cho rằng ARV điều trị khỏi HIV và có 5,8% BN không biết về tác dụng của ARV [7]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của tác giả Regina (2009) ở 195 BN HIV tại Bzaril cho thấy chỉ có 20% số BN biết về cơ chế tác dụng ARV là ức chế sự nhân lên của virus, có 55,4% số BN không biết về cơ chế tác dụng của ARV. Có sự khác biệt trên có thể do có sự khác nhau về thời gian nghiên cứu, tác giả Regina nghiên cứu vào năm 2009 khi mà ARV mới được đưa vào sử dụng nên sự hiểu biết về cơ chế tác dụng của thuốc còn có nhiều hạn chế.

Về thời gian sử dụng ARV, kết quả nghiên cứu cho thấy có 98,4% số BN biết phải sử dụng ARV suốt đời, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Su (98,4% so với 93,5%) [3], cũng như nghiên cứu của tác giả Regina (98,4% so với 35,9%).

Tuân thủ điều trị ARV là thuốc uống đủ liều được chỉ định và uống đúng giờ và uống đều đặn suốt đời. Để điều trị ARV đạt được hiệu quả tốt nhất, mức yêu cầu cho việc tuân thủ phải đạt từ 95% trở lên. Nếu bệnh nhân tuân thủ điều trị không tốt hoặc thực hiện việc tuân thủ chưa tốt sẽ có nguy cơ phát triển virus kháng thuốc [1]. Khi phỏng vấn BN khái niệm về tuân thủ điều trị, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ BN hiểu đúng về uống đúng thuốc, đúng liều lượng, đúng thời gian và đúng cách với tỷ lệ rất cao >98%. Mặc dù có tỷ lệ rất cao hiểu đúng về việc tuân thủ điều trị nhưng trong thực hành tuân thủ điều trị ARV có tới 34,3% số BN đã từng quên uống thuốc và có 22,5% số BN quên uống thuốc trong một tháng gần đây. Lý do quên uống thuốc của BN thường gặp nhất là quên mang thuốc khi xa nhà (79,7%), đáng chú ý là có 6,7% số BN quên uống thuốc do thấy bệnh tiến triển tốt hơn. Kết quả nghiên cứu của tác giả Huỳnh Văn Su về thực hành tuân thủ cho thấy chỉ có 5,8% số BN không tuân thủ tốt quá trình điều trị ARV, tỷ lệ này thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (5,8% so với 34,3%). Tỷ lệ quên thuốc trong tháng qua trong nghiên cứu của tác giả Hà Văn Tuấn là 17,2%[5]. Có sự khác biệt về tỷ lệ không tuân thủ điều trị ARV có thể do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại các tỉnh miền núi nên nhận thức của BN về sự cần thiết của việc tuân thủ trong điều trị ARV còn hạn chế.

Để tăng mức tuân thủ và hiệu quả điều trị ARV cần duy trì sử dụng dụng cụ nhắc nhở tuân thủ, tư vấn và đào tạo hỗ trợ tuân thủ, đặc biệt đối với người bệnh nhỏ tuổi và đối tượng có trình độ học vấn thấp. Về biện pháp hỗ trợ tuân thủ điều trị ARV, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đại đa số BN sử dụng điện thoại nhắc nhở uống thuốc chiếm 94,7%, có 3% số BN được người thân nhắc nhở.

V. KẾT LUẬN

Về kiến thức: tỷ lệ BN hiểu đúng về tác dụng của thuốc kháng virus là 69,8%. Tỷ lệ BN có kiến thức tốt về điều trị ARV là >98%.

Về thực hành điều trị ARV: tỷ lệ BN uống thuốc đầy đủ là 65,7%, đã từng quên uống thuốc là 34,3%, đã quên thuốc trong 1 tháng gần đây là 22,5%. Lý do quên thuốc chủ yếu là quên mang thuốc khi xa nhà chiếm 79,7.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Kiệm (2013), "Nghiên cứu mức độ tuân thủ điều trị và mối liên quan về kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh và điều trị kháng virus của bệnh nhân HIV/AIDS tại quận Ngô Quyền, thành

- phổ Hải Phòng năm 2012", *Tạp chí Y học Thực hành*, 866, trang 72-75.
2. **Lê Thị Bích Liên, Lê Thị Bình (2014)**, "Kiến thức, thực hành trong điều trị ARV của bệnh nhân HIV/AIDS và một số hoạt động của cộng đồng tại Trung tâm y tế huyện Từ Liêm, Hà Nội", *Tạp chí Y học Thực hành*, 909, trang 69-72.
 3. **Huỳnh Văn Su, Huỳnh Ngọc Phượng (2016)**, "Khảo sát kiến thức, thực hành về tuân thủ điều trị ARV trên bệnh nhân HIV/AIDS tại phòng khám ngoại trú Tỉnh Biên năm 2015", *Kỷ yếu các Công trình nghiên cứu khoa học tỉnh An Giang*.
 4. **Dương Đình Thiện, Lê Thế Trung, Nguyễn Văn Tường và cs (1998)**, "Phương pháp nghiên cứu khoa học Y học", Nhà xuất bản Y học, trang 218-260.
 5. **Hà Văn Tuấn (2010)**, "Khảo sát sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân AIDS tại tỉnh Bình Thuận năm 2008", *Kỷ yếu Hội nghị phòng chống HIV/AIDS năm 2010*.
 6. **Gao F, et al (1998)**, "An Isolate of Human Immunodeficiency Virus Type 1 Originally Classified as Subtype I Represents a Complex Mosaic Comprising Three Different Group M Subtypes (A, G, and I)", *Journal of Virology*, 72 (12), pp 105-116.
 7. **Kasumu L, Balogun M (2014)**, "Knowledge and attitude towards antiretroviral therapy and adherence pattern of HIV patients in southwest Nigeri", *International Journal of Infection Control*, pp 23-30.

THỰC TRẠNG SỨC KHỎE VÀ CHĂM SÓC SỨC KHỎE CỦA NGƯỜI CAO TUỔI TẠI TRUNG TÂM DƯỠNG LÃO DIÊN HỒNG, HÀ ĐÔNG, HÀ NỘI NĂM 2017

Vũ Trung Nghĩa**, Nguyễn Đăng Vững*, Lê Minh Đạt**

TÓM TẮT⁴⁰

Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành với **mục tiêu**: Mô tả thực trạng sức khỏe và chăm sóc sức khỏe tại Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, Hà Đông, Hà Nội từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2017. **Đối tượng**: Toàn bộ 44 người cao tuổi đang an dưỡng tại Trung tâm. **Kết quả**: Về cơ cấu bệnh tật: người cao tuổi ở đây chủ yếu mắc các bệnh: tăng huyết áp (54,6%), đái tháo đường (20,5%) và tai biến mạch máu não (29,6%) đã được bác sĩ chẩn đoán. Ngoài ra có tới 61,4% người cao tuổi đang gặp khó khăn trong việc đi lại. Người cao tuổi tại trung tâm được kiểm tra các dấu hiệu sinh tồn hàng ngày và được bác sĩ khám sức khỏe định kỳ vào sáng thứ 7 hàng tuần. Lý do lớn nhất khiến người cao tuổi đến Trung tâm chăm sóc sức khỏe là do bị bệnh cần được chăm sóc về mặt y tế (63,6%). Điều kiện chăm sóc, trang thiết bị, trình độ chuyên môn tốt chính là lý do mà 77,3% người cao tuổi và gia đình chọn Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng.

Từ khóa: Chăm sóc sức khỏe người cao tuổi, viện dưỡng lão.

SUMMARY

THE SITUATION OF HEALTH AND HEALTH CARE OF ELDERLY PEOPLE IN DIEN HONG NURSING CENTER IN HA DONG DISTRICT, HA NOI CITY FROM JANUARY TO MARCH, 2017

The cross-sectional study was conducted with the objective: to describe the health situation and health care in Dien Hong nursing center in Ha Dong district,

Ha Noi city from January to March, 2017. **Subject and sample size**: 44 elderly people at Dien Hong nursing center. **Results**: elderly people here are mainly suffered from hypertension (54.6%), diabetes (20.5%) and cerebrovascular diseases (29.6%). In addition, 61.4% of the elderly have difficulty in movement. The elderly people in the center are examined for vital signs and have weekly medical examinations in Saturday morning. The major reason for elderly people's health care is diseases that requires medical care (63.6%). The conditions, equipment and high qualification of physician is the reason why 77.3% of the elder's families choose Dien Hong nursing center.

Key words: Elderly people's health care, nursing center

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Số liệu Điều tra Dân số và nhà ở giữa kỳ của Việt Nam năm 2014 cho thấy số lượng người cao tuổi (NCT) ở nước ta là 9,4 triệu người, chiếm tỷ lệ 10,3% dân số cả nước. Dự báo tỷ lệ này có thể lên tới 22% vào năm 2050. Tại Việt Nam, đa số người cao tuổi sống tại nông thôn, có thu nhập thấp nên ít có điều kiện chăm sóc sức khỏe [1].

Các mô hình Viện dưỡng lão hay các trung tâm CSSK rất phổ biến và được ưa chuộng trên thế giới, đặc biệt là các nước phát triển tuy nhiên tại Việt Nam những mô hình này còn khá mới mẻ và chưa được nhiều người biết đến. Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, Hà Đông, Hà Nội được thành lập từ tháng 9 năm 2014 là một trong các trung tâm dưỡng lão hiện đại và tiện nghi nhất, đáp ứng được các nhu cầu CSSK của NCT [2].

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, số lượng các viện dưỡng lão tư nhân ngày càng nhiều hơn, nhưng có rất ít nghiên cứu tìm hiểu về hoạt động của các trung tâm này. Chính vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm tìm

*Viện đào tạo y học dự phòng & y tế công cộng

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Nghĩa

Email: nghia.yhdp1218@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2017

Ngày duyệt bài: 20.7.2017

hiểu thực trạng chăm sóc sức khỏe của trung tâm dưỡng lão này là cơ sở để góp phần nâng cao hiệu quả trong việc CSSK cho người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ *Đối tượng nghiên cứu*: Là những người cao tuổi từ 60 tuổi trở lên đang dưỡng lão tại trung tâm dưỡng lão Diên Hồng.

+ *Địa điểm nghiên cứu*: trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, Số U01/L16 – Khu đô thị Đô Nghĩa, phường Yên Nghĩa, quận Hà Đông, Hà Nội.

+ *Thời gian nghiên cứu*: từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2017.

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

+ *Chọn mẫu*: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ

+ *Cỡ mẫu*: 44 người cao tuổi đang an dưỡng tại trung tâm

+ Công cụ và Kỹ thuật thu thập số liệu:
- Công cụ thu thập số liệu là bộ phiếu điều tra đánh giá thực trạng sức khỏe và chăm sóc sức khỏe tại trung tâm dưỡng lão.

- *Hình thức thu thập số liệu*: Phỏng vấn trực tiếp đối tượng.

+ *Phương pháp xử lý thông tin*: Số liệu được làm sạch trước khi nhập vào máy tính, nhập liệu bằng phần mềm EPIDATA và phân tích số liệu bằng phần mềm STATA.

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

		Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	60-74	12	27,3
	75- 89	21	47,7
	≥ 90	11	25,0
Giới tính	Nam	19	43,2
	Nữ	25	56,8

Số liệu trong bảng trên cho thấy NCT thuộc nhóm 75- 89 tuổi có tỷ lệ cao nhất chiếm 47,7%. Nhóm đối tượng ≥ 90 cũng chiếm tỷ lệ khá cao là 25,0%. Các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $79,75 \pm 10,27$ trong đó cao nhất là 102 tuổi, thấp nhất là 60 tuổi. Trong các đối tượng nghiên cứu có 56,8% NCT là nữ giới và 43,2% NCT là nam giới.

2. Thực trạng sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại trung tâm

Bảng 2. Bệnh mãn tính của người cao tuổi tại trung tâm

Bệnh mãn tính	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	24	54,6
Đái tháo đường	9	20,5

Cơ xương khớp	13	29,6
TBMMN	13	29,6
Không mắc	12	27,3

Bảng trên cho thấy trong số NCT tại thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu, có 24 người mắc THA (54,6%), 9 người mắc ĐTĐ (20,5%) và 13 (29,6%) người bị TBMMN đã được bác sĩ chẩn đoán.

Bảng 3. Triệu chứng cấp tính của người cao tuổi trong vòng 1 tháng qua

Triệu chứng cấp tính	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Đau đầu	14	31,8
Chóng mặt	8	18,2
Buồn nôn	6	13,6
Tiêu chảy	5	11,4
Da sần ngứa	3	6,8
Đau lưng	7	15,9
Không có triệu chứng	11	25,0

Bảng trên cho thấy trong vòng 1 tháng qua, hầu hết NCT đều gặp các triệu chứng liên quan tới sức khỏe, có 14 NCT cảm thấy đau đầu (31,8%), 8 NCT cảm thấy chóng mặt (18,2%) và một số triệu chứng khác.

3. Lý do người cao tuổi chọn trung tâm dưỡng lão Diên Hồng:

Bảng 4: Lý do NCT chọn trung tâm dưỡng lão Diên Hồng

Lý do	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Gần nhà	5	11,3
Do người quen giới thiệu	13	29,6
Do điều kiện chăm sóc, cơ sở vật chất, trình độ chuyên môn	34	77,3
Do chi phí thủ tục hợp lý	23	52,3

Bảng trên cho thấy đa số NCT lựa chọn trung tâm dưỡng lão Diên Hồng do điều kiện chăm sóc, trang thiết bị, trình độ chuyên môn tốt (77,3%) và do chi phí, thủ tục hợp lý (52,3%). Một số NCT được người quen giới thiệu (29,6%) hoặc do nhà gần trung tâm (11,3%).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 44 NCT được phỏng vấn, có gần 2/3 là nữ giới (56,8% là nữ và 43,2% là nam), cho thấy tỷ lệ nữ giới già cao hơn nam giới. Độ tuổi trung bình của NCT tại trung tâm là khá cao $79,75 \pm 10,27$ trong đó cao nhất là 102 tuổi, thấp nhất là 60 tuổi. Theo kết quả của Tổng cục thống kê năm 2014, tuổi thọ trung bình của người Việt là 73,2 tuổi [1]. Với sự phát triển của khoa học công nghệ, điều kiện chăm sóc sức khỏe ngày một tốt hơn dẫn tới tuổi thọ của con người ngày càng tăng lên, số lượng người cao tuổi cũng ngày càng nhiều hơn.

Lý do lớn nhất khiến NCT phải đến trung tâm

CSSK là do con cái không có thời gian chăm sóc 63,6%. Điều này khác so với nghiên cứu của Thái Thị Thanh Huyền khi lý do lớn nhất khiến NCT phải đi tới trung tâm dưỡng lão là do bị bệnh cần chăm sóc thường xuyên hoặc do bị sa sút trí tuệ tuổi già [3].

Khi được hỏi về lý do khiến NCT chọn trung tâm dưỡng lão Diên Hồng, đa số NCT lựa chọn trung tâm dưỡng lão Diên Hồng do điều kiện chăm sóc, trang thiết bị, trình độ chuyên môn tốt 77,3% và do chi phí, thủ tục hợp lý 52,3%. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Thái Thị Thanh Huyền khi tìm hiểu về lý do NCT chọn trung tâm chăm sóc NCT Thiên Đức, Hà Nội có 96,7% lựa chọn vì điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị; 52% lựa chọn vì trình độ chuyên môn và thái độ của nhân viên [3]. Như vậy, điều kiện chăm sóc, trang thiết bị, trình độ chuyên môn tốt chính là yếu tố thu hút được sự quan tâm chú ý của NCT.

NCT tại trung tâm phần lớn mắc các bệnh mãn tính, có 54,6% người mắc THA, 20,5% người mắc ĐTĐ và 29,6% người mắc các bệnh về cơ xương khớp. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Hoàng Trung Kiên tại Đông Anh, Hà Nội có tới 40% NCT mắc THA và 37,1% NCT mắc các bệnh về cơ xương khớp [4]. NCT là đối tượng dễ mắc các bệnh mãn tính vì cơ thể đã bị lão hóa và sức đề kháng cũng bị suy giảm. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đăng Vững khi cho kết quả tỷ lệ NCT mắc bệnh mãn tính tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam là 65,7 % [5].

V. KẾT LUẬN

Về mô hình bệnh tật: người cao tuổi ở đây chủ yếu mắc các bệnh: tăng huyết áp (54,6%), đái tháo đường (20,5%) và tai biến mạch máu não (29,6%) đã được bác sĩ chẩn đoán. Ngoài ra có tới 61,4% người cao tuổi đang gặp khó khăn trong việc đi lại. Người cao tuổi tại trung tâm được kiểm tra các dấu hiệu bất thường hàng ngày và được bác sĩ khám sức khỏe định kỳ vào sáng thứ 7 hàng tuần.

Lý do lớn nhất khiến người cao tuổi phải đến trung tâm chăm sóc sức khỏe là do bị bệnh cần được chăm sóc về mặt y tế (63,6%). Điều kiện chăm sóc, trang thiết bị, trình độ chuyên môn tốt chính là lý do mà 77,3% người cao tuổi và gia đình chọn trung tâm dưỡng lão Diên Hồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tổng cục thống kê (2014)**, *Điều tra Dân số và nhà ở giữa kỳ Việt Nam 2014*.
2. **Trung tâm dưỡng lão Diên Hồng (2016)**, *Giới thiệu chung về trung tâm dưỡng lão Diên Hồng*.
3. **Thái Thị Thanh Huyền (2012)**, *Mô tả thực trạng chăm sóc sức khỏe Người cao tuổi tại trung tâm chăm sóc sức khỏe Người cao tuổi Thiên Đức, Hà Nội*, Đại học Y Hà Nội.
4. **Hoàng Trung Kiên (2012)**, *Nghiên cứu nhu cầu, đáp ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe người cao tuổi và thử nghiệm mô hình can thiệp cộng đồng tại huyện Đông Anh, Hà Nội*.
5. **Nguyễn Đăng Vững và Nguyễn Thị Hồng (2015)**, "Một số vấn đề sức khỏe của người cao tuổi và các yếu tố liên quan tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, **6**, tr. 323 - 327.

HAI TRƯỜNG HỢP RỐI LOẠN PHÁT TRIỂN GIỚI TÍNH THỂ HIỂM GẬP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Thị Ngọc Anh*, Nguyễn Việt Hoa*, Trần Thị Chi Mai***, Trần Minh Điền**, Vũ Chí Dũng**

TÓM TẮT⁴¹

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm và điều trị bằng phẫu thuật 2 bệnh nhân rối loạn phát triển giới tính thể hiếm gập tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** 2 bệnh

*Bệnh viện Việt Đức

**Bệnh viện Nhi trung ương

***Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Ngọc Anh

Email: ngocanhbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 3.7.2017

Ngày duyệt bài: 14.7.2017

nhân, trong đó một bệnh nhân mang nhiễm sắc thể 46, XY có dấu hiệu nữ hóa hoàn toàn và một bệnh nhân mang nhiễm sắc thể 46, XX có tinh hoàn phải và buồng trứng trái. Hai bệnh nhân được phẫu thuật cơ quan sinh dục ở 14 và 20 tuổi tại bệnh viện Việt Đức. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Dấu hiệu đặc trưng của rối loạn phát triển giới tính gồm bất thường ở bộ phận sinh dục như lỗ đài thấp, ẩn tinh hoàn, có cả tinh hoàn và buồng trứng trên một cơ thể. Vô kinh tiên phát, vú phát triển ở người ngoại hình nam. Chẩn đoán căn định lượng hormon sinh dục, phân tích nhiễm sắc thể, siêu âm. Điều trị phẫu thuật tạo hình bộ phận sinh dục, xác định lại giới tính theo nhu cầu của người bệnh là cần thiết. **Kết luận:** Rối loạn phát triển giới tính thể nữ hóa hoàn toàn

người nam và lưỡng giới thật có cả tinh hoàn và buồng trứng là thể hiếm gặp, được chẩn đoán và phẫu thuật thành công tại bệnh viện Việt Đức.

Từ khóa: rối loạn phát triển giới tính, nam hóa, nữ hóa.

SUMMARY

TWO CASES OF SEX DEVELOPMENT DISORDERS WERE DIAGNOSED AND TREATED AT VIETDUC HOSPITAL

Objectives: Describe clinical signs and tests of two cases of rare sex development disorders (DSD) treated by operation at Viet Duc hospital. **Subjects and Methods:** A patient with 46,XY have signs of feminization complete and a patient with 46,XX have a right testis and a left ovary (ovotesticular) were late diagnosed at 14 to 20 years old at Viet Duc hospital. The two patients were done operation the genital.

Results: clinical signs and symptoms of patients with DSD: clitoromegaly, hypospadias, primary amenorrhea, a testis and an ovary in a one body. Diagnosis by determination of sex hormone concentrations, ultrasound, chromosomes analyses. Two patients had been done surgery safely.

Conclusions: Disorders of sex development with feminization completely in man and true hermaphroditism with both testis and ovary (ovotesticular) were rare. Diagnosis and treatment of these two patients were success at Viet Duc hospital.

Key words: Disorders of sex development (DSD), feminization, ovotesticular.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn phát triển giới tính là tình trạng mà cơ quan sinh sản và bộ phận sinh dục phát triển không tương ứng với tuổi, giới và người bệnh có thể mang đặc điểm giới tính hỗn hợp của cả nam và nữ. Rối loạn phát triển giới tính theo hướng nam hóa người nữ có bộ nhiễm sắc thể 46, XX thường gặp nhất do bệnh lý tăng sản thượng thận bẩm sinh (congenital adrenal hyperplasia) gây giảm tổng hợp cortisol và tăng tiết hormon sinh dục nam của tuyến vỏ thượng thận [1]. Trong khi thiếu hụt enzym 5 α -reductase và tình trạng không nhạy cảm với androgen (androgen insensitivity syndrome- AIS) là nguyên nhân thường gây nữ hóa ở nam có bộ nhiễm sắc thể 46,XY [1,2]. Một số người bệnh trên một cơ thể mang đặc điểm của cơ quan sinh dục nữ và nam như có cả tử cung, buồng trứng và tinh hoàn là những trường hợp hiếm gặp do bất thường nhiễm sắc thể hoặc bất thường trong quá trình biệt hóa của thai nhi có thể được phân tích steroid niệu hoặc đột biến gen tìm nguyên nhân [3,6].

Tại bệnh viện Việt Đức, chúng tôi gặp 2 trường hợp chẩn đoán rối loạn phát triển giới tính hiếm gặp được phẫu thuật tạo hình cơ quan sinh dục và thăm khám điều trị nội tiết. Chúng

tôi xin trình bày về các trường hợp này, mọi thông tin công bố về bệnh nhân đã được sự đồng ý của người bệnh và gia đình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả ca bệnh lâm sàng ít gặp tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức được chẩn đoán rối loạn phát triển giới tính tại khoa phẫu thuật Nhi từ tháng 1/2016 đến tháng 8/2016.

Xét nghiệm: FSH, LH, testosterone, estradiol, PSA toàn phần và tự do thực hiện bằng kỹ thuật điện hóa phát quang trên máy Cobas e601 của Roche.

Siêu âm ổ bụng, giải phẫu bệnh được thực hiện tại bệnh viện Việt Đức.

Xét nghiệm nhiễm sắc thể thực hiện tại Mediatec.

III. KẾT QUẢ

Bệnh nhân 1: Trần Thị H, sinh năm 1996 tại Nghệ An, vào viện 24/1/2016 do vô kinh tiên phát, đau vùng bẹn hai bên. Mã bệnh án VD-02408.

Bệnh nhân lúc sinh ra có ngoại hình và cơ quan sinh dục ngoài của nữ. Thỉnh thoảng đau tức vùng bẹn hai bên, đến 20 tuổi không có kinh nguyệt. Bệnh nhân có chị gái, anh trai và em gái song sinh đều phát triển bình thường.

Đặc điểm lâm sàng: Ngoại hình nữ, vú phát triển, da, tóc, giọng nói của nữ. Cơ quan sinh dục như nữ giới, không thấy tinh hoàn hai bên, lông mu thưa (ảnh 1).

Siêu âm ổ bụng: Không quan sát thấy tử cung và phần phụ hai bên. Thay vào đó là cấu trúc tương tự tuyến tiền liệt ôm quanh cổ bàng quang và niệu đạo đoạn sát cổ bàng quang. Vị trí ống bẹn sát hai bên lỗ bẹn nông có khối tín hiệu dạng tổ chức tương tự tinh hoàn.

Xét nghiệm nhiễm sắc thể: 46, XY, đây là kiểu gen người nam.

Bảng 1: Kết quả xét nghiệm máu bệnh nhân Trần Thị H

Xét nghiệm	Kết quả	Đơn vị	Trị số bình thường
Estradiol	49,6	pg/mL	Nam: 7,6-42,6 Nữ: 12,5-498
LH	13,6	IU/L	Nam: 1,7-8,6 Nữ: 1,0-95,6
FSH	1,5	IU/L	Nam: 1,5-12,4 Nữ: 1,7-21,5
Prolactin	160,3	mIU/L	Nam: 110-510
Testosterone	51,0	nmol/L	Nam: 8,6-29,0 Nữ: 0,1- 1,67

Nồng độ testosterone trong máu của bệnh nhân Trần Thị H rất cao, cao hơn giá trị bình thường của người nam trưởng thành. Estradiol, LH cao hơn giá trị bình thường của nam giới.

Bệnh nhân được chẩn đoán rối loạn phát triển giới tính thể 46, XY, DSD. Bệnh nhân được khám và tư vấn về nội tiết, sinh dục. Bệnh nhân mong muốn được trở thành nữ nên được phẫu thuật nội soi cắt tinh hoàn hai bên ngày 25/1/2016:

Cách thức phẫu thuật: Tiến sỹ Nguyễn Việt Hoa thực hiện phẫu thuật nội soi kiểm tra ổ bụng không thấy tử cung và buồng trứng hai bên. Lỗ bẹn hai bên đóng kín, không thăm dò được tinh hoàn hai bên để cắt nên chuyển mổ mở. Cắt tinh



Ảnh 1: Bộ phận sinh dục Trần Thị H

Bệnh nhân 2: Võ Tá V, sinh năm 2002 tại Nghệ An đến khám tại bệnh viện Việt Đức vì ẩn tinh hoàn trái, lỗ đài thấp vào 6/7/2016. Mã bệnh án 0104- VD-7492.

Trẻ sinh ra với một tinh hoàn phải trong bìu, không sờ thấy tinh hoàn trái trong bìu. Khi trẻ được 2 tuổi đã khám tại bệnh viện Nhi TW nhưng chưa điều trị, được bác sỹ tư vấn bệnh nhân nhiều khả năng là nữ nhưng có tinh hoàn và việc xác định giới tính nên thực hiện sau khi trẻ tự quyết định giới tính mong muốn của mình.

Đặc điểm lâm sàng: bệnh nhân có ngoại hình nam giới, cao 160 cm, nặng 48 kg. Tinh hoàn

hoàn hai bên theo đường bẹn (ảnh 2). Thăm dò bộ phận sinh dục ngoài thấy có âm đạo dạng túi cùng ngắn khoảng 7 cm, rộng ở bên cạnh niệu đạo. Sau phẫu thuật, bệnh nhân ổn định, ra viện ngày 28/1/2016. Hiện nay sức khỏe và tâm lý ổn định.

Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy hai tinh hoàn có các ống sinh tinh xơ hóa, không thấy các tế bào dòng tinh. Mô đệm tăng sinh với các tế bào Leydig, không có tổn thương ác tính.



Ảnh 2: Tinh hoàn của Trần Thị H

phải trong bìu, không thấy tinh hoàn trái, lỗ đài thấp ở gốc dương vật. Dương vật ngắn 3cm, âm đạo dạng túi cùng rất hẹp. Vú phát triển (giai đoạn B3-B4).

Siêu âm thấy tinh hoàn phải nằm trong bìu, kích thước 19x12x13 mm, hình thái bình thường và cấu trúc nhu mô tinh hoàn tăng âm, có nhiều nốt vôi hóa. Mào tinh hoàn có hình thái và cấu trúc bình thường. Không thấy cấu trúc tuyến tiền liệt, không thấy rõ buồng trứng trên siêu âm.

Xét nghiệm nhiễm sắc thể: 46, XX (kiểu gen người nữ).

Bảng 2: Kết quả xét nghiệm máu của Võ Tá V

Xét nghiệm	Kết quả BN V	Đơn vị	Trị số bình thường
Estradiol	29	pg/mL	Nam: 7,6-42,6; Nữ: 12,5-498
FSH	6,57	IU/L	Nam: 1,5-12,4; Nữ: 1,7-21,5
Testosterone	1,17	nmol/L	Nam: 8,6-29,0; Nữ: 0,1- 1,67
PSA toàn phần	0,01	ng/mL	Nam: <4,0
PSA tự do	0,01	ng/mL	
Cortisol 8-10 giờ	356,8	nmol/L	66-630
ACTH	6,97	pmol/L	1,6 – 13,9
17-OH Progesterone	0,92	ng/mL	0,07 -1,7

Xét nghiệm cortisol, ACTH, 17OH Progesterone trong giới hạn bình thường giúp loại trừ tăng sản thượng thận bẩm sinh. Nồng độ testosterone thấp so với trị số của nam, và tương tự giới hạn của nữ. Nồng độ PSA rất thấp tương tự giá trị của nữ.

Bệnh nhân được tư vấn điều trị nội tiết, sinh dục, sinh sản. Bệnh nhân có nguyện vọng được là nam giới nên được phẫu thuật xác định giới tính qua nội soi.

Cách thức phẫu thuật: Nội soi thăm dò ổ bụng thấy tuyến sinh dục bên phải đã ra ngoài, không có ống dẫn tinh. Bên trái tuyến sinh dục giống buồng trứng, có dây chằng rộng tăng sinh mạch máu, tử cung xoắn có một sừng và dính vào lỗ bẹn sâu. Sinh thiết tức thì trả lời đó là tử cung và buồng trứng. Phẫu thuật cắt tử cung, buồng trứng và dây chằng tròn bên trái do phẫu thuật viên là tiến sỹ Nguyễn Việt Hoa. Sau phẫu thuật bệnh nhân ổn định, ra viện sau 3 ngày. Hiện tại bệnh nhân khỏe mạnh, tâm lý ổn định.



Ảnh 3: Ngoại hình Võ Tá V



Ảnh 4:
Vú phát triển
giai đoạn B3



Ảnh 5:
Bộ phận sinh
dục có tinh hoàn
phải

IV. BÀN LUẬN

Rối loạn phát triển giới tính thường gặp nhất là thể nam hóa người nữ mang nhiễm sắc thể 46, XX do tăng sản thượng thận bẩm sinh [5]. Bên cạnh đó, một số ít bệnh nhân mang nhiễm sắc thể 46, XX mang một phần gen của nhiễm sắc thể Y chuyển sang do đột biến trong đó có gen biệt hóa tinh hoàn gây hiện tượng có cả tinh hoàn và tử cung, buồng trứng trên cùng một cơ thể. Thể này được gọi là Ovotesticular, người bệnh có thể có tinh hoàn một bên và buồng trứng bên kia hoặc buồng trứng hai bên. Trong khi đó, người mang nhiễm sắc thể 46, XY có thể bất thường trong quá trình tổng hợp hormon sinh dục nam do thiếu enzyme 5 α -reductase hoặc thiếu hụt thụ thể của androgen gây hội chứng không nhạy cảm với androgen là nguyên nhân thường gặp gây nữ hóa người nam [1,4,6]. Ở Việt Nam, phần lớn trẻ mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh và rối loạn phát triển giới tính được quản lý và điều trị tại khoa Nội tiết – Chuyển hóa – Di truyền bệnh viện nhi Trung ương với số lượng 842 trẻ đến nay.

Bệnh nhân 1: Trần Thị H, có bộ nhiễm sắc thể là 46, XY, có tinh hoàn hai bên trong ống bẹn nhưng sự phát triển cơ thể lại hoàn toàn theo hướng nữ hóa ngay từ trong bào thai đến khi trưởng thành. Mặc dù không có buồng trứng hai bên, nhưng nội tiết tố nữ như estradiol, LH trong giới hạn bình thường của nữ và các đặc tính sinh dục phụ của nữ phát triển (vú, giọng nói, da và tóc). Nguyên nhân thường gặp nhất là do thiếu hụt enzyme 5 α -Reductase xúc tác chuyển testosterone thành dihydrotestosterone (DHT). Dihydrotestosterone có tác dụng mạnh hơn testosterone khoảng 10 lần qua receptor androgen [1] nên mặc dù testosterone cao cũng không có tác dụng ở ngoại vi và không tạo được

đặc tính của nam giới. Ngược lại, testosterone được chuyển hóa thành estradiol và gây ra các dấu hiệu nữ hóa hoàn toàn [1]. Bên cạnh đó một nguyên nhân khác là đột biến gen AR (androgen receptor) dẫn đến hội chứng kém nhạy cảm với androgen gây nữ hóa ở người có kiểu gen 46,XY[2,3,6]. Hội chứng không nhạy cảm với androgen có thể không nhạy cảm một phần hoặc hoàn toàn gây ra bất thường ở bộ phận sinh dục và sự phát triển cơ quan sinh dục như dương vật nhỏ, tinh hoàn ẩn, bộ phận sinh dục giống nữ và không có đặc tính sinh dục phụ của nam. Việc xác định chính xác nguyên nhân gây rối loạn phát triển giới tính ở bệnh nhân Trần Thị H chưa thực hiện được do phân tích đột biến gen AR chưa thực hiện tại Việt Nam tại thời điểm chẩn đoán và điều trị.

Bệnh nhân 2 là một trường hợp rối loạn phát triển giới tính rất hiếm gặp, bệnh nhân mang một tinh hoàn với một buồng trứng. Bệnh lý có tên gọi Ovotesticular có tần suất nhỏ hơn 1: 20000 người, thường có nhiễm sắc thể 46, XX nên còn được gọi là 46, XX ovotesticulator. Đến nay mới chỉ có khoảng 500 ca bệnh được công bố với một số dạng đột biến nhiễm sắc thể khác nhau [4,6]. Bệnh nhân Võ Tá V mang một tinh hoàn bên phải với buồng trứng và tử cung dây chằng tròn bên trái. Sự phát triển cơ thể những năm đầu như con trai, tuy nhiên khi dậy thì tuyến vú phát triển như nữ giới. Theo ý kiến bác sĩ chuyên khoa nội tiết, sự phát triển của bệnh nhân Ovotesticular khá phức tạp với cơ quan sinh dục của cả hai giới. Giới tính nên được phẫu thuật khi bệnh nhân có thể lựa chọn trở thành nam hoặc nữ với tư vấn và hỗ trợ từ gia đình để bệnh nhân thích nghi cao nhất. Vì vậy, nhiều tác giả cho rằng chẩn đoán sớm nhưng phẫu thuật nên thực hiện sau.

Cả 2 bệnh nhân rối loạn phát triển giới tính đều được tư vấn tâm lý, điều trị nội tiết và phẫu thuật giới tính theo sự lựa chọn của bệnh nhân nhằm tạo tâm lý thoải mái cho người bệnh và cuộc sống tình dục tương đối bình thường mặc dù hai bệnh nhân không thể có con.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý rối loạn phát triển giới tính thể nữ hóa hoàn toàn và lưỡng giới thật như Trần Thị H và Võ Tá V được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức phẫu thuật cơ quan sinh dục, cắt tinh hoàn ở bệnh nhân Trần Thị H, cắt tử cung và buồng trứng bên trái ở bệnh nhân Võ Tá V và được tư vấn về nội tiết, sinh sản đảm bảo ca phẫu thuật an toàn và hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Biason LA, Zachmann M (1996).** Disorders of Steroid synthesis and metabolism. *Physician's*

Guide to the laboratory diagnosis of metabolic diseases, Second edition, Springer, 551-572.

2. **Chan Angle OK, But Betty v M, Lee C Y et al (2013),** Diagnosis of 5 α -Reductase 2 deficiency: Is measurement of dihydrotestosterone essential?. *Clinical Chemistry* 59:5, 798-806.
3. **Kulle A, Krone N, Holterhus PM, Greaves RF, Juul A et al (2017).** Steroid hormone analysis in diagnosis and treatment of DSD: position paper of EU COST action BM 1303'DSDnet'. *European Journal of Endocrinology* 176:1-9.
4. **Maki Igarashi,** Vu Chi Dung, Erina Suzuki, Shinobu Ida et al (2013). Cryptic genomic rearrangements in three patients with 46, XY Disorders of sex development. *PLOS ONE*, volume 8 (7): 1-8.
5. **New MI, Oksana L, Karen LS, Alan P et al (2013).** Congenital Adrenal Hyperplasia, *Genetic Steroid Disorders*, Elsevier, San Diego, CA.
6. **Stefanie Effers,** Simon Sadedin, Jocelyn A van den Bergen, Gorjana Robevska et al (2016). Disorders of sex development: insights from targeted gene sequencing of a large international cohort. *Genome biology* 17:243

THỰC TRẠNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN HỌC SINH 6-10 TUỔI TẠI 3 TRƯỜNG TIỂU HỌC THUỘC HUYỆN VĂN GIANG, TỈNH HƯNG YÊN NĂM 2016

Nguyễn Quang Dũng*, Nguyễn Thị Hiền*

TÓM TẮT⁴²

Thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học đang có xu hướng gia tăng tại một số thành phố lớn tại Việt Nam. Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 750 học sinh từ 6-10 tuổi tại 3 trường tiểu học thuộc huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên nhằm xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan. Đối tượng được cân, đo chiều cao, phỏng vấn bằng bộ câu hỏi để xác định các yếu tố liên quan tới thừa cân, béo phì. Thừa cân, béo phì được đánh giá bằng chỉ số Z-score BMI theo tuổi hay BAZ dựa vào chuẩn tăng trưởng của WHO. Tỷ lệ thừa cân là 10,8%, béo phì là 7,5%, tỷ lệ béo phì ở trẻ trai là 11,2%, trẻ gái là 4%. Trẻ thích ăn đồ xào/rán có nguy cơ béo phì cao gấp 3,74 lần so với trẻ thích ăn đồ nấu/luộc. Trẻ ngủ đêm ít hơn 8 tiếng có nguy cơ béo phì cao gấp 1,841 lần so với trẻ ngủ đêm nhiều hơn 8 tiếng. Thừa cân, béo phì trên trẻ 6-10 tuổi tại Văn Giang khá cao. Yếu tố liên quan tới béo phì bao gồm: giới tính, thói quen ăn đồ xào/rán, thời gian ngủ đêm, thời gian xem tivi/chơi trò chơi điện tử.

Từ khóa: học sinh tiểu học, thừa cân, béo phì, Văn Giang, Hưng Yên.

SUMMARY

OVERWEIGHT, OBESITY AND RELATED FACTORS AMONG SCHOOL CHILDREN AGED 6-10 YEARS OLD IN 3 PRIMARY SCHOOLS, VAN GIANG DISTRICT, HUNG YEN PROVINCE IN 2016

Overweight and obesity among primary school children tend to increase in several cities in Vietnam. The descriptive cross-sectional study was conducted on 750 subjects aged 6-10 years old from 3 primary schools, Van Giang district, Hung Yen province in order to identify the prevalence of overweight, obesity and related factors. Body weight, height were measured, subjects were interviewed to collect the information on related factors. Overweight and obesity were assessed by BMI-for-age Z-score (BAZ) based on the WHO child growth standard. The prevalence of overweight was 10.8%, obesity was 7.5%, prevalence of obesity in boys was 11.2% and in girls was 4%. Pupils who like fried food were more likely to be obese 3.74 times than those who like boiled food. Pupils who sleep less than 8 hours per night were more likely to be obese 1.841 times than those who sleep more than 8 hours per night. Prevalences of overweight and obesity among 6-10 year-old children in Van Giang district are relatively high. Related factors to obesity include sex, eating habit, duration of sleep per night, duration of watching TV/playing games.

Keywords: primary school children, overweight, obesity, Van Giang, Hung Yen

*Viện đào tạo YHDP & YTCC, Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Dũng
Email: dungpcd@gmail.com
Ngày nhận bài: 13.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 5.7.2017
Ngày duyệt bài: 12.7.2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong chu kỳ vòng đời, giai đoạn từ 6-11 tuổi là thời kỳ chuyển tiếp từ trẻ dưới 5 tuổi sang trẻ tuổi vị thành niên. Trong giai đoạn này, trẻ thường có sự phát triển nhanh về thể chất và thay đổi về khả năng tư duy, nhận thức thể giới xung quanh. Môi trường học đường khác với môi trường gia đình trong đó trẻ dành nhiều thời gian học tập, vui chơi trên lớp tại nhà trường, nhiều trẻ được phục vụ bữa ăn bán trú. Môi trường học đường, vì thế tác động không nhỏ đến tình trạng dinh dưỡng, tâm lý của học sinh.

Thực tế cho thấy, khuynh hướng mắc các bệnh thừa cân, béo phì trên trẻ học đường ngày càng gia tăng [1]. Nếu không có sự quan tâm đúng mức và kịp thời về tình trạng dinh dưỡng của trẻ nhất là đối với những trẻ bị thừa cân béo phì sẽ dẫn đến những hậu quả không tốt cho trẻ về sau khi trẻ trưởng thành. Trước đây cũng đã có một vài nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em tiểu học [2, 3, 4], nhưng chưa có nghiên cứu nào được tiến hành ở học sinh tiểu học ở huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên. Do đó, tiếp tục cung cấp bằng chứng về thực trạng thừa cân, béo phì và xác định yếu tố liên quan trên học sinh tiểu học là hết sức cần thiết.

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì và một số yếu tố liên quan tới béo phì trên học sinh tiểu học ở 3 trường tiểu học tại Văn Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu, đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên học sinh tiểu học 6-10 tuổi tại 3 trường tiểu học Liên Nghĩa, Thăng Lợi, Mỹ Sở, huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên. Tiêu chuẩn chọn đối tượng: trẻ không mắc bệnh mạn tính, cấp tính như sốt, cảm cúm, được bố mẹ đồng ý cho tham gia nghiên cứu. Thời gian thu thập số liệu: tháng 10-11 năm 2016.

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức

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

Ước tính tỷ lệ béo phì $p = 20\%$, với sai số mong muốn 3% ($d=0,03$) và ở độ tin cậy 95% ($Z_{1-\alpha/2}=1,96$), số trẻ tối thiểu cần nghiên cứu là 683. Lấy mẫu dự phòng thêm 10% , nên thực tế có 750 trẻ đã tham gia nghiên cứu. Tiến hành lập danh sách học sinh 6-10 tuổi ở cả 3 trường tiểu học, tổng số có 2.152 trẻ, sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống để chọn đối tượng cho nghiên cứu.

2.3. Thu thập số liệu

Cân nặng, chiều cao: Cân nặng của học sinh được đo bằng cân Nhơn Hòa, độ chính xác $0,1$ kg trong khi đối tượng mặc quần áo tối thiểu, bỏ giày dép, mũ, nón, các đồ vật trong người. Kết quả được đo bằng kg, với 1 số lẻ. Chiều cao được đo bằng thước gỗ 3 mảnh của UNICEF với độ chính xác $0,1$ cm trong khi đối tượng ở tư thế đứng, mắt nhìn thẳng phía trước, 2 tay thẳng 2 bên người, lưng tựa vào thước sao cho 2 gót chân, 2 bắp chân, 2 mông, 2 xương bả vai, chấm đầu chạm vào thước đo. Kết quả được đo bằng cm với 1 số lẻ.

Tuổi: Thu thập thông tin ngày sinh của trẻ dựa vào hệ thống sổ sách của nhà trường, lấy ngày sinh dương lịch. Tuổi của trẻ được tính bằng cách lấy ngày điều tra trừ đi ngày sinh và quy tuổi ra đơn vị tính là năm.

2.4. Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì: Đối với trẻ từ 5-19 tuổi, chỉ số Z-score BMI theo tuổi (BMI for age Z-score hay BAZ) được sử dụng để đánh giá thừa cân, béo phì. BAZ được tính bằng phần mềm WHO AnthroPlus dựa vào chuẩn tăng trưởng của WHO. Thừa cân được xác định khi $BAZ > 1SD$ và $< 2SD$, béo phì được xác định khi $BAZ > + 2SD$ [5].

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu nhân trắc, ngày sinh, ngày điều tra được nhập bằng phần mềm Epidio 3.1. Số liệu nhân trắc được tính toán bằng phần mềm WHO AnthroPlus. Số liệu được tính toán với các số trung bình, tỷ lệ phần trăm bằng phần mềm SPSS for Windows 22.0 (SPSS Inc, Chicago).

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Cân nặng trung bình và chiều cao trung bình theo tuổi và giới

Nhóm tuổi (năm)	Nam			Nữ		
	n	Cân nặng (kg)	Chiều cao (cm)	n	Cân nặng (kg)	Chiều cao (cm)
6	97	21,6 ± 5,3	118,8 ± 7,4	88	20,3 ± 4,3	117,2 ± 5,4
7	79	22,4 ± 4,7	124,1 ± 5,7	66	24,2 ± 4,5	122,2 ± 6,5
8	76	26,5 ± 5,7	127,5 ± 5,6	69	24,7 ± 5	126,0 ± 6,0
9	64	31,3 ± 8,0	134,6 ± 5,6	70	28,3 ± 6,7	133,5 ± 7,8
10	49	31,3 ± 9,7	137,2 ± 7,8	92	31,2 ± 6,4	137,3 ± 6,2

Chung	365	26,6 ± 7,9	127,4 ± 9,6	385	25,5 ± 6,8	127,0 ± 10
-------	-----	------------	-------------	-----	------------	------------

Cân nặng, chiều cao trung bình của học sinh được trình bày trong Bảng 1. Tổng số học sinh điều tra là 750 trẻ, trong đó có 365 trẻ trai (48,7%) và 385 trẻ gái (51,3%). Cân nặng và chiều cao trung bình của trẻ tăng dần theo nhóm tuổi đối với cả 2 giới. Cân nặng trung bình của trẻ trai 6 tuổi là $21,6 \pm 5,3\text{kg}$, tăng lên $31,3 \pm 7,9\text{kg}$ trẻ trai 10 tuổi; và $20,3 \pm 4,3\text{kg}$ ở trẻ gái 6 tuổi lên $25,5 \pm 6,8\text{kg}$ ở trẻ gái 10 tuổi. Chiều cao trung bình của trẻ trai 6 tuổi là $118,8 \pm 7,4\text{cm}$, tăng lên $137,2 \pm 7,8$ ở trẻ trai 10 tuổi. Chiều cao trung bình của trẻ gái 6 tuổi là $117,2 \pm 5,4$, tăng lên $137,3 \pm 6,2\text{cm}$ ở trẻ gái 10 tuổi.

Bảng 2. Tỷ lệ thừa cân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi (năm)	Trẻ trai			Trẻ gái			Chung		
	n	Số lượng	Tỷ lệ (%)	n	Số lượng	Tỷ lệ (%)	n	Số lượng	Tỷ lệ (%)
6	97	7	7,2	88	9	10,2	185	16	8,7
7	79	13	16,5	66	3	4,5	145	16	11,0
8	76	12	15,8	69	1	1,5	145	13	9,0
9	64	8	12,5	70	10	14,3	134	18	13,4
10	49	11	22,4	92	7	7,6	141	18	12,8
Chung	365	51	14,0	385	30	7,8	750	81	10,8

Tỷ lệ thừa cân theo tuổi và giới được trình bày trong Bảng 2. Ở trẻ trai, tỷ lệ thừa cân thấp nhất ở trẻ 6 tuổi: 7,2%, tăng dần lên tới 15,8% ở trẻ 8 tuổi, giảm xuống 12,5% ở trẻ 9 tuổi, nhưng lại cao tới 22,4% ở trẻ 10 tuổi. Ở trẻ gái, tỷ lệ thừa cân cao nhất ở trẻ 9 tuổi: 14,3%, sau đó ở trẻ 6 tuổi: 10,2%. Tỷ lệ thừa cân chung cho trẻ trai 6-10 tuổi là 14% và trẻ gái 6-10 tuổi là 7,8%.

Bảng 3. Tỷ lệ béo phì theo tuổi và giới

Nhóm tuổi (năm)	Trẻ trai			Trẻ gái			Chung		
	n	Số lượng	Tỷ lệ (%)	n	Số lượng	Tỷ lệ (%)	n	Số lượng	Tỷ lệ (%)
6	97	8	8,2	88	5	5,7	185	13	7,0
7	79	4	5,1	66	2	3,0	145	6	4,2
8	76	8	10,5	69	4	5,8	145	12	8,3
9	64	15	23,4	70	2	3,0	134	17	12,7
10	49	6	12,2	92	2	2,2	141	8	5,7
Chung	365	41	11,2	385	15	4,0	750	56	7,5

Tỷ lệ béo phì theo tuổi và giới được trình bày trong Bảng 3. Ở trẻ trai, tỷ lệ béo phì thấp nhất ở nhóm 7 tuổi: 5,1%, cao nhất ở nhóm 9 tuổi: 23,4%. Ở trẻ gái, tỷ lệ béo phì thấp nhất ở nhóm 10 tuổi: 2,2%, cao nhất ở nhóm 8 tuổi: 5,8%. Tỷ lệ béo phì chung cho trẻ trai 6-10 tuổi là 11,2% và trẻ gái 6-10 tuổi là 4%.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan với béo phì

		Béo phì		OR (95%CI)	P
		Có	Không		
Giới	Nam	40	325	0,352 (0,194-0,641)	0,0001
	Nữ	16	369		
Thói quen ăn	Ăn thực phẩm xào/rán	50	479	3,740 (1,850-8,857)	0,001
	Ăn thực phẩm nấu/luộc	6	215		
Số giờ ngủ đêm	Ngủ ít hơn 8 tiếng	39	385	1,841 (1,022-3,318)	0,004
	Ngủ nhiều hơn 8 tiếng	17	309		
Thời gian xem tivi/chơi điện tử	Xem tivi, chơi điện tử nhiều hơn 4 tiếng/ngày	9	48	2,577 (1,192-5,572)	0,03
	Xem tivi, chơi điện tử ít hơn 4 tiếng/ngày	47	646		

Một số yếu tố liên quan với béo phì được trình bày trong **Bảng 4**. Kết quả cho thấy, tỷ lệ béo phì ở trẻ trai cao hơn trẻ gái, trẻ gái có ít nguy cơ béo phì hơn so với nam giới 64,8% (OR = 0,352, 95% CI: 0,194-0,641, P = 0,0001). Những trẻ có thói quen ăn đồ xào/rán có nguy cơ béo phì gấp 3,740 lần so với trẻ có thói quen ăn đồ nấu/luộc (P = 0,001). Những trẻ ngủ đêm

ít hơn 8 tiếng có nguy cơ béo phì cao gấp 1,841 lần so với trẻ ngủ đêm nhiều hơn 8 tiếng (P = 0,004). Trẻ có thời gian xem tivi/chơi điện tử nhiều hơn 4 tiếng/ngày có nguy cơ béo phì cao gấp 2,577 lần so với trẻ xem tivi/chơi điện tử ít hơn 4 tiếng/ngày.

IV. BÀN LUẬN

Tại Việt Nam, số liệu giám sát dinh dưỡng được thu thập hàng năm trên trẻ dưới 5 tuổi, nên số liệu về thực trạng dinh dưỡng trên trẻ tiểu học còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện góp phần cung cấp số liệu về thực trạng thừa cân, béo phì ở trẻ tiểu học. Văn Giang là một huyện thuộc tỉnh Hưng Yên, giáp danh với Hà Nội được chọn là địa bàn nghiên cứu do được quan tâm đầu tư, quy hoạch trở thành một trung tâm thương mại. Kết quả cho thấy tỷ lệ thừa cân chung 2 giới là 10,8%, béo phì là 7,5%.

Tỷ lệ thừa cân của học sinh tại Văn Giang thấp hơn so với nghiên cứu của Hoàng Thị Đức Ngân và cộng sự trên học sinh ở Hải Phòng: 16,8% [3], nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Vĩnh và cộng sự ở Nghĩa Đàn năm 2015: 3,4% [2]. Tương tự, tỷ lệ béo phì của học sinh tại Văn Giang cũng thấp hơn so với nghiên cứu tại Hải Phòng: 14,7% [3], và cũng cao hơn so với nghiên cứu tại Nghĩa Đàn: 1,7% [2]. Có thể lý giải sự khác biệt này là do yếu tố kinh tế, Hải Phòng có điều kiện kinh tế tốt hơn huyện Văn Giang, ngược lại, huyện Nghĩa Đàn là một huyện miền núi thuộc tỉnh Nghệ An, kinh tế kém phát triển hơn so với huyện Văn Giang.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ thừa cân cũng như béo phì ở học sinh nam cao hơn so với học sinh nữ. Kết quả này phù hợp với kết quả của Ngô Văn Quan và cộng sự năm 2010 [1] khi nghiên cứu trên học sinh ở Đà Nẵng với tỷ lệ thừa cân ở học sinh nam là 7,8% và nữ là 2%.

Kết quả nổi bật trong nghiên cứu của chúng tôi là: ở trẻ trai, tỷ lệ thừa cân cao nhất ở nhóm 10 tuổi (22,4%), tỷ lệ béo phì cao nhất ở nhóm 9 tuổi (23,4%). Trong khi đó, tỷ lệ trẻ gái béo phì nhóm 9, 10 tuổi rất thấp, tương ứng là 3% và 2,2%. Rõ ràng là có sự khác biệt đáng kể về thừa cân, béo phì giữa 2 giới ở nhóm tuổi này. Điều đó gợi ý những can thiệp cần thiết cần được thực hiện để giúp giảm tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh nam nhóm 9-10 tuổi.

Trẻ có thói quen ăn thực phẩm xào/rán có nguy cơ béo phì cao gấp 3,74 lần so với trẻ có thói quen ăn thực phẩm nấu/luộc. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phan Thị Bích Ngọc và cộng sự [7]: trẻ thích ăn đồ béo có nguy cơ béo phì cao gấp 2,71 lần so với trẻ không thích ăn đồ béo. Thực phẩm nhiều chất béo thường cung cấp nhiều năng lượng, ngoài ra còn tăng cảm giác ngon miệng, nên trẻ có khuynh hướng ăn ngon, ăn thừa mà không biết, dẫn tới thừa năng lượng và tăng cân, béo phì. Vì vậy, với trẻ béo phì, cần hạn chế năng lượng ăn vào dưới dạng chất béo.

Ngủ ít được xem là một yếu tố nguy cơ cao dẫn đến béo phì ở trẻ do mất ngủ kích thích cơ thể tăng tiết hormone Ghrelin và giảm lượng hormone Leptin từ đó gây nên cảm giác thèm ăn. Điều đó giải thích nguy cơ béo phì thường cao hơn ở trẻ ngủ ít hơn 8 tiếng so với trẻ ngủ nhiều hơn 8 tiếng [6].

Lối sống tĩnh tại là một trong những yếu tố nguy cơ của béo phì. Nghiên cứu của Lê Thị Tuyết và cộng sự [6] cho kết quả phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 4): những trẻ có thói quen dành nhiều thời gian xem tivi, chơi trò chơi điện tử có nguy cơ béo phì cao hơn những trẻ có lối sống hoạt động thể lực.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thừa cân chung cho 2 giới là 10,8%
- Tỷ lệ béo phì chung cho 2 giới là 7,5%
- Nguy cơ béo phì ở trẻ gái thấp hơn 64,8% so với trẻ trai
- Nguy cơ béo phì ở trẻ thích ăn đồ xào/rán cao gấp 3,74 lần so với trẻ thích ăn đồ nấu/luộc
- Trẻ ngủ đêm dưới 8 tiếng có nguy cơ béo phì cao gấp 1,841 lần so với trẻ ngủ đêm nhiều hơn 8 tiếng
- Trẻ xem tivi/chơi điện tử hơn 4 tiếng/ngày có nguy cơ béo phì cao gấp 2,577 lần so với trẻ xem tivi/chơi điện tử ít hơn 4 tiếng/ngày.

VI. KHUYẾN NGHỊ

- Tỷ lệ thừa cân, béo phì trên học sinh 6-10 tuổi tại một số trường tiểu học của huyện Văn Giang khá cao, đặc biệt ở trẻ trai 9 và 10 tuổi, vì vậy cần có giải pháp can thiệp thích hợp nhằm hạn chế tỷ lệ thừa cân, béo phì trên đối tượng này.
- Để phòng chống thừa cân-béo phì cho trẻ tiểu học, cần truyền thông, giáo dục dinh dưỡng, lối sống hợp lý tập trung vào các yếu tố nguy cơ như thích ăn đồ xào/rán, ngủ đêm ít hơn 8 tiếng, xem tivi/chơi điện tử hơn 4 tiếng/ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Văn Quan, Lê Thị Quý, Nguyễn Hoàng Châu.** Thừa cân và các yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học thành phố Đà Nẵng. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm 2010; 6 (số 3+4): 77-83.
2. **Nguyễn Đức Vĩnh, Bùi Thị Nhung, Lê Thị Hợp.** Tình trạng dinh dưỡng của học sinh một số trường mẫu giáo và tiểu học huyện Nghĩa Đàn. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm 2016; 12 (số 5): 18-23.
3. **Hoàng Thị Đức Ngân, Lê Thị Hợp, Cao Thị Thu Hương.** Mối liên quan tiêu thụ thực phẩm, hoạt động thể lực với thừa cân béo phì ở trẻ em tiểu học và tác động của điều kiện kinh tế xã hội. Tạp chí dinh dưỡng và thực phẩm 2014; 10 (số 1): 23-27.

4. **Vương Thuận An, Mai Thùy Linh, Nguyễn Thị Bích Hồng.** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ lứa tuổi 6-11 tại trường tiểu học Kim Đồng, xã Tây Ninh, thị xã Tây Ninh, tỉnh Tây Ninh năm 2009. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh 2010; 14 (số 2): 306-311.
5. http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/.
6. **Lê Thị Tuyết, Bùi Thị Nhung, Trần Quang Bình.** Ảnh hưởng của một số đặc điểm ăn uống và

lối sống tính tại đến bệnh béo phì ở nam học sinh tiểu học Hà Nội năm 2012. Tạp chí Khoa học ĐHQGHN: Khoa học Tự nhiên và Công nghệ 2015; 31(số 2): 60-66.

7. **Phan Thị Bích Ngọc, Đinh Thanh Huệ, Hoàng Trọng Sĩ, Phạm Văn Linh.** Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của học sinh tiểu học thành phố Huế. Tạp chí Y học thực hành 2009; (656) số 4: 46-50.

KHẢO SÁT TỶ LỆ, ĐẶC ĐIỂM SUY DINH DƯỠNG - NĂNG LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Phan Xuân Tước*, Lê Đình Thanh**, Hoàng Trung Vinh***

TÓM TẮT⁴³

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ, một số đặc điểm biến đổi liên quan đến biểu hiện suy dinh dưỡng - năng lượng (SDD-NL) ở bệnh nhân (BN) thận nhân tạo chu kỳ (TNTCK). **Đối tượng và phương pháp:** 111 BN lọc máu bằng TNT CK tại bệnh viện Nguyễn Trãi - Thành phố Hồ Chí Minh được khảo sát cắt ngang các chỉ số albumin, prealbumin, cholesterol, chỉ số khối cơ thể (BMI), mức độ giảm cân trong 3, 6 tháng và một số chỉ số khác. Chẩn đoán SDD-NL theo tiêu chuẩn của Hội dinh dưỡng thận học Quốc tế. **Kết quả:** Tỷ lệ SDD-NL - 27,9%. Tỷ lệ BN có giảm các tiêu chí chẩn đoán SDD-NL bao gồm: BMI - 68,5%, albumin - 69,4%, prealbumin - 68,5%, giảm cân - 35,1%, giảm cholesterol - 4,5%, giảm tế bào lympho - 38,7%, thiếu máu - 82,9%, giảm ferritin - 5,4%, giảm transferrin - 73,9%. **Kết luận:** Bệnh nhân TNTCK biểu hiện SDD-NL - 27,9%; giảm các chỉ số liên quan đến dinh dưỡng - năng lượng gặp với các tỷ lệ khác nhau.

Từ khóa: Thận nhân tạo chu kỳ, suy dinh dưỡng - năng lượng.

SUMMARY

INVESTIGATION OF RATE, CHARACTERISTIC OF PROTEIN ENERGY WASTING IN PATIENTS WITH MAINTENANCE HEMODIALYSIS

Objectives: to survey rate and some of changed characteristics related to protein energy wasting (PEW) in patients with maintenance hemodialysis (MHD). **Subjects and methods:** 111 MHD patients in Nguyen Trai Hospital, Ho Chi Minh City were cross-examined albumin, prealbumin, cholesterol, body mass index (BMI), weight loss in 3, 6 months and some other indexes. PEW was diagnosed according to the criteria of The International Society of Renal

Nutrition and Metabolism (ISRNM). **Results:** rate of PEW was 27.9%. Rates of patients with decreased criteria for diagnosis of PEW included: BMI - 68.5%, albumin - 69.4%, prealbumin - 68.5%, weight loss - 35.1%, decreased cholesterol 4.5%, lymphopenia - 38.7%, anemia - 82.9%, decreased ferritin - 5.4%, decreased transferrin - 73.9%. **Conclusions:** rate of PEW in MHD patients was 27.9%; decreases in parameters related to PEW were seen with different rates.

Key words: maintenance hemodialysis; protein energy wasting

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân lọc máu bằng TNTCK có nhiều nguyên nhân, yếu tố nguy cơ (YTNC) gây biến chứng và tử vong trong đó phải kể đến là SDD-NL. Suy dinh dưỡng - năng lượng thường biểu hiện thâm lạng, dễ bị che lấp bởi các triệu chứng, dấu hiệu khác của BN. Xác định SDD-NL chủ yếu dựa vào albumin, prealbumin, BMI, mức độ giảm cân được đánh giá trong 3 hoặc 6 tháng, nồng độ cholesterol, số lượng và chất lượng các chất dinh dưỡng được cung cấp và một số chỉ số liên quan khác. Bệnh nhân TNTCK biểu hiện SDD-NL có tỷ lệ cao, lên đến 70 - 75% tùy thuộc từng đối tượng, từng thời điểm, giai đoạn của bệnh. Khảo sát SDD-NL rất cần thiết, làm cơ sở cho chẩn đoán, điều trị và tiên lượng toàn diện. **Đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ và một số đặc điểm của SDD-NL ở BNTNTCK.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: 111 BN TNTCK được điều trị tại bệnh viện Nguyễn Trãi - Thành phố Hồ Chí Minh thuộc các lứa tuổi, thời gian lọc máu và nguyên nhân gây suy thận khác nhau.

2.2 Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, cắt ngang, quan sát, mô tả.

Nội dung nghiên cứu: Khai thác bệnh sử, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm liên quan

*BV Nguyễn Trãi - Tp. Hồ Chí Minh

**Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

***Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Vinh

Email: hoangvinh.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 19.7.2017

đến dinh dưỡng - năng lượng bao gồm BMI, albumin, prealbumin, mức giảm cân/3 tháng hoặc /6 tháng, cholesterol huyết thanh, tế bào lympho, ferritin, transferrin, hemoglobin (Hb). Chẩn đoán SDD-NL dựa vào tiêu chuẩn của Hội dinh dưỡng Thận học Quốc tế khi có ≥ 3 trong số các biểu hiện: BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$, albumin $< 38 \text{ g/l}$, prealbumin $< 30 \text{ mg/dl}$, cholesterol $< 2,95 \text{ mmol/l}$, giảm cân $> 5\%/3$ tháng hoặc $> 10\%/6$ tháng.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

Bảng 2.1. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào nhóm tuổi (n=111)

Tuổi (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<30	8	7,2
30-40	16	14,4
41-50	26	23,4
51-60	29	26,1
>60	32	28,8

+ Bệnh nhân thuộc các nhóm tuổi có tỷ lệ khác nhau.

+ Tỷ lệ bệnh nhân tăng dần theo nhóm tuổi, thấp nhất < 30 tuổi, cao nhất > 60 tuổi.

Bảng 2.2. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào thời gian lọc máu chu kỳ (n= 111)

Thời gian LMCK	Số lượng	Tỷ lệ
----------------	----------	-------

(năm)	(n)	(%)
< 1	23	20,7
1-3	44	39,6
3<-5	28	25,2
>5	16	14,4

+ Bệnh nhân có thời gian lọc máu khác nhau.

+ Thời gian lọc máu từ 1 - 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Thời gian lọc máu trên 5 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất

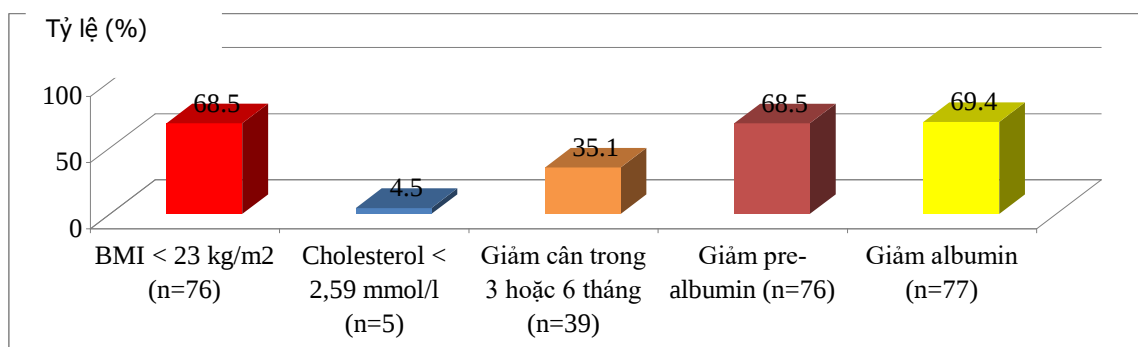
Bảng 2.3. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào nguyên nhân gây suy thận mạn tính (n=111)

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	63	56,8
Tăng huyết áp	12	10,8
VCTMT	26	23,4
VTBTMT	6	5,4
Thận đa nang+ LPBĐHT	4	3,6

+ Có 5 nhóm nguyên nhân gây suy thận mạn tính với các tỷ lệ khác nhau.

+ Đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Suy thận mạn tính do VTBTMT, thận đa nang hoặc LPBĐHT gặp với số lượng ít.

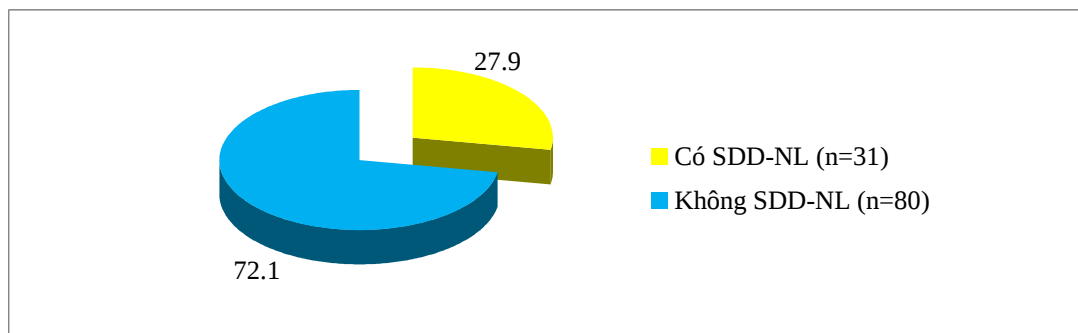


Biểu đồ 2.1. Tỷ lệ bệnh nhân có biến đổi chỉ số đạt tiêu chuẩn chẩn đoán SDD-NL (n=111)

+ Các chỉ số đạt tiêu chuẩn chẩn đoán SDD-NL gặp với tỷ lệ khác nhau.

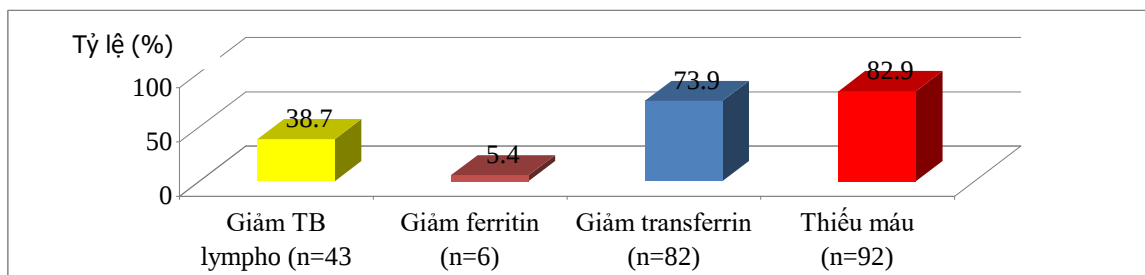
+ Giảm BMI, pre-albumin, albumin gặp với tỷ lệ cao nhất.

+ Số bệnh nhân có giảm cholesterol đạt tiêu chuẩn chẩn đoán SDD-NL chiếm tỷ lệ thấp nhất.



Biểu đồ 2.2. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện SDD-NL (n=111)

Suy dinh dưỡng – năng lượng gặp với tỷ lệ thấp hơn so với không có biểu hiện SDD-NL

**Biểu đồ 2.3. Tỷ lệ biến đổi một số chỉ số khác liên quan đến dinh dưỡng (n=111)**

- + Trong số các biểu hiện khác liên quan đến dinh dưỡng thì thiếu máu gặp với tỷ lệ cao nhất.
- + Giảm ferritin chiếm tỷ lệ thấp nhất.

III. BÀN LUẬN

Suy dinh dưỡng - năng lượng ở BN nói chung hoặc LMCK nói riêng xuất hiện do nhiều nguyên nhân khác nhau và có nhiều biểu hiện đa dạng. Tuy vậy xác định SDD-NL thường dựa vào một số biểu hiện chủ yếu bao gồm: mức cân bằng dinh dưỡng của cơ thể, đo các thành phần cơ thể, đánh giá tình trạng liên quan đến viêm và chức năng các cơ quan [1]. Trong các chỉ số thường được sử dụng để xác định SDD-NL có thể định lượng được bao gồm BMI, albumin, prealbumin, cholesterol, phần trăm cân nặng giảm trong 3 hoặc sau tháng [2].

Khảo sát biểu hiện SDD-NI, theo tiêu chuẩn của Hội dinh dưỡng Thận học Quốc tế ở 111 BN TNTCK nhận thấy có 27,9% biểu hiện SDD-NL. Kết quả trên đây có thể nói không cao so với các kết quả nghiên cứu của tác giả nước ngoài. Larumbe MCT và cs năm 2016 cho thấy tỷ lệ SDD-NL ở BN bệnh thận mạn (BTM) giai đoạn 1 - 4 dao động trong khoảng 24 - 48%, còn giai đoạn 5 có hay chưa có điều trị thay thế lên đến 75% [3]. Tuy vậy có thể tác giả đã khảo sát theo tiêu chuẩn chẩn đoán, do vậy tỷ lệ cao hơn nhiều. Trong số các tiêu chí đánh giá dinh dưỡng thì việc xác định tình trạng, mức độ cung cấp dinh dưỡng cho BN cũng rất quan trọng. Tuy vậy nếu khảo sát ngẫu nhiên, cắt ngang thì rất khó xác định các tiêu chí này một cách khách quan, do đó trong nghiên cứu của chúng tôi không có tiêu chuẩn liên quan đến cung cấp dinh dưỡng, bởi vậy tỷ lệ SDD-NL thấp hơn. Larumbe MCT và cs năm 2016 tại Tây Ban Nha khảo sát ở BN LMCK gặp 36,4% SDD-NL trong đó 7,3% mức độ nặng [3]. Sungjin Chung và cs năm 2012 cho biết theo dõi tại các thời điểm khác nhau ở BN LMCK nhận thấy tỷ lệ SDD-NL dao động trong khoảng 20 - 50% [4]. Iguacel CG và cs năm

2013 nhận thấy tỷ lệ SDD-NL ở BN LMCK tăng dần theo thời gian điều trị thay thế. Sau 12 tháng điều trị tương ứng 40,5% và sau 24 tháng là 41,1% dựa vào các chỉ số xét nghiệm máu và BMI, nếu bổ sung cả tiêu chuẩn giảm khối lượng cơ thì tỷ lệ tương ứng là 47,3% và 50% tại 2 thời điểm [5]. Giảm albumin và/hoặc giảm prealbumin là những biểu hiện rất có giá trị trong chẩn đoán SDD-NL ở BN LMCK. Trong các đối tượng nghiên cứu thì giảm albumin, prealbumin đều gặp với tỷ lệ cao, tương ứng 69,4% và 68,5%. Trần Chí Nam năm 2015 khảo sát ở BN LMCK nhận thấy chỉ có 19,3% giảm prealbumin; 44,6% giảm albumin [6]. Tần suất giảm albumin, prealbumin máu trong số BN SDD-NL cũng gặp với tỷ lệ cao. Lê Thị Thanh Xuân năm 2016 khảo sát BN LMCK cho thấy: 37,7% biểu hiện SDD-NL cũng dựa theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội dinh dưỡng Thận học Quốc tế. Qua đó cho thấy, tỷ lệ SDD-NL ở BN LMCK trong nghiên cứu gặp ở gần 1/3 trường hợp. Mặc dù không phải tỷ lệ cao song cũng rất cần có biện pháp điều trị thích hợp nhằm hạn chế sự xuất hiện các biến chứng tiếp theo liên quan đến SDD-NL, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

+ Các chỉ số đạt tiêu chuẩn SDD-NL ở BN LMCK gặp với tỷ lệ: BMI < 23 kg/m² - 68,5%; giảm cân trong 3 hoặc 6 tháng - 35,1%, giảm prealbumin - 68,5%, giảm albumin 69,4%, giảm cholesterol - 4,5%.

+ Tỷ lệ suy dinh dưỡng-năng lượng - 27,9%.

+ Một số biểu hiện khác liên quan đến suy dinh dưỡng: giảm tế bào lympho - 38,7%, giảm ferritin - 5,4%, giảm transferrin - 73,9%, thiếu máu - 82,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Stratton R.J, Elia M. (2014), "Tỷ lệ mắc bệnh suy dinh dưỡng", *Tài liệu dịch: Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*, NXBYH TP Hồ Chí Minh, tr.46-52.
2. Allison Soeters P.B., Reijven P.L.M (2014), "Chẩn đoán suy dinh dưỡng lâm sàng và đánh giá", *Tài liệu dịch: Những vấn đề cơ bản trong dinh dưỡng lâm sàng*, NXBYH TP Hồ Chí Minh, tr.21-31.
3. Larumbe M.C.To, Soto c.c et al (2016), "Prevalence and severity of protein energy wasting (PEW) syndrome in maintenance hemodialysis patients. Evaluation of diagnostic criteria", *Published by Elsevier INC*, 35(1), pp.S87.
4. Chung S., Koh E. s. et al (2012), "Malnutrition in patients with chronic kidney disease", *open Journal of internal medicine*, 2, pp. 89-99.
5. Iguacel c. G., Parra E.G. et al (2014), "Prevalence of protein energy wasting syndrome and its association with mortality in haemodialysis patients in a centre in Spain", *Nefrologia*, 33, pp.495-505.
6. Trần Chí Nam (2015), "Nghiên cứu nồng độ prealbumin và albumin huyết tương ở bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ", *Luận văn thạc sỹ học*, Học viện Quân y.
7. Lê Thị Thanh Xuân (2016), "Nghiên cứu một số chỉ số liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ", *Luận văn thạc sỹ học*, Học viện Quân y.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG ĐỘT QUÝ THIẾU MÁU NÃO CẤP CỨU SỔ TỪ 3 ĐẾN 4,5 GIỜ ĐẦU BẰNG THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT ALTEPLASE LIỀU THẤP (0.6MG/KG) ĐƯỜNG TĨNH MẠCH

Phạm Phước Sung*, Nguyễn Văn Liệu**, Mai Duy Tôn***

TÓM TẮT⁴⁴

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị đột quỵ thiếu máu não cấp tính bằng alteplase đường tĩnh mạch liều thấp cửa sổ từ 3 đến 4,5 giờ đầu và tìm yếu tố liên quan đến tiên lượng kết quả điều trị thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, quan sát, mô tả, theo dõi dọc thực hiện ở 61 bệnh nhân Đột quỵ thiếu máu não cấp tính, điều trị bằng thuốc alteplase liều thấp trong cửa sổ từ 3 đến 4,5 giờ đầu tại khoa Cấp cứu – Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 01/2015 đến tháng 9/2016. **Kết quả:** Biến chứng xuất huyết não có triệu chứng 3.3%, xuất huyết não không triệu chứng 11.5%. Sau 3 tháng, tỷ lệ độc lập chức năng (mRS từ 0 – 1) chiếm 50.8%, di chứng nhẹ (mRS từ 2 – 3) 34.4%, di chứng nặng (mRS từ 4 – 5) 8.2%, tử vong (mRS = 6) 6.6%. Điểm ASPECTS < 8 là yếu tố có ý nghĩa tiên lượng độc lập kết cục xấu. **Kết luận:** Điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch liều thấp, cửa sổ từ 3 đến 4.5 giờ đầu sau khởi phát ở 61 bệnh nhân dựa trên phác đồ của thử nghiệm ECASS III hoàn toàn khả thi. Tính an toàn và hiệu quả điều trị có thể so sánh được với kết quả của thử nghiệm liều chuẩn trên cùng phác đồ. Yếu tố liên quan độc lập đến kết cục xấu sau 3 tháng trong nghiên cứu này là điểm ASPECTS < 8.

Từ khóa: Alteplase, đột quỵ thiếu máu não cục bộ, tiêu sợi huyết.

SUMMARY

*Nghiên cứu sinh, ĐHY Hà Nội

**Bộ môn Thần kinh, ĐHY Hà Nội

***Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Phước Sung

Email: bsphamsung@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 20.7.2017

OUTCOME AND PROGNOSTIC PREDICTORS OF ISCHEMIC STROKES BETWEEN 3 TO 4.5 HOURS OF ONSET TREATED BY INTRAVENOUS THROMBOLYTIC THERAPY WITH LOW DOSE ALTEPLASE

Objectives: To evaluate the safety and clinical outcomes of low-dose intravenous alteplase with extended window time from 3 to 4.5 hours and find out the prognostic factors for bad outcome after three months. **Methods:** A prospective, observational, descriptive research with 3 months follow up on 61 patients with acute ischemic stroke treated by low dose alteplase at the Emergency Department, Bach Mai Hospital from January 2015 to September 2016. **Results:** The complication of symptomatic intracranial hemorrhages was 3.3%, asymptomatic intracranial hemorrhages was 11.5%. At 3 months, the independent rate (mRS 0 – 1) was 50.8%, moderate disability (mRS 2 – 3) was 34.4%, severe functional loss (mRS 4 – 5) was 8.2% and death rate (mRS = 6) was 6.6%. Based on univariate and multivariate analysis, ASPECT scores < 8 was predictor of poor outcome. **Conclusion:** This study involving 61 patients with acute ischemic stroke between 3 to 4.5 hours treated by low-dose alteplase showed that, the outcome could be comparative to the European standard dose randomized controlled trial (ECASS III) and feasible with the same protocol. The independent predictor for disability and death in the study was ASPECT score < 8.

Key words: Alteplase, ischemic stroke, thrombolysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch bằng alteplase đã được ứng dụng lâm sàng đầu tiên từ năm 1996 tại Hoa Kỳ và sau đó là Châu Âu ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp trong 3

giờ đầu kể từ khi khởi phát. Cơ sở khoa học là hai thử nghiệm thực chứng NINDS[1] ở Hoa Kỳ. Đến năm 2008, thử nghiệm ECASS III ở Châu Âu [1] đã chứng minh được lợi ích của việc điều trị trong cửa sổ từ 3 đến 4.5 giờ. Đến nay, alteplase đã được ứng dụng rộng rãi ở rất nhiều nước trên thế giới với cửa sổ điều trị đến 4,5 giờ và được coi như liệu pháp điều trị chuẩn trong đột quỵ não tối cấp, giúp làm giảm tỷ lệ tàn tật cũng như tử vong sau đột quỵ thiếu máu não [2].

Tại Việt Nam, ứng dụng điều trị tiêu sợi huyết đầu tiên từ năm 2006, nhưng cho đến nay vẫn chưa được phổ biến sâu rộng như mong đợi. Đã có một số nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị đột quỵ thiếu máu não cấp bằng alteplase ở Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội [3] và Bệnh viện Nhân dân 115 TP Hồ Chí Minh [4]. Tuy nhiên, mới có khoảng 15 bệnh viện tuyến tỉnh triển khai phương pháp này và chưa có nghiên cứu đánh giá về điều trị liều thấp cửa sổ mở rộng từ 3 đến 4.5 giờ được công bố. Chính vì vậy, để góp phần đánh giá tình hình sử dụng, kết quả và yếu tố tiên lượng điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị đột quỵ thiếu máu não cấp tính bằng alteplase đường tĩnh mạch liều thấp trong 4,5 giờ đầu và tìm yếu tố liên quan đến tiên lượng kết quả điều trị thuộc nhóm đối tượng nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp nhập viện tại khoa Cấp cứu, Bệnh viện Bạch Mai, thời gian từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 9 năm 2016 đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau đây:

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn [1],[2]: Tuổi bệnh nhân trên 18 tuổi; Các triệu chứng khởi phát đột quỵ não rõ ràng dưới 4,5 giờ trước khi dùng alteplase, thời điểm dùng thuốc trên 3 giờ tính từ khi khởi phát; Chẩn đoán đột quỵ thiếu máu não cấp tính với các dấu hiệu khiếm khuyết thần kinh rõ ràng, điểm NIHSS ≥ 4 và sự chấp thuận của người thân và/hoặc bệnh nhân đồng ý dùng thuốc.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ [1],[2]: Loại trừ bệnh nhân dựa trên tiêu chuẩn của thử nghiệm ECASS 3 năm 2008 của Châu Âu và NINDS của Hoa Kỳ.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, một trung tâm, quan sát, mô tả, theo dõi dọc 3 tháng.

2.2. Phương pháp: Tất cả bệnh nhân đột quỵ não nhập viện trong 4,5 giờ đầu sau khởi phát đều được khởi động quy trình điều trị cấp cứu bằng thuốc tiêu sợi huyết theo hướng dẫn của Hội Đột quỵ Hoa Kỳ. Sử dụng các thang điểm lâm sàng NIHSS, Rankin hiệu chỉnh(mRS) và thang điểm hình ảnh ASPECTS. Số liệu thu thập vào mẫu bệnh án nghiên cứu. Các số liệu thu thập được sẽ được xử lý trên phần mềm SPSS phiên bản 17.0. Phân tích đơn biến và đa biến để tìm yếu tố liên quan đến tiên lượng; Sử dụng các thuật toán χ^2 bình phương, test chính xác Fisher...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Các đặc điểm cơ bản của bệnh nhân

1.1. Các đặc điểm cơ bản của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Các đặc điểm cơ bản của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

TT	Các đặc điểm	Giá trị
1	Tuổi trung bình	64,5 $\pm$ 9,1 tuổi
2	Tỷ lệ nam/nữ	1.44/1
3	Tăng huyết áp	82%
4	Đái tháo đường	24.6%
5	Rung nhĩ	24.6%
6	Rối loạn lipid máu	75.4%
7	Điểm NIHSS trung vị	12 điểm
8	Huyết áp tâm thu trung bình	147,5 $\pm$ 16,6 mmHg
9	Huyết áp tâm trương trung bình	82,1 $\pm$ 8,3 mmHg
10	Đường huyết trung bình	7,59 $\pm$ 2,6 mmol/l
11	Thời gian từ khi vào viện - tiêm thuốc	47,8 $\pm$ 17,1 phút
12	Thời gian điều trị trung bình	203,7 $\pm$ 24,5 phút
13	Điểm ASPECT trung vị	8 điểm
14	Dấu hiệu Hyperdense sign trên chụp CLVT	22.9%
15	Dấu hiệu Dot sign trên chụp CLVT	16.4%
16	Bệnh mạch máu lớn	42.6%
17	Bệnh mạch máu nhỏ	26.2%

18	Huyết khối từ tim	22.9%
19	Nguyên nhân không xác định	8.2%
20	Nguyên nhân khác	0.0%

Nhận xét: Độ nặng của nhóm nghiên cứu ở mức trung bình, nam chiếm ưu thế. Tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và bệnh mạch máu lớn hay gặp hơn nguy cơ và nguyên nhân khác.

2. Kết quả điều trị và biến chứng xuất huyết não tại thời điểm 24 giờ điều trị

Bảng 2: Kết quả điều trị và biến chứng xuất huyết não tại thời điểm 24 giờ

Hiệu quả và biến chứng	Tần suất	Tỷ lệ(%)
Điểm NIHSS = 0 hoặc cải thiện ≥ 4 điểm	38	62.3
Biến chứng xuất huyết não chung(ICH)	9	14.7
Biến chứng xuất huyết não có triệu chứng	2	3.3
Biến chứng xuất huyết não không triệu chứng	7	11.5

Nhận xét: Biến chứng xuất huyết não có triệu chứng ở mức chấp nhận được(3.3%) ; Mức độ cải thiện lâm sàng sau 24 giờ khá cao, tương đương các nghiên cứu khác.

3. Đánh giá kết cục lâm sàng sau 3 tháng

Bảng 3 : Kết cục lâm sàng sau 3 tháng theo điểm Rankin

Phục hồi theo thang điểm Rankin cải tiến(mRS)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Phục hồi tốt (mRS từ 0 – 1)	31	50.8
Phục hồi trung bình (mRS từ 2 – 3)	21	34.4
Phục hồi kém (mRS từ 4 – 5)	5	8.2
Tử vong (mRS = 6)	4	6.6
Tổng		100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân phục hồi tốt (mRS 0-1) sau 3 tháng là 50.8%, thấp hơn so với thử nghiệm ECASS III với liều chuẩn.

4. Các yếu tố liên quan tiên lượng phục hồi chức năng thần kinh sau 3 tháng

4.1. Phân tích đơn biến các đặc điểm có thể liên quan đến tiên lượng.

Bảng 4: Các đặc điểm có thể liên quan đến tiên lượng

Các đặc điểm		Điểm Modified Rankins		OR	p
		≤ 1 , n (%)	> 1 , n (%)		
Giới	Nữ	12 (38,7)	13(43,3)	0,83	0,714
	Nam	19 (61,3)	17 (56,7)		
Tuổi	< 70	21 (67,7)	16 (53,3)	2.2	0,153
	≥ 70	10 (32,3)	14 (46,7)		
Tăng huyết áp	Không	8 (25,8)	3 (10)	0.32	0,120
	Có	23 (74,2)	27 (90)		
Rối loạn lipid máu	Không	6 (20)	8 (26,7)	0,69	0,543
	Có	24 (80)	22 (73,3)		
Điểm NIHSS lúc vào viện	< 14	28 (90,3)	14 (46,7)	0.09	0,001
	≥ 14	3 (9,7)	16 (53,3)		
Cửa sổ điều trị	< 240 phút	25 (80,7)	27 (90)	0,46	0,311
	≥ 240 phút	6 (19,3)	3 (10)		
Đường huyết	< 10 mmol/l	29 (93,6)	22 (73,3)	0.19	0,048
	≥ 10 mmol/l	2 (6,4)	8 (26,7)		
CLVT sọ não	Bình thường	14 (45,2)	4 (13,3)	0,19	0,01
	Bất thường	17 (54,8)	26 (86,7)		
Điểm ASPECT	≥ 8	27 (96,4)	14 (51,9)	0,04	0,003
	< 8	1 (3,6)	13 (48,1)		
Tắc ĐMN giữa	Không	16 (51,6)	7 (23,3)	0.29	0,026
	Có	15 (48,4)	23 (76,7)		
Nguyên nhân huyết khối từ tim (theo TOAST)	Không	25 (80,7)	22 (73,3)	0.66	0,499
	Có	6 (19,3)	8 (26,7)		

Nhận xét: Các đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học có thể liên quan đến kết cục lâm sàng tồi sau 3 tháng có thể là: Điểm NIHSS lúc vào viện ≥ 14 , đường huyết ≥ 10 mmol/l, bất thường trên CLVT sọ não trước khi dùng thuốc tiêu sợi huyết, điểm ASPECT < 8 , tắc ĐMN giữa, với $p < 0.05$.

4.2. Phân tích đa biến các đặc điểm liên quan đến tiên lượng.

Bảng 5: Đặc điểm liên quan đến tiên lượng kết cục lâm sàng tồi sau 3 tháng

Đặc điểm	OR	p	95 % CI
Baseline NIHSS score ≥ 14	0,18	0,055	0,03 – 1,04
Blood glucose ≥ 10 mmol/l	0,32	0,321	0,03 – 3,01
CT abnormality	0,18	0,168	0,16 – 2,05
ASPECT score < 8	0,07	0,02	0,01 – 0,66
MCA occlusion	0,81	0,829	0,12 – 5,38

Nhận xét: Phân tích đa biến 5 đặc điểm có thể liên quan đến tiên lượng cho thấy, điểm ASPECT < 8 có vai trò tiên lượng độc lập đối với kết cục lâm sàng sau 3 tháng (OR = 0.07, 95% CI 0.01 – 0.06).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 61 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp điều trị bằng alteplase liều thấp, cửa sổ từ 3 đến 4.5 giờ, chúng tôi thấy: Tuổi trung bình $64,5 \pm 9,1$ tuổi, tương đồng với nghiên cứu ECASS 3 ở châu Âu (tuổi trung bình 64.9) [1]. Tuy nhiên, kết quả này thấp hơn so với các nghiên cứu cửa sổ điều trị từ 0 đến 3 giờ hoặc từ 0 đến 4.5 giờ ở Nhật Bản (J – ACT, 70.9 tuổi) [3], Hoa Kỳ (NINDS, 69 tuổi) [1]. Lý do có thể là, tuổi thọ trung bình ở các nước phát triển cao hơn và ít hoặc không giới hạn tuổi sử dụng thuốc so với cửa sổ mở rộng.

Thời gian trung bình từ khi đến viện đến tiêm thuốc trong nghiên cứu này là $47,8 \pm 17,1$ phút, thấp hơn các nghiên cứu của Nguyễn Huy Thắng (69 phút) [4]. Tuy nhiên, để hiệu quả điều trị được tối ưu hóa, cần cải tiến quy trình để rút ngắn thời gian này hơn nữa, phần đầu dưới 40 phút để cải thiện kết cục lâm sàng. Về thời gian cửa sổ điều trị trung bình, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận $203,7 \pm 24,5$ phút, thấp hơn so với nghiên cứu ECASS 3 (239 phút) [1].

Điểm NIHSS trung vị trước điều trị trong nghiên cứu của chúng tôi là 12 điểm. Kết quả

này tương đồng với Mai Duy Tôn (12 điểm) [5], cao hơn nghiên cứu ECASS 3 (10 điểm) [1], nhưng thấp hơn thử nghiệm NINDS (14 điểm) [1]. Nguyên nhân có thể do nghiên cứu của chúng tôi đã loại một số bệnh nhân nặng do chống chỉ định khi mở rộng cửa sổ điều trị.

1. Tính an toàn: Chúng tôi ghi nhận 9 trường hợp chuyển dạng xuất huyết não, chiếm 14.8% trong vòng 24 giờ sau dùng thuốc. Trong đó, có 2 trường hợp (3.3%) xuất huyết não có triệu chứng và 7 trường hợp (11.5%) xuất huyết não không triệu chứng. So với nghiên cứu tương tự nhưng dùng liều chuẩn (ECASS 3) [1], biến chứng xuất huyết não có triệu chứng có cao hơn nhưng có thể chấp nhận được nếu so sánh với các kết quả nghiên cứu khác đã được tổng hợp cho đến nay (bảng 6).

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn không đáng kể so với thử nghiệm liều chuẩn ECASS 3 [1]. So với các nghiên cứu liều chuẩn, liều thấp tỏ ra an toàn hơn, tỷ lệ tử vong nhìn chung thấp hơn ở tất cả các nghiên cứu. Điều này đã được làm rõ trong kết quả của nghiên cứu Quốc tế Enchanted năm 2016 [2].

Bảng 6: So sánh tính an toàn và hiệu quả điều trị giữa các nghiên cứu

Các nghiên cứu	Biến chứng xuất huyết não có triệu chứng (%)	Tử vong (%)	Kết cục lâm sàng tốt sau 3 tháng (mRS 0-1) (%)
NINDS (n = 624, cửa sổ 3 giờ) [1]	6,4	17	39
ECASS III (n = 418, liều chuẩn, cửa sổ 3h-4.5h) [1]	2.4	7.7	52.4
ENCHANTED (n = 1607, liều thấp, cửa sổ từ 0 - 4.5 giờ) [2]	1.0	8.5	46.8
ENCHANTED (n = 1699, liều chuẩn, cửa sổ từ 0 - 4.5 giờ) [2]	2.1	10.6	48.9
J-ACT (n = 103, liều chuẩn, cửa sổ từ 0 - 3 giờ) [3]	5.8	9.7	36.9
ATLANTIS (n = 613, liều chuẩn, cửa sổ từ 3-5 giờ) [1]	7.0	11	34
Mai Duy Tôn (n = 66, liều thấp, cửa sổ từ 0 - 3 giờ) [5]	1.5	3.03	51.5
Nguyễn Huy Thắng (n = 152, liều chuẩn, cửa sổ từ 0 - 3 giờ) [4]	4,6	11.8	45
Nghiên cứu này (n = 61, liều thấp, cửa sổ 3 - 4.5 giờ)	3.3	6.6	50.8

2. Kết quả điều trị sau 3 tháng: Tỷ lệ bệnh nhân có kết cục tốt, độc lập về chức năng

(mRS 0-1) là 50.8%. Kết quả này thấp hơn không đáng kể so với thử nghiệm liều chuẩn ECASS III ở Châu Âu (52.4%) [1], với cùng phác đồ nghiên cứu. Khi so sánh với các nghiên cứu liều chuẩn hoặc liều thấp, với cửa sổ điều trị từ 0 đến 3 giờ hoặc từ 0 đến 4.5 giờ (bảng 6), tỷ lệ phục hồi tốt sau 3 tháng trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi tương đương hoặc thậm chí còn khả quan hơn. Nguyên nhân có thể là do phác đồ điều trị cửa sổ mở rộng đã loại nhiều bệnh nhân nặng, bệnh nhân có nhiều nguy cơ biến chứng do chống chỉ định.

3. Tiên lượng: Trong các nghiên cứu trước đây, nhiều tác giả đã có đồng thuận rằng, các yếu tố tiên lượng độc lập kết quả điều trị alteplase bao gồm: Tuổi, giới, thời gian điều trị, huyết áp, đường huyết trước điều trị cao, điểm NIHSS và bất thường trên phim chụp cắt lớp vi tính [6]. Năm 2015, nghiên cứu của Joon Hyun Baek và cộng sự cho thấy rằng, sử dụng thang điểm hình ảnh học ASPECT trên phim cắt lớp vi tính trong tiên lượng bệnh nhân điều trị tiêu sợi huyết có ưu thế hơn [6] so với các yếu tố lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch liều thấp, cửa sổ từ 3 đến 4.5 giờ đầu sau khởi phát hoàn toàn khả thi. Thời gian từ khi đến viện đến lúc dùng thuốc còn trên 40 phút, cần rút ngắn xuống dưới 40 phút để đạt kết cục lâm sàng tốt

hơn. Tính an toàn và hiệu quả điều trị có thể so sánh được với kết quả của thử nghiệm liều chuẩn trên cùng phác đồ. Dựa trên phân tích đơn và đa biến, yếu tố liên quan độc lập đến kết cục xấu sau 3 tháng trong nghiên cứu này là điểm ASPECTS < 8.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hacke, W., et al. (2004). Association of outcome with early stroke treatment: pooled analysis of ATLANTIS, ECASS, and NINDS rt-PA stroke trials. *Lancet*, 2004. 363(9411): p. 768-74.
2. Anderson, C.S., et al. (2016). Low-Dose versus Standard-Dose Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med*, 2016. 374(24): p. 2313-23.
3. Mori E, Minematsu K et al (2009). Effect of 0,6mg/kg intravenous Alteplase on Vascular and Clinical Outcomes in Middle Cerebral Artery Occlusion: Japan Alteplase Clinical Trial II (J – ACT). *Stroke*, 41:10-16
4. Nguyễn Huy Thắng (2013). Điều trị thuốc tiêu sợi huyết rTPA đường tĩnh mạch ở bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp 3 giờ đầu. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh: Trang 52-82.
5. Mai Duy Tôn (2013). Đánh giá kết quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch liều thấp. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội: Trang 10 – 19.
6. Joon Hyun Baek, Kitae Kim et al. (2015). Predicting Stroke Outcome Using Clinical- versus Imaging-based Scoring System. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. Vol 24(3): p.642 – 648.

NGHIÊN CỨU DIỄN BIẾN VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOXÊMI CẤP DÒNG LYMPHO TRẺ EM TẠI VIỆN HUYẾT HỌC – TRUYỀN MÁU TW

Nguyễn Hà Thanh¹, Nguyễn Triệu Vân²

TÓM TẮT⁴⁵

Các tác giả nghiên cứu diễn biến và kết quả điều trị bệnh Loxêmi cấp dòng lympho trẻ em được chẩn đoán tại Viện Huyết học – Truyền máu TW năm 2015-2016. **Mục tiêu:** Tìm hiểu diễn biến và kết quả điều trị ở một số thể bệnh LXMc dòng lympho trẻ em theo xếp loại miễn dịch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 102 bệnh nhi mắc bệnh loxêmi cấp dòng lympho; Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** (1) *Diễn biến điều trị:* Ở ngày điều trị 21, số lượng BCHTT giảm còn 0,15 G/l (T-ALL) và 0,81 G/l (B-ALL),

SLTC của T-ALL giảm ($116,1 \pm 73,6$ G/l); SLTC của B-ALL tăng ($155,5 \pm 119,9$ G/l) và Hb tăng (T-ALL là $89,1 \pm 11,7$ g/l, B-ALL là $99,9 \pm 12,9$ g/l); (2) *Kết quả điều trị:* Ở ngày điều trị thứ 8 có 65,3% bệnh nhi B-ALL và 73,3% bệnh nhi T-ALL nhạy cảm với corticoid; Ở ngày 21, tỷ lệ đáp ứng điều trị tăng, có 80,9% bệnh nhi B-ALL và 85,7% bệnh nhi T-ALL đáp ứng tốt với điều trị; Sau điều trị tấn công, nhóm B-ALL có 86,2% đạt lui bệnh, nhóm T-ALL có 93,3% lui bệnh; Kết quả chung sau điều trị tấn công của ALL là 87,3% lui bệnh. Kết quả đã được bàn luận.

Từ khóa: Diễn biến điều trị, loxêmi cấp dòng lympho, trẻ em ...

SUMMARY

STUDY ON TREATMENT PROGRESS AND OUTCOME IN PEDIATRIC ACUTE LYMPHOBLASTIC LEUKEMIA AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING 2015-2016

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Viện Huyết học – Truyền máu TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hà Thanh

Email: ha_thanh_nguyen_vhhtm@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

Ngày duyệt bài: 19.7.2017

The authors have studied treatment progress and outcome in pediatric patients with ALL diagnosed at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion during 2015-2016. **Objectives:** Study on treatment progress and outcome in some types of pediatric ALL based on immunological classification.

Subjects and methods: 102 pediatric patients with ALL; Cross – descriptive study. **Outcome:** (1) *Treatment progress:* At treatment day 21, neutrocytes reduces to 0.15 G/l (T-ALL) and 0.81 G/l (B-ALL), platelet rate of T-ALL reduces (116.1 ± 73.6 G/l); platelet rate of B-ALL increases (155.5 ± 119.9 G/l) and Hb increases (T-ALL with 89.1 ± 11.7 g/l, B-ALL with 99.9 ± 12.9 g/l); (2) *Treatment outcome:* At treatment day 8, there are 65.3% of pediatric patients with B-ALL and 73.3% of pediatric patients with T-ALL sensitive with corticoid; At treatment day 21, treatment adaptive rate increases, 80.9% patients with B-ALL and 85.7% patients with T-ALL have good treatment adaption; After attack treatment, Group B-ALL with recovery rate of 86.2%, group T-ALL with recovery rate of 93.3%; General recovery outcome after attack treatment of ALL is 87.3%. These outcomes have been discussed.

Keywords: treatment progress, Acute Pymphoplastic Leukemia – ALL, pediatric...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lơxêmi cấp (LXMc) là một nhóm bệnh lý ác tính thường gặp nhất của cơ quan tạo máu, đặc trưng bởi sự tăng sinh và tích lũy một loại tế bào non ác tính (tế bào blast), có nguồn gốc tại tủy xương. Lơxêmi cấp bao gồm hai loại là: LXMc dòng tủy (Acute Myelogenous Leukemia: AML) và LXMc dòng lympho (Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL). Theo thống kê của các tác giả trên thế giới và Việt Nam, ALL thường gặp ở trẻ em, chiếm 3/4 tổng số các bệnh nhi được chẩn đoán LXMc. Tần suất bệnh khoảng 3-4/1.000.000 trẻ em da trắng và khoảng 2.500 – 3.000 trường hợp phát hiện mới mỗi năm tại Hoa Kỳ. Bệnh gặp ở mọi lứa tuổi, thường gặp nhất ở nhóm tuổi < 5 tuổi.

Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương cập nhật tiêu chuẩn của WHO 2008 để chẩn đoán và xếp loại bệnh Lơxêmi tại Viện. Việc sử dụng hóa trị liệu liều cao, điều trị nhắm đích, điều trị hỗ trợ, ghép tế bào gốc tạo máu đã mang lại kết quả lui bệnh kéo dài cho bệnh nhi. Việc chẩn đoán chính xác thể bệnh và điều trị đúng phác đồ góp phần quan trọng trong việc nâng cao hiệu quả điều trị, kéo dài thời gian sống cho bệnh nhi đang là vấn đề mà các nhà lâm sàng Huyết học nhi khoa hướng tới. Bởi vậy, đề tài này được

ngghiên cứu với mục tiêu: “*Tìm hiểu diễn biến và kết quả điều trị ở một số thể bệnh LXMc dòng lympho trẻ em theo xếp loại miễn dịch*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 102 bệnh nhi ALL được chẩn đoán lần đầu tại khoa Bệnh máu trẻ em, Viện Huyết học – Truyền máu TW. Từ 01/6/2015 đến 30/6/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: (1) Bệnh nhi dưới 16 tuổi, được chẩn đoán xác định là ALL và xếp loại miễn dịch, điều trị tấn công bằng phác đồ FRALLE 2000; (2) Bệnh nhi và người nhà chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

a. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiến cứu và có theo dõi dọc.

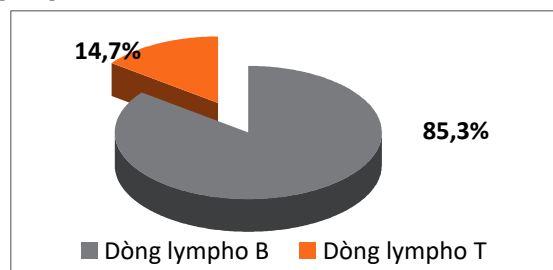
b. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên, lần lượt cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

c. Các phác đồ điều trị áp dụng trong nghiên cứu: Phác đồ điều trị tấn công theo hướng dẫn của Viện Huyết học – Truyền máu TW được Bộ Y tế phê duyệt. Đánh giá sau đợt điều trị: Theo tiêu chuẩn của NCCN 2011 (National Comprehensive Cancer Network).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

3.1.1. Xếp loại các thể ALL bằng phương pháp MDH



Biểu đồ 3.1. Xếp loại các thể ALL theo dòng tế bào (n = 102)

Kết quả tại biểu đồ 3.1 cho thấy: nhóm B-ALL chiếm đa số với 85,3%, nhóm T-ALL chiếm tỷ lệ thấp với 14,7%. Kết quả này phù hợp với tác giả B.N. Lan (2006) nghiên cứu trên 93 bệnh nhi ALL, được xếp loại bằng phương pháp MDH cho thấy tỷ lệ B-ALL chiếm 73,1%, T-ALL chiếm 26,9%. Theo Iwamoto. S và cộng sự (2011), tỷ lệ B-ALL chiếm 87%, T-ALL chiếm 13%.

3.1.2. Đặc điểm phân bố theo tuổi

Bảng 3.1. Đặc điểm độ tuổi trung bình theo nhóm bệnh

Thể ALL	Tuổi			n	p
	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất		

B-ALL (n = 87)	5,6 ± 3,6	1	15	87	< 0,01
T-ALL (n = 15)	9,9 ± 3,7	4	14	15	
Chung	6,3 ± 3,9	1	16	102	

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy, tuổi trung bình của ALL là $6,3 \pm 3,9$ tuổi. Kết quả này cũng tương tự kết quả của B.N. Lan (2006) là $6,0 \pm 3,8$ tuổi. Trong nhóm B-ALL, tuổi trung bình là $5,63 \pm 3,55$ tuổi, thấp hơn tuổi trung bình của nhóm T-ALL là $9,87 \pm 3,68$ tuổi. Sự chênh lệch này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bảng 3.2 cho thấy, trong nhóm bệnh nhi ALL, tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh là 59,8%, tỷ lệ trẻ nữ mắc bệnh là 40,2%, tỷ lệ nam/nữ là 1,49. Kết quả của nghiên cứu này về tỷ lệ nam/nữ là không có sự khác biệt với các tác giả khác.

3.1.3. Đặc điểm về giới tính

Bảng 3.2. Đặc điểm phân bố theo giới của nhóm nghiên cứu

Thể bệnh	Giới	Nam	Nữ	p
		Số bệnh nhi (%)	Số bệnh nhi (%)	
B-ALL (n = 87)		49 (56,3%)	38 (43,7%)	> 0,05
T-ALL (n = 15)		9 (60%)	6 (40%)	
Tổng (n = 102)		58 (56,9%)	44 (43,1%)	

3.2. Diễn biến điều trị của các thể ALL theo xếp loại miễn dịch

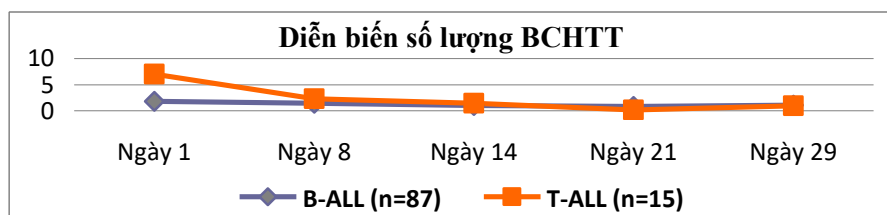
3.2.1. Một số chỉ số huyết học của các thể ALL trong đợt điều trị tấn công

Bảng 3.3. Đặc điểm một số chỉ số tế bào máu ngoại vi lúc vào viện ở bệnh nhi ALL

Đặc điểm	B-ALL (n = 87)	T-ALL (n=15)	p
	Số BN (%)	Số BN (%)	
Số lượng bạch cầu (G/l): - Trên 50 G/l - Trung vị (dao động)	25 (28,7) 16,4 (2 - 626)	9 (60,0) 123 (2 - 426)	< 0,05
Bạch cầu trung tính (%): - Dưới 20% - Trung vị (dao động)	70 (80,5) 6 (0 - 54)	10 (66,7) 5 (1 - 60)	> 0,05
Huyết sắc tố (g/l): - Trên 100 g/l - Trung vị (dao động)	71 (81,6) 94 (35 - 145)	9 (60,6) 79 (48 - 149)	> 0,05
Số lượng tiểu cầu (G/l): - Dưới 50 G/l - Từ 50 - < 100 G/l - Trung vị (dao động)	28 (32,2) 37 (42,5) 60 (6 - 389)	6 (40,0) 5 (33,3) 58 (13 - 355)	> 0,05
Blast máu ngoại vi (%): - Có blast - Trung vị (dao động)	86 (98,9) 60 (0 - 98)	15 (100) 80 (30 - 95)	> 0,05

Kết quả ở bảng 3.3 cho thấy, ở nhóm T-ALL có SLBC lúc mới vào viện chủ yếu ở mức 123 G/l (2 - 426 G/l) và SLBC tăng cao > 50 G/l là 60%, cao hơn nhóm B-ALL là 16,4G/l (2 - 626 G/l) và SLBC > 50 G/l ở nhóm này là 28,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Mặc dù SLBC ở 2 nhóm ALL tăng cao nhưng BCHTT lại giảm nặng với tỷ lệ 5% (T-ALL) và 6% (B-ALL).

Tỷ lệ blast máu ngoại vi của nhóm T-ALL là 80%, cao hơn ở nhóm B-ALL là 60%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Trong nhóm T-ALL, SLTC là 58 G/l (13 - 355 G/l), lượng huyết sắc tố là 79 g/l (48 - 49 g/l), thấp hơn nhóm B-ALL với các tỷ lệ lần lượt là 60G/l (6 - 389G/l), 94g/l (35 - 145g/l). Tuy nhiên, sự khác biệt này cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



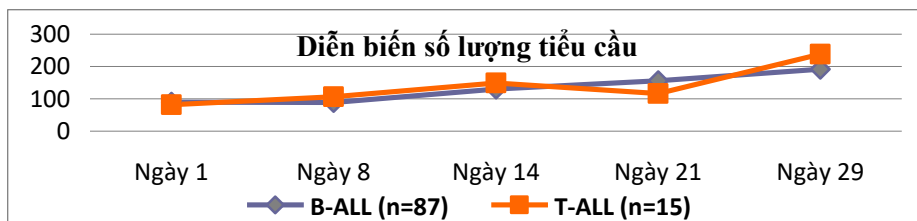
Biểu đồ 3.2. Diễn biến số lượng BCHTT trong quá trình điều trị

Theo nghiên cứu này, ở ngày đầu điều trị hóa chất, số lượng BCHTT ở nhóm B-ALL là $1,82 \pm 0,45$ G/l, nhóm T-ALL là $7,05 \pm 2,14$ G/l. Số lượng BCHTT giảm thấp nhất ở ngày thứ 21 của đợt điều trị còn 0,15G/l (nhóm T-ALL) và 0,81G/l (nhóm B-ALL), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

với $p < 0,01$. Việc giảm BCHTT làm giảm khả năng đề kháng của cơ thể và tăng nguy cơ nhiễm trùng. Trong nhóm T-ALL, thời gian BCHTT giảm thấp nhất sau $10,34 \pm 2,67$ ngày và thời gian BCHTT phục hồi > 0,5G/l là $14,35 \pm 3,26$ ngày, dài hơn so với nhóm B-ALL lần lượt là

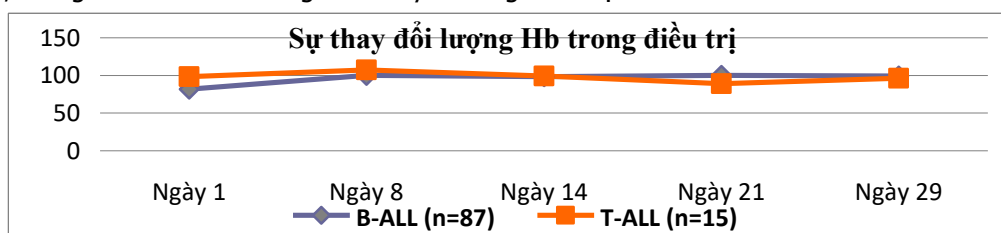
8,86 ± 2,48 ngày và 10,42 ± 3,46 ngày với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Thời gian phục hồi BCTT cũng là một yếu tố tiên lượng trong điều trị, theo đó thời gian phục hồi

BCTT kéo dài thể hiện tốc độ hồi phục tủy chậm, dự đoán nguy cơ tái phát cao. Do đó dòng lympho T có tiên lượng xấu hơn dòng lympho B.



Biểu đồ 3.3. Diễn biến số lượng tiểu cầu trong quá trình điều trị

Kết quả biểu đồ 3.3 cho thấy: SLTC thấp ở những ngày đầu điều trị, từ ngày 8-14, SLTC ở cả 2 nhóm B-ALL và T-ALL có xu hướng tăng dần. Ở ngày 21 của đợt điều trị, SLTC của nhóm T-ALL giảm là 116,1±73,6 G/l, trong khi đó SLTC trung bình của nhóm B-ALL tăng dần và ngày 21 đạt 155,5±119,9G/l. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$. Thời gian tiểu cầu giảm thấp nhất là 7,12±2,15 ngày ở nhóm T-ALL và 6,45±1,78 ngày ở nhóm B-ALL, sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có kết quả này là do bệnh nhi được làm xét nghiệm ít nhất 3 lần/tuần để phát hiện những trường hợp có SLTC < 20G/l để kịp thời truyền khối tiểu cầu, duy trì SLTC ở mức >100G/l, làm giảm các biến chứng xuất huyết trong điều trị.



Biểu đồ 3.4. Sự thay đổi lượng Hb trong quá trình điều trị

Theo kết quả biểu đồ 3.4, lượng Hb thấp nhất ở những ngày đầu điều trị (81,5±21,8g/l ở B-ALL, 98,1±30,8g/l ở T-ALL). Đến ngày thứ 8, lượng Hb ở cả hai nhóm tăng dần. Đến ngày 21, lượng Hb của nhóm T-ALL giảm là 89,1±11,7g/l, đến ngày 29, lượng Hb ở nhóm T-ALL tăng lên 95,7±10,8g/l. Ở nhóm B-ALL, lượng Hb giữa các thời điểm điều trị chênh lệch nhau rất ít, ở ngày 21 và 29 lần lượt là 99,9±12,9g/l và 99,2±12,4g/l. Sự thay đổi Hb của hai nhóm trong điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.2.2. Diễn biến về đáp ứng điều trị của các thể ALL trong điều trị tấn công

Bảng 3.4. Đáp ứng ở máu ngoại vi ngày 8 của 2 thể ALL

Tỷ lệ Blast	B-ALL (n = 87)	T-ALL (n = 15)	p
≤ 5%	57 (65,3%)	11 (73,3%)	> 0,05
> 5%	30 (34,7%)	4 (26,7%)	

Bảng 3.5. Đáp ứng tủy đồ ngày 21 của 2 thể ALL

Đặc điểm	B-ALL (n = 84)	T-ALL (n = 14)	p
Giảm sản tủy (%)	48 (57,1%)	10 (71,4%)	> 0,05
Không giảm sản tủy (%)	36 (42,9%)	4 (28,6%)	
Blast ≤ 5%	68 (80,9%)	12 (85,7%)	> 0,05
Blast > 5%	16 (19,1%)	2 (14,3%)	

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhi có giảm sản tủy ở nhóm B-ALL là 57,1%, ở nhóm T-ALL là 71,4%. Có 80,9% bệnh nhi ở nhóm B-ALL và 85,7% bệnh nhi ở nhóm T-ALL đáp ứng tốt ở ngày 21 của đợt điều trị.

Bảng 3.6. Kết quả điều trị của 2 thể ALL sau đợt điều trị tấn công

Kết quả	Lui bệnh hoàn toàn	Lui bệnh một phần	Không lui bệnh	Nặng, tử vong	Không rõ	p
Thể ALL						
B-ALL (n = 87)	62 (71,3%)	13 (14,9%)	6 (6,9%)	4 (4,6%)	2 (2,3%)	

T-ALL (n =15)	12 (80%)	2 (13,3%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	> 0,05
Tổng chung	74 (72,6%)	15 (14,7%)	7 (6,9%)	4 (3,9%)	2 (1,9%)	102 (100%)

Nhận xét: Sau điều trị tấn công, có 86,2% bệnh nhi B-ALL và 93,3% bệnh nhi T-ALL đạt lui bệnh, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Theo kết quả nghiên cứu bảng 3.4, 3.5 và 3.6, ở ngày điều trị thứ 8 có 65,3% bệnh nhi B-ALL và 73,3% bệnh nhi T-ALL nhạy cảm với corticoid. Đây là một yếu tố liên lượng và dự đoán tái phát. Ở ngày 21, có 4 bệnh nhân không được làm tủy đồ đánh giá điều trị do bệnh nặng hoặc tử vong, trong số 98 bệnh nhân được làm tủy đồ, tỷ lệ bệnh nhi đáp ứng điều trị đã tăng lên, có 80,9% bệnh nhi B-ALL và 85,7% bệnh nhi T-ALL đáp ứng tốt với điều trị. Sau đợt điều trị tấn công, có 86,2% bệnh nhi ở nhóm B-ALL đạt lui bệnh (71,3% đạt lui bệnh hoàn toàn, 14,9% lui bệnh một phần). Các tỷ lệ này ở nhóm T-ALL lần lượt là 93,3% (trong đó 80% đạt lui bệnh hoàn toàn, 13,3% lui bệnh một phần). Kết quả chung có 87,3% đạt lui bệnh. Khi so sánh kết quả ở cả 3 thời điểm điều trị chúng tôi thấy kết quả điều trị của hai nhóm bệnh nhi B-ALL và T-ALL đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. KẾT LUẬN

- Ở ngày điều trị thứ 8 có 65,3% bệnh nhi ở nhóm B-ALL và 73,3% bệnh nhi ở nhóm T-ALL nhạy cảm với corticoid.

- Ở ngày thứ 21, tỷ lệ đáp ứng điều trị đã tăng lên, có 80,9% bệnh nhi ở nhóm B-ALL và 85,7% bệnh nhi ở nhóm T-ALL đáp ứng tốt với điều trị.

- Sau khi kết thúc điều trị tấn công, ở nhóm B-ALL có 86,2% bệnh nhi đạt lui bệnh, 6,9% KLB, 4,6% tử vong, 2,5% không rõ kết quả điều trị. Các tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhi T-ALL lần lượt là 93,3%, 6,7%, 0% và 0%.

- Kết quả điều trị chung sau đợt điều trị tấn công của bệnh nhi ALL là 87,3% đạt lui bệnh, 6,9% KLB, 3,9% tử vong và 1,9% chưa rõ kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chagaluka et al (2013). *Treating childhood acute lymphoblastic leukemia in Malawi*. Haematologica, Vol. 98, pp. 145 – 152.
2. Nguyễn Anh Trí (2004). *Điều trị các bệnh ác tính cơ quan tạo máu*. Nhà xuất bản Y học, tr 143 - 154.
3. Bachir F et al (2015). *The immunophenotype of adult T Acute Lymphoblastic Leukemia in Morocco*. Experimental Oncology 37, pp. 64-69.
4. Tucci F et al (2008). *Treatment of pediatric acute lymphoblastic leukemia*. Haematologica, Vol. 93, pp. 1124 - 1128.
6. Bùi Ngọc Lan (2008). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh Loxêmi cấp dòng lympho và điều trị thể nguy cơ không cao ở trẻ em*. Luận án tiến sĩ y học. Trường ĐHY Hà Nội.
7. Iwamoto. S et al (2011). *Flow cytometric analysis of de novo acute lymphoblastic leukemia in childhood: report from the Japanese Pediatric Leukemia/ Lymphoma Study Group*. Int J Hematol, Vol. 94, pp. 185 - 192.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI MẮC PHẢI CỘNG ĐỒNG

Huỳnh Văn Thế*, Trần Viết An*

TÓM TẮT⁴⁶

Đặt vấn đề: Viêm phổi mắc phải cộng đồng là bệnh phổ biến và đang là vấn đề sức khỏe toàn cầu. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi cộng đồng điều trị nội trú. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 67 bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ≥ 16 tuổi đang điều trị nội trú tại khoa Nội tổng hợp, BV Đa khoa thành phố Cần

Thơ và BV Đại học Y dược Cần Thơ từ 05/2015 đến 08/2016. **Kết quả:** Về đặc điểm lâm sàng ghi nhận 43,3% ho khan, 77,6% ho đàm, 47,8% đau ngực kiểu màng phổi, 61,2% khó thở; lúc nhập viện có 86,6% trường hợp có ran nổ. Đặc điểm cận lâm sàng: 83,6% tổn thương phổi trên xquang; 64,2% tăng bạch cầu $>10.000/\text{mm}^3$, 50,7% phân lập vi khuẩn Gram (+), 16,4% cấy đàm định danh dương tính. Có 83,6% bệnh nhân có tăng nồng độ procalcitonin và 16,4% tăng nồng độ protein C phản ứng lúc nhập viện. Triệu chứng sốt, môi khô, khó thở và số lượng bạch cầu máu giảm có ý nghĩa sau điều trị ($p < 0,05$); 97% cải thiện và ổn định sau điều trị. **Kết luận:** Vi khuẩn gram dương thường gặp và kết quả điều trị đạt hiệu quả rất cao ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, viêm phổi cộng đồng.

* Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết An
Email: antranviet@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.5.2017
Ngày phản biện khoa học: 12.7.2017
Ngày duyệt bài: 19.7.2017

SUMMARY

STUDY OF CHARACTERS OF CLINICAL AND PARACLINICAL MANIFESTATIONS AND OUTCOME EVALUATION OF INPATIENT TREATMENT FOR COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA

Background: community acquired pneumonia is both a common disease and a global health problem. **Objective:** Description of clinical characters and paraclinical manifestations and outcome evaluation of inpatient treatment for community acquired pneumonia. **Subjects and methods:** a cross-sectional study on 67 inpatients with community acquired pneumonia (≥ 16 year-old) was conducted at the department of the internal synthetic in Can Tho general hospital and the hospital of can tho university of medicine – pharmacy from 05/2015 to 08/2016. **Results:** Clinical symptoms were dry cough (43.3%), sputum cough (77.6%), pleuritic chest pain (47.8%), dyspnea (61.2%); crackles rales (86.6%). paraclinical manifestations: chest X-ray with lung injury (83.6%), 64.2% white blood cells $>10.000/\text{mm}^3$, sputum Gram stain with positive (50.7%), positive culture (16.4%). Study had 83.6% of patients had elevated procalcitonin levels and 16.4% of elevated C-reactive protein levels at admission. Symptoms of fever, dry mouth, dyspnea and white blood cells were significantly decreased after treatment ($p < 0,05$); 97% improved and stable results. **Conclusion:** Gram-positive bacteria are common and result treatment is very high efficacy in patients with community-acquired pneumonia.

Keywords: clinical, paraclinical, community-acquired pneumonia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là bệnh phổ biến ảnh hưởng khoảng 450 triệu người trên khắp toàn cầu. Đây là căn bệnh gây tử vong ở mọi nhóm tuổi với số ca lên đến 4 triệu người, chiếm 7% dân số thế giới mỗi năm. Ở Việt Nam, viêm phổi chiếm khoảng 12% các bệnh phổi, gặp ở cả nam và nữ. Các đặc điểm lâm sàng đa dạng và không giống nhau ở các bệnh nhân viêm phổi. Bên cạnh đó, căn nguyên vi khuẩn gây viêm phổi luôn khác nhau, đặc điểm vi khuẩn học luôn thay đổi, thời gian gần đây đã có nhiều báo cáo về sự xuất hiện các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc gây khó khăn trong điều trị và tăng tỷ lệ tử

vong. Nhằm đánh giá hiệu quả điều trị bệnh, nghiên cứu tiến hành với mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú.

2. Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 16 tuổi được chẩn đoán viêm phổi mắc phải cộng đồng theo Hiệp hội lồng ngực Anh đang điều trị nội trú từ tháng 5/2015 đến tháng 8/2016 tại Khoa Nội Tổng Hợp, Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

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

Cỡ mẫu:

Với $\alpha=0,05$; $p=0,986$ và $d=0,03$

Cỡ mẫu thực tế là 67 bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm lâm sàng (triệu chứng cơ năng: ho khan, đau ngực màng phổi, khó thở), triệu chứng thực thể; đặc điểm cận lâm sàng (bach cầu máu, quang, vi trùng học). Đánh giá kết quả điều trị gồm triệu chứng cơ năng, nhiễm trùng sau 3 ngày điều trị, kết quả thay đổi bạch cầu máu, kết quả điều trị cải thiện (triệu chứng cơ năng và toàn thân tốt lên, triệu chứng thực thể tại phổi giảm hoặc mất, chất chỉ điểm viêm giảm hoặc bình thường).

Phương pháp thu thập số liệu: khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng và thu thập thông tin qua bộ câu hỏi soạn sẵn.

Phân tích số liệu: phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 67 trường hợp, 97% dân tộc Kinh, 80,6% ≥ 65 tuổi; nam chiếm 59,7%. 83,6% hết tuổi lao động với 31,3% mù chữ.

3.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng

Lâm sàng		n	%
Triệu chứng cơ năng	Ho đàm mủ	52	77,6
	Ho khan	29	43,3
	Ho đàm vướng máu	3	4,5
	Khó thở	41	61,2
	Đau ngực kiểu màng phổi	32	47,8
Triệu chứng thực thể	Ran nổ	58	86,6
	Ran ẩm	19	28,4
	Hội chứng đồng đặc	2	3,0

Nhận xét: 77,6% ho đàm mủ và 86,6% ran nổ.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng

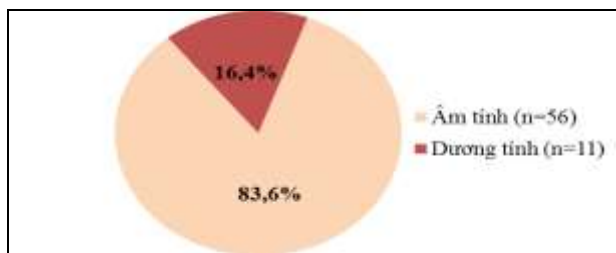
Cận lâm sàng		n	%
Hình ảnh X-quang phổi	Tổn thương phế nang	50	74,6
	Tổn thương mô kẽ	3	4,5
	Tổn thương phế quản	2	3,0
	Tổn thương thâm nhiễm dạng nốt	1	1,5
	Không tổn thương	11	16,4
Bạch cầu	>10.000/mm ³	43	64,2
	≤10.000/mm ³	24	35,8
Chủng vi khuẩn	Gram dương	34	50,7
	Gram âm	12	17,9

Nhận xét: 16,4% không tổn thương phổi; 64,2% bạch cầu >10.000/mm³ và 50,7% chủng vi khuẩn gram dương.

Bảng 3. Tỷ lệ tăng nồng độ procalcitonin lúc nhập viện

		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
PCT	≤ 0,05 ng/mL	11	16,4
	> 0,05 ng/mL	56	83,6
CRP	≤10 mg/L	56	83,6
	>10 mg/L	11	16,4

Nhận xét: có 83,6% bệnh nhân có tăng nồng độ procalcitonin và 16,4% tăng nồng độ protein C phản ứng lúc nhập viện.

**Biểu đồ 1. Kết quả cấy đàm**

Nhận xét: kết quả cấy đàm chủng vi khuẩn có 16,4% dương tính và âm tính chiếm 83,6%.

3.2 Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú

Bảng 4. Triệu chứng của bệnh nhân sau 3 ngày điều trị

Triệu chứng	Ngày 1		Ngày 3		p
	n	%	n	%	
Khó thở	41	61,2	32	47,8	0,004
Môi khô	57	85,1	51	76,1	0,031
Sốt	16	23,9	2	3,0	0,001

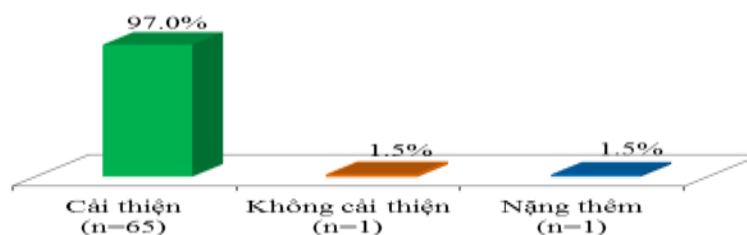
Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng khó thở, môi khô, sốt của bệnh nhân lúc nhập viện và sau 3 ngày với p < 0,05.

Các triệu chứng khác như: ho đàm mủ, ho khan, đau ngực kiểu màng phổi, ran ở phổi thay đổi không có ý nghĩa thống kê, p > 0,05.

Bảng 5. Kết quả bạch cầu máu của bệnh nhân sau 3 ngày điều trị

Kết quả xét nghiệm	Trung bình	ĐLC	TB khác biệt (KTC 95%)	p
Ngày 1	13080	6,64	2,59	0,02
Ngày 3	10480	6,78	(1,01 – 4,17)	

Nhận xét: Kết quả xét nghiệm bạch cầu của bệnh nhân lúc mới nhập viện và sau nhập viện giảm có ý nghĩa thống kê với p = 0,02.

**Biểu đồ 2. Kết quả điều trị**

Nhận xét: Trong tổng số 67 đối tượng được điều trị thì có đến 97% đối tượng cải thiện tình trạng bệnh sau khi điều trị và được xuất viện. Thời gian nằm viện tối thiểu là 5 ngày, thời gian tối đa là 18 ngày, thời gian nằm viện trung bình là $9,57 \pm 3,19$ ngày.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, lúc nhập viện có 77,6% bệnh nhân ho đàm mủ, 61,2% khó thở, 47,8% bệnh nhân đau ngực kiểu màng phổi, 43,3% bệnh nhân ho khan và 4,5% bệnh nhân ho đàm vướng máu. Nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân, Nguyễn Văn Kính, Nguyễn Vũ Trung, cho thấy các triệu chứng khi nhập viện của bệnh nhân: có 90,6% bệnh nhân ho, 74,6% khạc đờm, 5,6% ho máu, 60% khó thở/cảm giác khó thở; nghiên cứu của Trần Hoàng Thành tại Bệnh viện Bạch Mai, các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân khi vào viện chủ yếu là ho 87%, trong đó ho khạc đờm là 62%, ho khan là 25%, khó thở 73%, đau ngực 39%; nghiên cứu của Vũ Mạnh Linh, Phan Thu Phương, sốt 89,8%, ho khạc đờm 73,5%, đau ngực 51%, khó thở 8,8%, ho khan 26,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận được những triệu chứng tương tự, triệu chứng ran nổ ở phổi là 86,6%, ran ẩm là 28,4%, hội chứng đông đặc có 3,0% bệnh nhân lúc nhập viện.

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận: có 64,2% bệnh nhân tăng bạch cầu $>10.000/\text{mm}^3$, 35,8% bệnh nhân bạch cầu $<10.000/\text{mm}^3$. So sánh với các nghiên cứu khác, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Trần Hoàng Thành có 50,5% bệnh nhân có số lượng bạch cầu $>10.000/\text{mm}^3$ và 44,3% bệnh nhân có số lượng bạch cầu $<10.000/\text{mm}^3$. Kết quả X-quang phổi của bệnh nhân lúc mới nhập viện có 74,6% bệnh nhân tổn thương phế nang và 16,4% không tổn thương. Kết quả phân lập vi khuẩn cho thấy, trong số các đối tượng phân lập vi khuẩn thì có 50,7% bệnh nhân có kết quả phân lập vi khuẩn là Gram (+), không có trường hợp nhiễm ký sinh trùng, khác với kết quả của Hoàng Thanh Quỳnh tại Bệnh viện Bãi Cháy tỉnh Quảng Ninh, vi khuẩn Gram (+) chiếm 53,8%. Kết quả cấy đàm chủng vi khuẩn âm tính chiếm 83,6% và có 16,4% dương

tính, khác biệt với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thanh Quỳnh cho thấy: vi khuẩn dương tính là 83,5% và âm tính là 16,5%; tương đồng với Trần Hoàng Thành kết quả cấy đàm dương tính chiếm 9,83%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả xét nghiệm cho thấy: có 83,6% ở bệnh nhân lúc nhập viện tăng nồng độ procalcitonin. Như vậy cho thấy procalcitonin rất nhạy với tình trạng nhiễm khuẩn. Có 16,4% ở bệnh nhân lúc nhập viện tăng nồng độ protein C phản ứng ($>10 \text{ mg/L}$). Theo nghiên cứu của Trần Hoàng Thành có 60/75 bệnh nhân có CRP $>0,5 \text{ mg/dL}$, chiếm 80% số bệnh nhân. Như vậy, mức độ nhạy của protein C phản ứng với tình trạng nhiễm khuẩn có thể kém hơn so với procalcitonin.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng điều trị nội trú

4.2.1. Triệu chứng của bệnh nhân sau 3 ngày điều trị: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, qua điều trị các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân có xu hướng giảm, cụ thể: bệnh nhân khó thở lúc nhập viện là 61,2%, sau nhập viện 3 ngày là 47,8%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy triệu chứng nhiễm trùng cải thiện đáng kể. Ngày đầu nhập viện, 85,1% bệnh nhân môi khô và 23,9% bệnh nhân bị sốt. Sau 3 ngày nhập viện điều trị, môi khô còn 76,1% và sốt 3,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về triệu chứng khó thở, môi khô và sốt của bệnh nhân lúc nhập viện và sau 3 ngày với $p < 0,05$. Như vậy các triệu chứng nhiễm trùng có sự thay đổi khá rõ rệt theo chiều hướng tốt, cơ thể bệnh nhân đang dần hồi phục, kết quả này là phù hợp vì tình trạng nhiễm trùng đáp ứng tốt trong điều trị.

4.2.2. Kết quả bạch cầu của bệnh nhân sau 3 ngày điều trị: Ở một người bình thường số lượng bạch cầu từ $4.500-10.000/\text{mm}^3$ hay $4,5-10.10^9/\text{L}$. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận: kết quả xét nghiệm bạch cầu của bệnh

nhân lúc mới nhập viện là $13,08 \pm 6,04/\text{mm}^3$, sau 3 ngày điều trị chỉ số này đã giảm xuống còn $10,48 \pm 6,78/\text{mm}^3$, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p = 0,02$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số lượng bạch cầu tăng cao so với chỉ số bạch cầu bình thường và sau 3 ngày điều trị chỉ số này đã có xu hướng giảm đáng kể và gần như trở về giá trị bình thường. So sánh với các nghiên cứu khác, nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của Tạ Thị Diệu Ngân, Nguyễn Văn Kính và Nguyễn Vũ Trung, nhóm tác giả ghi nhận: số lượng bạch cầu trung bình của bệnh nhân là $12,3 \pm 5,9/\text{mm}^3$. Qua nghiên cứu, cho thấy các triệu chứng cơ năng và thực thể của viêm phổi mắc phải cộng đồng thay đổi không rõ trên lâm sàng sau 3 ngày điều trị.

4.2.3. Kết quả chung sau điều trị: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: sau khi điều trị có 97,0% bệnh nhân có sự cải thiện, 3% không cải thiện trong thời gian nằm viện trung bình là 9,5 ngày. Kết quả này cho thấy hiệu quả của quá trình điều trị khá cao, trên 95% bệnh nhân đã có sự cải thiện về tình hình bệnh tật theo chiều hướng tốt, bên cạnh đó vẫn còn một số trường hợp chưa được cải thiện hoặc có dấu hiệu nặng thêm, cần quan tâm và theo dõi kỹ hơn những trường hợp này, để áp dụng phác đồ điều trị phù hợp, nhằm mang lại hiệu quả điều trị tốt hơn. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Hoàng Thanh Quỳnh tại Bệnh viện Bãi Cháy tỉnh Quảng Ninh, tỷ lệ bệnh nhân điều trị khỏi là 8,1%, đỡ là 89,6%, không thay đổi là 0,5%, nặng hơn là 0,5%, có 1,3% bệnh nhân chuyển sang bệnh viện Lao phổi Quảng Ninh để tiếp tục điều trị.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Về triệu chứng cơ năng, 43,3% ho khan, 77,6% ho đàm mủ, 47,8% đau ngực kiểu màng phổi và

61,2% khó thở. Về triệu chứng thực thể, ran nổ chiếm 86,6%, ran ẩm 28,4% và hội chứng đông đặc 3,0%. Tổn thương phổi trên X-quang: 74,6% tổn thương phế nang và 16,4% không tổn thương; 64,2% bệnh nhân tăng bạch cầu $>10.000/\text{mm}^3$, 50,7% phân lập được vi khuẩn là Gram (+). Kết quả cấy đàm định danh chủng vi khuẩn dương tính 16,4%.

Đánh giá kết quả điều trị: Triệu chứng sốt, mất ngủ và khó thở có cải thiện sau 3 ngày điều trị; số lượng bạch cầu máu cũng giảm đáng kể sau 3 ngày điều trị ($p < 0,05$). Kết quả điều trị viêm phổi cộng đồng nhập viện cải thiện và ổn định chiếm 97%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Hai (2015), "Mô tả đặc điểm vi khuẩn học của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng (VPMPCD) điều trị tại Bệnh viện Lao Phổi Thái nguyên năm 2015", *Tạp chí Viêm phổi mắc phải cộng đồng*, tr. 121-126.
2. Vũ Mạnh Linh, Phan Thu Hương (2015), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng ở Việt Nam", *Tạp chí Y học dự phòng*, 4(164), tr. 149.
3. Tạ Thị Diệu Ngân, Nguyễn Văn Kính, Nguyễn Vũ Trung (2013), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng", *Tạp chí Y học thực hành*, 10, tr. 34-36.
4. Tạ Thị Diệu Ngân, Nguyễn Văn Kính, Nguyễn Vũ Trung (2014), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm phổi mắc phải tại cộng đồng", *Tạp chí Y học thực hành*, 881(10), tr. 115-122.
5. Hoàng Thanh Quỳnh (2015), *Đánh giá tình hình sử dụng kháng sinh điều trị viêm phổi mắc phải cộng đồng tại khoa Nội – Bệnh viện Bãi Cháy tỉnh Quảng Ninh*, Trường Đại học Dược Hà Nội.
6. Nguyễn Văn Thành (2015), *Viêm phổi cộng đồng: Tình hình kháng thuốc của vi khuẩn gây bệnh phổ biến và điều trị kháng sinh*, Hội hô hấp thành phố Hồ Chí Minh, tr. 1-6.
7. Trần Hoàng Thành (2009), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm phổi trên 65 tuổi điều trị tại khoa Hô hấp bệnh viện Bạch Mai năm 2008*, Bệnh viện Bạch Mai.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN NGỪNG THỞ DO TẮC NGHẼN KHÍ NGŨ

Nguyễn Thanh Bình* và cs

TÓM TẮT⁴⁷

*Bộ môn Thần kinh – Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Bình

Email: nguyenthinhben@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2017

60 bệnh nhân gồm 42 nam, 18 nữ, được chẩn đoán xác định là mắc hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khí ngủ theo tiêu chuẩn Hiệp hội giấc ngủ của Mỹ được đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm chất lượng cuộc sống gồm 36 câu hỏi ngắn. Chất lượng cuộc sống được đánh giá lại sau một tháng ở 18

Ngày duyệt bài: 19.7.2017

bệnh nhân được điều trị bằng máy thở áp lực dương liên tục. Kết quả cho thấy điểm trung bình chất lượng cuộc sống ở cả 8 nhóm đều giảm. Điểm trung bình của nhóm sức khỏe chung, mệt mỏi thiếu năng lượng và hạn chế sức khỏe hoạt động thể chất đều giảm dưới 50. Sau điều trị thở áp lực dương liên tục một tháng, điểm chất lượng cuộc sống của 6 trên 8 nhóm có cải thiện rõ rệt. Kết luận: Các bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ cần được điều trị sớm và đầy đủ để cải thiện chất lượng cuộc sống.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ, thở áp lực dương liên tục.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA PATIENTS

60 patients including 42 male, 18 female, diagnosed with the obstructive sleep apnea syndrome under American Sleep Association were evaluated quality of life by 36-Item Short Form Survey Instrument. 18 patients treated by Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) were evaluated quality of life again after one month. The result showed that the mean score of quality of life in all 8 groups decreased. The mean score of general health, tiredness and physical activity group were less than 50. After one month treated by Continuous Positive Airway Pressure (CPAP), the mean score of six eighth (6/8) were remarkably improved. Conclusion: the obstructive sleep apnea should be fully and early treated in order to improve the daily quality of life.

Keyword: quality of life, obstructive sleep apnea, Continuous Positive Airway Pressure

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ là sự lặp lại liên tiếp hiện tượng hẹp hoặc tắc nghẽn đường hô hấp trên vùng hầu họng trong khi ngủ dẫn đến hậu quả giảm thở hoặc ngừng thở hoàn toàn mặc dù vẫn có tăng cường hô hấp [1]. Các triệu chứng thường gặp của hội chứng này như ngáy to, cảm giác ngạt thở khi ngủ, thức dậy nhiều lần trong đêm và buồn ngủ quá nhiều ban ngày đã ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ nếu không được điều trị sẽ gây ra một loạt các hậu quả nghiêm

trọng về y học, kinh tế xã hội và tâm lý. Các phương pháp điều trị hiện nay như thay đổi lối sống, giảm cân và đặc biệt là thở áp lực dương liên tục (CPAP-Continuous Positive Airway Pressure) đã mang lại những hiệu quả rõ rệt. Phương pháp này làm giảm chỉ số giảm thở, ngừng thở tới mức 5 đến 10 cơn/giờ, giảm tỷ lệ các tai biến tim mạch từ 3 đến 6 lần trong nhóm được điều trị từ đó cải thiện chất lượng cuộc sống [1], [2]. Tuy nhiên ở Việt nam, các công trình nghiên cứu đi sâu vào vấn đề này chưa nhiều, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ" với mục tiêu tìm hiểu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn trước và sau điều trị, để từ đó có chiến lược tốt hơn trong điều trị và theo dõi bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại cơ sở lâm sàng: Phòng Điện não đồ Video và giấc ngủ, Khoa Tâm Thần kinh của Bệnh viện Lão khoa Trung Ương Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 10 năm 2008 đến tháng 7 năm 2011.

Các bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn sau:

- Tuổi: trên 18 tuổi.

- Được chẩn đoán xác định là hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp Hội Giấc ngủ Hoa Kỳ [1].

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi và khám bệnh theo mẫu bệnh án thống nhất. Đánh giá chất lượng cuộc sống toàn bộ 60 bệnh nhân bằng thang điểm chất lượng cuộc sống gồm 36 câu hỏi ngắn [3]. 18 bệnh nhân điều trị thở áp lực dương liên tục được đánh giá lại chất lượng cuộc sống sau 1 tháng.

Số liệu được xử lý theo chương trình SPSS 16.0

Nghiên cứu được thực hiện theo tiêu chí của đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

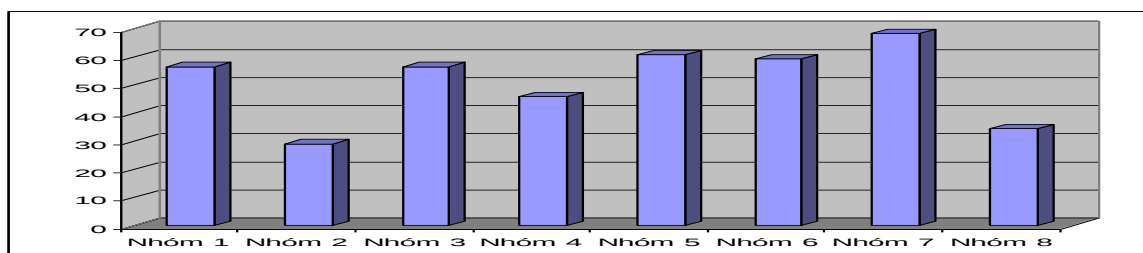
3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Bảng 3.1 Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Nam		Nữ		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Dưới 60 tuổi	24	57,1	10	55,6	34	56,67
Trên 60 tuổi	18	42,9	8	44,4	26	43,33
Tổng số	42	100	18	100	60	100

Nhận xét: Số bệnh nhân nam nhiều gấp hơn hai lần so với số bệnh nhân nữ. Tuổi trung bình: 58,68 ± 13,38. Tuổi thấp nhất: 29. Tuổi cao nhất: 85

3.2 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn



Biểu đồ 3.1 . Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân theo bộ câu hỏi ngắn 36 mục

Nhóm 1. Chức năng thể chất

Nhóm 2. Hạn chế do sức khỏe thể chất

Nhóm 3. Hạn chế do vấn đề tình cảm

Nhóm 4. Mệt mỏi, thiếu năng lượng

Nhóm 5. Vấn đề tình cảm

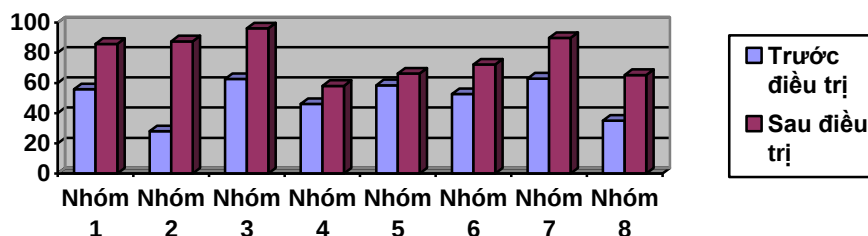
Nhóm 6. Hoạt động xã hội

Nhóm 7. Đau

Nhóm 8. Sức khỏe nói chung

Nhận xét: Nhóm 2 (hạn chế do sức khỏe thể chất), nhóm 4 (mệt mỏi, thiếu năng lượng) và nhóm 8 (sức khỏe nói chung) có điểm trung bình thấp, đạt dưới 50%.

3.3 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau điều trị



Biểu đồ 3.8 So sánh thang điểm 36 câu hỏi ngắn về chất lượng cuộc sống (18 bệnh nhân)

Nhóm 1. Chức năng thể chất ($p < 0,05$).

Nhóm 2. Hạn chế do sức khỏe thể chất ($p < 0,05$).

Nhóm 3. Hạn chế do vấn đề tình cảm ($p < 0,05$).

Nhóm 4. Mệt mỏi, thiếu năng lượng ($p > 0,05$).

Nhóm 5. Vấn đề tình cảm ($p > 0,05$).

Nhóm 6. Hoạt động xã hội ($p < 0,05$).

Nhóm 7. Đau ($p < 0,05$).

Nhóm 8. Sức khỏe nói chung ($p < 0,05$).

Nhận xét: Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cải thiện rõ sau điều trị ở 6/8 nhóm, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nhóm 4: mệt mỏi, thiếu năng lượng và nhóm 5: vấn đề tình cảm có xu hướng cải thiện nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn: Hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ làm suy giảm chức năng nhận thức, tình cảm và chất lượng cuộc

sống của bệnh nhân. Thang điểm thường được dùng nhất để đánh giá chất lượng cuộc sống nói chung là thang điểm gồm 36 câu hỏi ngắn. Các câu hỏi được gộp lại thành tám nhóm cơ bản bao gồm: chức năng thể chất, hạn chế do sức khỏe thể chất, hạn chế do vấn đề tình cảm, mệt mỏi, thiếu năng lượng, vấn đề tình cảm, hoạt động xã hội, đau và sức khỏe nói chung. Bệnh nhân lựa chọn câu hỏi phù hợp với tình trạng của mình và trả lời [3],[4].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ bị giảm, kết quả tương tự như nhận định của các công trình khác trên thế giới (biểu đồ 3.1). Cả 8 nhóm đều có giá trị trung bình thấp, đặc biệt là nhóm cảm nhận về hạn chế do sức khỏe thể chất, sức khỏe nói chung và sự mệt mỏi, thiếu năng lượng đều có số điểm trung bình giảm dưới 50%.

Bảng 4.1 So sánh điểm trung bình của thang điểm chất lượng cuộc sống

Các nhóm	Parish [5]	Pepin [4]	Chúng tôi
1.Chức năng thể chất	68,6	66	56,58
2.Hạn chế do sức khỏe thể chất	51,2	59	29,16
3.Hạn chế do vấn đề tình cảm	62,1	61	56,66
4.Mệt mỏi, thiếu năng lượng	35,8	38	46,00
5.Vấn đề tình cảm	72	58	60,86

6.Hoạt động xã hội	71,3	64	59,37
7.Đau	62,6	63	65,50
8.Sức khỏe nói chung	65,3	57	34,58

Pepin J.L nghiên cứu trên 280 bệnh nhân mới được chẩn đoán ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ đã nhận thấy điểm trung bình của cả tám nhóm giảm nhiều so với giá trị trung bình của cư dân Hoa Kỳ [4]. Parish J.M nghiên cứu trên 54 bệnh nhân mắc hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn cũng cho một nhận định tương tự về chất lượng cuộc sống. Về lĩnh vực thể chất, chức năng thể chất, hạn chế do sức khỏe và chứng đau giảm nhiều. Lĩnh vực sức khỏe tinh thần, sự mệt mỏi, chức năng xã hội và hạn chế do vấn đề tình cảm cũng giảm rõ rệt [5].

4.2 Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau điều trị: Hiệu quả của thở áp lực dương liên tục được chia ra làm bốn nhóm cơ bản:

- Cải thiện các triệu chứng: buồn ngủ quá nhiều ban ngày, ngủ không ngon giấc, cải thiện chất lượng cuộc sống và chức năng nhận thức.

- Cải thiện giấc ngủ cho người ngủ cùng.

- Giảm nguy cơ của bệnh lý tim mạch, suy giảm nhận thức và tỷ lệ tử vong do ngừng thở khi ngủ.

- Giảm tỷ lệ tai nạn giao thông: Điều trị hội chứng ngừng thở khi ngủ do tắc nghẽn nhằm mục đích giảm số lượng cơn ngừng thở, giảm thở, giảm số lần thức giấc và bình thường hoá nồng độ oxy bão hoà trong máu. Những thay đổi này nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống và mức độ tỉnh táo ban ngày [6].

18 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi được hỏi lại các câu hỏi trong thang điểm 36 câu hỏi ngắn về chất lượng cuộc sống. Kết quả cho thấy 6/8 nhóm cải thiện rõ sau điều trị. Parish nghiên cứu trên 54 bệnh nhân điều trị thở áp lực dương liên tục sau sáu tuần, 5/8 nhóm có cải thiện có ý nghĩa thống kê, ba nhóm còn lại là sức khỏe thể chất, đau cơ thể và sức khỏe nói chung không thay đổi [5]. Pepin J.L nhận thấy 6/8 nhóm của thang điểm 36 câu hỏi về chất lượng cuộc sống cải thiện đáng kể, có ý nghĩa thống kê [4].

Năm 2002, Flemon W.W và cộng sự nghiên cứu trên 54 bệnh nhân có hội chứng ngừng thở khi ngủ với chỉ số ngừng thở, giảm thở là $48,4 \pm 33,3$ nhận thấy thở áp lực dương liên tục rất có hiệu quả trong cải thiện chứng buồn ngủ quá

nhiều ban ngày qua đánh giá thang điểm Epworth, trước điều trị là $7,4 \pm 6,1$; sau điều trị là $5,8 \pm 4,7$ ($p = 0,02$). Chất lượng cuộc sống của cả bệnh nhân và người ngủ cùng cải thiện rõ rệt khi đánh giá bằng thang điểm chất lượng cuộc sống gồm 36 câu hỏi ngắn (36 Item Short Form Survey Instrument) và thang điểm Calgary đánh giá chất lượng cuộc sống dành cho bệnh nhân có hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn [7].

Theo Rahul và cộng sự [6], mặc dù có bằng chứng với độ tin cậy thấp hơn, nhưng chất lượng cuộc sống cũng là một tiêu chí quan trọng trong đánh giá hiệu quả của thở áp lực dương liên tục.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ bị giảm nhiều và cải thiện đáng kể sau điều trị. Thang điểm 36 câu hỏi ngắn về chất lượng cuộc sống là thang điểm để đánh giá chung cho tình trạng sức khỏe và mang tính chủ quan, nhưng với những đánh giá ban đầu này, chúng tôi nhận thấy đây là thang điểm đơn giản, thuận lợi để tìm hiểu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân mắc hội chứng ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Walter TM (2008)**, "Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea in Adult", *Proceedings of the American Thoracic Society*, Vol 5, pp 154-160.
2. **Sjösten N, Vahtera J, Salo P et al (2009)**, "Increased Risk of Lost Workdays Prior to the Diagnosis of Sleep Apnea", *Chest*, 136, pp 130-136
3. **RAND (2007)** "36-Item Health Survey 1.0 Questionnaire Items", Medical Outcomes Study: 36-Item Short Form Survey Instrument, [www sf-36.org/tools/sf36.shtml](http://www.sf-36.org/tools/sf36.shtml).
4. **Pepin J.L, Muir J.F, Gentila T et al (2009)**, "Pressure Reduction During Exhalation in Sleep Apnea Patients Treated by Continuous Positive Airway Pressure", *Chest*, 136, pp 490-497.
5. **Parish J.M, et al (2003)**, "Quality of Life in Bed Partners of Patients with Obstructive Sleep Apnea or Hypopnea After Treatment With Continuous Positive Airway Pressure", *Chest*, 124, 942-947.
6. **Rahul KK, Richard BB, (2007)**, "Positive Airway Pressure Treatment for Obstructive Sleep Apnea", *Chest*, 132 (3), pp 1057-1072.
7. **Flemons W.W, et al (2002)**, "Measurement Properties of the Calgary Sleep Apnea Quality of Life Index", *Am J Respir Crit Care Med*, Vol 165, pp 159-164.

TÌNH HÌNH NHIỄM *MALASSEZIA* Ở MỘT SỐ BỆNH DA THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Trần Cẩm Vân*, Trần Hậu Khang*, Nguyễn Thị Xuân*
Nguyễn Minh Thu*, Nguyễn Hữu Sáu **

TÓM TẮT⁴⁸

Mục tiêu: Khảo sát tình hình nấm *Malassezia* ở bệnh lang ben, viêm da dầu và viêm da cơ địa và mức độ nhiễm nấm bằng kỹ thuật KOH kết hợp Parker ink tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương năm 2012. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả bệnh nhân chẩn đoán bệnh lang ben, viêm da dầu, viêm da cơ địa có xét nghiệm soi trực tiếp tìm *Malassezia* dương tính. Đánh giá theo tình hình nhiễm *Malassezia*, phân bố bệnh theo mùa, tuổi, giới, địa dư, theo vị trí thương tổn, xác định hình thái và mức độ nhiễm nấm bằng KOH 20% + Parker Ink (2:1) vùng da bệnh và vùng da lành. **Kết quả:** Tỷ lệ nhiễm *Malassezia* spp. cao ở lang ben (70,8%), số lượng *Malassezia* từ 20 TB/VT chiếm 58,9%, viêm da dầu (13,1%), viêm da cơ địa (4,8%). Tỷ lệ nhiễm nấm *Malassezia* cao hơn vào mùa xuân hè, vị trí hay gặp ở vùng đầu, mặt, cổ (viêm da dầu và viêm da cơ địa), lưng, ngực (lang ben). Hình thái tế bào men chủ yếu gặp trong viêm da dầu, viêm da cơ địa, hình thái sợi hay gặp trong lang ben. **Kết luận:** Nấm *Malassezia* tồn tại vi hệ trên da người bình thường số lượng, mật độ rất ít. Kỹ thuật soi trực tiếp tìm nấm *Malassezia* bằng KOH 20% + PI (2:1) có thể dùng để đánh giá mức độ nhiễm nấm.

Từ khóa: *Malassezia* spp., lang ben, viêm da cơ địa, viêm da dầu.

SUMMARY

MALASSEZIA SPECIES IN SOME COMMON SKIN DISEASE

Objectives: To access the status and level of *Malassezia* spp. infection in tinea versicolor (TV), seborrheic dermatitis (SD) and atopic dermatitis (AD) in National hospital of Dermatology and Venereology (NHDV) in 2012. **Populations and methods:** Cross-sectional study with convenient sample size, patient diagnosed with TV, SD, AD. Level of *Malassezia* spp. infection was accessed by microscopic potassium hydroxide preparation (KOH 20% and Parker Ink). **Results:** 70.1% of TV patients have positive KOH test with *Malassezia* spp. The density over 20 cells per field accounts for 58.9%, in SD (13.1%), AD (4.8%). It is demonstrated that *Malassezia* spp. infection occur more commonly in the spring and summer, occur mainly on face and head (SD and AD), trunk (TV). Density of *Malassezia* spp. is higher on skin lesion compared with healthy skin (with significant difference meaning). **Conclusion:** *Malassezia* spp. can be considered as normal skin flora. But if there are favorable conditions they cause opportunistic or secondary infections that aggravate the pre-

existing condition. Direct KOH microscopy for *Malassezia* spp. with 20% KOH + PI (2: 1) should be performed to confirm diagnosis.

Key words: *Malassezia* spp., Pityriasis versicolor (PV), Atopic dermatitis (AD), Seborrheic dermatitis (SD).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm nấm là một trong những bệnh khá phổ biến trên thế giới. Nấm tồn tại ở khắp mọi nơi, đặc biệt trên cơ thể người. Khi gặp điều kiện thuận lợi chúng phát triển và gây bệnh. Nấm men gây bệnh da chiếm tỷ lệ cao, trong đó chủng nấm men *Malassezia* thường gặp. Nấm *Malassezia* có 14 loài, độc tính khác nhau nên khả năng gây bệnh và lâm sàng đa dạng, có thể là căn nguyên gây bệnh, hoặc phối hợp làm nặng thêm tình trạng bệnh [1]. Ở Việt Nam rất ít nghiên cứu đầy đủ và hệ thống về đặc tính vi nấm, đặc điểm lâm sàng các bệnh biểu hiện ngoài da do *Malassezia*. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm khảo sát tình hình *Malassezia* trong bệnh lang ben, viêm da dầu và viêm da cơ địa tại Bệnh viện Da liễu Trung Ương đồng thời đánh giá mức độ nhiễm *Malassezia* bằng KOH kết hợp Parker ink.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán lang ben, viêm da dầu, viêm da cơ địa, không phân biệt tuổi, giới, đến khám tại bệnh viện Da liễu Trung Ương từ tháng 1/2012-tháng 12/2012.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: mẫu thuận tiện
- Các bước tiến hành:
 - + Bệnh nhân được chẩn đoán lang ben, viêm da dầu, viêm da cơ địa được xét nghiệm soi trực tiếp tìm *Malassezia*
 - + Bệnh phẩm ở các vị trí da bị tổn thương và vùng da bình thường cùng một bệnh nhân.
 - + Xác định tỷ lệ độ tập trung dựa theo kết quả soi trực tiếp bằng phương pháp KOH 20% + Parker ink (2:1). Nhận định kết quả kính hiển vi vật kính theo V. Silva và cộng sự [2].

- Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0, sử dụng các thuật toán thống kê y học.

*Bệnh viện Da liễu TW

**Trường Đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cẩm Vân

Email: camvanvy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2017

Ngày duyệt bài: 17.7.2017

III. KẾT QUẢ

3.1. Tình hình nhiễm nấm *Malassezia* ở một số bệnh da**Bảng 3.1. Tỷ lệ nhiễm *Malassezia* ở lang ben, viêm da đầu, viêm da cơ địa**

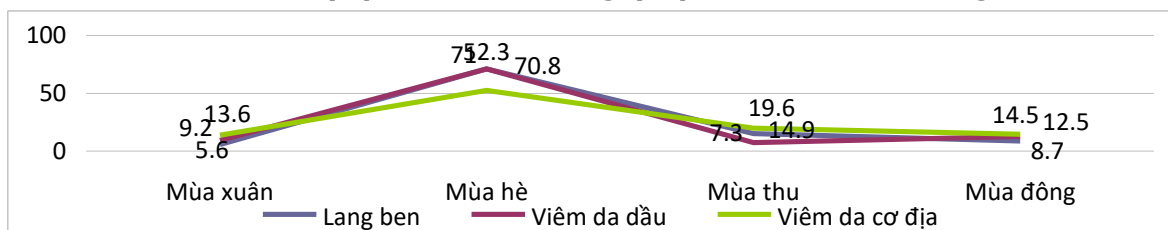
Bệnh lý	Nhiễm <i>Malassezia</i>	Tổng số BN đến khám		BN có XN nấm dương tính		BN có XN nấm ≥ 20 TB/VT	
		n	%	n	%	n	%
Lang ben		1535	100	1087	70,8	641	58,9
Viêm da đầu		1622	100	214	3,1	162	75,7
Viêm da cơ địa		3115	100	152	4,8	123	80,9

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm nấm *Malassezia* trong lang ben chiếm tỷ lệ cao nhất 70,8%, và có số lượng từ 20 TB/VT trong viêm da cơ địa chiếm tỷ lệ cao nhất 80,9%.

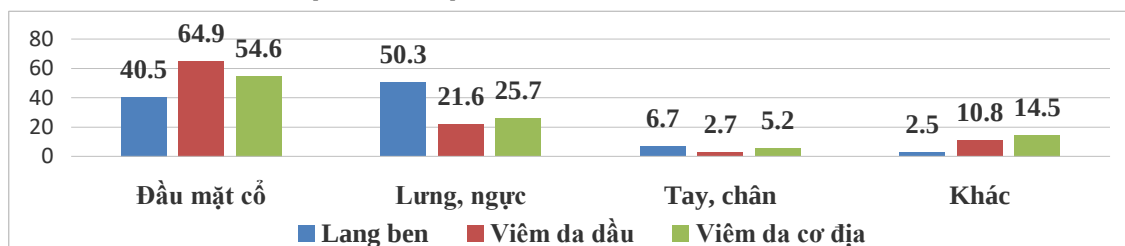
Bảng 3.2. Phân bố bệnh theo tuổi, giới, địa dư

Bệnh lý		Lang ben		Viêm da đầu		Viêm da cơ địa	
Chi tiêu		n	%	n	%	n	%
Tuổi	0-9	468	43,1	64	29,9	69	45,3
	10-19	144	13,3	46	21,5	25	16,4
	20-29	246	22,6	42	19,7	19	12,5
	30-39	139	12,8	33	15,4	22	14,5
	40-49	67	6,2	23	10,7	5	3,4
	≥ 50	23	2,1	6	2,8	12	7,9
Giới	Nam	518	47,7	144	67,3	69	45,5
	Nữ	569	52,3	70	32,7	83	54,5
Địa dư	Thành thị	686	63,1	156	72,9	86	56,6
	Nông thôn	401	36,9	58	27,1	66	43,4

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân trong độ tuổi 0-9 bị nhiễm *Malassezia* trong cả 3 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất khoảng 29 - 46%. Trong viêm da đầu, nam chiếm ưu thế (67,3%), còn trong lang ben và viêm da cơ địa tỉ lệ nam nữ tương đương nhau. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm nấm *Malassezia* ở 3 bệnh ở thành thị đều cao hơn vùng nông thôn.

Biểu đồ 3.1. Phân bố tỷ lệ nấm *Malassezia* gây bệnh theo các mùa trong năm

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có nhiễm *Malassezia* trong cả 3 nhóm bệnh: lang ben, viêm da đầu, viêm da cơ địa đều có xu hướng nặng lên vào mùa hè.

Biểu đồ 3.2. Phân bố bệnh theo vị trí

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân viêm da đầu và viêm da cơ địa đều bị vùng đầu, mặt, cổ (64,9% và 54,6%). Còn ở nhóm lang ben chủ yếu bệnh nhân bị bệnh vùng lưng, ngực.

3.2. Xác định mức độ nhiễm vi nấm *Malassezia* trong một số bệnh da thường gặp**Bảng 3.3. Số lượng và mật độ tế bào nấm *Malassezia* trong một số bệnh da**

Bệnh lý	Lang ben		Viêm da đầu		Viêm da cơ địa	
Nấm <i>Malassezia</i>	n	%	n	%	n	%

Số lượng tế bào nấm men	< 20 TB/ VT	446	41,1	52	24,3	29	19,1
	≥ 20 TB/ VT	641	58,9	162	75,7	123	80,9
	p	p < 0,001					
Mật độ tế bào nấm men	Da bệnh	34,93±21,73		32,83±17,11		37,33±33,31	
	Da lành	2,4±2,5		2,4±1,95		2,0±1,25	
	p	p < 0,001					

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có số lượng *Malassezia* trên 20 TB/VT cao hơn số bệnh nhân trong nhóm dưới 20 TB/VT. Mật độ trung bình của vi nấm có mặt tại vùng da bệnh nhiều hơn hẳn vùng da lành trong cả 3 nhóm bệnh. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Trong quá trình nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn được 6272 bệnh nhân trong đó có 1535 bệnh lang ben, 1622 viêm da đầu và 3115 viêm da cơ địa. Bệnh lang ben có tỉ lệ phát hiện *Malassezia* cao nhất với 70,8%, trong đó, 58,9% trường hợp có số lượng tế bào nấm men trên 20 TB/VT. Sở dĩ tỷ lệ này cao do vi nấm *Malassezia* spp. là căn nguyên gây bệnh LB, còn trong VDD và VDCĐ chỉ bội nhiễm thứ phát nên tỷ lệ thấp hơn [1]. Trong viêm da đầu, 13,1% trường hợp phát hiện nhiễm nấm *Malassezia*, trong đó tỉ lệ có số lượng từ 20 TB/VT chiếm 75,7%. Kết quả này tương đương với Asja Prohic với 87,5% [3], Lê Anh Tuấn (2006) với 30,1%, Hoàng Thị Phượng (2009) với 41,3% [4],[5]. Thực tế trong hai nghiên cứu ở trên sử dụng kỹ thuật soi tươi KOH 10% đơn thuần để tìm *Malassezia* spp. tại thương tổn. Do nhược điểm của kỹ thuật nên khi nhận định hình thái không điển hình và số lượng vi nấm có thể bỏ sót. Chúng tôi áp dụng kỹ thuật KOH 20% + Parker Ink phát hiện hình thái và số lượng chính xác hơn vì tế bào nấm có ái tính với mực Parker, do đó tránh bỏ sót khi nhận định kết quả chỉ kết luận có sự hiện diện của vi nấm khi quan sát ≥ 20 TB/VT. Điều này phù hợp với nghiên cứu V.Silva và Zaidi [2],[6]. Trong viêm da cơ địa tỷ lệ nhiễm *Malassezia* là 152 BN (4,8%) trong đó có 123 BN có số lượng TB từ 20 TB/VT trở lên chiếm tỷ lệ cao (80,9%). Kết quả này cao hơn của Johansson (2003), tỷ lệ *Malassezia* là 56%[7]. Chúng tôi cho rằng tỷ lệ này khác nhau có thể do sự khác biệt về địa lý, khí hậu, kinh tế và cả yếu tố con người, đặc biệt là cách chọn mẫu và độ lớn cỡ mẫu trong từng nghiên cứu của các tác giả cụ thể.

Theo biểu đồ 3.1, trong cả 4 mùa của năm đều có bệnh nhân viêm da đầu, viêm da cơ địa, lang ben đến khám nhưng tập trung cao nhất vào mùa hè: viêm da cơ địa và lang ben chiếm khoảng 71% còn viêm da đầu 52,3%, tiếp đến mùa thu và ít nhất mùa đông dao động 8-14%. Theo Hoàng Thị Phượng (2009) viêm da đầu nặng lên vào mùa đông 75,2% và mùa xuân

16,7%, giảm về mùa hè 2,2% và mùa thu 5,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [5]. Thực tế, chúng tôi thấy rằng bệnh viêm da đầu có xu hướng diễn biến theo mùa. Tuy nhiên với những bệnh nhân bị viêm da đầu nhiễm *Malassezia*, yếu tố mùa bị bệnh có thể bị ảnh hưởng do đặc điểm vi sinh vật của nấm. Một đặc điểm khá thú vị của *Malassezia* là khả năng tiết Pityriacitrin – chất có khả năng kháng tia UV mạnh. Chính điều này kết hợp với đặc điểm phát triển thuận lợi trong môi trường nhiệt độ và độ ẩm cao của *Malassezia* nói riêng và đa số các loài nấm nói chung đã làm ảnh hưởng đến sự phân bố theo mùa của bệnh.

Theo nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.2) vị trí thương tổn hay gặp nhất trong viêm da đầu và viêm da cơ địa là vùng đầu, mặt, cổ (64,9%). Lang ben chủ yếu vùng lưng ngực chiếm tỷ lệ cao khoảng 50,3%, tiếp đến là vùng đầu, mặt, cổ chiếm 40,5%. Sự khác biệt ở các nhóm vị trí đầu, mặt, cổ và lưng, ngực ở cả 3 nhóm bệnh (viêm da đầu, viêm da cơ địa, lang ben) đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Chúng tôi đánh giá mức độ nhiễm *Malassezia* bằng kỹ thuật KOH 20% + Parker ink. Kết quả tỷ lệ bệnh nhân nhiễm *Malassezia* trong cả 3 bệnh có số lượng tế bào nấm men trên 20 TB/VT đều cao hơn nhóm dưới 20 TB/VT. Nghiên cứu V. Silva và cộng sự thực hiện trên 76 người trong đó 30 người khỏe mạnh, 46 người bị lang ben, kết quả ở nhóm khỏe mạnh chủ yếu dưới 10 TB/VT, trong đó hơn 90% dưới 3 TB/VT, nhóm bị Lang ben chủ yếu trên 10 TB/VT, trong đó trên 93,5% gặp 20 TB/V T[2]. Trong phạm vi nghiên cứu, chúng tôi làm xét nghiệm soi trực tiếp bằng KOH 20% + PI (2:1) dưới kính hiển vi có độ nhạy tương đối cao so với dùng KOH 20% đơn thuần và nuôi cấy nhưng chưa so sánh tương quan với kết quả của các tác giả khác.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm *Malassezia* spp. cao ở lang ben (70,8%), số lượng *Malassezia* từ 20 TB/VT chiếm 58,9%, viêm da đầu (13,1%), viêm da cơ địa (4,8%). Tỷ lệ nhiễm *Malassezia* spp. cao hơn vào

mùa xuân hè, vị trí hay gặp ở vùng đầu, mặt, cổ (viêm da đầu và viêm da cơ địa), lưng, ngực (lang ben). Hình thái tế bào men chủ yếu gặp trong viêm da đầu, viêm da cơ địa, hình thái sợi hay gặp trong lang ben. Mật độ *Malassezia* spp. trên 20 TB/VT nên đưa ra khuyến cáo điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Georgios Gaitanis, Prokopios Magiatis, Markus Hantschke và các cộng sự. (2012), "The *Malassezia* Genus in Skin and Systemic Diseases", *Clinical Microbiology Reviews*, **25**, tr. 106-141.
2. Silva V., Fischman O. và Zaror L. (1996), "Importancia Del examen microscopio directo semi-quantitativo em el diagnostico de *Malassezia furfur*", *Rev. Iberoamerica de Micologia*, **13**, tr. 90-92.
3. Prohic A (2009), "Distribution of *Malassezia* species in seborrhoeic dermatitis: correlation with patients' cellular immune status", *Mycoses*, **53**(4), tr. 344-349.
4. Lê Anh Tuấn (2006), *Nghiên cứu tình hình đặc điểm lâm sàng, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị bệnh viêm da đầu bằng cream ketoconazole và cream corticoid*, Đại học Y Hà Nội.
5. Hoàng Thị Phượng (2009), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm da đầu bằng Vitamin A axit kết hợp Tacrolimus trên bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Da liễu Trung Ương*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Zaidi Z, Wahid Z, Cochinalwala R và các cộng sự. (2002), "Correlation of the density of yeast *Malassezia* with the clinical severity of seborrhoeic dermatitis", *J Pak Med Assoc*, **52**(11), tr. 504-506.
7. Johansson C., Sandstrom M.H., Bartosik J. và các cộng sự. (2003), "Atopy patch test reactions to *Malassezia* allergens differentiate subgroups of atopic dermatitis patients", *Br. J. Dermatol*, **148**, tr. 479-488.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ BỔ THỂ VÀ TỰ KHÁNG THỂ VỚI HOẠT TÍNH BỆNH LUPUS BAN ĐỎ HỆ THỐNG

Nguyễn Đình Khoa*

TÓM TẮT⁴⁹

Mục đích nghiên cứu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tương quan giữa nồng độ C3, C4, anti-dsDNA với hoạt tính bệnh Lupus ban đỏ hệ thống (SLE). **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả trên những bệnh nhân được chẩn đoán SLE theo tiêu chuẩn ACR1997, khám và điều trị tại phòng khám và khoa Nội Cơ Xương Khớp, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 5/2014 đến tháng 12/2015. Hoạt tính bệnh Lupus được đánh giá theo chỉ số SLEDAI. **Kết quả:** Nghiên cứu thu nhận 133 bệnh nhân (nữ chiếm 93,6%), tuổi trung bình $32,2 \pm 10,9$. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp nhất là đau/viêm khớp (91%), nhạy cảm da với ánh nắng (86,5%), rụng tóc (81,1%) và ban da mặt (70,7%); thiếu máu (65,4%), giảm C3 (82,7%), giảm C4 (47,4%), tiểu máu (44,3%) và tiểu đạm (36,1%); ANA dương tính (94%), anti-dsDNA dương tính (87,2%). Chỉ số SLEDAI trung bình $14,7 \pm 6,1$, nhóm có hoạt tính cao và rất cao lần lượt 49,6% và 27,1%. Nồng độ C3, C4 tương quan nghịch với nồng độ anti-dsDNA và chỉ số SLEDAI. Nồng độ anti-dsDNA có tương quan thuận với chỉ số SLEDAI. **Kết luận:** Bệnh nhân SLE có triệu chứng lâm sàng đa dạng. Nồng độ bổ thể và anti-dsDNA có tương quan với hoạt tính bệnh Lupus.

Từ khóa: Lupus ban đỏ hệ thống, SLEDAI, C3, C4, anti-dsDNA

SUMMARY

CLINICAL AND LABORATORY FEATURES AND CORRELATION BETWEEN LEVELS OF COMPLEMENTS AND AUTOANTIBODIES WITH LUPUS DISEASE ACTIVITY

Purpose: To assess clinical, laboratory features and correlation between levels of C3, C4 and anti-dsDNA with the disease activity in patients with systemic lupus erythematosus (SLE). **Patients and Methods:** Cross-sectional, descriptive study on patients diagnosed with SLE, treated at Cho Ray Hospital, during the period from May 2014 to December 2015. Lupus disease activity was measured and graded according to SLEDAI scores. **Results:** The study recruited 133 patients (93.6% female) with mean age of 32.2 ± 10.9 . The most common clinical and laboratory abnormalities included arthralgia (91%), photosensitivity (86.5%), hair loss (81.1%),

malar rash (70.7%), anemia (65.4%), decreased C3 (82.7%) and C4 (47.4%), hematuria (44.3%) and proteinuria (36.1%); positive ANA (94%), positive anti-dsDNA (87.2%). Mean SLEDAI score was 14.7 ± 6.1 and patients with severe or very severe scores accounted for 49.6% and 27.1%, respectively. C3 and C4 levels were reversely correlated with anti-dsDNA level and SLEDAI scores where the level of anti-dsDNA was positively correlated with SLEDAI scores. **Conclusion:** SLE patients have diverse symptoms. Complement and autoantibody levels are correlated with lupus disease activity.

Keywords: Lupus, SLE, SLEDAI, anti-dsDNA, C3, C4

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lupus ban đỏ hệ thống (Systemic Lupus Erythematosus, SLE) là một bệnh tự miễn hệ thống, đặc trưng bởi sự sản sinh các tự kháng thể chống lại các thành phần khác nhau của nhân tế bào, tạo nên các phức hợp miễn dịch lắng đọng ở hầu hết các mô trong cơ thể, gây nên đáp ứng viêm tại chỗ và hủy hoại mô [7]. Bệnh cảnh lâm sàng của SLE thường rất đa dạng, thường phụ thuộc vào mức độ tổn thương các cơ quan, khiến cho việc chẩn đoán trở nên khó khăn, đặc biệt ở giai đoạn đầu hoặc khi bệnh không có biểu hiện sang thương ngoài da, rất dễ nhầm với những bệnh lý khác. Diễn biến lâm sàng của bệnh Lupus ban đỏ hệ thống thường biểu hiện bằng những đợt lui bệnh hay tiến triển và có thể ảnh hưởng đến nhiều cơ quan trong cơ thể. Tổn thương nặng ở các cơ quan nội tạng thường là nguyên nhân trực tiếp hoặc gián tiếp đưa người bệnh đến tử vong. Việc đánh giá mức độ hoạt động bệnh SLE rất quan trọng nhằm xác định phác đồ điều trị thích hợp và tiên lượng bệnh [2,5,7].

Có nhiều chỉ số đánh giá mức độ hoạt động bệnh lupus, trong đó, chỉ số SLEDAI (SLE Disease Activity Index) được áp dụng phổ biến nhất do dễ thực hiện trên lâm sàng và có độ nhạy cao [5]. SLEDAI đánh giá tổng thể hoạt tính của bệnh SLE dựa vào sự cho điểm tương ứng với 8 hệ thống cơ quan bị tổn thương trong bệnh SLE. Trong giai đoạn tiến triển, thường có sự giảm sút nồng độ các bổ thể và sự gia tăng hiệu giá một số tự kháng thể như anti-dsDNA. Yếu tố cho thấy có sự tương quan chặt giữa hoạt tính bệnh và sự thay đổi nồng độ các yếu tố trên, tuy nhiên điều này không đúng với mọi

*Khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Khoa

Email: kn386@nyu.edu

Ngày nhận bài: 17.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2017

Ngày duyệt bài: 22.7.2017

bệnh nhân [3,4,6]. Nghiên cứu mối tương quan giữa mức độ hoạt tính bệnh với nồng độ anti-dsDNA, C3, C4 ở các thể lâm sàng khác nhau ở các giai đoạn bệnh do vậy là rất hữu ích. Thực tế ở Việt Nam, việc ứng dụng các chỉ số hoạt tính bệnh vào theo dõi đánh giá bệnh SLE trên thực hành lâm sàng còn rất hạn chế và cũng có rất ít nghiên cứu về vấn đề này. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát các đặc điểm lâm sàng, nồng độ các tự kháng thể, bổ thể và mối tương quan với chỉ số hoạt tính bệnh SLEDAI ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán lupus ban đỏ hệ thống dựa vào tiêu chuẩn ACR 1997 của Hội Thấp khớp học Hoa Kỳ [7], tới khám và điều trị tại phòng khám và khoa Nội Cơ Xương Khớp, Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 8/2014 đến hết tháng 12/2015 và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các trường hợp đang có bệnh lý nhiễm trùng nặng, tiến triển.

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

Các nội dung nghiên cứu chính bao gồm:

- Bệnh nhân được thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm và đánh giá mức độ tổn thương ở các cơ quan.
- Các xét nghiệm được thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy: Công thức máu, SGOT/SGPT, CRP, BUN/creatinin, ion đồ, tổng phân tích nước tiểu,

protein niệu 24 giờ; nồng độ C3, C4, kháng thể kháng nhân ANA, anti-dsDNA, anti-Sm và một số tự kháng thể khác, các thăm dò chẩn đoán hình ảnh khi cần thiết (X quang phổi, siêu âm bụng tổng quát, siêu âm tim). Định lượng nồng độ các tự kháng thể bằng kỹ thuật hóa miễn dịch.

- Đánh giá và phân loại mức độ hoạt động bệnh Lupus ban đỏ hệ thống theo chỉ số SLEDAI: Bệnh không hoạt động (SLEDAI=0), hoạt tính bệnh thấp (SLEDAI=1-5), hoạt tính bệnh trung bình (SLEDAI = 6-10), hoạt tính bệnh cao (SLEDAI = 11-19) và rất cao (SLEDAI $\geq$ 20) [5,7].

Số liệu được thu thập, xử lý và phân tích dựa vào phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu thu nhận 133 bệnh nhân, trong đó số bệnh nhân nữ là 124 (93,6%), chiếm đa số so với 9 nam (6,8%). Về nơi cư trú, 111 bệnh nhân (83,5%) sống ở vùng nông thôn và 22 bệnh nhân (16,5%) sống ở khu vực thành thị.

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 32,2 $\pm$ 10,9 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 17 và tuổi lớn nhất là 66. Về độ tuổi, dưới 20 chiếm 3%; từ 20-29 chiếm 48,9%; 30-39 chiếm 37,6% và từ 40 trở lên chiếm 10,6%. Như vậy, đa số bệnh nhân SLE tập trung ở nhóm tuổi từ 20-40 (86,5%), trong đó nhóm tuổi từ 20-29 chiếm tỷ lệ cao nhất.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1: Tần suất các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau/viêm khớp	121	91,0
Nhạy cảm da với ánh sáng	115	86,5
Rụng tóc	108	81,2
Ban cánh bướm ở mặt	94	70,7
Loét niêm mạc mũi miệng	53	39,8
Sốt $>38^{\circ}$ C	48	36,1
Tràn dịch màng bụng (siêu âm, n=123)	21	15,8
Tràn dịch màng phổi (x quang, n=125)	14	11,2
Tràn dịch màng tim (siêu âm tim, n=122)	12	9,8
Rối loạn tâm thần	4	3,0
Rối loạn thị giác	2	1,5
Viêm mạch	2	1,5

Nhận xét: Các triệu chứng lâm sàng thường gặp (chiếm trên 70%) gồm đau khớp, nhạy cảm ánh sáng, rụng tóc và ban da ở mặt.

Bảng 2: Tần suất các bất thường cận lâm sàng

Triệu chứng cận lâm sàng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu	87	65,4
Giảm bạch cầu ($<3000/\text{mm}^3$)	26	19,5
Giảm tiểu cầu ($<100\ 000/\text{mm}^3$)	24	18
Coomb trực tiếp (+) (n=128)	18	14,1
Coomb gián tiếp (+) (n=130)	7	5,5

Giảm C3	110	82,7
Giảm C4	63	47,4
Hồng cầu niệu	59	44,3
Protein niệu 24h(>0,5g)	48	36,1

Nhận xét: Các triệu chứng cận lâm sàng thường gặp gồm thiếu máu (65,4%), giảm nồng độ bổ thể C3 (82,7%) và C4 (47,4%); tiểu máu (44,3%) và tiểu đạm (36,1%).

Bảng 3: Kết quả các xét nghiệm miễn dịch

Xét nghiệm miễn dịch	Tổng số BN	Dương tính, n (%)	Tối thiểu	Tối đa	Giá trị trung bình
ANA	133	125 (94,0%)			
Anti- dsDNA (IU/ml)	133	116 (87,2%)	0,69	241	116,02 ± 98,62
Anti-Sm (U/ml)	124	52 (42,0%)	0,36	453,5	73,5 ± 12,2

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân có xét nghiệm kháng thể kháng nhân ANA dương tính, với tỷ lệ 94%. Tỷ lệ anti-dsDNA dương tính trong nhóm nghiên cứu là 87,2%; trong đó dương tính cao chiếm 55,6% và dương tính nhẹ chiếm 31,6%. Tỷ lệ dương tính với anti-Sm là 42%.

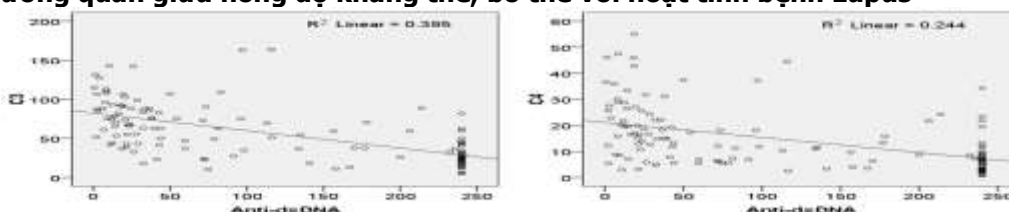
3.3. Mức độ hoạt động bệnh Lupus ban đầu hệ thống theo chỉ số SLEDAI: SLEDAI trung bình: $14,7 \pm 6,1$. SLEDAI thấp nhất 0 điểm, cao nhất là 27 điểm.

Bảng 4: Phân bố mức độ hoạt động bệnh theo SLEDAI

Hoạt tính bệnh (điểm SLEDAI)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Không hoạt động	1	0,8
Hoạt tính nhẹ	5	3,8
Hoạt tính trung bình	25	18,8
Hoạt tính cao (nặng)	66	49,6
Hoạt tính rất cao (rất nặng)	36	27,1

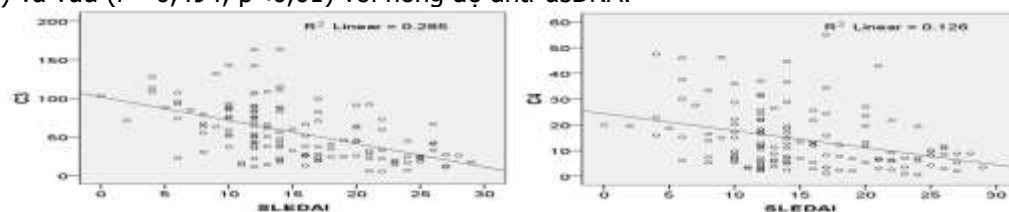
Nhận xét: Nhóm SLE trong nghiên cứu hầu hết có mức độ hoạt động từ trung bình đến rất cao. Trong đó, có khoảng một nửa bệnh nhân có mức độ hoạt động cao (49,6%).

4. Tương quan giữa nồng độ kháng thể, bổ thể với hoạt tính bệnh Lupus



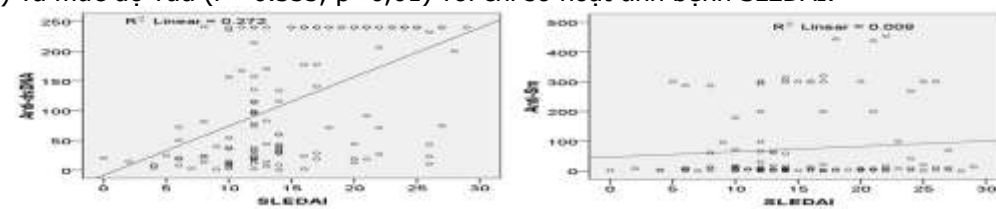
Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ C3, C4 với anti-dsDNA

Nhận xét: Nồng độ C3, C4 có tương quan nghịch, lần lượt mức độ khá chặt chẽ ($r=-0,629$, $p<0,01$) và vừa ($r=-0,494$, $p<0,01$) với nồng độ anti-dsDNA.



Biểu đồ 2. Tương quan giữa nồng độ C3, C4 với SLEDAI

Nhận xét: Nồng độ C3, C4 có tương quan nghịch, lần lượt mức độ khá chặt chẽ ($r=-0,533$, $p<0,01$) và mức độ vừa ($r=-0,355$, $p<0,01$) với chỉ số hoạt tính bệnh SLEDAI.



Biểu đồ 3. Tương quan giữa anti-dsDNA, anti-Sm với SLEDAI

Nhận xét: Nồng độ kháng thể anti-dsDNA có mối tương quan thuận mức độ khá chặt chẽ ($r=0.521$, $p<0,01$) với chỉ số hoạt tính SLEDAI. Không thấy có tương quan giữa kháng thể anti-Sm và chỉ số SLEDAI.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ hoạt động bệnh của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu về độ tuổi và giới tính trong nghiên cứu cho thấy bệnh chủ yếu gặp ở phụ nữ, trẻ tuổi và điều này cũng hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu khác trong nước, cũng như ghi nhận trong y văn kinh điển [1,2,7].

SLE là một bệnh tự miễn của mô liên kết, bệnh gây tổn thương nhiều cơ quan trong cơ thể: thận, tim, thần kinh, phổi, tiêu hóa, khớp, da niêm, ... vì vậy các triệu chứng thường cũng rất đa dạng. Trong nghiên cứu này, các biểu hiện thường gặp là đau khớp, nhạy cảm ánh sáng, ban da, rụng tóc với tần xuất từ 70-90% bệnh nhân. Nhiều rối loạn khác, kể cả rối loạn tâm thần, ... cũng có thể gặp mặc dù với tần suất thấp. Kết quả nghiên cứu này nhìn chung tương tự như các nghiên cứu khác [1,2]. Các bất thường cận lâm sàng thường gặp trong nghiên cứu: thiếu máu, giảm bạch cầu, tiểu máu và tiểu đạm. Tình trạng giảm một hoặc cả 3 dòng máu ngoại vi là rối loạn thường gặp ở bệnh nhân lupus tiến triển; song cũng có thể là hậu quả của nhiễm trùng nặng hoặc do thuốc. Trong nghiên cứu này các triệu chứng cận lâm sàng về đường tiết niệu: tiểu đạm ($>0,5g/24h$) và tiểu máu (44,3%) thấp hơn so với với tác giả Thu Hương [1]. Hầu hết bệnh nhân SLE đều có sự lắng đọng Ig tại các cầu thận nhưng chỉ có khoảng 50% có biểu hiện viêm thận, đặc trưng bởi protein, hồng cầu, bạch cầu, trụ niệu [2,7].

Trong nghiên cứu này, giảm C3 và C4 rất thường gặp, đặc biệt là giảm C3 (chiếm 82,7%), nhìn chung cũng tương tự như một số tác giả khác [1,2,3]. Giảm C3, C4 máu thường có liên quan đến độ hoạt động của bệnh, nhất là tổn thương thận, do tăng sử dụng trong phản ứng kháng nguyên-kháng thể. Theo một số tác giả, C3, C4 giảm so với mức ban đầu có giá trị tiên lượng tổn thương thận do SLE và phản ánh mức độ hoạt động của bệnh. Khi giảm cả C3, C4 thì tổn thương thận thường nặng hơn [3].

Tỷ lệ bệnh nhân có ANA (94%) và anti-dsDNA (87,2%) dương tính trong nghiên cứu này nhìn chung tương tự như các nghiên cứu khác trong y văn [2,7]. Hầu hết bệnh nhân lupus có ANA

dương tính và trên thực tế xét nghiệm ANA luôn được coi là một xét nghiệm sử dụng trong sàng lọc bệnh. Hiệu giá kháng thể anti-dsDNA trung bình nghiên cứu này khá cao, điều này cũng phù hợp với thực tế là đa số bệnh nhân tới khám và điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy ở trong giai đoạn tiến triển nặng.

Về mức độ hoạt động bệnh, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số SLEDAI trung bình (14,7) khá cao và đa phần bệnh nhân đều ở tình trạng bệnh đang hoạt động, với hơn 95% bệnh nhân có hoạt tính bệnh từ trung bình trở lên. Trong đó, giai đoạn hoạt động nặng chiếm tỷ lệ cao nhất 49,6% và tiếp đến là giai đoạn hoạt động rất nặng (27,1%). Thực tế, phần lớn bệnh nhân SLE của chúng tôi có đời sống kinh tế khó khăn, điều kiện chăm sóc y tế ban đầu thiếu thốn nên thường không được phát hiện, chẩn đoán bệnh sớm, điều trị kịp thời. Thực tế này cũng tương tự như ghi nhận trong nghiên cứu của Thu Hương và CS [1].

4.2. Mối tương quan giữa nồng độ tự kháng thể, bổ thể với hoạt tính bệnh lupus

Y văn từ lâu đã ghi nhận có sự tương quan giữa thay đổi nồng độ các marker miễn dịch với tình trạng tiến triển, tổn thương cơ quan trên lâm sàng [7]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy sự thay đổi nồng độ C3, C4 luôn đi song song và tương quan thuận chặt chẽ với nhau. Đồng thời sự thay đổi C3, C4 có liên quan với sự gia tăng nồng độ anti-dsDNA, một tự kháng thể quan trọng, đặc hiệu cho sự tiến triển và tổn thương bệnh sinh học trong SLE. Điều quan trọng hơn là mối tương quan nghịch giữa giảm nồng độ bổ thể với sự gia tăng hoạt tính bệnh (chỉ số SLEDAI); trong đó mối tương quan giữa nồng độ C3 với nồng độ kháng thể và hoạt tính bệnh thường chặt chẽ và rõ ràng hơn so với bổ thể C4. Điều này cho thấy sự thay đổi nồng độ C3 có ý nghĩa lâm sàng hơn so với C4 và thực tế; nghiên cứu này cũng cho thấy sự suy giảm nồng độ C3 gặp phổ biến hơn so với giảm C4 ở bệnh nhân lupus tiến triển. Sự thay đổi nồng độ bổ thể không những có giá trị trong chẩn đoán xác định SLE, mà còn được cho là một yếu tố tiên lượng tổn thương thận [3,6].

Nghiên cứu này cũng cho thấy sự thay đổi nồng độ kháng thể, đặc biệt là anti-dsDNA có sự tương quan thuận với thay đổi hoạt tính bệnh, cụ thể là khi nồng độ kháng thể này cao, bệnh nhân có xu hướng có bệnh tiến triển mức độ nặng hơn, với chỉ số SLEDAI cao hơn. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh về vai trò của anti-

dsDNA và cũng phù hợp với y văn [4,6,7]. Sự gia tăng nồng độ anti-dsDNA luôn được coi là một chỉ dấu sinh học trực tiếp về sự hoạt động của bệnh lupus và nguy cơ tổn thương cơ quan nội tạng, trong đó có bệnh lý thận, trong khi một số tự kháng thể khác, chẳng hạn như anti-Sm, thường không phổ biến và không thấy có mối liên quan rõ với hoạt động bệnh hay mức độ tổn thương cơ quan như kết quả trong nghiên cứu này [4,5].

V. KẾT LUẬN

1. Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng thường gặp nhất là đau/viêm khớp (91%), nhạy cảm da với ánh nắng (86,5%), rụng tóc (81,1%), ban da mặt (70,7%), thiếu máu (65,4%), giảm nồng độ bổ thể C3 (82,7%) và C4 (47,4%); tiểu máu (44,3%) và tiểu đạm (36,1%); ANA (+) (94%), anti-dsDNA (+) (87,2%). Chỉ số SLEDAI trung bình $14,7 \pm 6,1$, nhóm có hoạt tính cao và rất cao lần lượt chiếm 49,6% và 27,1%.

2. Nồng độ C3, C4 tương quan nghịch với nồng độ anti-dsDNA và chỉ số SLEDAI. Nồng độ anti-dsDNA có tương quan thuận với chỉ số SLEDAI. Như vậy, việc theo dõi nồng độ bổ thể và tự kháng thể, đặc biệt là anti-DNA, có thể

giúp tiên lượng là tiên đoán mức độ tiến triển của bệnh lupus ban đỏ hệ thống, đồng thời có thể dự liệu về tổn thương ở các cơ quan chẳng hạn như ở thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Hương, Nguyễn Thị Ngọc Lan, Nguyễn Thị Như Hoa (2012). "Đánh giá mức độ hoạt động bệnh Lupus ban đỏ hệ thống theo chỉ số SLEDAI". *Nội khoa Việt Nam*, số 5/2012.
2. Arfaj A.S. Al, Khalil N. (2009). Clinical and immunological manifestations in 624 SLE patients in Saudi Arabia, *Lupus*, 18, pp. 465-473.
3. Li H, Lin S, Yang S, et al (2015). "Diagnostic value of serum complement C3 and C4 levels in Chinese patients with systemic lupus erythematosus". *Clin Rheumatol*. 34: 471-477.
4. Pan N, Amigues I, Lyman S, Duculan R, Aziz F, et al (2014). A surge in anti-dsDNA titer predicts a severe lupus flare within six months. *Lupus*. 23(3):293-8
5. Petri M. (2007), Monitoring systemic lupus erythematosus in standard clinical care, *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 21(4), pp. 687-697.
6. Shanmuganandan K, Shankar S (2010). Correlation between Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index, C3, C4 and Anti-dsDNA Antibodies. *Med J Armed Forces India*. 66(2):102-7.
7. Simon H and Zieve D (2011). "Systemic Lupus Erythematosus". *N Engl J Med*; 365(22): 2110-2121.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VIÊN VỀ CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUÝ GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2017

Đỗ Đào Vũ¹, Diêm Thị Chung²

TÓM TẮT⁵⁰

Mục tiêu: mô tả thực trạng kiến thức của điều dưỡng viên về chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 56 điều dưỡng viên trực tiếp thực hiện công tác chăm sóc bệnh nhân bị đột quỵ giai đoạn cấp tại 03 khoa tiến hành nghiên cứu. **Kết quả:** Theo tiêu chí đánh giá của nghiên cứu, 85,7% ĐDV có kiến thức đạt về chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp. Ở 11/14 nội dung, trên 90% ĐDV trả lời đạt, trong đó 100% ĐDV trả lời đúng ở 2 câu hỏi kiến thức về "cách chăm sóc ăn, uống" và "tầm quan trọng của ĐDV

trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp". Có 55,4% ĐDV trả lời đúng câu hỏi kiến thức về những tổn thương thứ cấp do đột quỵ. Tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất của ĐDV về câu hỏi khoảng thời gian được xác định là đột quỵ giai đoạn cấp chiếm 37,5%. **Kết luận:** kiến thức của điều dưỡng viên về chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017 là khá cao so với mặt bằng chung các cơ sở y tế cùng cấp.

Từ khóa: đột quỵ, điều dưỡng viên, chăm sóc phục hồi chức năng

SUMMARY

EVALUATION OF NURSES' KNOWLEDGE OF REHABILITATION FOR ACUTE STROKE PATIENTS AT THANH NHAN HOSPITAL IN 2017

Objectives: to describe the situation of nurses' knowledge of rehabilitation for patients with acute strokes at Thanh Nhan hospital in 2017. **Subject and methodology:** a cross sectional study on 56 nurses who directly provide care to acute stroke patients at 3 departments under research. **Results:** According to

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đào Vũ

Email: dodaovurehabi@yahoo.com

Ngày nhận bài: 18.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2017

Ngày duyệt bài: 23.7.2017

the criteria of the research, 85.7% of the surveyed nurses have acceptable level of knowledge about rehabilitation care for acute stroke patients. 90% of the nurses gave correct answers to 11 out of 14 questions; 100% provided accurate answers to two questions about "eating and drinking care" and "the importance of nurses in rehabilitation care for stroke patients at acute phase". 55.4% of the nurses got correct knowledge of primary injuries caused by stroke. The lowest rate of correct answers (37%) belongs to the question about "period of time defined as the acute phase of stroke". **Conclusion:** Thanh Nhan's nurses' knowledge of rehabilitation care for acute stroke patients is quite high in comparison with other healthcare institutions of the same level.

Key words: stroke, nurses, rehabilitation care

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo quy định mới của Bộ Y tế về công tác chăm sóc toàn diện cho người bệnh tại các cơ sở y tế trong cả nước [1-2], các bệnh viện đã ban hành các hướng dẫn điều dưỡng viên (ĐDV) thực hiện nhiệm vụ chăm sóc phục hồi chức năng (PHCN), các khoa xây dựng, ban hành các quy trình kỹ thuật, quy trình chuyên môn và đang tiếp tục hoàn thiện các quy trình này cho phù hợp. Bên cạnh đó, bệnh viện cũng có tổ chức các lớp tập huấn cho ĐDV, thường xuyên thực hiện kiểm tra, giám sát công tác PHCN đặc biệt đối với nhóm bệnh nhân đột quỵ giai đoạn cấp tại các khoa/phòng chăm sóc đặc biệt như Cấp cứu, đơn vị Đột quỵ và Hồi sức tích cực. Tuy nhiên, thực tế công tác chăm sóc PHCN sớm của ĐDV cho người bệnh sau đột quỵ giai đoạn cấp còn chưa được quan tâm đúng mức, thể hiện ở việc hạn chế về nhận thức và trong đầu tư về nhân lực, thời gian cho công tác này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng kiến thức của điều dưỡng viên về chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Một số thông tin chung của điều dưỡng viên

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Tuổi trung bình $\pm$ SD	34,02 $\pm$ 7,11	
	Tuổi trung vị	33	
	Thấp nhất – Cao nhất	22-56	
Nhóm tuổi	<30 tuổi	14	25,0
	30 – 39 tuổi	35	62,5
	40 – 49 tuổi	3	5,4
	$\geq$ 50 tuổi	4	7,1
Giới tính	Nam	19	33,9
	Nữ	37	66,1
Trình độ học vấn	Sơ cấp	1	1,8
	Trung cấp	23	41,1
	Cao đẳng	19	33,9

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 56 điều dưỡng viên trực tiếp thực hiện công tác chăm sóc bệnh nhân bị đột quỵ giai đoạn cấp tại 03 khoa tiến hành nghiên cứu.

2.2 Đối tượng nghiên cứu

2.2.1 Tiêu chuẩn lựa chọn: Điều dưỡng viên trực tiếp chăm sóc NB đột quỵ tại 3 khoa: Thần kinh, Đột quỵ, Hồi sức tích cực của bệnh viện Thanh Nhàn, có thời gian làm việc tại khoa từ 1 tháng trở lên.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Điều dưỡng viên là người thân của người bệnh đột quỵ đang điều trị tại khoa; Điều dưỡng viên không thường xuyên chăm sóc người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp; Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại 03 khoa Thần kinh, Đột quỵ và Hồi sức tích cực của bệnh viện Thanh Nhàn từ 3/2017 đến tháng 7/2017.

2.4 Cỡ mẫu và chọn mẫu

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ Điều dưỡng viên làm việc tại 3 khoa (Đột quỵ, Thần kinh và Hồi sức tích cực), đang chăm sóc người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp. Có 56 Điều dưỡng viên đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Chọn mẫu:** Tất cả Điều dưỡng viên đang làm việc tại 03 khoa Thần kinh, Đột quỵ và Hồi sức tích cực thuộc Bệnh viện Thanh Nhàn từ 1 tháng trở lên thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn, không phân biệt giới tính được tham gia phỏng vấn.

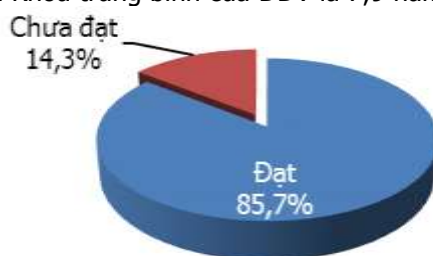
Vật liệu và công cụ nghiên cứu: Mẫu phiếu phỏng vấn; mẫu đồng ý tham gia nghiên cứu

2.5 Xử lý số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả để mô tả tần số, tỷ lệ % với các biến định tính, tính trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng.

2.6 Đạo đức nghiên cứu: Đề tài thông qua hội đồng y đức của trường Đại học Y tế công cộng

Thông tin chung		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khoa làm việc	Đại học	13	23,2
	Sau đại học	0	0
	Khoa Đột quy	8	14,3
	Khoa Thần kinh	13	23,2
Số năm làm tại Khoa	Khoa Hồi sức tích cực	35	62,5
	Trung bình $\pm$ SD	7,9 $\pm$ 5,4	
	Trung vị	7	
	Thấp nhất – Cao nhất	1-29	
Tổng		56	100

Tuổi trung bình của ĐDV tham gia nghiên cứu là 34,02 tuổi, người trẻ tuổi nhất là 22 tuổi, nhiều tuổi nhất là 56 tuổi. Đa số ĐDV thuộc nhóm từ 30 đến 39 tuổi (62,5%), ĐDV nữ chiếm 66,1%. Về trình độ học vấn, 41,1% ĐDV có trình độ trung cấp, 33,9% ĐDV có trình độ cao đẳng; 23,2% ĐDV có trình độ đại học và không có ĐDV trình độ sau đại học. Đa số ĐDV đang làm việc tại Khoa Hồi sức tích cực, 23,2% ĐDV làm việc tại Khoa Thần kinh và 14,3% làm việc tại Khoa Đột quy. Về thâm niên công tác, số năm làm việc tại Khoa trung bình của ĐDV là 7,9 năm.



Biểu đồ 1. Kiến thức chung của ĐDV về chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quy giai đoạn cấp
Theo tiêu chí đánh giá của nghiên cứu, 85,7% ĐDV có kiến thức đạt về chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quy giai đoạn cấp.

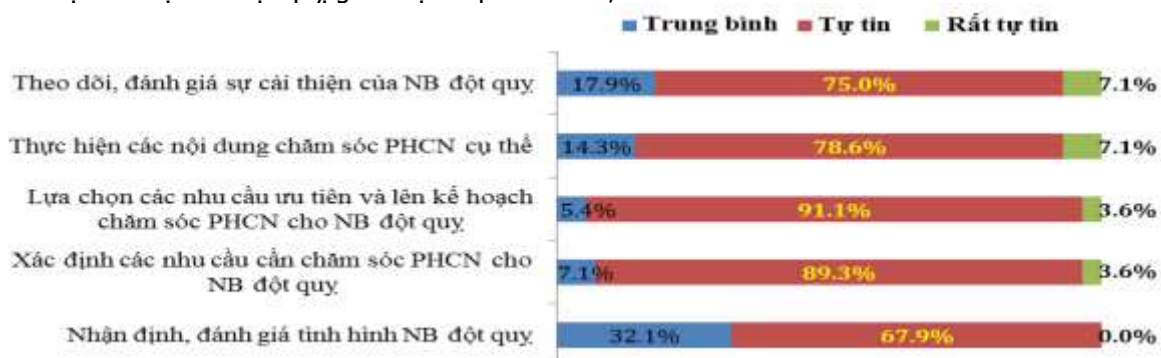
Bảng 2: Kiến thức của ĐDV về từng nội dung trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quy giai đoạn cấp

TT	Nội dung	Không đạt		Đạt		TB $\pm$ SD
		SL	%	SL	%	
1	Kiến thức về chăm sóc ăn, uống	0	0	56	100	5,9 $\pm$ 0,5
2	Kiến thức về tầm quan trọng của ĐDV trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quy	0	0	56	100	2,8 $\pm$ 0,0
3	Kiến thức về chăm sóc da	1	1,8	55	98,2	5,3 $\pm$ 1,0
4	Kiến thức về chăm sóc phòng ngừa tắc mạch	2	3,6	54	96,4	5,7 $\pm$ 0,9
5	Kiến thức về nhiệm vụ của ĐDV khi chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quy	3	5,4	53	94,6	15,2 $\pm$ 1,3
6	Kiến thức về các nội dung trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quy	3	5,4	53	94,6	5,1 $\pm$ 0,8
7	Kiến thức về chăm sóc phòng ngừa táo bón	3	5,4	53	94,6	5,3 $\pm$ 0,9
8	Kiến thức về chăm sóc đường tiểu, bàng quang	4	7,1	52	92,9	5,4 $\pm$ 0,9
9	Kiến thức về chăm sóc hô hấp	4	7,1	52	92,9	4,8 $\pm$ 1,2
10	Kiến thức về chăm sóc tư thế đúng	5	8,9	51	91,1	5,5 $\pm$ 1,1
11	Kiến thức về chăm sóc luyện tập - vận động	5	8,9	51	91,1	5,6 $\pm$ 1,3
12	Kiến thức về sự phối hợp của ĐDV với các thành viên khác trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quy	10	17,9	46	82,1	4,5 $\pm$ 1,5
13	Kiến thức về những tổn thương thứ cấp do đột quy	25	44,6	31	55,4	8,8 $\pm$ 3,2
14	Kiến thức về khoảng thời gian được xác định là đột quy giai đoạn cấp	35	62,5	21	37,5	3,8 $\pm$ 4,9

Ghi chú: SL = Số lượng; TB= Điểm trung bình; SD = Độ lệch chuẩn.

Trong tổng số 14 nội dung kiến thức có 11 nội dung có trên 90% ĐDV trả lời đạt, trong đó 100% ĐDV trả lời đúng ở 2 câu hỏi kiến thức về "cách chăm sóc ăn, uống" và "tầm quan trọng của ĐDV

trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ". Có 55,4% ĐDV trả lời đúng câu hỏi kiến thức về những tổn thương thứ cấp do đột quỵ. Tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất của ĐDV về câu hỏi khoảng thời gian được xác định là đột quỵ giai đoạn cấp chiếm 37,5%.



Biểu đồ 2. Mức độ tự tin của ĐDV trong thực hiện các bước chăm sóc PHCN cho NB đột quỵ theo quy trình điều dưỡng

Theo các ý kiến phỏng vấn sâu, ĐDV nhiễm năm kinh nghiệm làm việc hơn thì tự tin hơn trong thực hiện các bước chăm sóc PHCN cho NB đột quỵ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đánh giá kiến thức của ĐDV về chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp bằng bộ câu hỏi khảo sát kiến thức trong hướng dẫn quy trình chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ của Bộ Y tế [1-2]. Bộ câu hỏi này khá đơn giản, phù hợp, không mang tính phân loại đã được áp dụng nhiều cơ sở y tế. Kết quả nghiên cứu cho thấy 85,7% ĐDV có kiến thức đạt về chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp, cao hơn nghiên cứu của Hoàng Ngọc Thắm và cộng sự tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk [3]. Tuy nhiên với 14,3% ĐDV không đạt về kiến thức, theo nhóm nghiên cứu thì phòng Điều dưỡng của bệnh viện vẫn cần tăng cường đào tạo tập huấn chuyên đề chăm sóc PHCN cho ĐDV trực tiếp chăm sóc người bệnh theo định kỳ hàng năm.

Trong 14 nội dung kiến thức được khảo sát, so với nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Thắm, tỷ lệ ĐDV có kiến thức đạt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn ở 04 nội dung: kiến thức về khoảng thời gian người bệnh được xác định là đột quỵ giai đoạn cấp (37,5% so với 70,1%); kiến thức về những tổn thương thứ cấp do đột quỵ (55,4% so với 67,2%); kiến thức về sự phối hợp của ĐDV trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ (82,1% so với 91,0%). Với 10 nội dung còn lại thì tỷ lệ ĐDV có kiến thức đạt trong nghiên cứu của chúng tôi đều trên 90%, cao hơn từ 10% đến 20% so với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Thắm [3].

So với kết quả về mức độ đáp ứng đầy đủ của ĐDV đối với nhu cầu của người bệnh đột quỵ

thì thứ tự các nội dung kiến thức có tỷ lệ ĐDV đạt có sự không tương đồng. Nếu như mức độ đáp ứng đầy đủ 8 nhóm nhu cầu chăm sóc PHCN của người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp được sắp xếp giảm dần theo thứ tự là: (1) chăm sóc da; (2) chăm sóc ăn, uống; (3) chăm sóc phòng ngừa tắc mạch; (4) chăm sóc tư thế đúng; (5) chăm sóc luyện tập phục hồi chức năng; (6) chăm sóc phòng ngừa táo bón; (7) chăm sóc hô hấp và (8) chăm sóc đường tiểu, bàng quang. Thì thứ tự giảm dần về tỷ lệ ĐDV có kiến thức đạt về các nội dung chăm sóc PHCN này như sau: (1) chăm sóc ăn, uống (100%); (2) chăm sóc da (98,2%); (3) chăm sóc phòng ngừa tắc mạch (96,4%); (4) chăm sóc phòng ngừa táo bón (94,6%); (5) chăm sóc hô hấp và chăm sóc đường tiểu, bàng quang (92,9%); (6) chăm sóc tư thế đúng và chăm sóc luyện tập PHCN (91,1%). Sự khác nhau này phản ánh thực tế tồn tại khoảng cách giữa kiến thức và thực hành của ĐDV trong đáp ứng nhu cầu chăm sóc PHCN cho người bệnh. Điều này đặt ra nhu cầu ngoài việc cập nhật và tăng cường kiến thức thực hành cho ĐDV, bệnh viện cần tiến hành các biện pháp nhằm thay đổi thái độ và thói quen thực hành chăm sóc PHCN cho người bệnh của ĐDV theo hướng lấy người bệnh làm trung tâm, thường xuyên chủ động tìm hiểu nhu cầu của người bệnh. Quy trình điều dưỡng gồm 4 bước: Nhận định; Lập kế hoạch; Thực hiện; Đánh giá [4-5-6]. Sự không tự tin khi thực hiện quy trình điều dưỡng trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp phản ánh một phần sự thiếu hụt về kiến thức hoặc sự thiếu hụt về tần suất

thực hành quy trình. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐDV thấy tự tin cao nhất với bước lựa chọn các nhu cầu ưu tiên và lên kế hoạch chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ (91,1%). Bước nhận định, đánh giá tình hình người bệnh đột quỵ là bước có tỷ lệ ĐDV tự tin thấp nhất (67,9%). So với nghiên cứu của Hoàng Ngọc Thắm [3], ĐDV bệnh viện Thanh Nhân tham gia nghiên cứu có mức độ tự tin khi thực hiện quy trình điều dưỡng cao hơn so với ĐDV bệnh viện đa khoa Đắc Lắc tham gia nghiên cứu. Có thể do sự khác biệt về thời điểm và địa điểm nghiên cứu, khác nhau về trình độ chuyên môn, khác nhau về kinh nghiệm làm việc.

V. KẾT LUẬN

Theo tiêu chí đánh giá của nghiên cứu, 85,7% ĐDV có kiến thức đạt về chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp. Ở 11/14 nội dung, trên 90% ĐDV trả lời đạt, trong đó 100% ĐDV trả lời đúng ở 2 câu hỏi kiến thức về "cách chăm sóc ăn, uống" và "tầm quan trọng của ĐDV trong chăm sóc PHCN cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp". Có 55,4% ĐDV trả lời đúng câu hỏi kiến thức về những tổn thương thứ

cấp do đột quỵ. Tỷ lệ trả lời đúng thấp nhất của ĐDV về câu hỏi khoảng thời gian được xác định là đột quỵ giai đoạn cấp chiếm 37,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế *Tài liệu Quản lý điều dưỡng*, (2004), NXB Y học, Hà Nội.
2. Cục Quản lý Khám chữa bệnh, *Tài liệu đào tạo liên tục: Chăm sóc người bệnh toàn diện*, Ban hành kèm theo Quyết định 123/QĐ-K2ĐT ngày 27 tháng 9 năm 2013 của Cục Khoa học công nghệ và Đào tạo - Bộ Y tế về việc ban hành chương trình và tài liệu đào tạo "Chăm sóc người bệnh toàn diện", (2014); Hà Nội.
3. Hoàng Ngọc Thắm, *Thực trạng nhu cầu và chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp của điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắc Lắc năm 2012*, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, (2012); Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
4. Harry McNaughton et al., "Stroke rehabilitation services in New Zealand: a survey of service configuration, capacity and guideline adherence", *The New Zealand Medical Journal*, (2014); 127(1402).
5. Allen M. R. et al. *Nursing care of acute stroke patient*; 2004; p: 230-245
6. Bộ Y tế, *Hướng dẫn quy trình chăm sóc người bệnh, tập II*, (2004); NXB Y học, Hà Nội.

KHẢO SÁT TỶ LỆ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY TIM Ở BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Trần Triệu Quốc Khánh*, Lê Đình Thanh**, Hoàng Trung Vinh***

TÓM TẮT⁵¹

Mục tiêu: khảo sát tỷ lệ biến đổi một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng liên quan đến suy tim ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ (BN TNTCK). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 111 BN TNTCK điều trị tại Bệnh viện Nguyễn Trãi – Tp. Hồ Chí Minh được khảo sát một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (NT-pro BNP, X-quang ngực, điện tim, siêu âm Doppler tim). **Kết quả:** Khó thở - 69,3% trong đó khó thở thường xuyên - 21,6%, khó thở sau gắng sức - 47,7%, phù ngoại biên - 39,6%, gan to - 36%, phù + gan to - 30,6%, NT-pro BNP > 1800 mg/dl - 56,8%, tim to trên X-quang - 51,4%, phì đại thất trái trên điện tim - 75,7%, EF% < 60% - 55,9% trong đó < 50% (suy tim không bảo tồn EF%) - 31,5%, tăng áp lực động mạch phổi tâm thu (ALĐMPTT) - 43,2%,

tăng chỉ số khối lượng cơ thất trái (LVMI) - 65,8%. **Kết luận:** Bệnh nhân TNTCK có biến đổi nhiều chỉ số liên quan đến suy tim.

Từ khóa: Thận nhân tạo chu kỳ, suy tim, phân suất tống máu, chỉ số khối lượng cơ thất trái.

SUMMARY

INVESTIGATING RATES OF VARIATION OF SOME FEATURES RELATED TO HEART FAILURE IN PATIENTS WITH MAINTENANCE HEMODIALYSIS

Objectives: to investigate rates of variation of some clinical and subclinical symptoms related to heart failure in maintenance hemodialysis (MHD) patients. **Subjects and methods:** 111 patients in Nguyen Trai Hospital, Ho Chi Minh City were surveyed some clinical and subclinical symptoms (NT-pro BNP, chest X-ray, electrocardiogram, cardiac Doppler ultrasound). **Results:** dyspnea- 69.3% , in which dyspnea at rest - 21.6%, dyspnea on exertion - 47.7%, peripheral edema - 39.6%, hepatomegaly - 36%, edema and hepatomegaly - 30.6%, NT-pro BNP > 1800 mg/dl - 56.8%, cardiomegaly on X-ray - 51.4%, left ventricular hypertrophy - 75.7%, EF < 60% - 55.9% in which EF < 50% (heart failure with reduced EF%) - 31.5%, increased systolic pulmonary artery pressure - 43.2%,

*BV Nguyễn Trãi – Tp. Hồ Chí Minh

**BV Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh

***Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Vinh

Email: hoangvinh.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 9.7.2017

Ngày duyệt bài: 22.7.2017

increased left ventricular mass index (LVMI) - 65.8%.
Conclusion: MHD patients had variation of many features related to heart failure.

Keywords: maintenance hemodialysis; heart failure; ejection fraction; left ventricular mass index;

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTM GĐC) biểu hiện tổn thương nhiều cơ quan, rối loạn nhiều quá trình chuyển hóa trong cơ thể. Một trong các cơ quan bị ảnh hưởng và tổn thương rõ nét nhất đó là tim mạch. Có thể nói BTM GĐC đồng nghĩa và cũng coi như bệnh tim mạch bởi lẽ đây là cơ quan bị tổn thương nhiều, sớm đồng thời cũng là các nguyên nhân chủ yếu gây tàn phế, tử vong. Các biểu hiện tổn thương tim mạch ở bệnh nhân (BN) BTM rất đa dạng, đôi khi kín đáo đan xen với nhiều triệu chứng khác của bệnh. Cũng có rất nhiều yếu tố gây ảnh hưởng trực tiếp đến tim dẫn đến biến đổi hình thái, chức năng tim. Tỷ lệ suy tim xung huyết (STXH) gặp 25 – 40% tùy thuộc vào các yếu tố, đặc điểm của BN. Đặc biệt có khoảng 70 – 80% BN TNTCK biểu hiện phì đại thất trái (PĐTT). Do đó xác định, dự phòng những biến đổi liên quan đến suy tim ở BN TNTCK là rất cần thiết, khâu quan trọng giúp kéo dài cuộc sống của người bệnh. *Mục tiêu đề tài:* Khảo sát tỷ lệ biến đổi một số triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng suy tim ở BN TNTCK.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 111 BN LM bằng TNTCK được điều trị tại bệnh viện Nguyễn Trãi – Thành phố Hồ Chí Minh thuộc các lứa tuổi, thời gian lọc máu và nguyên nhân gây suy thận khác nhau.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, cắt ngang, quan sát, mô tả.

Nội dung nghiên cứu: Khai thác bệnh sử, hỏi triệu chứng cơ năng của suy tim: Khó thở gồm khó thở thường xuyên hoặc sau gắng sức, khám lâm sàng gồm: tiếng thổi tâm thu tại tim, phù, gan to. Xét nghiệm NT-pro BNP, ghi điện tim, X-quang ngực và siêu âm Doppler tim xác định LVMI, EF%, ALĐMPTT. Tiêu chuẩn đánh giá các chỉ số: Tăng cao NT-pro BNP khi > 1800 mg/dl; giảm EF% khi < 60%, EF% không bảo tồn khi < 50%, LVMI tăng khi > 134 g/m² ở nam, > 110 g/m² ở nữ, tăng ALĐMTT khi > 30 mmHg.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Bảng 2.1. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào nhóm tuổi (n = 111)

Tuổi (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 30	8	7,2
30 – 40	16	14,4
41 – 50	26	23,4
51 – 60	29	26,1
> 60	32	28,8

+ Bệnh nhân thuộc các nhóm tuổi có tỷ lệ khác nhau.

+ Tỷ lệ bệnh nhân tăng dần theo nhóm tuổi, thấp nhất < 30 tuổi, cao nhất > 60 tuổi.

Bảng 2.2. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào nguyên nhân gây suy thận mạn tính (n=111)

Nguyên nhân	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đái tháo đường	63	56,8
Tăng huyết áp	12	10,8
VCTMT	26	23,4
VTBTMT	6	5,4
Thận đa nang + LPBĐHT	4	3,6

+ Có 5 nhóm nguyên nhân gây suy thận mạn tính với các tỷ lệ khác nhau.

+ Đái tháo đường chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Suy thận mạn tính do VTBTMT, thận đa nang hoặc LPBĐHT gặp với số lượng ít.

Bảng 2.3. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào triệu chứng khó thở (n=111)

Biểu hiện		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Khó thở	Có	77	69,3
	Không	34	30,7
Khó thở thường xuyên	Có	24	21,6
	Không	87	78,4
Khó thở sau gắng sức	Có	53	47,7
	Không	58	52,3

+ Bệnh nhân biểu hiện khó thở gặp với tỷ lệ cao hơn so với không có khó thở.

+ Tỷ lệ BN khó thở sau gắng sức cao hơn so với khó thở thường xuyên.

Bảng 2.4. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào phù, gan to và tiếng thổi tâm thu (n=111)

Biểu hiện		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phù	Có	44	39,6
	Không	67	60,4
Gan to	Có	40	36,0
	Không	71	64,0
Phù + Gan to		34	30,6
Tiếng thổi tâm thu		94	84,7

+ Bệnh nhân biểu hiện phù gặp với tỷ lệ cao hơn so với gan to.

+ Biểu hiện đồng thời phù và gan to gặp với tỷ lệ thấp hơn so với 2 triệu chứng riêng rẽ.

+ Tiếng thổi tâm thu gặp 84,7%.

Bảng 2.5. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào NT-pro BNP (n=111)

NT-pro BNP (mg/dl)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường (< 300)	18	16,2
Giới hạn cao (300-1800)	30	27,0
Tăng cao (> 1800)	63	56,8

+NT-pro BNP phân bố ở các mức với tỷ lệ khác nhau.

+NT-pro BNP tăng cao – tương ứng với mức chắc chắn có suy tim gặp với tỷ lệ cao nhất (56,8%).

Bảng 2.6. Biến đổi chỉ số trên điện tim, X-quang, siêu âm tim (n=111)

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Phì đại thất trái trên điện tim	84	75,7%
Tim to trên X-quang	57	51,4%
Tăng ALĐMPTT	48	43,2%
Tăng LVMI	73	65,8%

Bảng 2.7. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào EF% (n=111)

EF%	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Bình thường	49	44,1
Giảm nhẹ	27	24,3
Vừa	22	19,8
Nặng	12	10,8
Rất nặng	1	0,9
Không bảo tồn (EF% < 50%)	35	31,5

+Bệnh nhân có biểu hiện giảm phân suất tống máu thất trái tâm thu (EF% < 60%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với EF% ở mức bình thường.

+Tỷ lệ BN có EF% ở mức không bảo tồn là 31,5%.

III. BÀN LUẬN

Bệnh nhân TNTCK tiềm ẩn rất nhiều yếu tố nguy cơ (YTNC) gây tổn thương tim nói chung và STXH nói riêng bao gồm tăng huyết áp (THA), bệnh cơ tim do ure huyết cao, rối loạn điện giải nhất là K⁺, thiếu máu mạn tính, quá tải thể tích, cầu nối động – tĩnh mạch. Tất cả các nguyên nhân trên phối hợp với nhau gây biến đổi hình thái, chức năng tim, dẫn đến suy tim cấp hoặc mạn tính [1], [2]. Các biểu hiện tổn thương tim ở BN TNTCK mặc dù đan xen với nhiều triệu chứng khác của bệnh song vẫn có thể nhận biết được. Trong số các triệu chứng lâm sàng của suy tim thì khó thở thường xuyên hoặc liên quan đến gắng sức vẫn đặc hiệu. Thật vậy kết quả quan sát cho thấy 69,3% trường hợp BN xuất hiện khó thở trong đó khó thở xuất hiện sau gắng sức gặp với tỷ lệ cao hơn so với khó thở thường xuyên. Mặc dù khó thở ở BN TNTCK có thể liên quan đến quá tải thể tích, thiếu máu nặng song vẫn khá đặc hiệu cho suy tim [3],[4]. Shiba N và cs

năm 2011 cũng đã nêu biểu hiện suy tim ở BN TNTCK cũng bao gồm các triệu chứng điển hình của suy tim như khó thở, mệt mỏi [5]. Biểu hiện ứ trệ ở đại tuần hoàn gây phù ngoại biên, gan to, tĩnh mạch cổ nổi cũng khá đặc hiệu cho STXH ở BN TNTCK nhất là giai đoạn mất bù. Kết quả nghiên cứu nhận thấy biểu hiện phù, gan to, tiếng thổi tâm thu tại tim liên quan đến suy tim gặp 39,6%, 36,0% và 84,7%. Đặc biệt 30,6% trường hợp biểu hiện đồng thời phù + gan to có lẽ là dấu hiệu do STXH. Nồng độ NT-pro BNP khá đặc hiệu cho BN suy tim. Trong nghiên cứu có tới 83,8% tăng NT-pro BNP với mức > 300 mg/dl. Đặc biệt khi nồng độ NT-pro BNP > 1800 mg/dl thì chắc chắn có suy tim. Số trường hợp có nồng độ NT-pro BNP ở mức tương ứng đạt 56,8%. Đây cũng là bằng chứng có giá trị chứng minh STXH ở BN [6].

Có lẽ biến đổi nhiều nhahats, rõ nét nhất thuộc về các chỉ số hình thái, chức năng tim dựa vào điện tim, X-quang ngực và đặc biệt siêu âm Doppler tim. Phì đại thất trái trên điện tim, bóng tim to trên X-quang và đặc biệt tăng LVMI đều gặp ở > 50% trường hợp. Đây là biểu hiện chắc chắn biến đổi chỉ số hình thái tim. Đỗ Doãn Lợi năm 2002 cũng nhận thấy ở BN BTM GĐC chưa hoặc đã áp dụng biện pháp điều trị thay thế có 85,3% và 88,8% phì đại thất trái [7]. Các biểu hiện suy tim thể hiện dựa vào ALĐMPTT và EF% xác định trên siêu âm Doppler tim. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 43,2% trường hợp tăng ALĐMPTT và 55,9% trường hợp có EF% không bảo tồn. Đây thực sự là các trường hợp suy tim với EF% giảm. Kết quả nghiên cứu cũng tương tự như quan sát của Zadeh KK và cs năm 2006.

V. KẾT LUẬN

+ Triệu chứng và dấu hiệu lâm sàng của suy tim ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ gặp với tỷ lệ: khó thở - 69,3%; phù ngoại biên - 39,6%; gan to - 36,0%; biểu hiện đồng thời phù + gan to 30,6%; tiếng thổi tại tim - 84,7%.

+ Tăng nồng độ NT-pro BNP: 83,8% trong đó tăng ở mức cao (> 1800mg/dl) - 56,8%

+ Biểu hiện biến đổi chỉ số hình thái tim: phì đại thất trái trên điện tim - 75,7%; tim to trên X-quang - 51,4%, tăng LVMI trên siêu âm - 65,8%.

+ Biểu hiện suy chức năng tim: Tăng ALĐMPTT - 43,2%, EF% < 60 - 55,9% trong đó < 50% - 31,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Silverberg D., Wexler D., Blum M., et al. (2004), "The association between congestive heart

- failure and chronic renal disease", *Curr Opin Nephrol Hypertens*, 13(2): pp. 163-70.
2. **Filippatos G., Rossi J., Lloyd-Jones D.M., et al. (2007)**, "Prognostic value of blood urea nitrogen in patients hospitalized with worsening heart failure: insights from the acute and chronic Therapeutic impact of a vasopressin antagonist in chronic heart failure (ACTIV in CHF) study", *J Card Fail*, 13(5): pp. 360-4.
 3. **Sarraf M., Masoumi A., Schrier R.W., et al. (2009)**, "Cardiorenal syndrome in acute decompensated heart failure", *Clin J Am Soc Nephrol*, 4(12): pp. 2013-26.
 4. **Scheffold J. C., Filippatos G. et al (2016)**, "Heart failure and kidney dysfunction: epidemiology, mechanisms and management", *Nature Reviews Nephrology*, 12, pp. 610 – 623.
 5. **Shiba N., Shimokawa H. (2011)**, "Chronic kidney disease and heart failure – bidirectional close link and common therapeutic goal", *Journal of Cardiology*, 57, pp. 8-17.
 6. **Herzog C.A., Asinger R.W., Berger A.K. et al (2011)**, "Cardiovascular disease in chronic kidney disease. A clinical update from kidney disease: improving global outcomes (KDIGO)", *International Society of nephrology*, 31, pp. 1-15.
 7. **Đỗ Doãn Lợi (2002)**, "Nghiên cứu những biến đổi về hình thái, chức năng tim và huyết động học bằng phương pháp siêu âm Doppler ở bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn 4", *Luận án tiến sĩ y học*, Học viện Quân y

NGHIÊN CỨU TÁC ĐỘNG XẤU CỦA SỬ DỤNG MẠNG XÃ HỘI ĐẾN CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ THÁI NGUYÊN NĂM 2017

Nguyễn Công Hoàng*, Lê Hải Yến*

TÓM TẮT⁵²

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mô tả thực trạng sử dụng mạng xã hội, và mối liên quan đến chất lượng giấc ngủ và rối loạn tâm lý ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên. Với cỡ mẫu 390 sinh viên tham gia phỏng vấn từ tháng 1 đến tháng 6/2017. Kết quả cho thấy: 100% sinh viên sử dụng mạng xã hội trong đó 77,7% thường xuyên sử dụng và khó kiểm soát việc sử dụng. Tỷ lệ sinh viên có chất lượng giấc ngủ không tốt là 60%. Có mối liên quan đơn biến giữa sử dụng mạng xã hội với chất lượng giấc ngủ và rối loạn tâm lý có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

Từ khóa: mạng xã hội, sinh viên.

SUMMARY

STUDY SOCIAL NETWORK USE AND AND THE RELATIONSHIP WITH SLEEP QUALITY AND PSYCHOLOGICAL FACTOR AMONG STUDENT AT THAI NGUYEN MEDICAL COLLEGE 2017

A cross-sectional research was conducted in 2017 among 390 student of Thai Nguyen Medical College (TNMC) with following objectives to determine the percentage of TNMC student using social network and to identify related factors of using social network to sleep quality and psychological factor. The results: 100% students use social network, 77.7% students show the high level and hard to control the usage. The percentage of students who have poor sleep quality is 60%. Research found a significant correlation between the social network dependence and social network and psychological factor of students ($p < 0,05$).

*Đại học y dược Thái nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Công Hoàng

Email: nguyenconghoang@tnmc.udu.vn

Ngày nhận bài: 13.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2017

Ngày duyệt bài: 18.7.2017

Keywords: social network, students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong xã hội ngày càng hiện đại hơn, mạng xã hội (MXH) đang được ưa chuộng và sử dụng rộng rãi trên toàn thế giới đặc biệt là trong nhóm những người trẻ tuổi. Mạng xã hội đã thỏa mãn được những nhu cầu giải trí, trao đổi và tìm kiếm thông tin của con người. Một cuộc khảo sát quy mô lớn của 2500 sinh viên Hoa Kỳ cho thấy các sinh viên dành khoảng một giờ và 40 phút hàng ngày trên Facebook. Tại Việt Nam năm 2013, chỉ riêng 2 MXH phổ biến nhất là Facebook và Zingme đã có 98,74% và 54,73% thanh thiếu niên trong nhóm tuổi từ 15-25 sử dụng [6].

Mạng xã hội mang lại rất nhiều lợi ích nhưng bên cạnh đó không thể tránh được những ảnh hưởng tiêu cực đến cuộc sống và sức khỏe của con người đặc biệt là giấc ngủ và tâm lý. Để tìm hiểu về những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "thực trạng sử dụng mạng xã hội và mối liên quan đến chất lượng giấc ngủ ở sinh viên trường cao đẳng y tế thái nguyên năm 2017" nhằm những mục tiêu sau:

1. *Mô tả thực trạng sử dụng mạng xã hội ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên năm 2017.*

2. *Xác định một số yếu tố liên quan giữa việc sử dụng mạng xã hội đến chất lượng giấc ngủ và rối loạn tâm lý của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: 390 sinh viên hệ cao đẳng trường

Cao đẳng Y tế Thái Nguyên trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2017

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: tính cỡ mẫu theo công thức cỡ mẫu một tỷ lệ với $p=0,4$. Sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống. Chọn được 390 sinh viên (114 nam, 276 nữ) tham gia vào nghiên cứu.

2.2.3 Công cụ nghiên cứu

- *Thang đo Internet Addiction Test (IAT)*

Thang đo mức độ nghiện internet (IAT) bao gồm 20 câu hỏi với 5 mức điểm tự đánh giá ở mỗi câu theo thang đo Likert (từ hiếm khi đến luôn luôn). Tổng điểm trả lời dao động từ 20 đến 100 điểm.

Tính điểm IAT: điểm 20-49: có thể kiểm soát được MXH, điểm 50-79: thường xuyên sử dụng MXH, điểm 80-100: Biểu hiện các vấn đề là nguyên nhân của tình trạng phụ thuộc vào MXH [5]

- *Thang đo Pittsburg's Sleep Quality Index (PSQI)*: Thang đo được sử dụng để chẩn đoán rối loạn giấc ngủ với 7 phương diện: "chủ quan chất lượng giấc ngủ, ngủ trể, thời gian ngủ, hiệu quả giấc ngủ, các yếu tố ảnh hưởng, rối loạn giấc ngủ, rối loạn chức năng ban ngày". Mỗi câu hỏi thuộc một phương diện dao động từ 0-3 điểm. tổng điểm của 7 yếu tố là 0-21 điểm. điểm tổng từ

5 trở lên là có rối loạn giấc ngủ, mức điểm càng cao thì chất lượng giấc ngủ càng thấp [4].

- *Thang đo Kessler Psychological Distress Scale (K10)*

Tính điểm K10: Điểm 10-19: sức khỏe tâm thần tốt, điểm 20-24: khả năng có một rối loạn lo âu và trầm cảm mức độ nhẹ, điểm 25-29: khả năng có một rối loạn lo âu và trầm cảm mức độ vừa, điểm 30-50: khả năng có một rối loạn lo âu và trầm cảm mức độ nghiêm trọng

2.3 Phương pháp xử lý và phân tích số liệu:

Dữ liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 18 với các test thống kê thông thường như tính tỷ lệ %, sử dụng kiểm định Khi bình phương, giá trị OR, mô hình hồi quy logistics để xem xét các yếu tố liên quan.

III. KẾT QUẢ

3.1 Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu:

Tổng số đối tượng đưa vào nghiên cứu là 390 sinh viên trong đó có 114 nam (29,2%) và 276 nữ (70,8%). Số sinh viên đang theo học năm thứ nhất là 126 (chiếm 32,3%), năm thứ hai là 135 (chiếm 34,6%), năm thứ ba là 129 (chiếm 33,1%). Tỷ lệ sinh viên xuất thân từ thành thị là 15,4%, nông thôn là 51,8%, miền núi là 32,8%. Đa số các em sinh viên đang sống tại KTX hoặc thuê trọ chiếm 56,9%.

3.2 Thực trạng sử dụng MXH ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Bảng 1: Thiết bị sử dụng để truy cập MXH và trang MXH thường xuyên truy cập của sinh viên

Đặc điểm		Tần số (n=390)	Tỷ lệ (%)
Thiết bị sử dụng để truy cập MXH	Điện thoại có kết nối mạng	353	90,5
	Laptop	114	29,2
	Máy tính để bàn	70	17,9
Trang MXH thường xuyên truy cập	Facebook	390	100
	Zalo	378	96,9
	Instagram	109	27,9
	Khác	33	8,5

Bảng 1 cho thấy đa số (90,5%) sinh viên sử dụng điện thoại có kết nối mạng để truy cập vào MXH trong đó Facebook là trang mạng xã hội được sử dụng phổ biến nhất với tỷ lệ là 100%, sau đó Zalo (96,9%).

Bảng 2: Thời gian và mục đích sử dụng MXH của sinh viên

Đặc điểm		Tần số (n=390)	Tỷ lệ (%)
Thời gian sử dụng MXH trong ngày	Dưới 1 giờ	13	3,3
	Từ 1-2 giờ	129	33,1
	Từ 2-5 giờ	198	50,8
	Trên 5 giờ	50	12,8
Mục đích sử dụng MXH	Kết bạn	224	57,4
	Trò chuyện với mọi người	350	89,7
	Học tập	307	78,7
	Chơi game	289	74,1
	Đọc tin tức	368	94,4
	Khác	0	0

Bảng 2 cho thấy, tất cả (100%) sinh viên đều có sử dụng MXH và sử dụng MXH trước khi đi ngủ. Tổng thời gian trung bình sử dụng MXH chủ yếu từ 2 giờ/ngày trở lên (63,6%), thời gian sử dụng nhiều nhất là 2-5h/ngày (50,8%) và ít nhất là dưới 1 giờ/ngày. SV sử dụng MXH vào rất nhiều mục đích khác nhau trong đó có 4 mục đích hàng đầu là đọc tin tức (94%), sau đó là trò chuyện với bạn bè, người thân (89,7%), học tập thông qua các trang MXH (78,7%) và chơi game (74,1%).

Bảng 3: Mức độ sử dụng mạng xã hội

Mức độ sử dụng MXH	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Thường xuyên	303	77,7
Không thường xuyên	87	22,3

Bảng 3 cho thấy, sự phụ thuộc vào việc sử dụng MXH của SV thông qua thang đo IAT có 77,7% SV thường xuyên sử dụng MXH và 22,3% SV không thường xuyên sử dụng MXH.

3.3 Thực trạng chất lượng giấc ngủ ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Theo thang đo chỉ báo chất lượng giấc ngủ của Pittsburgh – PSQI trong tổng số 390 đối tượng tham gia nghiên cứu, chỉ có 156 sinh viên có chất lượng giấc ngủ đạt loại tốt (chiếm 40%). Có tới 60% đối tượng tham gia nghiên cứu có CLGN không tốt.

3.4 Môi liên quan giữa việc sử dụng mạng xã hội với chất lượng giấc ngủ ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Bảng 4: Môi liên quan giữa sử dụng MXH và chất lượng giấc ngủ

		Mức độ sử dụng MXH		P
		Thường xuyên (n, %)	Không thường xuyên (n, %)	
Chất lượng giấc ngủ	Không tốt	204 (67,3)	47 (54,0)	<0,05
	Tốt	99 (32,7)	40 (46,0)	

Bảng 4 cho thấy, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ sử dụng mạng xã hội với chất lượng giấc ngủ ở sinh viên ($p < 0,05$).

Bảng 5: Môi liên quan giữa sử dụng MXH và rối loạn tâm lý

		Mức độ sử dụng MXH		P
		Thường xuyên (n, %)	Không thường xuyên (n, %)	
Rối loạn tâm lý	Bình thường	75 (78,1)	21 (21,9)	<0,05
	Rối loạn nhẹ	104 (74,8)	35 (25,2)	
	Rối loạn vừa	101 (78,9)	27 (21,1)	
	Rối loạn nghiêm trọng	23 (92,0)	2 (8,0)	

Bảng 5 cho thấy, có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ sử dụng mạng xã hội với rối loạn tâm lý ở sinh viên ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng sử dụng MXH của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Nghiên cứu trên 390 sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên cho thấy sinh viên đa phần đều sử dụng MXH và sử dụng MXH trong khoảng thời gian từ 2 – 5h/ngày chiếm tỷ lệ cao 50,8%. Đặc biệt có tới 12,8% sử dụng trên 5 tiếng/ngày, đây là nhóm đối tượng cần được quan tâm bởi thời gian sử dụng MXH nhiều quá sẽ rất ảnh hưởng tới cuộc sống và sức khỏe của họ. Kết quả này cũng tương đồng nghiên cứu tại Ấn Độ với tỷ lệ 62,6% SV dùng khoảng từ 1-10h/tuần để sử dụng MXH trong đó tỷ lệ sử dụng vào khoảng thời gian từ 1 đến 5 tiếng cao hơn so với những khoảng thời gian khác.

Cũng giống như hầu hết các nghiên cứu khác trên thế giới như Mỹ, Pháp, Anh, Ấn Độ, Indonesia... Facebook là trang mạng xã hội được sử dụng nhiều nhất tại Việt Nam. Trong nghiên cứu của Chuck Martin tại Mỹ thì tỷ lệ sinh viên sử

dụng MXH là 97%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu là 100% các bạn sinh viên đều có ít nhất 1 tài khoản Facebook. Tuy nhiên một kết quả đáng chú ý hơn là mục đích sử dụng mạng xã hội để đọc tin tức chiếm 94,4%, trò chuyện với mọi người 89,7% sau đó mới đến mục đích là học tập (78,7%). Kết quả nghiên cứu cũng tương tự với nghiên cứu tại trường Đại học Y tế Công cộng của Lê Hoàng Minh Sơn và cộng sự (2014) [2].

Sử dụng thang đo IAT đã xác định được 77,7% sinh viên sử dụng internet với mức độ thường xuyên và có biểu hiện của sự phụ thuộc MXH. Tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu tương tự của Lê Hoàng Minh Sơn [2] và Nguyễn Thị Minh Phương [1].

4.2 Thực trạng chất lượng giấc ngủ của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Chất lượng giấc ngủ không tốt ở sinh viên là thực trạng phổ biến trên nhiều nước. Khảo sát cắt ngang tại 2 trường đại học tại Mỹ của Omar Afandi, kết quả cho thấy có tới 67,2% SV có

CLGN không tốt [3], một nghiên cứu khác tại Mỹ cũng cho thấy SV có CLGN khá cao (58,7%) [7].

4.3 Môi liên quan giữa việc sử dụng MXH đến chất lượng giấc ngủ, rối loạn tâm lý và kết quả học tập của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Thực tế đến thời điểm nghiên cứu, trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu về việc sử dụng MXH và CLGN và rối loạn tâm lý. Mỗi liên quan này chỉ thấy trong một số ít nghiên cứu như nghiên cứu của Isabella tại Peru, nghiên cứu của Omar Afandi cũng cho thấy kết quả SV không sử dụng MXH thì có CLGN tốt hơn [3]. Trong nghiên cứu của SV trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên cũng cho thấy có mối liên quan giữa việc sử dụng MXH với chất lượng giấc ngủ và rối loạn tâm lý có ý nghĩa thống kê tương tự với kết quả nghiên cứu ở SV trường Đại học YTCC và trường Đại học Ngoại Thương Hà Nội.

V. KẾT LUẬN

MXH được sử dụng phổ biến trong SV trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên với tỷ lệ sử dụng là 100%. Qua kết quả đánh giá bởi thang đo Internet Addiction Test cho thấy, hơn ba phần tư (77,7%) SV trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên thường xuyên sử dụng MXH và có 60% sinh viên có chất lượng giấc ngủ không tốt. Mỗi liên quan

đơn biến giữa sử dụng mạng xã hội với chất lượng giấc ngủ và rối loạn tâm lý có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh Phương (2014), "Thực trạng nghiện internet và các yếu tố liên quan của sinh viên trường đại học Ngoại thương Hà Nội năm 2014", Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, trường đại học Y tế công cộng
2. Lê Hoàng Minh Sơn và cộng sự (2014), Thực trạng sử dụng mạng xã hội, chất lượng giấc ngủ của sinh viên trường Đại học Y tế công cộng và một số yếu tố liên quan năm 2014, đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở.
3. Afandi O. (2014), "Sleep Quality Among University students: Evaluating the Impact of Smoking, Social Medical Use, and Energy Drink Consumption on Sleep Quality and Anxiety", *The International student Journal*, 5(3).
4. Buysse D.J, Reynolds C.F, Monk T.H, et al (1989), the Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research, *Psychiatry Res* 1989, 28, pg.193-213
5. Canucks Family Education Centre, Internet Addiction Test, available from: http://www.cfecbc.ca/pdf/internet_addiction_test.pdf
6. InfoQ. Social media marketing report (Viet Nam 2013), 2013.
7. Kabrita C. et al (2014), "Predictors of poor sleep quality among Lebanese university students: Association between evening typology, lifestyle behavior and sleep habits", *Bovepress Journal*, 6(11), pg. 8

KHẢO SÁT CHỈ ĐỊNH VÀ KẾT QUẢ CỦA ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM TỤY MẠN

Phan Minh Trí*

TÓM TẮT⁵³

Đặt vấn đề: Viêm tụy mạn là một bệnh lý lành tính, đặc trưng bởi sự phá hủy nhu mô tụy tiếp diễn và được thay thế bằng mô sẹo. Mục đích điều trị ngoại khoa là làm giảm triệu chứng, giải quyết tắc nghẽn ống tụy, làm chậm tiến trình diễn tiến viêm tụy mạn, loại trừ khả năng ác tính và xử lý các biến chứng do viêm tụy mạn gây ra. Chỉ định điều trị ngoại khoa đối với viêm tụy mạn vẫn còn phụ thuộc nhiều vào tính chủ quan của bác sĩ lâm sàng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hiểu rõ hơn về chỉ định và kết quả của điều trị phẫu thuật viêm tụy mạn. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Khảo sát chỉ định của các phương pháp phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn. (2) Kết quả

sớm của các phương pháp phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiền cứu. Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn và được điều trị ngoại khoa từ 1/2016 đến 4/2017 tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Có 58 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, 82,8% là nam giới và 17,2% là nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ là 5/1. Tuổi trung bình là $48,7 \pm 12,1$ tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi. Tỷ lệ thực hiện phẫu thuật dẫn lưu ống tụy là 82,8%, có 2 trường hợp phẫu thuật cắt khối tá tụy, 5 trường hợp phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng. Chỉ có 25% bệnh nhân có nang đầu tụy được cắt đầu tụy. Chúng tôi có 6 trường hợp cắt đuôi tụy (10%) trong đó có 2 trường hợp kèm cắt lách. Phẫu thuật dẫn lưu nang tụy chiếm 13,8%. Không ghi nhận biến chứng rò tụy, chảy máu, abscess trong ổ bụng sau mổ. Các biến chứng nội khoa không đáng kể. **Kết luận:** Cắt đầu tụy thường được áp dụng cho khối viêm đầu tụy, dẫn lưu nang tụy thường được áp dụng cho nang đầu tụy và nang thân tụy, cắt đuôi tụy thường được áp dụng cho nang đuôi tụy và giả phình mạch.

Từ khóa: Viêm tụy mạn, sỏi tụy, phẫu thuật Partington, Frey - Beger.

*Bộ môn Ngoại, Khoa Y, Đại học Y Dược TPHCM.

Khoa Ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Trí

Email: drphanminhtri.md@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2017

Ngày duyệt bài: 22.7.2017

SUMMARY

INDICATION AND RESULT OF SURGICAL TREATMENT FOR CHRONIC PANCREATITIS

Background: Chronic pancreatitis is a benign disease, characterized by parenchymal tissue destruction and replacement with fibrous tissue. The purpose of surgical treatment is to relieve symptoms, resolve pancreatic duct obstruction, slow progression of chronic pancreatitis, eliminate the possibility of malignancy and treat the complications caused by chronic pancreatitis. The indication of surgical treatment for chronic pancreatitis remains dependent on surgeons. We performed this study to understand the indications and results of surgical treatment for chronic pancreatitis. **Objectives:** (1) Surveillance the indications of surgical treatment for chronic pancreatitis. (2) Early results of surgical treatment for chronic pancreatitis. **Method:** Prospect descriptive study. Patients were diagnosed with chronic pancreatitis and received surgical treatment from 1/2016 to 4/2017 at Cho Ray Hospital. **Results:** There were 58 cases, 82.8% male and 17.2% female. The ratio is 5/1. The average age is 48.7 ± 12.1 years old, the youngest is 16 years old, the oldest is 76 years old. Pancreatic duct drainage surgery was 82.8%, there were two cases of pancreaticoduodenectomy, five cases duodenum-preserving total pancreatic head resection. Only 25% of patients with cystic in head of pancreas were performed pancreatic head resection. We had 6 cases of pancreatic tail resection (10%) in which 2 cases with splenectomy. Surgery of pancreatic cysts drainage accounted for 13.8%. There were no complications after surgery such as: pancreatic fistula, bleeding, intra-abdominal abscess. The cardio-pulmonary complication is insignificant. **Conclusions:** Pancreatic head resection is used for pancreatic head inflammation, pancreatic cyst drainage commonly applied for pancreatic head's cysts and pancreatic body's cysts, pancreatic tail resection is usually applied for pancreatic tail's cysts and aneurysm.

Keywords: Chronic pancreatitis, pancreatic stone, Partington procedure, Frey – Beger.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy mạn là một bệnh lý lành tính, đặc trưng bởi sự phá hủy nhu mô tụy tiếp diễn và được thay thế bằng mô sợi [1], [4]. Tần suất mắc bệnh viêm tụy mạn dao động từ 5-40 trên 100.000 dân [7]. Chỉ định điều trị ngoại khoa đối với viêm tụy mạn dựa trên biểu hiện lâm sàng mà chủ yếu là dựa vào đặc điểm hình thái tổn thương trên hình ảnh học và vẫn còn phụ thuộc nhiều vào tính chủ quan của bác sĩ lâm sàng.

Vì tính đa dạng về hình thái tổn thương mà điều trị ngoại khoa viêm tụy mạn cũng có rất nhiều phương pháp. Trên mỗi trường hợp cụ thể

có thể sử dụng một hay phối hợp nhiều phương pháp tùy thuộc vào tổn thương và quyết định của phẫu thuật viên. Mục đích điều trị ngoại khoa là làm giảm triệu chứng, loại bỏ cơ chế bệnh sinh (giải quyết tắc nghẽn ống tụy) nhằm làm ngưng hoặc làm chậm tiến trình diễn tiến viêm tụy mạn, loại trừ khả năng ác tính và xử lý các biến chứng do viêm tụy mạn gây ra [3]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm hiểu rõ hơn về chỉ định và kết quả của điều trị phẫu thuật viêm tụy mạn. *Mục tiêu nghiên cứu:* (1) Khảo sát chỉ định của các phương pháp phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn; (2) Kết quả sớm của các phương pháp phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu.

Đối tượng: Các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy mạn và được điều trị ngoại khoa từ 1/2016 đến 4/2017 tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Được chẩn đoán viêm tụy mạn trên lâm sàng theo tiêu chuẩn Buchler [5]
- Được chỉ định phẫu thuật vì viêm tụy mạn hoặc vì các biến chứng liên quan.
- Kết quả giải phẫu bệnh trả lời phù hợp với viêm tụy mạn.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được phẫu thuật tuyến tụy trước đó.
- Bệnh nhân có đồng thời những bệnh ngoại khoa khác trong ổ bụng.
- Kết quả giải phẫu bệnh có bệnh lý khác ngoài viêm tụy mạn: ung thư biểu mô, u nhầy nhú trong ống tụy,...

Cỡ mẫu

Tính được $n = 26$.

Phân tích số liệu: Phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 10.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 1/2016 đến 4/2017, chúng tôi thu thập được 58 trường hợp thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

Chúng tôi có 82,8% là nam giới và 17,2% là nữ giới. Tỷ lệ nam/nữ là 5/1. Tuổi trung bình là $48,7 \pm 12,1$ tuổi, nhỏ nhất là 16 tuổi, lớn nhất là 76 tuổi.

Chúng tôi ghi nhận 53,5% trường hợp có kiểu đau liên tục, 43,1% trường hợp có kiểu đau từng đợt, 3,4% trường hợp không đau. Ghi nhận có 17 trường hợp có triệu chứng tiêu phân mỡ (29,3%) và 23 trường hợp có ĐTD (39,7%).

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

Bảng 1: Đặc điểm sinh hóa của viêm tụy mạn

Thông số	Giá trị
Amylase máu (n=45)	121,4± 134,6 (8 → 720) (UI/l)
Lipase máu (n=23)	464,9±601,5 (7,8 → 2117,8) (UI/l)
CA 19-9 (n=31)	112,2± 235,9 (0,8 → 1069) (UI/ml)
Albumin máu (n=44)	4,2 ± 0,4 (3 → 5,1) (g/dl)

Bảng 2: Một số đặc điểm hình ảnh học của viêm tụy mạn

Đặc điểm	Giá trị
Đường kính ống tụy chính (mm)	
Đầu tụy	11,2± 4,6 (2,5 → 20)
Thân tụy	9,0 ± 3,1 (2 → 20)
Bề dày nhu mô tụy (mm)	
Đầu tụy	21,2± 8,7 (0 → 40)
Thân tụy	10,7± 4,7 (3 → 25)

Bảng 3: Một số ghi nhận khác trong mổ

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Dính	31	53,5
Mật độ nhu mô tụy		
Mềm	7	12,1
Chắc	33	56,9
Cứng	18	31,0
Tổng	58	100,0

Các phương pháp phẫu thuật**Bảng 4:** Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Tần số	Tỉ lệ (%)
Dẫn lưu ống tụy	48	82,8
Dẫn lưu nang tụy	8	13,8
Cắt khối tá tụy	2	3,5
Cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng	5	8,6
Cắt đuôi tụy	6	10,3
Dẫn lưu đường mật	4	6,9
Tổng	73	125,9

Trên một bệnh nhân có thể có nhiều phương pháp mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có các kiểu kết hợp như sau: cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng kèm dẫn lưu ống tụy (phẫu thuật Frey), cắt đuôi tụy kèm dẫn lưu ống tụy (phẫu thuật Puestow), dẫn lưu ống tụy kèm dẫn lưu đường mật, dẫn lưu ống tụy kèm dẫn lưu nang tụy, cắt đuôi tụy kèm dẫn lưu nang tụy, phẫu thuật Frey kèm cắt đuôi tụy.

Bảng 5: Các phương pháp phẫu thuật kết hợp

Phương pháp phẫu thuật	Tần số	Tỉ lệ (%)
Phẫu thuật Frey	3	5,2
Phẫu thuật Puestow	2	3,5
Phẫu thuật Partington kèm dẫn lưu đường mật	4	6,9
Phẫu thuật Partington kèm dẫn lưu nang	4	6,9
Cắt đuôi tụy kèm dẫn lưu nang	1	1,7
Phẫu thuật Frey kèm cắt đuôi tụy	1	1,7
Tổng	15	25,9

Lựa chọn phương pháp phẫu thuật: Đối với phẫu thuật cắt đầu tụy, bao gồm phẫu thuật Whipple, phẫu thuật Beger và phẫu thuật Frey, các hình thái quyết định có thể là khối viêm đầu tụy, nang đầu tụy, sỏi đầu tụy, tắc mật. Bảng 6 phân tích tương quan giữa các hình thái này với phẫu thuật cắt đầu tụy, kết quả cho thấy chỉ có khối viêm đầu tụy có ảnh hưởng đến lựa chọn cắt đầu tụy ($p < 0,001$).

Bảng 6: Các hình thái tổn thương ảnh hưởng đến lựa chọn cắt đầu tụy

Hình thái tổn thương	Cắt đầu tụy		Giá trị p
	Có (%)	Không (%)	
Khối viêm đầu tụy	85,7	0	<0,001 ^a
Nang đầu tụy	14,3	5,9	0,411 ^a

Sỏi đầu tụy	71,4	41,2	0,225 ^a
Tắc mật	14,3	13,7	1,000 ^a
^a Phép kiểm Fisher			

Đối với phẫu thuật cắt đuôi tụy, các hình thái ảnh hưởng có thể là nang đuôi tụy và giả phình mạch vùng đuôi tụy. Bảng 7 phân tích tương quan giữa các hình thái này với phẫu thuật cắt đuôi tụy, kết quả cho thấy cả nang đuôi tụy và giả phình mạch đều ảnh hưởng đến lựa chọn cắt đuôi tụy (p lần lượt là <0,001 và 0,009).



Hình 1: Hình ảnh soi dọc ống tụy chính + giãn ống tụy trong mổ (Bệnh nhân Trần Đức L., số nhập viện 2170013153)



Hình 2: Hình ảnh nang đuôi tụy sau mổ cắt đuôi tụy kèm lách (Bệnh nhân Nguyễn Hùng P., số nhập viện 2170013291)

Bảng 7: Các hình thái tổn thương ảnh hưởng đến lựa chọn cắt đuôi tụy

Hình thái tổn thương	Cắt đuôi tụy		Giá trị p
	Có (%)	Không (%)	
Nang đuôi tụy	83,3	5,8	<0,001 ^a
Giả phình mạch	33,3	0	0,009 ^a
^a Phép kiểm Fisher			

Tùy vị trí nang tụy mà người ta lựa chọn dẫn lưu nang hay cắt bỏ tụy kèm nang. Bảng 8 phân tích tương quan giữa vị trí nang tụy với phẫu thuật dẫn lưu nang, kết quả cho thấy nang đầu tụy và nang thân tụy có ảnh hưởng đến lựa chọn dẫn lưu nang (p lần lượt là 0,007 và 0,017), nang đuôi tụy chỉ ảnh hưởng giới hạn (p=0,071).

Bảng 8: Các hình thái tổn thương ảnh hưởng đến lựa chọn dẫn lưu nang

Hình thái tổn thương	Dẫn lưu nang		Giá trị p
	Có (%)	Không (%)	
Nang đầu tụy	37,5	2,0	0,007 ^a
Nang thân tụy	25,0	0	0,017 ^a
Nang đuôi tụy	37,5	10,0	0,071 ^a
^a Phép kiểm Fisher			

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào tử vong sau mổ. Tỷ lệ các biến chứng nội khoa sau phẫu thuật không đáng kể. Không có biến chứng rò tụy, chảy máu, áp xe trong ổ bụng được ghi nhận sau phẫu thuật.

IV. BÀN LUẬN

Chỉ định phẫu thuật: Phẫu thuật trong viêm tụy mạn nhằm mục đích giảm đau và kiểm soát các biến chứng liên quan đến bệnh. Đa số các bệnh nhân phải phẫu thuật là do cơn đau vẫn dai dẳng mặc dù dùng liều thuốc giảm đau mạnh. Đau bụng kéo dài kết hợp với các biến chứng tại chỗ cũng là một chỉ định phẫu thuật thường gặp của viêm tụy mạn. Có nhiều phương pháp phẫu thuật đã được áp dụng trong viêm tụy mạn. Việc sử dụng phương pháp phẫu thuật nào phụ thuộc vào hình thái tổn thương của bệnh.

Bảng 9: Lựa chọn phương pháp phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn [3]

Giãn ống tụy chính mà không có tắc nghẽn các nhánh bên + không khối viêm đầu tụy	Dẫn lưu ống tụy: Partington-Rochelle
Tắc nghẽn các nhánh bên	Cắt xẻ dọc nhu mô kiểu chữ V: Izicki
Khối viêm đầu tụy	Cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng: Beger Khoét đầu tụy: Berne
Khối viêm đầu tụy + Giãn ống tụy chính	Khoét đầu tụy kèm dẫn lưu ống tụy: Frey
Khối viêm đầu tụy nghi ngờ ung thư	Cắt khối tá tụy: Whipple
<i>Pancreas divisum</i>	Cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng: Beger

Phẫu thuật dẫn lưu ống tụy: Dẫn lưu giải áp ống tụy xem ra là phương pháp đơn giản nhằm giảm đau cho bệnh nhân có ống tụy giãn. Đường kính ống tụy chính > 7mm được xem là giãn lớn. Trong các nghiên cứu trên bệnh nhân có giãn ống tụy chính trên 7mm mà không có khối viêm đầu tụy, hiệu quả giảm đau đạt 75-80% trong 5-10 năm theo dõi [2],[6].

Phẫu thuật cắt khối tá tụy: Đối với khối viêm đầu tụy, loại bỏ khối viêm mới đạt được hiệu quả giảm đau cho bệnh nhân. Năm 1946, Whipple lần đầu giới thiệu phương pháp cắt khối tá tụy để điều trị viêm tụy mạn. Phẫu thuật này đạt hiệu quả giảm đau cao cho bệnh nhân. Tuy nhiên đây là một phẫu thuật tàn phá, biến chứng nặng nề.

Phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng: Với mục tiêu phẫu thuật giống như Whipple, nhằm loại bỏ khối viêm đầu tụy nhưng cắt bỏ hạn chế hơn. Một phần nhỏ nhu mô tụy sát tá tràng có chứa ống mật chủ sẽ được chữa lại. Hiệu quả giảm đau của phẫu thuật Beger tương tự với phẫu thuật Whipple, nhưng tỉ lệ biến chứng và tử vong chu phẫu thấp, chất lượng cuộc sống về sau tốt hơn.

Phẫu thuật điều trị các biến chứng của viêm tụy mạn: Lựa chọn phương pháp phẫu thuật phụ thuộc vào hình thái tổn thương của viêm tụy mạn. Trên một bệnh nhân có thể có nhiều hình thái tổn thương khác nhau, do đó có thể kết hợp nhiều phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 15 trường hợp mà mỗi bệnh nhân được áp dụng trên 1 phương pháp phẫu thuật. Dưới đây chúng tôi sẽ bàn về các phương pháp phẫu thuật và hình thái tổn thương quyết định lựa chọn các phương pháp đó.

Phẫu thuật nối ống tụy hồng tràng Roux en Y, hay còn gọi là phẫu thuật Partington, được thực hiện trên các bệnh nhân có giãn ống tụy. Tính hợp lý khi thực hiện phẫu thuật này là: 1) đau trên bệnh nhân viêm tụy mạn là do tăng áp lực trong ống tụy do đó dẫn lưu ống tụy sẽ giúp giải quyết cơn đau, 2) có bằng chứng cho thấy việc giải áp ống tụy sớm giúp bảo tồn chức năng tụy trên những bệnh nhân viêm tụy mạn có giãn ống tụy mà chức năng tụy chưa bị phá hủy hoàn toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ thực hiện phẫu thuật dẫn lưu ống tụy là 82,8%, tương ứng với tỉ lệ hình thái giãn ống tụy 87,9%. Các trường hợp giãn ống tụy mà không được thực hiện phẫu thuật dẫn lưu ống tụy là do bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật cắt đầu tụy thay thế.

Phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng được đề nghị bởi Beger để điều trị viêm tụy mạn. Theo Beger, có đến 30-50% bệnh nhân viêm tụy mạn có khối viêm đầu tụy. Khối viêm đầu tụy là nơi "khởi phát" của viêm tụy mạn và cần được phẫu thuật cắt bỏ. Phẫu thuật cắt đầu tụy còn được chỉ định trong các trường hợp nang ở đầu tụy hay tắc mật do viêm tụy mạn. Các trường hợp có khối viêm đầu tụy nghi ngờ ung thư nên được phẫu thuật cắt khối tá tụy (phẫu thuật Whipple). Frey cải biến phẫu thuật Beger bằng cách khoét đầu tụy lấy nhu mô ít hơn so với phẫu thuật Beger, kết hợp với dẫn lưu ống tụy.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 2 trường hợp phẫu thuật cắt khối tá tụy, 5 trường hợp phẫu thuật cắt đầu tụy bảo tồn tá tràng. Khi phân tích các hình thái tổn thương có thể ảnh hưởng đến lựa chọn cắt đầu tụy, chúng tôi thấy chỉ có khối viêm đầu tụy ảnh hưởng đến lựa chọn cắt đầu tụy, 100% bệnh nhân có khối viêm đầu tụy được thực hiện các phẫu thuật cắt đầu tụy. Trong khi đó, chỉ có 25% bệnh nhân có nang đầu tụy được cắt đầu tụy, tỉ lệ này trên bệnh nhân có sỏi đầu tụy là 19,2%, trên bệnh nhân tắc mật là 12,5%. Điều này có thể được giải thích: 1) đối với nang đầu tụy, còn một lựa chọn khác là phẫu thuật dẫn lưu nang, 2) đối với sỏi đầu tụy, có thể chỉ cần mở ống tụy và cố gắng lấy hết sỏi, 3) đối với tắc mật, áp dụng các phẫu thuật giải áp đường mật xem ra đơn giản hơn.

Cắt đuôi tụy là một phẫu thuật được lựa chọn khi quá trình viêm và các biến chứng chủ yếu xảy ra ở phần đuôi tụy trong khi đầu tụy vẫn tương đối được bảo tồn. Mặc dù có bằng chứng cho thấy phẫu thuật cắt đuôi tụy có liên quan đến gia tăng tỉ lệ ĐTĐ sau mổ nhưng nó mang lại kết quả giảm đau sau mổ rất tốt. Cắt đuôi tụy có thể kèm hoặc không kèm cắt lách, phụ thuộc vào kích thước và mức độ viêm dính của tổn thương, và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Chúng tôi có 6 trường hợp cắt đuôi tụy (10%) trong đó có 2 trường hợp kèm cắt lách. Hai hình thái tổn thương được chỉ định cắt đuôi tụy là nang đuôi tụy và giả phình mạch. Hai trường hợp giả phình mạch nằm ở đuôi tụy được phẫu thuật cắt đuôi tụy kèm cắt lách. Năm trường hợp nang đuôi tụy (62,5%) được cắt đuôi tụy và ba trường hợp còn lại được dẫn lưu nang.

Phẫu thuật nối nang- hồng tràng Roux en Y xem ra đơn giản dễ thực hiện, hiệu quả giảm đau sau mổ tốt, nhưng có khả năng tái phát. Phẫu thuật cắt tụy kèm nang, bao gồm cắt đầu tụy, cắt tụy trung tâm hay cắt đuôi tụy giúp loại bỏ hoàn toàn nang. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật dẫn lưu nang tụy chiếm 13,8%.

Nang đầu và thân tụy thường được chọn phẫu thuật dẫn lưu nang trong khi nang đuôi tụy thường được chọn cắt đuôi tụy. Như vậy, đối với nang đuôi tụy các phẫu thuật viên thường chọn cắt đuôi tụy do tính triệt để và phẫu thuật cũng dễ thực hiện. Đối với nang đầu và thân tụy, dẫn lưu nang thường được lựa chọn do tính phức tạp của các phẫu thuật cắt đầu tụy và cắt tụy trung tâm.

Những nhận xét về lựa chọn phương pháp phẫu thuật viêm tụy mạn trong nghiên cứu này chỉ là bước đầu, tạo cơ sở cho những nghiên cứu tiếp theo đánh giá hiệu quả của từng phương pháp phẫu thuật ứng với từng hình thái tổn thương cụ thể, từ đó có thể giúp xây dựng một chỉ định hoàn thiện về lựa chọn phương pháp phẫu thuật điều trị viêm tụy mạn.

V. KẾT LUẬN

Về phương pháp phẫu thuật: dẫn lưu ống tụy (82,8%) là phương pháp được thực hiện nhiều nhất, các phương pháp còn lại là: dẫn lưu nang tụy (13,8%), cắt đầu tụy (12,1%), cắt đuôi tụy (10,3%), dẫn lưu đường mật (6,9%).

Về việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật: cắt đầu tụy thường được áp dụng cho khối viêm đầu tụy, dẫn lưu nang tụy thường được áp dụng cho nang đầu tụy và nang thân tụy, cắt đuôi tụy thường được áp dụng cho nang đuôi tụy và giả phình mạch.

Không có trường hợp nào tử vong sau mổ. Tỷ lệ các biến chứng nội khoa sau phẫu thuật không đáng kể. Không có biến chứng rò tụy, chảy máu, áp xe trong ổ bụng được ghi nhận sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Cường (2010)**, "Các biến chứng sau phẫu thuật điều trị VT Mạn". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*.
2. **Adams D. B., Ford M. C., Anderson M. C. (1994)**, "Outcome after lateral pancreaticojejunostomy for chronic pancreatitis". *Ann Surg*, 219 (5), pp. 481-7; discussion 487-9.
3. **Beger H. G., Poch B. (2008)**, "Indication to Surgical Treatment of Chronic Pancreatitis", In: Hans G. Beger, et al., Editors, *Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 381-385.
4. **Brunicaudi FC., Andersen DK., Billiar TR., Dunn DL., Hunter JG., et al. (2015)**, "Schwartz's Principles of Surgery", Mc Graw Hill, pp.
5. **Buchler M. W., Martignoni M. E., Friess H., Malfertheiner P. (2009)**, "A proposal for a new clinical classification of chronic pancreatitis". *BMC Gastroenterol*, 9, pp. 93.
6. **Sieleznoff I., Malouf A., Salle E., Brunet C., Thirion X., et al. (2000)**, "Long term results of lateral pancreaticojejunostomy for chronic alcoholic pancreatitis". *Eur J Surg*, 166 (1), pp. 58-64.
7. **Worning H. (1990)**, "Incidence and Prevalence of Chronic Pancreatitis", In: H. G. Beger, et al., Editors, *Chronic Pancreatitis: Research and Clinical Management*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 8-14.

THÀNH TỰU CHĂM SÓC SỨC KHỎE SINH SẢN VIỆT NAM

Giai đoạn 2010-2015

Trần Đăng Khoa*

TÓM TẮT⁵⁴

Nghiên cứu thực trạng Chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn từ 2010 đến 2015 trong phạm vi toàn quốc. **Mục tiêu** nhằm đánh giá hiện trạng công tác Chăm sóc sức khỏe sinh sản trong toàn quốc, là cơ sở khoa học đề xuất các giải pháp, kiến nghị đẩy mạnh công tác Chăm sóc sức khỏe sinh sản góp phần giảm tử vong mẹ, tử vong trẻ em tại Việt Nam. **Phương pháp** mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng với nghiên cứu định tính. Thu thập số liệu trong phạm vi toàn quốc giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015. Thảo luận nhóm tuyến tính. **Kết quả:** điều tra trong toàn quốc đến năm 2015, về quản lý thai đạt 97,2% số phụ nữ có thai được quản lý thai, vùng Trung du và miền núi phía Bắc (94,0%), vùng Tây Nguyên (94,6%) là

các vùng có tỷ lệ phụ nữ có thai được quản lý thai thấp hơn so với các vùng khác trong toàn quốc; Tỷ lệ phụ nữ khám thai trên 03 lần trong 03 thai kỳ trong toàn quốc đạt 90,6%, ở vùng Trung du và Miền núi phía Bắc (80,1%); Phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván đủ mũi tiêm đạt 95,9% và vùng Trung du và Miền núi phía Bắc chỉ đạt 90,2% thấp nhất so với các vùng trong toàn quốc; Tỷ lệ phụ nữ đẻ được cán bộ y tế đỡ đạt 98,3%, trong đó vùng Trung du và Miền núi phía Bắc chỉ đạt 91,8%, thấp nhất so với các vùng trong toàn quốc. **Kiến nghị:** đẩy mạnh thực hiện chăm sóc sức khỏe sinh sản cho Vùng Trung du và Miền núi phía Bắc là vùng có các chỉ số về chăm sóc sức khỏe sinh sản đều thấp nhất so với các vùng trong toàn quốc trong giai đoạn từ 2010 đến 2015.

SUMMARY

ACHIEVEMENT OF THE REPRODUCTIVE HEALTH CARE IN VIET NAM DURING THE PERIOD FROM 2010 TO 2015

Study the real situation on reproductive health care during the period from 2010 to 2015 in the whole country. **The objective** is to assess the current status

**Vụ Sức khỏe Bà mẹ - Trẻ em, Bộ Y tế*
 Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa
 Email: khoamoh@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 25.5.2017
 Ngày phản biện khoa học: 15.7.2017
 Ngày duyệt bài: 23.7.2017

of reproductive health care in the whole country, which is the scientific basis to propose solutions and proposals to promote reproductive health care to reduce mortality and maternal mortality in Vietnam. Cross-sectional descriptive **method** combines quantitative research with qualitative research. Nationwide data collection during the period from 2010 to 2015. Provincial group discussion. **Results:** National survey to 2015, reaching 97.2% of pregnant women were managed the pregnancy, the Northern Midlands and Mountainous region (94.0%), the Central Highlands (94.6%) are the regions where the proportion of pregnant women receiving prenatal management is lower than in other parts of the country; The rate of pregnant women in more than three pregnancies of examination in three pregnancies in nationwide was 90.6%, in the Northern Midlands and Mountains (80.1%); Pregnant women were tetanus vaccinated with enough vaccination reached 95.9%, and the Northern Midlands and Mountains was only 90.2% lowest compared to other regions in the country; The percentage of women delivered by medical staff is 98.3%, of which the Northern Midlands and Mountainous region was only 91.8%, the lowest rate in the whole country. **Recommendation:** Promoting reproductive health care for the Northern Midlands and Mountainous Regions is the region with the lowest rates of reproductive health care in all regions of the country during the period from 2010 to 2015.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Được sự quan tâm của Lãnh đạo Bộ Y tế, cùng với sự nỗ lực của đội ngũ cán bộ hệ chăm sóc sức khỏe sinh sản từ Trung ương đến địa phương, công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản (CSSKS) từ năm 2010 đến năm 2015 tiếp tục được triển khai mở rộng và tập trung chú ý nhiều hơn đến chất lượng chăm sóc, góp phần vào việc thực hiện thành công các Mục tiêu Phát triển Thiên niên kỷ của Quốc gia cũng như các mục tiêu của Chiến lược dân số/sức khỏe sinh sản (DS/SKSS) Việt Nam. Theo ước tính của các cơ quan Liên hiệp quốc và những tổ chức có uy tín trên thế giới (WHO, UNICEF, UNFPA, WB, Tạp chí Lancet), từ năm 2013, tử vong mẹ ở Việt Nam đã giảm chỉ còn khoảng 56,6/100.000 trẻ đẻ sống. So với chỉ tiêu 58,3/100.000 trẻ đẻ sống, Mục tiêu Thiên niên kỷ số 5 thì chúng ta đã đạt.

Bảng 1. Tỷ lệ % quản lý thai

Vùng Năm	Đồng bằng sông Hồng	Trung du & miền núi phía Bắc	BTB và duyên hải miền Trung	Tây Nguyên	Đông Nam Bộ	ĐB sông Cửu Long	Toàn quốc
2010	99,3	90,5	97,1	89,1	95,4	95,8	95,0
2011	99,9	95,4	96,5	92,5	95,3	94,4	96,2
2011	99,9	95,4	96,5	92,5	95,3	94,4	96,2
2012	98,6	94,3	96,7	91,5	97,2	96,2	96,4
2013	98,6	93,3	97,5	91,6	97,4	97,2	96,6
2014	99,9	95,6	97,5	93,0	96,6	95,0	96,9
2015	99,9	94,0	97,1	94,6	98,1	97,2	97,2

Một số chỉ tiêu cơ bản phản ánh chất lượng chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em như: tỷ lệ phụ nữ được quản lý thai, tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai ≥ 03 lần trong 03 thời kỳ, tỷ lệ bà mẹ sinh đẻ có cán bộ y tế hỗ trợ, tỷ lệ bà mẹ và trẻ sơ sinh được chăm sóc tại nhà sau sinh đến năm 2015 ra sao? nơi nào, vùng nào yếu nhất? công tác công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản có những khó khăn thách thức gì? Các kiến nghị gì là phù hợp để nâng cao hơn nữa công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản trong giai đoạn tới? Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Đánh giá thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản giai đoạn 2010-2015 trong toàn quốc, đề xuất các giải pháp đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản". **Mục tiêu:** *Mô tả thực trạng công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản trong toàn quốc giai đoạn 2010-2015, trên cơ sở đó đề xuất các giải pháp đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản góp phần giảm tử vong mẹ, tử vong trẻ em ở Việt Nam.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Phương pháp: Điều tra mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và nghiên cứu định tính. Thu thập số liệu định lượng theo bộ câu hỏi. Thảo luận nhóm tuyến tính.

3.2. Phạm vi: Thu thập số liệu thực hiện chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Trung tâm chăm sóc sức khỏe sinh sản tỉnh của 63 tỉnh/thành phố trực thuộc trung ương trên phạm vi toàn quốc trong giai đoạn 2010-2015. Tìm hiểu những khó khăn, tồn tại và các giải pháp thực hiện chăm sóc sức khỏe sinh sản tại Điện Biên, Sơn La, Yên Bái, Gia Lai, Kon Tum, Ninh Thuận, Tây Ninh.

3.3. Xử lý phân tích số liệu: Tất cả các số liệu định lượng thu thập được trong quá trình nghiên cứu được làm sạch, nhập và phân tích xử lý số liệu. Các thông tin thu thập được qua thảo luận nhóm được ghi bằng và ghi chép, gõ bằng và sau đó đọc, phân tích theo chủ đề.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Quản lý thai

Tỷ lệ quản lý thai chung toàn quốc năm 2015 đạt 97,2%, có tăng lên so với các năm từ năm 2010 đến 2015. Phân tích theo khu vực kinh tế-xã hội, các vùng đồng bằng Sông Hồng, đồng bằng Sông Cửu long và Đông Nam bộ đều duy trì hoặc tăng tỷ lệ quản lý thai so với năm trước. Tuy nhiên, các vùng Trung du & miền núi phía Bắc (94,0%), Tây Nguyên (94,6%) vẫn là các vùng có tỷ lệ phụ nữ có thai được quản lý thai thấp hơn so với toàn quốc trong những năm qua.

3.2. Khám thai

Bảng 2: Tỷ lệ % phụ nữ đẻ được khám thai ≥ 3 lần trong 3 thai kỳ

Vùng Năm	Đồng bằng sông Hồng	Trung du & miền núi phía Bắc	BTB và duyên hải miền Trung	Tây Nguyên	Đông Nam Bộ	ĐB sông Cửu Long	Toàn quốc
2010	91,9	74,8	81,7	79,6	55,5	84,0	79,1
2011	94,2	75,4	86,4	81,3	89,1	86,3	86,7
2012	95,1	77,1	89,7	82,4	92,4	90,6	89,4
2013	96,7	77,4	89,1	83,0	92,7	93,1	90,0
2014	96,9	78,4	90,9	86,5	91,5	92,3	90,6
2015	97,6	80,1	90,5	86,3	90,7	92,0	90,6

Trong năm 2010, vùng Đồng bằng sông Hồng, tỷ lệ phụ nữ có thai khám thai trên 03 lần trong 03 thai kỳ đạt 91,9%, còn lại các vùng khác đều có tỷ lệ phụ nữ khám thai còn thấp, đặc biệt vùng Đông Nam Bộ đạt quá thấp 55,5%.

Đến năm 2015, tỷ lệ phụ nữ đẻ được khám thai từ 03 lần trở lên trong 03 thai kỳ trung bình toàn quốc đạt 90,6%, tương đương năm 2014,

và cao hơn so với các năm từ 2010-2013. Vùng Trung du & miền núi phía Bắc và Tây Nguyên vẫn là các vùng có tỷ lệ phụ nữ được khám thai 03 lần trong 03 thời kỳ thấp nhất, với tỷ lệ tương ứng là 80,1% và 86,3%. Tỷ lệ này của vùng Đông Nam Bộ là 90,7%, giảm 0,8% so với năm 2014.

3.3. Tiêm phòng uốn ván

Bảng 3: Tỷ lệ % phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván đủ mũi

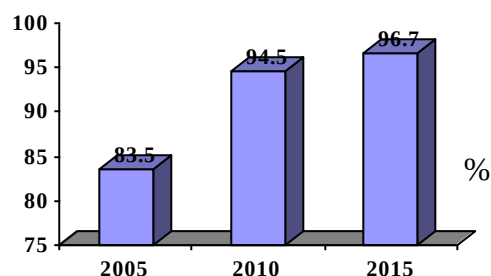
Vùng Năm	Đồng bằng sông Hồng	Trung du & miền núi phía Bắc	BTB và duyên hải miền Trung	Tây Nguyên	Đông Nam Bộ	ĐB sông Cửu Long	Toàn quốc
2010	99,2	87,6	93,6	89,7	97,4	93,3	94,2
2011	99,5	87,8	96,1	91,7	93,1	95,9	95,2
2011	99,5	89,5	95,8	91,7	93,1	95,9	95,2
2012	98,7	92,1	96,2	90,4	92,2	96,0	95,2
2013	98,6	91,4	97,6	89,1	93,1	96,4	95,3
2014	99,8	89,4	96,7	93,3	89,7	96,5	94,8
2015	99,1	90,2	97,2	93,3	94,5	97,4	95,9

Năm 2015, tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng đủ mũi vắc-xin uốn ván trên toàn quốc là 95,9%, có tăng so với năm 2014 (94,8%) và không có sự chênh lệch nhiều giữa các năm. Tuy nhiên, tại vùng Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung có tỷ lệ phụ nữ có thai được tiêm phòng uốn ván đủ mũi (90,2%) thấp nhất so với các vùng khác trong cả nước. Trong toàn quốc, tỷ lệ phụ nữ có thai tiêm phòng uốn ván được duy trì các năm trong giai đoạn 2010-2015 tương đương nhau, không có biến đổi nhiều.

3.4. Phụ nữ đẻ tại cơ sở y tế

Biểu đồ trên cho thấy: nhìn chung toàn quốc, tỷ lệ đẻ tại cơ sở y tế đã tăng từ 83,5% năm 2005, tăng lên 93,5% (2010) và tăng lên 96,7% (2015). Đến năm 2015, tỷ lệ đẻ tại cơ sở y tế vẫn còn thấp ở các khu vực như Trung du &

miền núi phía Bắc và Tây Nguyên. Đây cũng chính là những vùng có tỷ lệ đẻ tại nhà còn cao; còn tồn tại nhiều phong tục tập quán lạc hậu trong sinh đẻ, chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ % phụ nữ có thai đẻ tại cơ sở y tế trong toàn quốc

3.5. Phụ nữ đẻ được cán bộ y tế đỡ**Bảng 4: Tỷ lệ % phụ nữ đẻ có cán bộ được đào tạo đỡ**

Năm \ Vùng	Đồng bằng sông Hồng	Trung du & miền núi phía Bắc	BTB và duyên hải miền Trung	Tây Nguyên	Đông Nam Bộ	ĐB sông Cửu Long	Toàn quốc
2010	99,7	88,4	98,4	89,1	99,8	99,9	96,9
2011	99,6	89,0	97,0	92,7	99,9	100	97,2
2012	100	91,6	98,5	91,8	100	100	97,7
2013	100	90,6	98,8	93,1	99,9	100	97,9
2014	100	91,1	99,2	94,1	99,9	99,9	98,1
2015	100	91,8	99,3	94,4	99,9	100	98,3

Năm 2015, tỷ lệ phụ nữ đẻ do cán bộ y tế được đào tạo đỡ đẻ trong toàn quốc đạt 98,3%. Đặc biệt, một số vùng đạt được tỷ lệ rất cao như Đồng bằng sông Hồng, Đồng bằng sông Cửu Long, Đông Nam bộ (100%). Tuy nhiên, vẫn còn khoảng 29.000 bà mẹ đẻ không được nhân viên y tế đỡ trong toàn quốc, tập trung chủ yếu ở khu vực miền núi phía Bắc, khu vực Tây Nguyên và một số huyện miền núi của các tỉnh Bắc Trung bộ và duyên hải miền Trung. Chúng tôi được biết: "*Vùng miền núi phía Bắc, Tây Nguyên, vùng đồng bào dân tộc, còn thủ tục lạc hậu, và đẻ tại nhà, đẻ tại nương dẫy và không được cán bộ y tế đỡ đẻ*".

3.6. Bà mẹ được chăm sóc sau sinh**Bảng 5: Tỷ lệ % bà mẹ được chăm sóc sau sinh**

Năm \ Vùng	Đồng bằng sông Hồng	Trung du & miền núi phía Bắc	BTB và duyên hải miền Trung	Tây Nguyên	Đông Nam Bộ	ĐB sông Cửu Long	Toàn quốc
2010	98,2	84,7	94,5	81,5	62,1	95,2	87,8
2011	98,9	83,4	92,9	70,7	61,5	100	87,2
2012	95,3	84,7	94,8	85,9	64,3	94,3	87,3
2013	96,0	78,8	94,6	83,3	65,6	91,5	86,6
2014	96,0	90,3	94,8	90,2	78,7	97,0	91,5
2015	99,1	83,8	93,4	89,6	89,5	98,3	93,1
2010 (tuần đầu)	91,8	74,4	88,9	66,1	53,3	84,0	79,0
2011 (tuần đầu)	88,6	74,5	89,0	68,0	49,2	72,8	75,4
2012 (tuần đầu)	90,6	70,7	85,8	83,6	51,6	82,7	77,9
2013 (tuần đầu)	88,43	68,64	87,85	78,85	52,54	79,67	76,95
2014 (tuần đầu)	87,6	82,4	87,4	81,6	53,0	82,4	79,2
2015 (tuần đầu)	94,6	75,1	81,4	76,5	65,9	83,7	80,6

Tỷ lệ bà mẹ/trẻ sơ sinh được chăm sóc sau sinh trong toàn quốc 2015 đạt 93,1%, có tăng so với các năm trong giai đoạn 2010-2015. Vùng Tây Nguyên và vùng Trung du và Miền núi phía Bắc có tỷ lệ thấp hơn so với các vùng khác trong toàn quốc. Trong năm 2015, tỷ lệ chăm sóc sau sinh trong vòng tuần đầu tăng nhẹ so với các năm trong giai đoạn 2010-2015. Theo báo cáo, các vùng Đông Nam bộ (65,9%), Trung du & miền núi phía Bắc (75,1%) và Tây Nguyên (76,5%) có tỷ lệ thấp hơn so với trung bình toàn quốc. Chúng tôi được biết: "*Vùng Trung du và miền núi phía Bắc, trong điều kiện thiếu cán bộ y tế, đi lại đường xá xa và khó khăn nên việc cán bộ y tế chăm sóc sau sinh cho phụ nữ trong tuần đầu sau đẻ rất khó thực hiện*".

IV. BÀN LUẬN

Công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản có vai trò đặc biệt quan trọng đối với phụ nữ có thai.

Với kết quả nghiên cứu, các chỉ số thể hiện công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản đạt rất cao (tỷ lệ phụ nữ có thai được quản đạt 97,2%, phụ nữ có thai khám thai trên 03 lần đạt 90,6%, đẻ được cán bộ y tế đỡ đẻ đạt 98,3%,...), phản ánh Việt Nam đã đạt thành tựu to lớn trong việc chăm sóc sức khỏe sinh sản trong những năm qua, đã góp phần giảm nhanh các tai biến sản khoa, giảm tử vong mẹ và tử vong trẻ em, giúp cho Việt Nam đã thực hiện thành công các Mục tiêu Thiên niên kỷ về giảm tử vong mẹ và tử vong trẻ em.

Việc quản lý thai giúp cho ngành y tế nắm bắt được toàn bộ số phụ nữ có thai trên địa bàn, có kế hoạch để cung ứng các dịch vụ y tế, thể hiện sự quan tâm, chăm lo của ngành y tế đối với sức khỏe của phụ nữ nói chung và phụ nữ có thai nói riêng. Khám thai, giúp cho cán bộ y tế và phụ nữ mang thai biết được tình trạng sức khỏe của phụ nữ mang thai, kịp thời phát hiện những bất thường, những bệnh lý để kịp thời điều trị, phát

hiện các nguy cơ, các dấu hiệu của tiền tai biến sản khoa để dự phòng và lựa chọn các cơ sở y tế phù hợp để giảm thiểu các tai biến sản khoa, góp phần giảm tử vong mẹ, giảm tử vong sơ sinh. Thông qua khám thai giúp theo dõi quá trình phát triển của thai nhi, phát hiện những bất thường, những dị tật để kịp thời có hướng xử trí, đây cũng là kênh sàng lọc, giúp cho những đứa trẻ được sinh ra khỏe mạnh, góp phần cải thiện giống nòi Việt Nam.

Trong những năm qua, với sự cố gắng nỗ lực của toàn bộ mạng lưới chăm sóc sức khỏe sinh sản từ trung ương đến địa phương, cùng với kiến thức, thái độ thực hành và ý thức chăm sóc sức khỏe của phụ nữ mang thai đã được cải thiện rõ rệt, tỷ lệ phụ nữ mang thai được quản lý thai đạt khá cao (đạt 97,2%). Trong những năm từ 2010- 2015, tỷ lệ quản lý thai luôn đạt trên 95%, đã gần đạt đến mức độ bao phủ phổ cập, kể cả ở các vùng miền núi và vùng sâu vùng xa.

Tỷ lệ phụ nữ mang thai được khám thai từ 03 lần trở lên trong 03 thời kỳ trong toàn quốc luôn duy trì ở mức 90%: năm 2013 (90%), năm 2014 (90,6%), năm 2015 (90,6%). So với tỷ lệ quản lý thai nghén có thấp hơn. Tìm hiểu nguyên nhân được biết, trong những năm gần đây lĩnh vực y tế tư nhân phát triển và đã cung cấp các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản khá tốt, chất lượng và thuận tiện, nên nhiều phụ nữ mang thai đã đến các phòng khám sản phụ khoa tư nhân để khám thai và theo dõi thai nghén. Khi phụ nữ mang thai đến khám thai tại các phòng khám tư nhân thường không có số liệu báo cáo đầy đủ.

Khu vực miền núi phía Bắc vẫn là những vùng có tỷ lệ phụ nữ khám thai 03 lần trong 03 thời kỳ thấp hơn nhiều so với tỷ lệ chung toàn quốc (năm 2015: 80,1% so với toàn quốc 90,6%). *"Chúng tôi được biết lý do việc tiếp cận với dịch vụ y tế ở vùng này còn khó khăn do đường giao thông đi lại xa và khó khăn, điều kiện kinh tế xã hội cũng còn gặp nhiều khó khăn là nguyên nhân cản trở đối với phụ nữ mang thai đi khám thai đủ 03 lần trong 03 thời kỳ".* Đây là vùng cần phải tập trung chỉ đạo, quan tâm, giám sát, đẩy mạnh hơn nữa trong việc thực hiện chỉ số phụ nữ mang thai khám thai đủ 03 lần trong 03 thời kỳ.

Tiêm phòng uốn ván, trong giai đoạn 2010-2015, nhờ có chương trình tiêm chủng, cung cấp đủ vac xin, tuyên truyền vận động tốt, phụ nữ có thai đã thấy được tầm quan trọng của việc tiêm phòng đủ các mũi vac xin uốn ván, nên được thực hiện khá tốt. Năm 2015, tỷ lệ phụ nữ được tiêm phòng đủ mũi vắc-xin uốn ván trên toàn

quốc là 95,9%, và được duy trì các năm ổn định, luôn đạt trên 95%.

Tỷ lệ phụ nữ đẻ có cán bộ y tế được đào tạo đỡ đẻ thấp nhất ở vùng Trung du và Miền núi phía Bắc. Nguyên nhân chính là *"Do việc tiếp cận với các cơ sở y tế có nhiều khó khăn và quan trọng là vẫn còn tồn tại phong tục lạc hậu nên bà mẹ thường đẻ tại nhà, nương dẫy và không cho người ngoài đỡ đẻ"*; tỷ lệ cô đỡ thôn bản được đào tạo đang hoạt động còn rất thấp so với nhu cầu tại các thôn bản đặc biệt khó khăn (chỉ đáp ứng khoảng 15% so với nhu cầu).

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Trong giai đoạn 2010-2015, các chỉ số về lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản Việt Nam đã đạt được khá cao, đây là thành tựu quan trọng của Ngành y tế, góp phần trực tiếp vào việc giảm tử vong mẹ, giảm tử vong trẻ em, Việt Nam được cộng đồng quốc tế đánh giá cao và ấn tượng trong việc thực hiện thành công các Mục tiêu Thiên niên kỷ về giảm tử vong mẹ và tử vong trẻ em. Tuy nhiên, vùng Trung du và Miền núi phía Bắc, là vùng có các chỉ số về chăm sóc sức khỏe sinh sản thấp nhất so với các vùng khác.

Bộ Y tế, Ủy ban nhân dân các tỉnh vùng Trung du và Miền núi phía Bắc, trong giai đoạn từ 2016-2020 cần quan tâm, chỉ đạo đầu tư hơn nữa cho lĩnh vực chăm sóc sức khỏe sinh sản: tuyên truyền và vận động phụ nữ có thai đi khám thai đầy đủ, đẻ tại các cơ sở y tế hoặc phải có cán bộ y tế được đào tạo đỡ đẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Chính phủ (2011)**, Quyết định của Thủ tướng Chính phủ phê duyệt Chiến lược Dân số và Sức khỏe sinh sản Việt Nam giai đoạn 2011-2020, Quyết định số 2013/QĐ-TTg, ngày 14 tháng 11 năm 2011.
- 2. Chính phủ (2015)**, Nghị định của Chính phủ quy định chính sách hỗ trợ cho phụ nữ thuộc hộ nghèo là người dân tộc thiểu số khi sinh con đúng chính sách dân số, Nghị định số 39/2015/NĐ-CP ngày 27 tháng 4 năm 2015.
- 3. Bộ Y tế (2012)**, Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt kế hoạch hành động quốc gia về chăm sóc sức khỏe sinh sản, tập trung vào làm mẹ an toàn và chăm sóc sơ sinh giai đoạn 2011-2015, Quyết định số 2718/QĐ-BYT ngày 02 tháng 8 năm 2012.
- 4. Bộ Y tế (2015)**, Chỉ thị của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong mẹ, tử vong sơ sinh, Chỉ thị số 01/CT-BYT ngày 09 tháng 01 năm 2015.
- 5. Bộ Y tế (2014)**, Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ, Quyết định số 4673/QĐ-BYT, ngày 10 tháng 11 năm 2014.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ XƯƠNG HÀM TRÊN LEFORT II TẠI BỆNH VIỆN RĂNG HÀM MẶT TƯ HÀ NỘI 2016

Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT⁵⁵

Nghiên cứu được thực hiện trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán gãy xương hàm trên Lefort II và điều trị tại bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, đánh giá hiệu quả các phương pháp điều trị gãy Lefort II. **Kết quả:** Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít + treo XHT được sử dụng nhiều nhất với 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 73,3%. Đánh giá kết quả điều trị ngay sau ra viện, sau 6 tuần và sau 3 tháng cho kết quả tốt lần lượt đạt 86,7%, 80%, 78,6%, không có kết quả kém. **Kết luận:** Kết hợp xương bằng nẹp vít và treo XHT hai bên được sử dụng chủ yếu trong điều trị gãy Lefort II và cho kết quả tốt.

Từ khóa: xương hàm trên, gãy Lefort II, kết hợp xương, nẹp vít, treo hàm trên ...

SUMMARY

EVALUATE RESULT OF TREATMENT MAXILLARY LEFORT II FRACTURE AT HANOI NATIONAL HOSPITAL OF ODONTO STOMATOLOGY 2016

Aim: The study was performed on 30 patients with Lefort II maxillary fracture and were treated at National hospital of Odonto Stomatology. **Methods:** crosssectional study. Evaluate the result of treating Lefort II fracture by surgery. **Results:** Osteosynthesis by plate and Adam technique were most common used (73,3%). The rate of good result evaluated after discharge out of hospital, after 6 weeks, after 3 months are 86,7%, 80%, 78,6%, no bad result was recored. **Conclusion:** Osteosynthesis by plate and Adam technique are most common used to treat Lefort II fracture and have good result.

Keywords: Maxillary, Lefort II fracture, Osteosynthesis, Adam technique ...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương hàm mặt nói chung, gãy xương hàm trên nói riêng là tai nạn thường gặp và ngày càng tăng. Ngày nay cùng với quá trình công nghiệp hoá và hiện đại hoá đất nước, số lượng các phương tiện giao thông cơ giới có tốc độ cao ngày càng nhiều, nhưng cơ sở hạ tầng hệ thống đường sá không phát triển kịp, ý thức chấp hành luật lệ giao thông chưa cao đã góp phần làm cho gãy xương hàm trên nói chung và gãy Lefort II nói riêng ngày càng đa dạng và phức tạp.

*Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email: drtuang1966@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.7.2017

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2017

Ngày duyệt bài: 24.7.2017

Hậu quả của gãy xương hàm trên nhất là gãy LeFort II không những ảnh hưởng tới chức năng, thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng lớn trong sinh hoạt xã hội. Xử lý kịp thời cho kết quả tốt, xử lý muộn kết quả điều trị hạn chế. Trong một số trường hợp cần có sự phối hợp điều trị của nhiều chuyên khoa như: phẫu thuật thần kinh, mắt, tai, mũi họng với nguyên tắc trước tiên là cứu sống tính mạng bệnh nhân sau đó mới phục hồi chức năng và thẩm mỹ.

Gãy xương hàm trên là một đề tài lớn của lĩnh vực chấn thương hàm mặt nói chung đã được nghiên cứu từ lâu tại các thời điểm khác nhau, cùng với sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật trang thiết bị ngày càng hiện đại, phương pháp điều trị cũng được cải tiến, nhưng do điều kiện khác nhau tại các địa bàn, việc chẩn đoán và chọn lựa phương pháp điều trị cũng linh hoạt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả bệnh nhân bị chấn thương hàm mặt được chẩn đoán là gãy XHT hai bên kiểu LeFort II, được điều trị tại khoa Chấn thương hàm mặt - Viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội.

- Những bệnh nhân chỉ gãy LeFort II đơn thuần.

- Những bệnh nhân gãy LeFort II có kèm gãy một hay nhiều xương khác ở mặt, hoặc cơ quan khác.

Tiêu chuẩn xác định bệnh dựa theo chẩn đoán cuối cùng của khoa, có kết hợp với phim X-quang.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu: Sử dụng mẫu thuận tiện: 30 bệnh nhân phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Phương pháp phẫu thuật

❖ Các đường vào phẫu thuật điều trị gãy XHT.

+ Đường trong miệng:

*Đường rạch phần trước tiền đình miệng: Đường rạch này đi song song và ở phía trên các răng cửa, cắt ngang qua hãm môi trên. Nó cho phép bộc lộ gai mũi trước, bờ dưới của hố lệ [1].

*Đường rạch ở phần bên của tiền đình miệng: Đường rạch này có thể thuận túy ở một bên của tiền đình miệng hoặc nó có thể là đường kéo dài của đường rạch phần trước tiền đình miệng kéo dài sang bên.

Đường rạch này cho phép bộc lộ vùng chân răng, mặt trước xoang hàm, lõi củ xương hàm, khớp Zygoma gò má và thậm chí cả sàng ổ mắt bằng cách đi qua xoang hàm. Những đường rạch này có ưu điểm cho phép ta bộc lộ rộng rãi tầng giữa của mặt với tổn thương cả hai bên [1].

+ Đường rạch ngoài da:

*Đường rạch đuôi lông mày: Đường rạch này cho phép tiếp cận bờ ngoài của ổ mắt và khớp trán-gò má. Đường rạch dài 2cm dọc theo phần ngoài của đường lông mày đi từ trên xuống dưới, từ trong ra ngoài. (Đường rạch kết thúc ngang tầm phía ngoài của đuôi lông mày và không vượt quá bờ ngoài của ổ mắt để tránh làm tổn thương các nhánh vận động của dây VII).

*Đường rạch mí mắt dưới: Đường rạch này cho phép ta tiếp cận bờ dưới và sàng ổ mắt. Đường rạch dài 2cm ngay bên dưới bờ mí.

*Đường rạch da đầu: Đường rạch đi từ phía trước và trên của vành tai đi thẳng lên thái dương, rạch qua vòm đỉnh trán đến bên đối diện (đường rạch này sẽ được che giấu hoàn toàn trong chân tóc) [1], [2], [3].

❖ Kết hợp xương bằng nẹp vít:

+ Hệ thống nẹp vít tạo lực: Là loại nẹp vít tạo lực nén ép theo trục của xương. Khi thực hiện việc xiết ốc cố định gãy, một lực tạo ra sẽ làm dịch chuyển nẹp và xương theo hướng ngược nhau, làm cho hai đầu gãy hướng vào nhau, như vậy xương gãy sẽ được nắn chỉnh nhờ lực nén ép một cách chính xác. Thường dùng trong điều trị gãy xương hàm dưới.

+ Hệ thống nẹp ốc không tạo lực:

*Hệ thống nẹp tái tạo: Nẹp tái tạo chủ yếu sử dụng trong những trường hợp khuyết hổng sau phẫu thuật cắt đoạn xương. Trong chấn thương hàm mặt, nẹp tái tạo được chỉ định trong trường

hợp gãy vụn hoặc khuyết hổng xương. Khi sử dụng cần phải uốn nẹp chính xác hình dạng và kiểm tra khớp cắn trong quá trình kết hợp xương để tránh tình trạng di lệch xương gãy [4].

*Hệ thống nẹp ốc nhỏ: Hệ thống nẹp ốc nhỏ được chế tạo bằng titanium hoặc hợp kim với titanium. Nhờ tính dẻo của titanium và do kích thước nhỏ, nẹp nhỏ có thể điều chỉnh hình dạng theo đặc điểm giải phẫu xương tốt. Nẹp ốc nhỏ có nhiều đặc điểm như: Dễ áp dụng, sử dụng đường rạch trong miệng.

*Hệ thống nẹp ốc cực nhỏ: Có độ dày khá mỏng, khoảng 0,85mm, chỉ sử dụng ở những vị trí xương tủy, không có lực tác động gây di lệch xương.

Kết hợp xương bằng nẹp vít: Thường người ta sử dụng các loại nẹp vít cỡ nhỏ (miniplate) đến rất nhỏ (microplate) với các hình dạng được thiết kế riêng khác nhau để kết hợp xương hàm trên. Các miniplate được dùng kết hợp ở các vị trí trọng yếu là các xà trụ đỡ của khối xương mặt (cạnh hốc mũi, khớp gò má - hàm trên).

- Kết hợp xương bằng chỉ thép và treo XHT:

+ Khâu kết hợp xương bằng chỉ thép: phương pháp dùng chỉ thép (vật liệu bằng Chrome-nickel) lỗ khâu được tạo bởi mũi khoan ở hai đầu đường gãy buộc lại.

Dùng khoan xuyên lỗ 2 mép đường gãy và dùng chỉ thép khâu đường gãy lại. Kết hợp xương bằng chỉ thép thường phải phối hợp với treo xương hàm trên với một dụng cụ là kim luồn chỉ thép (kim Reverdin) hoặc trocar, một đầu chỉ thép buộc vào cố định hàm phía ổ răng, một đầu cố định tại điểm treo, thường là điểm gần nhất, cố định nhất có thể: treo vào cung tiếp, vào bờ dưới của ổ mắt, vào bờ ngoài ổ mắt, treo vào xương trán.

***Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị theo:**

Bảng 2.1. Chỉ tiêu đánh giá kết quả điều trị

Kết quả điều trị \ Yếu tố	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
TỐT	- Xương liền tốt - Không biến dạng - Không di lệch - Khớp cắn đúng	- Ăn, nhai, nuốt, nói và cảm giác bình thường - Há miệng bình thường	- Mặt không biến dạng - Vết mổ đẹp
KHÁ	- Xương liền - Biến dạng và di lệch ít - Khớp cắn đúng	- Ăn nhai được - Há miệng hạn chế ít = 3cm	- Mặt biến dạng ít - Vết thương phần mềm có thể phải sửa lại
KÉM	- Xương liền kém hoặc không liền - Xương biến dạng - Khớp cắn sai	- Há miệng hạn chế - Khớp cắn sai - Ăn nhai khó hoặc không ăn nhai được	- Xương và phần mềm biến dạng - Cần phải phẫu thuật lại

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

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và của địa phương. Các quy trình khám đảm bảo vô khuẩn, trong khi khám nếu phát hiện tình trạng bệnh lý về răng miệng các đối tượng sẽ được tư vấn tại chỗ. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng trong nghiên cứu khoa học chứ không nhằm mục đích gì khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Phương pháp điều trị gãy xương hàm trên LeFort II

Phương pháp điều trị	Số ngày điều trị trung bình	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Kết hợp xương bằng chỉ thép + treo	8,1	8	26,7
Kết hợp xương bằng nẹp vít + treo	6,4	22	73,3
Tổng số		30	100

- Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít + treo XHT được sử dụng nhiều nhất với 22 trường hợp chiếm tỷ lệ 73,3%, số ngày điều trị trung bình là 6,4.

- Phương pháp kết hợp xương bằng chỉ thép + treo Adams chỉ có 8 trường hợp chiếm tỷ lệ 26,7%, số ngày điều trị trung bình là 8,1.

Bảng 3.2. Đánh giá kết quả điều trị gãy LeFort II khi ra viện

Hình thái Kết quả	Gãy LeFort II đơn thuần	Gãy LeFort II + gãy XGM-CT	Gãy LeFort II + gãy XHD	Gãy LeFort II + gãy XGM-CT + gãy XHD	Cộng	Tỷ lệ %
Tốt	8	8	6	4	26	86,7
Khá	0	3	0	1	4	13,3
Kém	0	0	0	0	0	0
Cộng	8	11	6	5	30	100

Kết quả điều trị ngay khi ra viện: Tốt: 86,7%, khá: 13,3%

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả điều trị gãy LeFort II sau 6 tuần (khi tháo treo)

Hình thái Kết quả	Gãy LeFort II đơn thuần	Gãy LeFort II + gãy XGM-CT	Gãy LeFort II + gãy XHD	Gãy LeFort II + gãy XGM-CT + gãy XHD	Cộng	Tỷ lệ %
Tốt	5	6	3	2	16	80
Khá	0	2	1	1	4	20
Kém	0	0	0	0	0	0
Cộng	5	8	4	3	20	100

Sau 6 tuần chỉ có 20 bệnh nhân được khám chiếm 66,7% trong mẫu nghiên cứu. Kết quả tốt + khá là 100%.

Bảng 3.4. Đánh giá kết quả điều trị gãy LeFort II sau 3 tháng

Hình thái Kết quả	Gãy LeFort II đơn thuần	Gãy LeFort II + gãy XGM-CT	Gãy LeFort II + gãy XHD	Gãy LeFort II + gãy XGM-CT + gãy XHD	Cộng	Tỷ lệ %
Tốt	4	3	2	2	11	78,6
Khá	0	1	1	1	3	21,4
Kém	0	0	0	0	0	0
Cộng	4	4	3	3	14	100

Sau 3 tháng có 14/30 bệnh nhân đến khám chiếm 63,3% trong mẫu nghiên cứu. Kết quả: tốt: 84,2%, khá: 15,8%.

IV. BÀN LUẬN

Những phương pháp phẫu thuật được áp dụng tại Viện RHM là kết hợp xương bằng nẹp vít và kết hợp xương + treo xương bằng chỉ thép.

Phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít hiện nay đang được áp dụng thường quy tại Viện

RHM Quốc Gia. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít + treo XHT có 22/30 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 73,3%. Kết hợp xương bằng nẹp vít có nhiều ưu điểm: dễ uốn với nhiều hình dạng, kích thước phù hợp với cấu trúc xương vùng hàm mặt, cố định xương chắc, chính xác các đoạn gãy theo ba chiều giúp

cho quá trình liền xương nhanh, đảm bảo về mặt thẩm mỹ và giảm nguy cơ tai biến.

Nẹp vít tì áp trên diện xương rộng, cân đối và vững chắc làm giảm tối đa khả năng di lệch thứ phát sau mổ, thời gian cố định hai hàm của bệnh nhân ngắn: 1- 2 tuần, bệnh nhân được tập há miệng, tập ăn nhai sớm, tránh được các nguy cơ khít hàm và dễ vệ sinh răng miệng. Tuy vậy phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít đòi hỏi phải có trang thiết bị đồng bộ, hơn nữa do giá thành cao nên một số bệnh nhân không đủ khả năng chi trả do đó việc phổ biến còn hạn chế.

So với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, tỷ lệ kết hợp xương bằng nẹp vít trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều: Trần Văn Trường: 2,74%; Phạm Văn Tuấn: 8,3%; Nguyễn Thế Dũng: 0% [5],[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phương pháp kết hợp xương bằng chỉ thép + treo XHT Adams có 8/30 chiếm 26,7%. So với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác, tỷ lệ kết hợp xương bằng chỉ thép trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn: Trần Văn Trường: 90%; Nguyễn Thế Dũng: 65,8% nhưng cao hơn so với tỷ lệ của Lâm Ngọc Ân: 2,74% [5].

Đây là phương pháp đơn giản, kinh tế, dễ áp dụng, có thể triển khai ở những cơ sở RHM có bác sĩ chuyên khoa được đào tạo cơ bản và có phương tiện gây mê hồi sức cho phép. Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này là cố định xương không chắc bằng nẹp vít, thời gian cố định hai hàm lâu: trung bình là 6 tuần, chính vì vậy bệnh nhân ăn uống, vệ sinh răng miệng khó, và một số trường hợp gãy nát xương và có

khuyết hổng xương thì kết hợp xương bằng chỉ thép không thể phục hồi lại hình dạng giải phẫu của xương ban đầu.

Như vậy, điều trị gãy XHT nói chung và gãy LeFort nói riêng ngày càng sử dụng nhiều bằng nẹp vít. Điều này đã giúp cho kết quả điều trị gãy xương hàm mặt ngày càng tốt hơn. Sử dụng nẹp vít trong gãy xương hàm mặt trở thành thường quy không chỉ ở tuyến trung ương mà dần dần trở thành thường quy ở tuyến địa phương trong tương lai gần.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp xương bằng nẹp vít và treo XHT hai bên được sử dụng chủ yếu chiếm 73,3%, và cho kết quả tốt (>80%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Huy Phan (1975), "Về vấn đề điều trị gãy xương hàm trên bằng thủ thuật Adams", *Răng Hàm Mặt*, Tài liệu nghiên cứu Tổng hội Y học Việt Nam, tr. 65-69.
2. Gustav O. Kruger (1974), "Fractures of the Maxilla", *Textbook of oral surgery*, The C.V. Mosby company, pp. 372-381.
3. Keith L.M. (1985), *Clinically oriented anatomy*, Second edition Williams & Wilkins, pp.794-801.
4. Gustav O.K. (1984), "Fracture of the jaws", *Text book of Oral and Maxillofacial Surgery*, 6th Edition, Edited by Gustav O.Kruger, the C.V.Mosby company, pp. 364- 421.
5. Trần Văn Trường (1999), "Phẫu thuật gãy xương hàm trên", *Hướng dẫn qui trình kỹ thuật bệnh viện*, tập 1. Nhà xuất bản Y học, tr. 216-218.
6. Phạm Văn Tuấn (2003), *Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị gãy xương hàm trên Lefort II*, Luận văn thạc sỹ y học, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU SO SÁNH HIỆU QUẢ CỦA BIỆN PHÁP THAY HUYẾT TƯƠNG TÍCH CỰC VỚI THAY HUYẾT TƯƠNG THƯỜNG QUI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM GAN NHIỄM ĐỘC CẤP NẶNG

Lê Quang Thuận¹, Phạm Duệ¹, Vũ Văn Khiên³,
Ngô Đức Ngọc² và cs.

TÓM TẮT⁵⁶

Mục tiêu: So sánh hiệu quả điều trị viêm gan

¹Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai

²Bộ môn Hồi sức cấp cứu, Trường Đại học Y Hà Nội

³Bộ môn Nội tiêu hóa, Viện NCKH Y Dược lâm sàng 108

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Thuận

Email: bstuanbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.5.2017

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2017

Ngày duyệt bài: 23.7.2017

nhiễm độc (VGND) cấp nặng bằng biện pháp thay huyết tương (*Plasma Exchange - PEX*) tích cực với thay huyết tương thường qui. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 62 bệnh nhân (BN) VGND cấp nặng (01/2012 - 12/2014) so sánh với nhóm chứng lịch sử 52 BN (01/2007-12/2011) được điều trị tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai. Nhóm nghiên cứu (NC) được áp dụng qui trình cải tiến (tích cực) để PEX sớm hơn và rút ngắn khoảng thời gian chờ đợi ban đầu và khoảng cách giữa 2 cuộc lọc. **Kết quả:** Với hai nhóm có sự tương đồng về mức độ viêm gan và suy gan nhưng nhóm NC có thời gian chờ thay huyết tương và khoảng cách giữa hai lần thay huyết

tương liên tiếp lần lượt là $24,0 \pm 8,63$ và $32,5 \pm 4,53$ (giờ) đều ngắn hơn so với nhóm chứng là $96,0 \pm 19,21$ và $46,6 \pm 5,74$ (giờ) ($p < 0,05$); số lần thay huyết tương của nhóm NC cũng nhiều hơn nhóm chứng với $4,3 \pm 3,39$ so với $2,2 \pm 1,66$ (lần), tổng thể tích huyết tương trung bình được thay của bệnh nhân nhóm nghiên cứu là $10112, \pm 1049,90$ (mL), nhiều hơn so với nhóm chứng $5155,8 \pm 533,67$ (mL) ($p < 0,001$). Nhờ các thay đổi đó, nhóm NC có tỷ lệ cuộc lọc thành công của cao hơn ($67,7\%$ so với $31,3\%$) và tỉ lệ tử vong thấp hơn ($30,6\%$ so với $61,5\%$) ($p < 0,001$). **Kết luận:** Thay huyết tương tích cực làm tăng hiệu quả các cuộc thay và giảm tỉ lệ tử vong ở BN VGND cấp thể nặng một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

Từ khóa: Viêm gan nhiễm độc, ngộ độc, thay huyết tương.

SUMMARY

STUDY ON EFFECTIVENESS OF INTENSIVE PLASMA EXCHANGE IN COMPARISON WITH ROUTINE PLASMA EXCHANGE IN THE TREATMENT OF SEVERE ACUTE TOXIC HEPATITIS

Objective: To study on effectiveness of intensive plasma exchange in comparison with routine plasma exchange in the treatment of severe acute toxic hepatitis. **Subject and method:** This was prospective study: study group including 62 patients with severe acute toxic hepatitis treated by intensive plasma exchange (01/2012-12/2014) in comparison with historical control group 52 patients (01/2007-12/2011) treated by routine plasma exchange.

Result: There were no difference in age, sex, causes, grade of liver injury between two group. Study group had waiting time of plasma exchange $24,0 \pm 8,63$ (hrs), duration between two times of plasma exchange was $32,5 \pm 4,53$ (hrs) all were shorter than control group with $96,0 \pm 19,21$ and $46,6 \pm 5,74$ (hrs) ($p < 0,05$); average times of plasma exchange in study group $4,3 \pm 3,39$ (times) with total exchanged plasma $10112 \pm 1049,90$ (mL) more than control group $2,2 \pm 1,66$ (times) and $5155,8 \pm 533,67$ (mL), $p < 0,001$. The rate of successful plasma exchange in study group was $67,7\%$ higher than control group ($31,3\%$). Mortality of severe acute toxic hepatitis in study group was $30,6\%$, lower than control group ($61,5\%$) ($p < 0,001$). **Conclusion:** Intensive plasma exchange decreased risk of mortality of patients with severe acute toxic hepatitis in comparison with routine plasma exchange.

Key words: Toxic hepatitis, poisoning, plasma exchange

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan nhiễm độc (VGND) là bệnh thường gặp, là nguyên nhân trực tiếp dẫn tới suy gan cấp với tỷ lệ tử vong cao. Điều trị VGND bao gồm ngừng phơi nhiễm chất gây độc, sử dụng sớm thuốc giải độc đặc hiệu nếu có, điều trị hỗ trợ chức năng gan hồi phục và ghép gan. Thay huyết tương (*Plasma Exchange – PEX*) là một trong các biện pháp điều trị hỗ trợ gan suy đã được chứng minh

là có hiệu quả... [1], [5], [7]. Tại Việt Nam, đề tài cấp Bộ Y tế “Nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật lọc máu ngoài cơ thể trong điều trị ngộ độc cấp nặng có biến chứng” đã chỉ ra thay huyết tương còn chậm so với diễn tiến bệnh, chỉ định chậm, khoảng cách giữa các cuộc lọc còn dài hơn thời gian hiệu quả của một cuộc lọc; nhiều cuộc lọc không đạt hiệu quả (nâng prothrombin lên trên 40% và giảm bilirubin toàn phần dưới $250 \mu\text{mol/L}$) do vậy tỉ lệ tử vong còn cao [1]. Vì vậy, nhóm nghiên cứu khuyến cáo để nâng cao hiệu quả điều trị cần thay huyết tương tích cực hơn như tăng số lần thay huyết tương trong ngày bằng cách thay sớm, rút ngắn khoảng cách giữa các lần thay. Muốn vậy cần theo dõi sát bằng xét nghiệm và đặt ra kế hoạch các cuộc thay phù hợp với tiến triển của bệnh nhân. Vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu so sánh hiệu quả của biện pháp thay huyết tương tích cực với thay huyết tương thường qui trong điều trị VGND cấp nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhóm đối tượng nghiên cứu gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị VGND cấp nặng tại Trung tâm Chống độc (TTCD) Bệnh viện Bạch Mai, từ 01/2012 đến 12/2014. Bệnh nhân được điều trị hồi sức gan nội khoa theo phác đồ thường qui kết hợp với thay huyết tương tích cực.

Nhóm chứng lịch sử (Nhóm chứng) là bệnh án của các bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị VGND cấp nặng tại cùng đơn vị từ 01/2007 - 12/2011. Bệnh nhân được điều trị hồi sức gan nội khoa theo phác đồ kết hợp với thay huyết tương thường qui.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào nghiên cứu chung cho cả 2 nhóm: có phơi nhiễm với tác nhân độc với gan dưới 6 tháng; có triệu chứng của viêm gan, suy gan (mệt mỏi, chán ăn, vàng da, rối loạn tiêu hóa, xuất huyết dưới da, rối loạn ý thức...); và tăng các enzym ALT, AST > 37 UI/L; ALP > 120 UI/L và điểm đánh giá mức độ viêm gan theo Fontana ≥ 3 điểm [6].

Loại trừ các bệnh nhân: viêm gan do virus, tự miễn, rối loạn chuyển hóa sắt, đồng; tắc mật cơ học; bệnh gan tim; tổn thương gan, suy gan do ngộ độc paraquat, ngộ độc rượu; suy gan cấp trên nền gan xơ không có khả năng phục hồi; rối loạn đông máu do ngộ độc chất kháng vitamin K; có chống chỉ định thay huyết tương và bệnh nhân không tuân thủ phác đồ, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu can thiệp kết hợp mô tả, tiến cứu, so sánh nhóm nghiên cứu và nhóm chứng, tự chứng trước và sau can thiệp thay huyết tương.

Cỡ mẫu: theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu so sánh hai tỷ lệ:

$$n = \frac{(z_{\alpha/2}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + z_{\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)})^2}{\Delta^2}$$

Chọn $\alpha = 0,05$; và $\beta = 0,2$

$P_1 = 0,615$ là tỷ lệ tử vong của VGND cấp nặng tại TTCD giai đoạn 01/2007-12/2011 điều trị bằng phác đồ thay huyết tương thông thường [4]. $P_2 = 0,306$ là tỷ lệ tử vong của VGND cấp nặng tại TTCD điều trị theo phác đồ thay huyết tương tích cực, thời gian nghiên cứu từ 01/2012 đến 12/2014. Kết quả tính cỡ mẫu cần tối thiểu 40 BN mỗi nhóm.

Bảng 2.1. Kế hoạch theo dõi và chỉ định thay huyết tương tích cực theo mức độ viêm gan, suy gan

Phân loại		Nhóm chứng		Nhóm nghiên cứu	
Mức độ bệnh theo lâm sàng	INR	Xét nghiệm tìm chỉ định PEX	Thực hiện PEX	Xét nghiệm tìm chỉ định PEX	Thực hiện PEX
Viêm gan nặng chưa suy gan	< 1,5	Không qui định, thường xét nghiệm hàng ngày	Sau khi có xét nghiệm > 8 giờ đến ≥ 24 giờ	24-48 giờ/lần	Sau khi có xét nghiệm < 8 giờ
Suy gan giai đoạn 1-2	1,5-3			6-12-24 giờ/lần	
Suy gan giai đoạn 3-4	> 3			3-6-12 giờ/lần	

2.3. Tiến hành nghiên cứu

2.3.1. Điều trị theo phác đồ hồi sức gan và giải độc đặc hiệu

Theo phác đồ thường qui: ngừng thuốc gây độc gan, truyền đường ưu trương liên tục, dinh dưỡng, dùng thuốc giải độc theo phác đồ. Đặt ống nội khí quản, thở máy với hỗn hợp gan giai đoạn 3 trở lên. Theo dõi huyết động liên tục, đảm bảo huyết áp trung bình trên 60 mmHg, thuốc vận mạch ưu tiên dùng là noradrenalin, dobutamin... Chỉ định thay huyết tương tích cực và LMLT phối hợp.

2.3.2. Chỉ định thay huyết tương

Chỉ định thay huyết tương khi: (1) Tỷ lệ prothrombin < 40%; (2) và/hoặc bilirubin toàn phần tăng > 250 $\mu\text{mol/L}$; (3) Lọc độc chất có TLPT lớn, gắn nhiều với protein huyết tương (>80%), thể tích phân bố thấp < 0,2 L/kg.

Tiêu chuẩn trong nghiên cứu:

- Thay huyết tương thành công: là khi tăng tỷ lệ prothrombin lên trên 40%, giảm bilirubin dưới 250 $\mu\text{mol/L}$ hoặc cả hai tiêu chí trên mà không gây ra biến chứng nguy hiểm với bệnh nhân.

- Dừng thay huyết tương khi: tỷ lệ

Để đảm bảo tính tương đồng khi so sánh hiệu quả điều trị của hai biện pháp thay huyết tương, bệnh nhân được lựa chọn theo các tiêu chí: nguyên nhân gây VGND; mức độ nặng lâm sàng và xét nghiệm. Các biện pháp điều trị phối hợp cũng tương đồng giữa hai nhóm.

Phần cải tiến qui trình kỹ thuật thay huyết tương tạo ra sự can thiệp ở nhóm nghiên cứu khác nhóm chứng: xét nghiệm theo dõi tỷ lệ prothrombin và nồng độ bilirubin được thực hiện sau từng khoảng thời gian tùy theo mức độ nặng, căn cứ kết quả xét nghiệm sau một cuộc thay huyết tương, tính thời gian hiệu quả của cuộc thay đó từ đó xác định khoảng cách giữa hai cuộc thay và lập kế hoạch, dự kiến thời điểm các cuộc thay tiếp theo.

prothrombin tăng trên 40% và bilirubin giảm dưới 250 $\mu\text{mol/L}$, 03 lần xét nghiệm sau đó hai tỷ lệ tự cải thiện tốt mà không cần điều trị đặc hiệu (như truyền huyết tương).

- Tiêu chuẩn thành công điều trị và ra viện: bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt, các dấu hiệu sinh tồn ổn định; vàng da giảm dần, ăn được, triệu chứng cơ năng khác cải thiện. Xét nghiệm prothrombin trên 40% và bilirubin dưới 250 $\mu\text{mol/L}$ và tiếp tục tự cải thiện dần trong 3 lần xét nghiệm liên tiếp; các xét nghiệm khác xu hướng cải thiện.

- Bệnh nhân tử vong được xác định tại bệnh viện hoặc bệnh nặng tiên lượng chắc chắn tử vong gia đình xin về để chết tại nhà.

2.5. Xử lý số liệu và đạo đức nghiên cứu:

Các số liệu được xử lý theo các phép toán thống kê phù hợp, chọn mức ý nghĩa thống kê $\alpha=0,05$. Biểu diễn số liệu: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (biến phân bố chuẩn); trung vị (khoảng) (biến không phân bố chuẩn). So sánh 2 trung bình 2 nhóm độc lập: T-test student, Paired sample T test. Đạo đức nghiên cứu tuân thủ đúng theo các qui định hiện hành của Bộ Y tế.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm các bệnh nhân viêm gan nhiễm độc nặng

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi giới, nguyên nhân và mức độ tổn thương của viêm gan nhiễm độc

Đặc điểm		Nhóm chứng (n=52)	Nhóm NC (n=62)	p
Tuổi: $\bar{X} \pm SD$ (Min-Max)		44,6 $\pm$ 15,88(14-82)	41,5 $\pm$ 17,79(12-82)	0,512
Giới: Nam/Nữ (%)		24/28 (46/54%)	27/45 (44/56%)	0,334
N g u y ê n n h â n	Thuốc điều trị Lao	4 (7,7%)	7 (11,3%)	0,516
	Paracetamol	4 (7,7%)	4 (6,5%)	0,796
	Thuốc tân dược	4 (7,7%)	4 (6,5%)	0,796
	Thuốc Nam KRNG	23 (44,2%)	17 (27,5%)	0,061
	Nấm amatoxin	6 (11,5%)	11 (17,7%)	0,354
	Ochratoxin A	0	1 (1,6%)	0,358
	Chất độc từ động vật (nọc ong, mật cá)	2 (3,8%)	8 (12,9%)	0,089
Tổn thươn g g an thận	Nguyên nhân hỗn hợp nhiều loại thuốc	9 (17,3%)	10 (16,1%)	0,867
	ALT (UI/L)	519,5 $\pm$ 193,33(42-5375)	615,0 $\pm$ 180,04(41-8010)	0,539
	AST (UI/L)	494,0 $\pm$ 312,81(43-8385)	620,0 $\pm$ 529,65(39-19872)	0,874
	Bilirubin TP (μ mol/L)	399,9 $\pm$ 238,71	390,4 $\pm$ 231,83	0,835
	INR	2,0 $\pm$ 0,19(1,0-5,6)	1,8 $\pm$ 0,20(0,8-7,8)	0,209
	Prothrombin %	33,4 $\pm$ 24,05	41,3 $\pm$ 25,96	0,097
	Creatinin (μ mol/L)	93 $\pm$ 22,99(45-802)	81,5 $\pm$ 14,14(38-690)	0,333
Tỷ lệ bệnh não gan		25/52 (52%)	35/62 (56,5%)	0,372

Nhận xét: Hai nhóm tương đồng về tuổi, giới, nguyên nhân gây bệnh và mức độ tổn thương gan thận. Căn nguyên gây VGND đa dạng bao gồm các thuốc tây y, các chất độc từ động vật (nọc ong, mật cá), chất độc từ thực vật và thuốc YHDT. Hai nhóm cũng tương đồng về mức độ tổn thương gan (AST, ALT), mức độ tắc mật (bilirubin), mức độ suy gan (INR, prothrombin), suy thận (tăng creatinin) và tỉ lệ bệnh não gan (với $p > 0,05$).

Bảng 3.2. So sánh chỉ định thay huyết tương ban đầu giữa hai nhóm

Chỉ định lọc		Nhóm chứng n=52	Nhóm NC n=62	p
Lọc độc chất		0	1 (1,6%)	0,358
Lọc Hồi sức	Tỉ lệ prothrombin < 40%	14 (26,9%)	14 (22,6%)	0,592
	Bilirubin toàn phần > 250 μ mol/L	18 (34,6%)	25 (40,3%)	0,531
	Cả hai	20 (38,5%)	22 (35,5%)	0,742
Tổng		52 (100%)	62 (100%)	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về chỉ định thay huyết tương ban đầu giữa hai nhóm. Hầu hết chỉ định thay huyết tương cho bệnh nhân viêm gan nhiễm độc là lọc hồi sức. Có 01 bệnh nhân chỉ định phối hợp lọc độc chất (ochratoxin A) và hồi sức.

3.2. Kết quả nghiên cứu đánh giá hiệu quả của thay huyết tương tích cực

3.2.1. Đặc điểm cuộc thay huyết tương tích cực

Bảng 3.3. Đặc điểm cuộc thay huyết tương giữa hai nhóm

Chỉ tiêu	Nhóm chứng n=52 $\bar{X} \pm SD$	Nhóm NC n=62 $\bar{X} \pm SD$	p
Số lần PEX /1 bệnh nhân (lần)	2,2 $\pm$ 1,66	4,3 $\pm$ 3,39	<0,001
Tổng số cuộc PEX (cuộc)	115	263	
Thời gian vào viện đến khi PEX (giờ)	96,0 $\pm$ 19,21(19-744)	24,0 $\pm$ 8,63(3-408)	<0,001
Khoảng cách giữa hai lần PEX (giờ)	46,6 $\pm$ 5,74(14-160)	32,5 $\pm$ 4,53(8-139)	0,001
Thời gian PEX trung bình (giờ/cuộc)	2,8 $\pm$ 0,57	2,8 $\pm$ 0,51	0,642
Thể tích huyết tương trung bình 1 lần PEX (mL/cuộc)	2494,4 $\pm$ 397,84	2387,2 $\pm$ 505,53	0,088
Tổng thể tích huyết tương thay thế (mL/bệnh nhân)	5155,8 $\pm$ 533,67	10112,0 $\pm$ 1049,9	<0,001

Nhận xét: Thời gian từ khi vào viện đến khi được PEX, thời gian giữa các lần PEX của nhóm thay huyết tương tích cực thay đổi sớm và ngắn hơn rõ rệt có ý nghĩa so với nhóm thường qui. Tổng số lần PEX cũng nhiều hơn ở nhóm thay huyết tương tích cực.

3.2.2. Hiệu quả của thay huyết tương tích cực

Bảng 3.4. So sánh hiệu quả của thay huyết tương giữa hai nhóm

Chỉ tiêu	Nhóm chứng n=52	Nhóm NC n=62	p
Tăng tỷ lệ prothrombin > 40%	78/92 (84,8%)	236/247 (95,5%)	0,001
Giảm bilirubin toàn phần < 250 μ mol/L	44/101 (43,6%)	172/234 (73,5%)	<0,001
Tăng prothrombin trên 40% và giảm bilirubin < 250 μ mol/L	36/115 (31,3%)	178/263 (67,7%)	<0,001

Nhận xét: Nhóm thay huyết tương tích cực có kết quả tốt giúp tăng được tỉ lệ prothrombin lên trên 40%, tỷ lệ giảm bilirubin toàn phần xuống dưới 250 μ mol/L nhiều hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. Hiệu quả giảm tỷ lệ tử vong của thay huyết tương tích cực so với thay huyết tương thông thường

Tỷ lệ TV ở VGND	Nhóm chứng n=52	Nhóm NC n=62	RR 95% CI	p
Chung	32/52(61,5%)	19/62(30,6%)	0,50[0,32-0,77]	<0,001
Không do nấm amatoxin	28/46(60,9%)	11/51(21,6%)	0,35[0,20-0,63]	<0,001
INR $\geq$ 1,5	27/37(73,0%)	18/40 (45,0%)	0,62[0,42-0,92]	0,02
Prothrombin < 40%	27/35 (77,1%)	18/37 (48,6%)	0,63[0,43-0,92]	0,016
Prothrombin $\geq$ 40%	5/17 (29,4%)	1/25(4,0%)	0,14[0,02-1,06]	0,032
Bilirubin TP $\geq$ 250 μ mol/L	21/36 (58,3%)	9/47 (19,1%)	0,33[0,17-0,63]	<0,001
Bilirubin TP < 250 μ mol/L	11/16 (68,6%)	10/15 (66,7%)	0,97[0,60-1,58]	0,601
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	14,7 $\pm$ 1,69	15,9 $\pm$ 1,49		0,463

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong ở nhóm nghiên cứu thấp hơn so với nhóm chứng ở nhiều nhóm bệnh nhân VGND khác nhau. Thời gian nằm viện không khác nhau giữa hai nhóm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm cuộc thay huyết tương tích cực: Thay huyết tương sớm giúp loại bỏ cả chất độc ngoại và nội sinh, cắt đứt vòng xoắn bệnh lý [5], [7]. VGND thể tắc mật, bilirubin tăng cao tương ứng với bệnh nặng, khi điều trị nội khoa không kết quả, thay huyết tương sẽ đào thải bilirubin và độc tố giúp giảm nguy cơ gan tiếp tục bị thương tổn, do đó gan có thêm thời gian để phục hồi. Trong suy gan cấp do VGND, thay huyết tương không những có vai trò thải độc mà còn giúp hỗ trợ gan suy. Về liệu trình, Hội thay huyết tương Hoa Kỳ cho rằng thay huyết tương thông thường cho suy gan cấp cần thực hiện hàng ngày với mục tiêu chờ gan hồi phục hoặc đợi ghép gan [7].

Trong nghiên cứu này nhờ thay đổi qui trình thay huyết tương, theo dõi sát xét nghiệm tỉ lệ prothrombin và bilirubin máu để đề ra phương án thay huyết tương kịp thời, rút ngắn thời gian chờ cũng như khoảng cách giữa các cuộc thay huyết tương nên thay huyết tương tích cực thể hiện rõ ở kết quả nghiên cứu từ bảng 3.3.

Bệnh nhân của nhóm được thay huyết tương tích cực có thời gian từ khi vào viện đến khi thay huyết tương lần đầu là 24,0 $\pm$ 8,63 (giờ) ngắn hơn so với nhóm chứng 96,0 $\pm$ 19,21 (giờ), (p<0,001). Tổng số lần thay huyết tương cho một bệnh nhân nhiều hơn gấp đôi nhóm chứng

4,3 $\pm$ 3,39 (lần) so với 2,2 $\pm$ 1,66 (lần), (p<0,001). Với tổng thể tích huyết tương thay trên một bệnh nhân cũng gần gấp đôi so với nhóm chứng 10112,0 $\pm$ 1049,90 so với 5155,8 $\pm$ 533,67 mL, (p<0,001). Nhờ theo dõi tích cực, sát sao tình trạng lâm sàng và xét nghiệm đã rút ngắn thời gian giữa hai lần thay huyết tương liên tiếp từ 46,6 $\pm$ 5,74 (giờ) (nhóm chứng) xuống 32,5 $\pm$ 4,53 (giờ) (nhóm nghiên cứu, p=0,001).

4.2. Hiệu quả thành công của thay huyết tương tích cực: Kết quả nghiên cứu từ Bảng 3.4 chỉ ra thay huyết tương tích cực nâng tỷ lệ prothrombin lên đạt đích (trên 40%) tăng hơn, giảm lượng bilirubin xuống ngưỡng yêu cầu (dưới 250 μ mol/L) nhiều hơn, góp phần làm giảm nhẹ tình trạng, ổn định tình trạng đông máu hơn giúp giảm nguy cơ các biến chứng như xuất huyết, bệnh não gan... phù hợp công bố của nhiều tác giả trong và ngoài nước cho rằng thay huyết tương có tác dụng đào thải độc chất, hỗ trợ tốt gan suy giúp gan có thời gian và cơ hội phục hồi [2], [3], [5], [7].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ tử vong VGND cấp nặng là 19/62 (30,6%), suy gan cấp (nhóm INR $\geq$ 1,5) do VGND là 18/40 (45%). Phân tích, so sánh tỷ lệ tử vong trong mỗi tương quan với số lần thay huyết tương ở một số nghiên cứu gần đây về suy gan cấp do VGND thấy Ngô Đức Ngọc và cs thực hiện 31 cuộc cho 12 BN (2,58

cuộc/BN), kết quả tử vong 8/12 BN (66,7%) [2]; Đặng Thị Xuân và cs thay 1,93±1,16 (lần) cho 40 BN, kết quả tử vong 20/40 BN (50%) [3]. Như vậy, với số lần thay huyết tương nhiều hơn (4,3 lần nhiều hơn 2,5 và 1,9 lần) so với các nhóm tác giả trong nước nói trên, theo thời gian, đã làm giảm tỷ lệ tử vong của suy gan cấp do VGND từ 66,7% xuống 45%.

Tổng thể tích huyết tương đã thay cho bệnh nhân ở nhóm nghiên cứu là 10112,0±1049,9 (mL) lớn hơn so với nhóm chứng 5155,8±533,67 (mL). Kết quả này cho thấy cần một lượng thể tích huyết tương cao hơn để thải độc và ổn định tình trạng đông máu ở nhóm nghiên cứu hơn so với nhóm chứng. Giả thuyết này đã được một số nghiên cứu trên thế giới thực hiện nhưng theo các phương pháp khác nhau. Như vậy, có thể nói thay huyết tương tích cực và thay huyết tương thể tích cao có những điểm chung nhất định, đó là lượng huyết tương được thay thế nhiều trong một thời gian ngắn, giúp đảm bảo hiệu quả lọc kéo dài, góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, cách thức thực hiện tích cực trong nghiên cứu này có sự khác biệt so với thay huyết tương thể tích cao, chỉ định thay huyết tương tích cực được cá thể hóa tới từng bệnh nhân, do vậy vừa đảm bảo hiệu quả lọc vừa tránh được chỉ định quá mức với bệnh nhân, lạm dụng kỹ thuật có thể gây ra tai biến.

Với tỷ số nguy cơ (RR) bằng 50% cho thấy nhóm được điều trị bằng thay huyết tương tích cực giảm 50% nguy cơ tử vong so với nhóm chứng. Ngoài ra, thay huyết tương tích cực giảm lần lượt 75%; 38%; 37%; 86% và 67% nguy cơ tử vong so với nhóm thay huyết tương thông thường ở các nhóm bệnh nhân VGND không do ngộ độc nấm amatoxin; lúc vào viện có suy gan cấp (INR ≥ 1,5); tỷ lệ prothrombin < 40%; ≥ 40% và bilirubin toàn phần ≥ 250μmol/L (Bảng 3.5).

V. KẾT LUẬN

Thay huyết tương tích cực thể hiện bằng thời

gian chờ thay huyết tương, thời gian giữa hai lần thay huyết tương liên tiếp đều ngắn hơn so với nhóm chứng, dẫn tới số lần thay và thể tích thay trung bình nhiều hơn. Thay huyết tương tích cực làm giảm nguy cơ tử vong ở bệnh nhân viêm gan nhiễm độc cấp nặng so với thay huyết tương thông thường.

Lời cảm ơn: Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn chân thành tới quý thầy cô, quý đồng nghiệp, nhóm lọc máu của Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai đã tạo mọi điều kiện, giúp đỡ, động viên cho nhóm nghiên cứu thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Duệ, Đặng Quốc Tuấn (2012)**, "Nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật lọc máu ngoài cơ thể trong điều trị ngộ độc cấp nặng", *Đề tài NCKH cấp Bộ Y tế*.
2. **Ngô Đức Ngọc, Nguyễn Thị Du, Phạm Duệ (2011)**, "Nghiên cứu hiệu quả của biện pháp thay huyết tương trong điều trị bệnh nhân suy gan cấp do ngộ độc nặng", *Tạp chí Thông tin Y Dược*, Số 3-2011, tr. 23-27.
3. **Đặng Thị Xuân, Phạm Duệ (2011)**, "Đánh giá hiệu quả của thay huyết tương trong điều trị suy gan cấp ở bệnh nhân viêm gan nhiễm độc", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, Số 4-2011, Tập 6, tr. 17-25.
4. **Lê Quang Thuận, Phạm Duệ, Ngô Đức Ngọc (2016)**, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng suy gan cấp do ngộ độc có điều trị thay huyết tương tại Trung tâm Chống độc Bệnh viện Bạch Mai, giai đoạn 2007-2012", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, Số 1, Tập 11, 29-36.
5. **Fin Stolze Larsen, Lars Ebbe Schmidt, Christine Bernsmeier et al (2016)**, "High-volume plasma exchange in patients with acute liver failure: An open randomised controlled trial", *Journal of Hepatology*, Vol. 64, pp. 69-78.
6. **Fontana RJ, Watkins PB, Bonkovsky HL et al (2009)**, "Rationale, design and conduct of the Drug Induced Liver Injury Network prospective study", *Drug Saf*; 32, pp. 55-68.
7. **Joseph Schwartz, Anand Padmanabhan, Nicole Aquil et al (2016)**, "Guidelines on the Use of Therapeutic Apheresis in Clinical Practice Evidence Based Approach from the Writing Committee of the American Society for Apheresis: The Seventh Special Issue", *Journal of Clinical Apheresis*, 31, pp. 149-338.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 457 - THÁNG 8 - SỐ 1 - 2017

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - AUGUST - 2017

- 1 **Nghiên cứu điều trị các bệnh lý nội mô giác mạc bằng phẫu thuật ghép nội mô DSAEK**
Study on descemet's stripping automated endothelial keratoplasty (DSAEK)
Phạm Thị Thùy Linh, Phạm Ngọc Đông, Hoàng Minh Châu
- 2 **Đặc điểm lâm sàng, x quang và hướng xử trí các răng thừa ngầm vùng cửa hàm trên ở bệnh nhân khám nắn chỉnh răng**
Clinical, radiographic characteristics and solution of anterior maxillary impacted supernumeraries in orthodontics patients
Nguyễn Phú Thắng
- 3 **Ảnh hưởng của liệu pháp "mở phổi" trong thông khí nhân tạo đối với diễn biến và kết quả điều trị hội chứng suy hô hấp cấp tiến triển sau bỏng**
Effects of artificial ventilation with "open lung" manoeuvre on acute respiratory distress syndrome among burn patients
Trần Đình Hùng, Đồng Khắc Hưng, Nguyễn Như Lâm
- 4 **Mối tương quan giữa tổn thương khuyết đầu mũi cánh mũi và phương pháp tạo hình tại một số bệnh viện ở Hà Nội từ năm 2010 – 2015**
The relationship between the nasal tip-ala defects and reconstructive methods in several hospitals in Hanoi from year 2010 to 2015
Bùi Văn Cường, Vũ Ngọc Lâm, Phan Ngọc Khóa
- 5 **Thực trạng nhiễm khuẩn sinh dục dưới ở phụ nữ 19-49 tuổi có chồng tại huyện Tiên Lãng Hải Phòng năm 2015**
The situation of lower genital tract infection in married women aged 19-49 years old in Tienlang Haiphong in 2015
Phạm Văn Trung, Nguyễn Thị Nguyệt
- 6 **Đặc điểm trải nghiệm kỳ thị nam bán dâm đồng giới tại Hà Nội năm 2015**
Characteristics of stigma experiencing among men sex work in Ha Noi, 2015
Lê Thị Hương, Lê Minh Giang
- 7 **Nhận xét mối tương quan giữa thị lực và khúc xạ nhãn cầu với độ dày Trung tâm mảnh ghép sau phẫu thuật DSAEK**
Evaluating the visual acuity and refraction according to the thickness in descemet's stripping automated endothelial keratoplasty (DSAEK)
Phạm Thị Thùy Linh, Phạm Ngọc Đông, Hoàng Minh Châu
- 8 **Phân tích một số chỉ số về mô mềm trên ảnh nghiêng của trẻ em việt nam 7 tuổi**
An analysis of soft tissue facial profile in vietnamese seven year old children photographs
Nguyễn Phú Thắng
- 9 **Giá trị của siêu âm tim qua thực quản trong phẫu thuật ung thư thận có biến chứng huyết khối tĩnh mạch chủ dưới**
The values of the transesophageal echocardiography in patient with renal cell carcinoma and vena caval extension undergoing radical nephrectomy
Nguyễn Đức Lam
- 10 **Nghiên cứu một số đặc điểm sử dụng đa chất trên bệnh nhân rối loạn tâm thần liên quan sử dụng chất điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần Bệnh viện Bạch Mai**
Researching some features of using diversity on personal disorders of religious disorders relating to using the substance infectious treatment in mental health institute Bach Mai Hospital
Nguyễn Văn Dũng

- 11 **Khảo sát xu hướng sử dụng kháng sinh tiêm trong điều trị nội trú tại 11 bệnh viện tuyến huyện thuộc tỉnh An Giang**
Study the reality of using injectable cephalosporins among inpatients at 11 Hospitals in Angiang Province
Hoàng Thy Nhac Vũ
- 12 **Đánh giá nhận thức trên người cao tuổi bằng trắc nghiệm đánh giá nhận thức montreal (MOCA)**
Cognitive assessment of older adults by montreal cognitive test (MOCA)
Lê Văn Ích, Nguyễn Xuân Thanh, Vũ Thị Thanh Huyền, Phạm Thắng
- 13 **Nghiên cứu xử trí thai phụ giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân trong chuyển dạ**
Study on management of unknown thrombocytopenia during labor
Nguyễn Quảng Bắc
- 14 **Độ nhạy và hiệu quả can thiệp bằng đào tạo ghi chép nguyên nhân tử vong đối với các bệnh không lây nhiễm ở Diễn Châu, Nghệ An**
Sensitivity and improved qualities of mortality registration of non-communicable diseases after a training workshop intervention at Dien Chau, Nghe An
Nguyễn Văn Thương, Lê Trần Ngoan
- 15 **Ba bệnh nhân mắc tăng sản thượng thận bẩm sinh thể thiếu hụt 21-hydroxylase điều trị muộn tại Bệnh viện Việt Đức**
Three patients with congenital adrenal hyperplasia by 21-hydroxylase deficiency were diagnosed and treated at Viet Duc Hospital
Trần Thị Ngọc Anh, Nguyễn Việt Hoa, Trần Thị Chi Mai, Trần Minh Điền, Vũ Chí Dũng
- 16 **Đánh giá đào tạo cha mẹ về kiến thức can thiệp sớm cho trẻ tự kỷ tại khoa Tâm thần Bệnh viện Nhi Trung ương**
Assess parent training on early intervention knowledge for autism spectrum disorder psychiatric department the National Hospital of Paediatrics
Đào Thị Thủy, Nguyễn Thị Thanh Mai, Lê Thị Hoàn
- 17 **Nguyên nhân và đặc điểm kết quả xét nghiệm dịch màng phổi tại Bệnh viện 19-8 – Bộ Công An**
Etiologies and characteristics of pleural effusions results in 19-8 Hospital
Hoàng Thị Hòa, Trần Văn Tính, Trần Thị Minh Tâm
- 18 **Giá trị của bộ kit nhuộm esterase đặc hiệu hicytec trong phân loại bạch cầu cấp dòng tủy**
The value of hicytec specific esterase kit in classifying acute myeloid leukemia
Vũ Thị Ngọc Mai, Trần Thị Thanh Tâm, Nguyễn Ngọc Dũng, Ngô Thị Thảo, Trần Văn Tính
- 19 **Nghiên cứu các tác dụng không mong muốn của gây tê tủy sống trong phẫu thuật tiết niệu khi sử dụng một số biện pháp truyền dịch**
Evaluation the effect of prevention of hypotension after spinal anesthesia of some fluid administration methods for urological surgery
Nguyễn Đức Lam
- 20 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần ở bệnh nhân rối loạn trầm cảm từ 45 tuổi trở lên điều trị nội trú tại Viện sức khỏe Tâm thần**
Research of clinical psychotically diseases in patients with disabilities from 45 years to better infectious treatment at the mental health institute
Nguyễn Văn Dũng
- 21 **So sánh 2 phương pháp mở và không mở tĩnh mạch cửa trong phẫu thuật điều trị ung thư biểu mô tế bào gan có huyết khối tĩnh mạch cửa**
Peeling off technique versus en-bloc resection technique in treatment for hepatocellular carcinoma with portal vein thrombosis
Nguyễn Đình Song Huy, Phan Minh Trí

- 22 **Khảo sát chi phí y tế trực tiếp trong điều trị hiếm muộn bằng phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm tại Bệnh viện Từ Dũ Thành phố Hồ Chí Minh**
Direct medical cost of infertility treatment via in vitro fertilization at tu-du Hospital, Ho Chi Minh City
Hoàng Thy Nhạc Vũ
- 23 **Chỉ số giảm thở, ngừng thở và nồng độ oxy bão hòa trong máu ở bệnh nhân mất ngủ mạn tính**
The apnea-hypopnea index and blood oxygen saturation in patients with chronic insomnia
Nguyễn Thanh Bình và cs
- 24 **Đánh giá tình trạng tiểu tiện không tự chủ trên bệnh nhân cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương**
Assesment of úrinary incontinence in older adults at National Geriatric Hospital
Đinh Thị Hồng Hoa, Nguyễn Xuân Thanh
Đặng Thị Việt Hà, Vũ Thị Thanh Huyền
- 25 **Nghiên cứu tình hình biến chứng loét nhiễm trùng bàn chân ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ**
Infected foot ulcers situation in type 2 diabetic patients in Can Tho General Hospital
Lê Tân Tố Anh, Trần Viết An
- 26 **Nghiên cứu trẻ sơ sinh nhiễm rubella và hội chứng rubella bẩm sinh tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương**
Research infants infected with rubella and congenital rubella syndrome at National Obstetric and Gynecological Hospital
Hoàng Nữ Phú Xuân, Nguyễn Quảng Bắc
- 27 **Kiến thức, thái độ, hành vi chăm sóc răng miệng của người cao tuổi và mối liên quan với bệnh quanh răng tại Thành phố Cần Thơ**
Knowledge, attitude, oral health care of the elderly and related to periodontal diseases in Can Tho City
Lê Long Nghĩa
- 28 **Thực trạng sử dụng ma túy ở bệnh nhân HIV AIDS tại tỉnh Hà Giang**
Reality injecting drug users in HIV AIDS patients in Hagiang Province
Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Thị Hoa
Nguyễn Thị Tố Uyên, Bùi Thanh Thủy
- 29 **Thực trạng sử dụng nước sạch hộ gia đình 8 tỉnh Việt Nam 2013-2014**
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
- 30 **Hiệu quả điều trị bệnh móng chọc thịt bằng phẫu thuật winograd**
Effectiveness of treatment of ingrown toenail by winograd surgery
Lương Huy Vĩnh, Nguyễn Hữu Sáu
- 31 **Nhận xét giá trị của siêu âm trong chuẩn đoán bướu nhân tuyến giáp đối với các bệnh nhân được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên**
Value of ultrasound in diagnostic of thyroid nodule
Nguyễn Công Hoàng, Trần Thị Hà
- 32 **Kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bản lể ngực thắt lưng mất vững có tổn thương tủy không hoàn toàn tại Bệnh viện Việt Đức**
Surgery results of instability thoracolumbar trauma with incomplete spinal cord injury at the Vietnam – Germany friendship Hospital
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến,
Võ Văn Thanh, Nghiêm Việt Dũng
- 33 **Đánh giá một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng ở người cao tuổi phường Trung Hòa Mai Dịch quận Cầu Giấy, Hà Nội năm 2015**
The assesment factors related tooth decay in older group at Trung Hoa, Mai Dich area, Cau Giay District, Ha Noi, 2015
Đỗ Thị Thu Hiền, Hoàng Việt Hải, Hoàng Ánh Thuyết

- 34 **Nghiên cứu đặc điểm khí phế thũng trên hình ảnh cắt lớp vi tính lồng ngực ở bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính**
Study the characteristics of pulmonary emphysema on chest computed tomography image in patients with chronic obstructive pulmonary disease
Đào Ngọc Bằng, Đồng Khắc Hưng, Tạ Bá Thắng
- 35 **Thực trạng đáp ứng của điều dưỡng viên về chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn, năm 2017**
An investigation into nurses' response to the needs of care of stroke patients at the acute phase at Thanh Nhan Hospital, 2017
Đỗ Đào Vũ, Diêm Thị Chung
- 36 **Khảo sát các bệnh lý phổi hợp và thực trạng sử dụng thuốc ở bệnh nhân gút vào điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy**
A survey of comorbidities and the status of gout management in patients coming to Cho Ray Hospital
Nguyễn Đình Khoa
- 37 **Tình trạng vùng quanh răng của người cao tuổi tỉnh Bình Dương qua chỉ số CPI**
Periodontal status of elderly people living in Binh Duong province by CPI index
Lê Long Nghĩa
- 38 **Nghiên cứu phát hiện tồn dư tối thiểu của bệnh trong Lơ-xê-mi kinh dòng bạch cầu hạt**
Measurement of minimal residual disease in chronic myeloid Leukemia
Nguyễn Hà Thanh, Nguyễn Anh Trí
- 39 **Kiến thức, thực hành về điều trị kháng virus ở bệnh nhân HIV/AIDS tại bốn tỉnh biên giới Việt Trung**
Knowledge and practice in antiretrovirus treatment in HIV AIDS patients in four border provinces between Vietnam and China
Nguyễn Văn Sơn, Nguyễn Thị Hoa
Nguyễn Đắc Trung, Trần Bảo Ngọc
- 40 **Thực trạng sức khỏe và chăm sóc sức khỏe của người cao tuổi tại Trung tâm Dưỡng lão Diên Hồng, Hà Đông, Hà Nội năm 2017**
The situation of health and health care of elderly people in Dien Hong nursing center in Ha Dong District, Ha Noi city from january to march, 2017
Vũ Trung Nghĩa, Nguyễn Đăng Vững, Lê Minh Đạt
- 41 **Hai trường hợp rối loạn phát triển giới tính thể hiếm gặp được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức**
Two cases of sex development disorders were diagnosed and treated at Vietduc Hospital
Trần Thị Ngọc Anh, Nguyễn Việt Hoa, Trần Thị Chi Mai,
Trần Minh Điển, Vũ Chí Dũng
- 42 **Thực trạng thừa cân, béo phì và các yếu tố liên quan trên học sinh 6-10 tuổi tại 3 trường tiểu học thuộc huyện Văn Giang, tỉnh Hưng Yên năm 2016**
Overweight, obesity and related factors among school children aged 6-10 years old in 3 primary schools, Van Giang District, Hung Yen province in 2016
Nguyễn Quang Dũng, Nguyễn Thị Hiền
- 43 **Khảo sát tỷ lệ, đặc điểm suy dinh dưỡng-năng lượng ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ**
Investigation of rate, characteristic of protein energy wasting in patients with maintenance hemodialysis
Phan Xuân Tước, Lê Đình Thanh, Hoàng Trung Vinh
- 44 **Kết quả điều trị và các yếu tố tiên lượng đột quỵ thiếu máu não cấp cửa sổ từ 3 đến 4,5 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết alteplase liều thấp (0.6mg/kg) đường tĩnh mạch**
Outcome and prognostic predictors of ischemic strokes between 3 to 4.5 hours of onset treated by intravenous thrombolytic therapy with low dose alteplase
Phạm Phước Sung, Nguyễn Văn Liệu, Mai Duy Tôn

- 45 **Nghiên cứu diễn biến và kết quả điều trị Lơxêmi cấp dòng Lympho trẻ em tại Viện Huyết học – Truyền máu TW**
Study on treatment progress and outcome in pediatric acute lymphoblastic Leukemia at the National Institute of Hematology and Blood transfusion during 2015-2016
Nguyễn Hà Thanh, Nguyễn Triệu Vân
- 46 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị nội trú ở bệnh nhân viêm phổi mắc phải cộng đồng**
Study of characters of clinical and paraclinical manifestations and outcome evaluation of inpatient treatment for community acquired pneumonia
Huỳnh Văn Thế, Trần Viết An
- 47 **Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ngừng thở do tắc nghẽn khi ngủ**
Quality of life of obstructive sleep apnea patients
Nguyễn Thanh Bình và cs
- 48 **Tình hình nhiễm *malassezia* ở một số bệnh da thường gặp tại Bệnh viện Da Liễu TW**
***Malassezia* species in some common skin disease**
**Trần Cẩm Vân, Trần Hậu Khang, Nguyễn Thị Xuân
 Nguyễn Minh Thu, Nguyễn Hữu Sáu**
- 49 **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối tương quan giữa nồng độ bổ thể và tự kháng thể với hoạt tính bệnh lupus ban đỏ hệ thống**
Clinical and laboratory features and correlation between levels of complements and autoantibodies with lupus disease activity
Nguyễn Đình Khoa
- 50 **Đánh giá kiến thức của điều dưỡng viên về chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017**
Evaluation of nurses' knowledge of rehabilitation for acute stroke patients at Thanh Nhan Hospital in 2017
Đỗ Đào Vũ, Diễm Thị Chung
- 51 **Khảo sát tỷ lệ biến đổi một số chỉ số liên quan đến suy tim ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ**
Investigating rates of variation of some features related to heart failure in patients with maintenance hemodialysis
Trần Triệu Quốc Khánh, Lê Đình Thanh, Hoàng Trung Vinh
- 52 **Nghiên cứu tác động xấu của sử dụng mạng xã hội đến chất lượng giấc ngủ ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên năm 2017**
Study social network use and and the relationship with sleep quality and psychological factor among student at Thai Nguyen medical college 2017
Nguyễn Công Hoàng, Lê Hải Yến
- 53 **Khảo sát chỉ định và kết quả của điều trị phẫu thuật viêm tụy mạn**
Indication and result of surgical treatment for chronic pancreatitis
Phan Minh Trí
- 54 **Thành tựu chăm sóc sức khỏe sinh sản việt nam giai đoạn 2010-2015**
Achievement of the reproductive health care in viet nam during the period from 2010 to 2015
Trần Đăng Khoa
- 55 **Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy xương hàm trên lefort ii tại bệnh viện răng hàm mặt tư hà nội 2016**
Evaluate result of treatment maxillary lefort ii fracture at hanoi national hospital of odonto stomatology 2016
Phạm Hoàng Tuấn
- 56 **Nghiên cứu so sánh hiệu quả của biện pháp thay huyết tương tích cực với thay huyết tương thường qui trong điều trị viêm gan nhiễm độc cấp nặng**
Study on effectiveness of intensive plasma exchange in comparison with routine plasma exchange in the treatment of severe acute toxic hepatitis
Lê Quang Thuận, Phạm Duệ, Vũ Văn Khiên, Ngô Đức Ngọc và cs